



l'inhalo

juin 2020

DOSSIER

PRATIQUES PROFESSIONNELLES HORS-PISTE

COVID-19



ÉDITORIAL

La vie « d'avant »!

La pandémie causée par la COVID-19 a créé un véritable raz de marée, et ce, dans toutes les sphères de nos vies : familiale, sociale, personnelle, scolaire, professionnelle. Malgré l'allègement des mesures de confinement, il est maintenant évident et impensable, à court terme, de retrouver la vie « d'avant ». Ce n'est malheureusement pas pour demain que nous pourrions nous rassembler en famille et entre amis pour un mariage, un anniversaire, un 5 à 7. À l'instar de nombreux pays d'Asie, le port du masque sera désormais de rigueur dans les endroits publics et les transports en commun. Les voyages à l'étranger sont suspendus, les plans de vacances d'été compromis, reportés ou carrément annulés.

Du fait de la nature principalement respiratoire de l'atteinte des personnes avec la COVID-19, les inhalothérapeutes ont été parmi les premiers professionnels à monter au front. Nous savons que vous travaillez dans des conditions parfois difficiles et que la fatigue se fait sentir. Je tiens à saluer votre implication et votre mobilisation sans précédent. Vous avez démontré une réelle solidarité et une capacité d'adaptation remarquable en matière de réorganisation afin de répondre aux demandes des divers milieux.

L'LOPIQ n'a pas échappé à cette tourmente et a su s'adapter — avec les moyens dont il dispose — pour soutenir les inhalothérapeutes et les besoins criants du réseau. La pandémie nous pousse à revoir nos façons de faire et nous devons adopter des solutions de compromis afin de rencontrer les impératifs de protection du public. Ainsi, puisque nous

avons dû nous résigner à annuler le congrès 2020, non sans une pointe de tristesse, mais l'AGA se tiendra virtuellement le 22 octobre prochain. Nous espérons que vous serez quand même nombreux à y participer. Je souhaite sincèrement que nous puissions tenir notre congrès l'an prochain et vivre ensemble l'après-crise, nous en aurons tous bien besoin...

Je termine en soulignant le travail exceptionnel des inhalothérapeutes qui, propulsés à l'avant-scène par cette pandémie, sont devenus, le temps d'une entrevue ou d'un reportage, les porte-étendards de la profession. Avec brio, vous avez su démystifier votre rôle auprès des personnes atteintes de problèmes de santé cardiorespiratoire. Merci! Grâce à vous et à l'important travail en coulisses de Marise, notre coordonnatrice aux communications, la population québécoise en connaît un peu plus sur les activités essentielles que vous accomplissez chaque jour.

Sur ce, prenez soin de vous et de vos proches. Bon été, malgré la distanciation!



Josée Prud'Homme



Directrice générale et Secrétaire



Éditorial	2
Avant-propos	3
Mot du président	4
Dossier Pratiques professionnelles hors-piste	
La pratique dans le Grand Nord	6
Sainte-Justine au cœur du monde	8
Médecine hyperbare	10
La cessation tabagique	12
Relaxation et rééducation respiratoire intégrée (RRRI)	13
Premier répondant évènement sportif	15
COVID-19 Apparitions médiatiques	17
COVID-19	
Manifestations cliniques... hypocondriaques s'abstenir	18
COVID-19 Infodémie et désinformation	23

Déontologie / inh. : 3 lettres responsables	
Les données confidentielles : les dérives d'un clic...	24
Inh. : un titre à utiliser avec juste mesure	25
D'ordre juridique	
Nouveau service de télécopie infonuagique du MSSS	27
Concours Place à la relève	
Nager à bout de souffle	28
Finances	
Babillard	33
Évènements « C'est poumon bien ! »	
Questionnaire	35



sommaire



AVANT-PROPOS

L'art de sortir des sentiers battus



Ushuaia, Argentine

«**H**ors-piste», voilà le thème qu'avait trouvé le comité éditorial en janvier dernier, soit bien avant qu'un féroce coronavirus ne s'immisce dans nos vies. Choisi au départ afin de mettre à l'avant-scène des inhalothérapeutes qui se démarquent en raison d'une pratique professionnelle particulière, ce thème s'est révélé être plus que jamais d'actualité. Pour cette raison, il est demeuré dans la présente édition pour introduire le profil professionnel singulier de six inhalothérapeutes et il s'est vu bonifié d'un volet incontournable sur la COVID-19.

À ce sujet, permettez-moi de vous ramener au 13 mars 2020, date où le gouvernement du Québec a déclaré l'état d'urgence sanitaire. Quelques jours plus tard, le Canada fermait ses frontières et les vols de rapatriement pour les voyageurs canadiens se préparaient en coulisses. Personnellement, j'étais, depuis quelque temps déjà, « au bout du monde » à Ushuaia en Argentine, la ville la plus australe... sise aux portes de l'Antarctique. De la COVID-19, nous n'avions là-bas que quelques échos affichés ici et là sur le Web ou entendus dans les rues animées.

Enfin revenue au pays après un retour parsemé d'embuches, j'ai été accueillie, dès la sortie de l'aéronef, par des intervenants de santé qui remettaient aux voyageurs un dépliant d'information sur la COVID-19 : isolement « volontaire » de 14 jours à la maison et autosurveillance quotidienne des 3 signes ou symptômes suivants : fièvre ($\geq 38^\circ\text{C}$), toux

et difficultés respiratoires. « Bon, pas de soucis, ça devrait bien aller... Je suis inhalothérapeute après tout ! », me suis-je dit.

Mais pour l'hypocondriaque qui sommeille en moi, il devenait impératif de trouver des réponses aux questions qui s'accumulaient au même rythme que s'allongeait la liste des signes et des symptômes de la COVID-19. Ainsi, et sans prétention, je vous présente le résultat de mes recherches dans un article portant sur les manifestations cliniques de la COVID-19. Hypocondriaques s'abstenir!

En terminant, permettez-moi de remercier très sincèrement ma collègue Line Prévost qui a assuré la production de cette édition de la revue alors, qu'en raison de la pandémie, mon temps a été consacré aux communications médiatiques de l'OPIQ. Sans sa précieuse collaboration, vous n'auriez pas à votre écran cette magnifique publication.

Bonne lecture!



Marise Tétreault

Marise Tétreault, inh., M.A. (communication et santé)



Coordonnatrice aux communications

VERSION INTERACTIVE

Repérez ces icônes qui indiquent des liens



courriel



texte hyperlié



page hyperliée



inhalo

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

Président

Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.

Administrateurs

Mélanie Bergeron, inh., Sylviane Landry, inh., Nathalie Lehoux, inh., Cédric Mailloux, inh., Karine Pellerin, inh., Annie Quenneville, inh., B. Sc. (trésorière), Gabrielle St-Pierre, inh., Darlène Tremblay, inh., Isabelle Truchon, inh. (1^{re} vice-présidente)

Administrateurs nommés par l'Office des professions

Anne-Marie Hébert, Lucie Lafontaine, Alain Martineau, Jean-Pierre Tremblay

PERMANENCE

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

Directrice des affaires juridiques
M^{re} Andréanne LeBel

Syndic

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

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

Inspecteur permanent
Daniel Jorgic, inh.

Coordonnatrice aux communications
Marise Tétreault, inh., M.A.

Coordonnateur au développement professionnel
Pascal Rioux, inh.

Secrétaire adjointe et coordonnatrice aux technologies de l'information
Francine Beaudoin

Rédactrice agréée
Line Prévost, inh., B.A.

Inhalothérapeute-conseil à l'admission
Pierrette Morin, inh., DESS en enseignement

Adjointe de direction
Ophélie Dréau

Adjointe administrative aux affaires juridiques
Anie Gratton

Adjointe administrative à l'inspection professionnelle
Sonia Dusseaux

Adjointe administrative au Tableau des membres
Marie Andrée Cova

Ce document a été révisé et corrigé selon l'orthographe rectifiée de 1990 (aussi appelée « nouvelle orthographe recommandée »).

COMMUNICATIONS

Responsable
Marise Tétreault, inh., M.A.

Collaborateurs

Renée Bérubé, inh., Gabrielle Boilard, stg. inh., Bernard Cadieux, inh., M. Sc., M.A.P., M^{re} Magali Courmoyer-Proulx, Martine Dubois, inh., Alexia Fréchette, stg. inh., Jacques Grenier, inh., M^{re} Andréanne LeBel, Tania Lévesque, inh., Marie-Pier Mireault, inh., Line Prévost, inh., B.A., réd. a., Josée Prud'Homme, inh., Adm.A., Julie Roy, inh., Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2020

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
Andrés Guerra

Publicité
CPS Média

43, avenue Filion, Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R0
Tél. : (450) 227-8414 poste 310 • Téléc. : (450) 227-8995
Normand Lalonde, gestionnaire de compte
Courriel : nlalonde@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@opi.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.



MOT DU PRÉSIDENT

Repousser les frontières de l'inconnu

(traduction libre de *To boldly go where no [one] has gone before* — *Star Trek*)

Au moment de ma réélection, j'ai dressé une liste de sujets que j'aimerais aborder avant la fin de mon mandat. L'un d'eux cadrerait parfaitement avec le thème de cette parution. Il y a quelques semaines, un patient rendait hommage à une inhalothérapeute en prenant la peine de nous envoyer un message qui soulignait la qualité exceptionnelle des soins et des services reçus. Et ce n'était pas la première fois que nous entendons des commentaires élogieux à l'égard de cette professionnelle.

Cela a soulevé un questionnement : existe-t-il une distinction entre une pratique d'exception et celle qualifiée de « hors-piste » ?

À l'évidence, la pratique d'exception repose sur les compétences — ensemble des savoirs, du savoir-faire et du savoir-être — et les standards de qualité les plus élevés. Elle requiert une rigueur intellectuelle et une curiosité scientifique pour maintenir à jour ces savoirs et innover. Par la suite, elle exige un travail réflexif pour transposer les acquis en interventions cliniques. Mais on aurait tort de ne la circonscrire qu'aux connaissances acquises et développées. Elle est aussi empreinte d'empathie, d'écoute et d'ouverture à l'égard des clientèles et de leurs proches ; de respect, d'échanges et d'entraide avec les pairs. Chez le clinicien et la clinicienne, la pratique d'exception s'ancre dans sa passion pour la profession et dans son désir de prodiguer les meilleurs soins possibles.

La pratique professionnelle « hors-piste », quant à elle, excède le cadre d'exercice dit « conventionnel » de la profession. Qu'il s'agisse d'un milieu clinique inhabituel, d'une pratique innovante ou effectuée dans des conditions singulières, elle dépasse les frontières connues.

La seule distinction réside donc dans le caractère plutôt atypique de l'une par rapport à l'autre. Dans cette parution, nous vous présentons quelques inhalothérapeutes d'exception qui ont une pratique professionnelle hors-piste.

J'en profite pour vous rappeler que, chaque année, l'OPIQ souligne l'exceptionnelle contribution à la profession de plusieurs inhalothérapeutes, lors d'[une remise de prix](#). Elle prendra une nouvelle forme cette année, pandémie oblige. Surveillez nos communications et n'hésitez pas à soumettre une candidature.



Justement, un mot sur la pandémie en terminant. Je vous ai rejoint sur le terrain et j'ai constaté à quel point vous vous montrez créatifs, innovants et solidaires pour répondre à la demande pressante et à la prise en charge massive des patients atteints. Votre capacité de mobilisation pour repousser les frontières devant ce redoutable virus, jusqu'ici inconnu, est digne de mention.

Bon été malgré tout et prenez soin de vous.



Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.
Président

Banque Nationale	32
Johnson & Johnson inc.	33
La Capitale Assurances générales	27

Transplant Québec	11
UQAT	30



index des annonceurs



A WORD FROM THE PRESIDENT

“To boldly go where no [one] has gone before.”

— Captain James T. Kirk, *Star Trek*



At the time of my re-election, I drew a list of subjects that I wanted to address before the end of my mandate. One of them was perfectly in-line with the central theme of this publication. Some weeks ago, we received a message from a patient taking time to pay tribute to a respiratory therapist, emphasizing the exceptional quality of care she provided. And it was not the first time that this particular professional received glowing comments.

This raised a question: can we make a distinction between a practice of exception and one qualified as “out of scope”?

Clearly, a practice of exception rests on competencies—a body of knowledge, know-how, and non-technical skills—and the highest standards of quality. Intellectual rigour and scientific curiosity are called for to keep this body of knowledge current and be able to innovate. Subsequently, introspective work is required to transpose this acquired knowledge into clinical interventions. But to restrict it only to acquired and developed knowledge would be wrong. It is also marked by empathy, active listening, and openness toward patients and their loved ones; and by respect, exchanges, and cooperation with one’s peers. Among clinicians, the practice of exception takes root in a passion for the profession and a desire to provide the best possible care.

As for the “out of scope” professional practice, it goes beyond the “conventional scope” of the profession. Whether it is an unusual clinical setting, an innovative approach or a practice conducted in unique conditions, it “boldly goes where no one has gone before.”

Indeed, the only distinction resides in the rather atypical character of one compared with the other. In this edition, we introduce you to some exceptional respiratory therapists who have an “out of scope” professional practice.

I take this opportunity to remind you that an [awards ceremony](#) is held each year by the OPIQ to highlight the exceptional contribution to the profession made by many respiratory therapists. Because of the pandemic, this ceremony will be held differently this year. Please watch for our upcoming communications and do not hesitate to submit a nomination.

Finally, a word on the pandemic. I have joined you in the field and I saw first-hand how much you are creative, innovative, and show solidarity in answering the urgent demand and massive management of infected patients. Your ability to mobilize and “boldly go where no one has gone before” in confronting this, yet unknown, formidable virus, is highly commendable.

All the same, have a nice summer, and take care of yourselves. 🦋



Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.

President

La pratique dans le Grand Nord

par **Julie Roy, inh.**, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-
du-Québec, CLSC Lavolette.



Julie Roy, inh.

1 Pourquoi avez-vous choisi la profession d'inhalothérapeute au départ ?

Je voulais travailler dans le domaine de la santé. Je cherchais un travail qui me permettrait d'être aux premières loges de l'action. Je n'apprécie pas la routine, je savais qu'en devenant inhalothérapeute, elle ne serait pas présente.

2 Parlez-nous de votre parcours professionnel et de ce qui vous a amené à cette pratique particulière.

Je suis inhalothérapeute, depuis 2004, dans ma région natale à Trois-Rivières. J'ai travaillé principalement en soins critiques et en anesthésie. J'adore la pratique en région, où l'on doit porter tous les chapeaux et maintenir toutes les connaissances reliées à chaque secteur d'activités. J'ai eu la chance de faire du remplacement aux Îles-de-la-Madeleine, à Baie-Comeau et à Maniwaki. J'ai enseigné au Cégep de Sainte-Foy et au Collège Ellis. J'ai été inspectrice pour l'OPIQ et j'ai aussi siégé au conseil d'administration le temps d'un mandat. Récemment, j'ai obtenu un poste en soutien à domicile. Le Grand Nord avait toujours piqué ma curiosité, lorsque le poste a été affiché, plusieurs collègues ont pensé qu'il s'agissait d'une opportunité taillée sur mesure pour moi. Mes autres expériences professionnelles avaient été formatrices pour relever ce défi.

3 Décrivez-la brièvement (p. ex. clientèle, situation clinique rencontrée).

Le budget octroyé pour l'arrivée d'un inhalothérapeute sur la côte de la Baie d'Hudson concernait, dans un premier temps, le soutien à la personne âgée. Selon mon mandat régional, je devais visiter les sept communautés. Je devais aussi organiser un département mobile. J'ai vite remarqué que les besoins étaient illimités et que tout le monde avait un intérêt à ce que j'intègre leur équipe. Les médecins réclamaient notre présence depuis belle lurette, car ils assumaient toutes les responsabilités liées à la gestion des patients intubés et de la ventilation. Je faisais aussi partie de l'équipe d'évacuation médicale. L'équipe du bloc opératoire était déçue de mon absence lors des semaines de chirurgie. Ils demandaient mon aide lors de problématiques avec la machine d'anesthésie. Les patients devaient se déplacer à Montréal pour

faire ajuster un masque de CPAP. Imaginez les coûts économisés par mon arrivée. Je faisais des spirométries. La cigarette étant très présente, j'essayais de faire de la prévention et de la sensibilisation sur les méfaits du tabac.

4 Selon vous, quelles compétences, connaissances et habiletés inhérentes à la profession d'inhalothérapeute sont utiles et mobilisées dans cette pratique ?

Le sens de l'adaptation a pris tout son sens dans cet univers, les situations étant extrêmes. Une situation banale peut devenir très compliquée. La barrière linguistique constitue un défi de taille. Nous travaillons avec des interprètes, qui traduisent de l'anglais vers l'inuktitut. Il est difficile de vérifier si le message est transmis avec justesse.

Le travail d'équipe est essentiel dans ce contexte de rareté des ressources. Chaque professionnel sort de son cadre professionnel. Les ressources matérielles étant limitées, nous devons être créatifs et trouver des solutions maison. Nous devons faire preuve d'ouverture à une autre culture, à d'autres mœurs et respecter leurs traditions et leurs coutumes.

5 Avez-vous affronté des défis ou surmonté des obstacles lorsque vous avez commencé dans cette nouvelle pratique ?

Je n'ai jamais été autant confrontée à la misère humaine. La violence est bien présente, nous traitons des patients qui la subissent au quotidien. La majorité des cas qui avaient besoin de nos services était liée à une situation de violence. L'alcool, comme rapporté dans les médias, apporte son lot de problématiques. L'éloignement nous rend dépendants du transport aérien. Le mauvais temps peut amener son lot d'incertitudes comme la surveillance d'un patient instable pendant une longue période, si les avions ne peuvent pas atterrir. En étant la première inhalothérapeute, je devais m'intégrer à une équipe. Si certaines situations semblaient risquées à mes yeux d'inhalothérapeute, je devais transmettre ma vision avec tact sans écorcher les autres professionnels.

« Le Nord nous change comme humain à tous les plans et il restera dans mon cœur à jamais. Là-bas, je suis devenue une meilleure inhalothérapeute et une meilleure personne. »

6 Avez-vous eu à suivre une formation complémentaire? Si oui, laquelle et qu'est-ce qui vous a motivée?

La population du Nunavik est très jeune. Le suivi des grossesses n'étant pas toujours optimal amène plusieurs problématiques chez les nouveau-nés. J'ai eu la chance de faire un stage à l'unité néonatale au CHUL pour parfaire mes connaissances dans ce domaine.

7 Parlez-nous de votre plus belle réussite professionnelle.

D'avoir été la première inhalothérapeute permanente au Grand Nord est une immense fierté pour moi. Je sais que mon apport a été une goutte d'eau dans l'océan. Mais dans le regard de mes patients, j'ai vu que pour eux, j'avais fait une différence. J'ai fait acheter des économiseurs d'oxygène qui ont permis à un patient oxygénodépendant d'aller à la pêche dans la toundra avec sa famille. Une patiente, dont l'état était très précaire, a pu rester plus longtemps à domicile avec les siens avec l'arrivée de deux concentrateurs 10 L/min. Je suis particulièrement contente de l'entraide que j'ai reçue de la part de mes collègues « du Sud ». Lorsque j'appelais dans les centres spécialisés, les gens partageaient leur expertise et leurs procédures avec moi avec générosité. J'éprouve une grande fierté d'avoir tissé ces liens professionnels. La réussite du département d'inhalothérapie « au Nord » en est une provinciale. Il y a un peu de chaque région du Québec dans ce projet.

8 Avez-vous un objectif (professionnel ou personnel) à atteindre en ce qui a trait à cette pratique?

Je suis revenue au sud pour des raisons familiales, en juin 2019. Le Nord nous change comme humain à tous les plans et il restera dans mon cœur à jamais. Là-bas, je suis devenue une meilleure inhalothérapeute et une meilleure personne. J'ai l'opportunité de retourner à Puvirnituk quelques semaines par année, à la demande d'une anesthésiste. Je suis choyée d'y retourner pendant de courtes périodes et de vivre la vie nordique. Lors de mon arrivée en novembre, les collègues sont venues me chercher à l'aéroport. Mes soirées étaient bien remplies par des activités sociales. Un *local* m'a fait pleurer en me disant : *Welcome back home, Julie*. Je suis allée visiter un patient que je suivais à domicile, il est devenu dyspnéique, car trop heureux de me revoir! Quand on quitte le Nord, on fait nos adieux à la population, les chances d'y revenir sont minces. Mais pour moi, ce sont désormais des au revoir.



9 Y a-t-il un ou une inhalothérapeute (ou une autre personne) qui vous inspire?

Il en a plusieurs. J'apprécie particulièrement les professionnels tenaces qui ne baissent pas les bras.

10 Quel conseil donneriez-vous à un inhalothérapeute récemment diplômé qui aspire à une carrière comme la vôtre?

Je lui conseillerais de travailler dans un centre qui lui permet de maintenir l'ensemble de ses compétences dans tous les secteurs d'activités de notre profession. D'être curieux et de ne pas avoir peur de questionner les autres professionnelles sur leur pratique. Au Nord, il n'y avait pas de nutritionniste. La majorité de mes patients avaient besoin de conseils dans ce domaine. J'appelais souvent une professionnelle du Sud qui me donnait des conseils pour aider mes usagers. J'ai beaucoup appris en travaillant avec les thérapeutes en réadaptation physique (TRP) lors de suivi conjoint. Le rôle de l'inhalothérapeute dans un village nordique est plus large que l'inhalothérapie. Je suis allée chercher des connaissances sur les dépendances avec l'équipe psychosociale pour supporter une patiente qui nécessitait des interventions en ce sens.



Sainte-Justine au cœur du monde

par **Marie-Pier Mireault, inh.**, bloc opératoire,
Institut de cardiologie de Montréal (ICM).



Marie-Pier Mireault, inh.

1 Pourquoi avez-vous choisi la profession d'inhalothérapeute au départ ?

Je voulais travailler en santé, j'avais un fort désir d'aider les gens, de les soigner. Ma cousine était venue en stage à l'hôpital de Baie-Comeau, ma ville natale. Elle habitait chez nous et elle m'a transmis sa passion pour l'inhalothérapie. D'ailleurs, 10 ans plus tard, c'est moi qui allais demeurer chez elle, à Roberval, pour un stage en assistance anesthésique.

2 Parlez-nous de votre parcours professionnel et de ce qui vous a amené à cette pratique particulière.

Je travaille à l'ICM depuis plus de 22 ans. J'avais effectué un stage à l'ICM aux soins intensifs et le chef de département, monsieur André Roof, avait promis de me contacter dès qu'il aurait une place pour moi dans son équipe. Quand j'ai terminé en 1997, les emplois étaient rares. Le gouvernement avait fermé plusieurs hôpitaux, ce qui avait saturé les places disponibles dans les autres centres hospitaliers pour la relève. J'avais été l'une des chanceuses embauchées à Baie-Comeau. Quand l'Institut m'a téléphoné, en 1998, je suis partie sans hésiter pour aller vivre ma passion dans la grande ville et dans ce milieu hyper stimulant qu'est l'Institut de cardiologie. Je me souviens de mon arrivée... c'était durant la crise du verglas !

C'est là que j'ai rencontré la chirurgienne Nancy Poirier qui, chaque année, allait en Afrique pour opérer des petits patients atteints de pathologies cardiaques. Prenant mon courage à deux mains, je lui ai proposé mes services comme inhalothérapeute. Le lendemain, je recevais un coup de fil !

3 Décrivez-la brièvement (p. ex. clientèle, situation clinique rencontrée).

Ma première mission avec *Sainte-Justine au cœur du monde* en 2015 fut à Addis-Abeba en Éthiopie. Le but ultime de la mission est de partager nos connaissances avec ces pays en développement pour les aider à devenir autonomes dans leurs milieux, c'est-à-dire à ne plus dépendre des missions pour soigner leurs populations infantile et jeune adulte atteintes de pathologies cardiaques. Le défi est de taille, car la chirurgie cardiaque est complexe et demande une main-d'œuvre ultraspécialisée, de la technologie

« Le défi est de taille, car la chirurgie cardiaque est complexe et demande une main-d'oeuvre ultraspécialisée, de la technologie de pointe et des infrastructures pouvant répondre à des besoins précis. »

de pointe et des infrastructures pouvant répondre à des besoins précis. On nous confie souvent les cas les plus difficiles, chaque histoire est incroyable et les efforts sont souvent surhumains de la part de l'équipe locale et de celle de la mission pour mener à bien ces petits patients vers une vie décente. Pas de pauses syndicales, des heures de repas anarchiques et des journées de 15-16 h de travail sont à l'horaire. L'esprit d'équipe est requis et les compétences de chacun sont mises rudement à l'épreuve avec des équipements désuets où la stérilité et les fournitures sont presque inexistantes.

4 Selon vous, quelles compétences, connaissances et habiletés inhérentes à la profession d'inhalothérapeute sont utiles et mobilisées dans cette pratique ?

Premièrement, il faut être débrouillard, avoir une facilité d'adaptation et posséder une volonté de fer. Il faut aimer travailler en équipe et ne pas avoir peur de la barrière des langues. Être curieux, poser des questions et chercher constamment de nouvelles façons de faire. Connaître sa profession et avoir de l'expérience dans plusieurs champs d'activités (ventilation, anesthésie, soins intensifs, pharmacologie, transfert, urgence). Être impliquée activement dans l'organisation. Savoir garder son sang-froid et être consciencieux. Finalement, ne pas compter ses heures ; avoir besoin de peu de sommeil pour fonctionner ; avoir une santé de fer et apprécier les longs voyages en avion sont des atouts !

« Tant que je pourrai continuer à faire des missions, je les ferai avec tout mon cœur. Ce n'est pas un objectif professionnel, c'est un objectif humanitaire. »

5 Avez-vous affronté des défis ou surmonté des obstacles lorsque vous avez commencé dans cette nouvelle pratique?

3 défis

- Travailler en pédiatrie fut un défi pour moi, car j'ai toujours pratiqué chez les adultes. Soigner des enfants, en plus de demander des connaissances spécifiques, vient chercher en nous des sentiments profonds d'humanisme et de protection. J'ai beaucoup d'admiration pour ceux qui, jour après jour, travaillent en milieu pédiatrique.
- Le retour aux soins intensifs, mes anciens amours, puisque je travaille en salle d'opération depuis de nombreuses années.
- Travailler avec des moyens rudimentaires et en très mauvaises conditions. C'est un monde complètement différent de mon milieu actuel où la technologie est à la fine pointe et les ressources abondantes.

6 Avez-vous eu à suivre une formation complémentaire? Si oui, laquelle et qu'est-ce qui vous a motivée?

Aucune formation spécifique complémentaire n'était requise, mais en 2000, j'ai suivi le certificat en anesthésie et soins critiques à l'UQAT. Cette formation s'est avérée un atout important pour moi lors de mes missions. Elle m'a permis d'approfondir entre autres mes notions de pharmacologie et mes connaissances en ventilation.

7 Parlez-nous de votre plus belle réussite professionnelle.

Travailler tous les jours avec passion et dans la joie. Mon travail m'épanouit sainement. C'est ça mon plus bel accomplissement. La mission humanitaire, c'est la cerise sur le sundae! Être toujours de l'équipe pédiatrique depuis 6 ans malgré le fait de ne pas pratiquer dans ce milieu. En plus d'avoir établi des liens d'amitié et des liens professionnels avec des gens que j'admire beaucoup.



8 Avez-vous un objectif (professionnel ou personnel) à atteindre en ce qui a trait à cette pratique?

Tant que je pourrai continuer à faire des missions, je les ferai avec tout mon cœur. Ce n'est pas un objectif professionnel, c'est un objectif humanitaire. En ce moment, je termine un certificat en gérontologie. J'aime apprendre et posséder plusieurs cordes à mon arc. Cette formation m'aide à comprendre une autre réalité de notre monde. Je ne me mets pas de barrière et l'année prochaine, j'entreprendrai un autre certificat, en gestion cette fois.

9 Y a-t-il un ou une inhalothérapeute (ou une autre personne) qui vous inspire?

Ma cousine, Johanne Ouellet, qui est une inhalothérapeute dévouée.

10 Quel conseil donneriez-vous à un inhalothérapeute récemment diplômé qui aspire à une carrière comme la vôtre?

Persévérer et croire en ses rêves. Pour moi, travailler à l'Institut de cardiologie de Montréal et aller en mission humanitaire en Afrique étaient deux de mes rêves.



Médecine hyperbare

par **Jacques Grenier**, inh., assistant-chef,
médecine hyperbare et plaies complexes.



Jacques Grenier, inh.

1 Pourquoi avez-vous choisi la profession d'inhalothérapeute au départ ?

Je savais que le domaine hospitalier m'intéressait. Le conseiller en orientation m'a parlé de cette formation qui était relativement nouvelle. Le programme me semblait intéressant et le volet anesthésie encore plus.

2 Parlez-nous de votre parcours professionnel et de ce qui vous a amené à cette pratique particulière.

En 1997, alors que je suis technicien en anesthésie, un médecin urgentiste (D^r Mario Côté) me demande de le rencontrer chez lui pour discuter d'un projet. À ma grande surprise, il me parle de la médecine hyperbare, sujet que je ne connais pas du tout. Il aimerait que l'on fasse équipe ensemble pour cette aventure. Aventure qui commença assez rapidement par des entrevues afin de sélectionner les personnes qui feront équipe dans l'arrivée du nouveau service. S'en suit une formation en anglais reconnue par l'*Undersea & Hyperbaric Medical Society (UHMS)* donnée par une équipe de Toronto qui se déplace à l'Université McGill. Après cette formation, le directeur me demande d'être responsable de l'implantation de la chambre hyperbare. Le défi me semblait très intéressant et mon côté technique était un atout.

3 Décrivez-la brièvement (p. ex. clientèle, situation clinique rencontrée).

La chambre hyperbare sert à traiter des patients avec une condition médicale particulière. Il y a 14 indications reconnues. 60 % de la clientèle visée ont reçu des traitements de radiothérapie pour divers cancers et ont développé des séquelles (radionécrose). Le patient diabétique porteur de plaies avec retard de guérison constitue un autre cas type. Il y a bien sûr les urgences : embolie gazeuse, intoxication au monoxyde de carbone, bactérie avec infection nécrosante, accident de décompression, et j'en passe.

4 Selon vous, quelles compétences, connaissances et habiletés inhérentes à la profession d'inhalothérapeute sont utiles et mobilisées dans cette pratique ?

En tant qu'inhalothérapeute, l'administration d'oxygène allait de soi. Mon expérience en salle d'opération était un atout certain. La discipline et la rigueur requises en salle d'opération allaient donner une base solide pour affronter toutes sortes de situations urgentes et électives chez des patients avec des atteintes particulières. Étant donné la nouveauté de cette thérapie méconnue au Québec, il restait beaucoup de champs à développer. Il fallait aussi faire preuve d'ingéniosité afin d'adapter l'équipement, car nos patients conviviaux, aux patients. Le côté humain doit primer, car nos patients ont un historique et un parcours laborieux, attribuables à la nature des indications de traitements pour lesquels ils ont été durement éprouvés.

5 Avez-vous affronté des défis ou surmonté des obstacles lorsque vous avez commencé dans cette nouvelle pratique ?

Tout était à faire dans l'installation de la chambre comme telle, de l'achat de la chambre aux équipements spécifiques que requiert cette thérapie. Élaborer les protocoles et les adapter à la situation particulière du Québec en matière de santé. Se conformer aux règles et aux codes inhérents à cette pratique. Acheter les équipements méconnus au Québec, convaincre les médecins que la médecine hyperbare pouvait avoir des bienfaits pour leurs patients afin de réduire les coûts d'hospitalisation et les complications autant avant qu'après une chirurgie et expliquer de A à Z ce qu'implique l'oxygénothérapie hyperbare. L'Hôpital d'Ottawa a été un bon allié ayant déjà une chambre hyperbare.

« Le côté humain doit primer, car nos patients ont un historique et un parcours laborieux, attribuables à la nature des indications de traitements pour lesquels ils ont été durement éprouvés. »



6 Avez-vous eu à suivre une formation complémentaire? Si oui, laquelle et qu'est-ce qui vous a motivé?

Pour travailler en médecine hyperbare, nous avons décidé d'appliquer le standard américain en matière de formation. Il fallait suivre la formation d'opérateur de chambre hyperbare reconnue par le *National Board of Diving & Hyperbaric Medical Technology (NBDHTM)* qui est l'organisation qui encadre les opérateurs de chambre hyperbare. Cette accréditation demande une certification tous les 2 ans avec un minimum de 24 heures d'activités de formation continue et 100 heures de travail cliniques. Par la suite, j'ai suivi une formation à San Antonio comme directeur de la sécurité, une autre formation en entretien et réparation d'acrylique.

7 Parlez-nous de votre plus belle réussite professionnelle.

C'est sans aucun doute l'implantation de la chambre hyperbare de Lévis en 1999 et de la croissance du service de médecine hyperbare avec une nouvelle chambre de 18 places en 2012. Cette dernière a été dessinée et fabriquée selon nos spécifications à la suite d'une visite en Allemagne et en Suède. Une première pour le constructeur américain qui a d'ailleurs reçu un prix pour la conception de la chambre. La console des opérations est unique selon nos dessins et recommandations. Depuis, notre chambre hyperbare est le modèle fétiche du fabricant. De plus, l'élaboration du [laboratoire de microvasculaire avec PO₂ transcutané](#) est une belle réussite.

8 Avez-vous un objectif (professionnel ou personnel) à atteindre en ce qui a trait à cette pratique?

Promouvoir l'oxygénothérapie hyperbare de façon à l'inclure rapidement dans les plans de traitement des patients qui pourraient en bénéficier. Développer la recherche pour de nouvelles indications.

9 Y a-t-il un ou une inhalothérapeute (ou une autre personne) qui vous inspire?

Au début de ma carrière, j'ai travaillé avec madame Raymonde Simard qui avait déjà plusieurs années de service et qui avait conservé une rigueur et un professionnalisme irréprouchables.

10 Quel conseil donneriez-vous à un inhalothérapeute récemment diplômé qui aspire à une carrière comme la vôtre?

De mettre l'accent sur la portion du travail qui vous intéresse et vous stimule le plus, de façon à développer la pratique. Naturellement, vous serez stimulé et curieux d'en apprendre toujours davantage.



Ensemble depuis 50 ans,
pour le don d'organes, pour la vie

**SAURIEZ-VOUS IDENTIFIER
UN DONNEUR D'ORGANES?**

**Formation en ligne gratuite
60 minutes • 1,5 crédit**

transplantquebec.ca/formation-en-ligne



La cessation tabagique

par **Martine Dubois**, inh., cessation tabagique,
CISSS de Laval, Hôpital Cité-de-la-Santé.



- 1 Pourquoi avez-vous choisi la profession d'inhalothérapeute au départ?**
J'étais éducatrice spécialisée et j'aimais le contact avec les gens, je cherchais donc un domaine avec ce contexte et qui permet d'évoluer.
- 2 Parlez-nous de votre parcours professionnel et de ce qui vous a amené à cette pratique particulière.**
J'ai commencé mon parcours comme inhalothérapeute sur les unités de soins (urgence, soins intensifs, pédiatrie, pneumologie, etc.). Puis j'ai effectué quelques remplacements aux soins à domicile, comme intervenante et coordonnatrice. J'ai par la suite travaillé en réadaptation pulmonaire en alternance avec les unités à l'hôpital. J'ai ensuite posé ma candidature pour le poste en cessation tabagique pour la santé publique au sein du CISSS de Laval.
- 3 Décrivez-la brièvement (p. ex. clientèle, situation clinique rencontrée).**
Nous sommes une équipe de cinq personnes : une infirmière clinicienne, une kinésiologue, une travailleuse sociale, un médecin et moi. Nous offrons de l'aide systématique à tous les fumeurs de 14 ans et plus qui sont hospitalisés à la Cité-de-la-Santé. Nous offrons aussi le suivi après l'hospitalisation. De plus, nos services sont offerts à tous les résidents de la ville de Laval qui désirent cesser de fumer ou simplement réduire leur consommation. Ils ont l'option d'obtenir une consultation téléphonique ou en personne. Nous participons parfois à quelques projets, comme les immeubles sans fumée, les infirmières en milieu scolaire, etc.
- 4 Selon vous, quelles compétences, connaissances et habiletés inhérentes à la profession d'inhalothérapeute sont utiles et mobilisées dans cette pratique?**
L'empathie est primordiale dans l'aide à la cessation tabagique, car elle permet de mieux comprendre le patient et sa dépendance. La connaissance des effets indésirables de la cigarette sur le corps humain ainsi que le mécanisme de la nicotine sur le cerveau. Avoir une bonne connaissance des produits offerts en cessation tabagique. Avoir la soif de connaissances, puisqu'il y a souvent des changements en ce qui a trait à la méthode de cessation et qu'il faut se tenir à jour.
- 5 Avez-vous affronté des défis ou surmonté des obstacles lorsque vous avez commencé dans cette nouvelle pratique?**
Comme toute nouvelle affectation, il a fallu un temps d'adaptation. Je changeais complètement d'équipe, je me retrouvais la seule inhalothérapeute du CISSS de Laval relevant de la santé publique. Donc nouvelle équipe, nouveau gestionnaire, nouvelle vision.
- 6 Avez-vous eu à suivre une formation complémentaire? Si oui, laquelle et qu'est-ce qui vous a motivée?**
J'ai dû suivre des formations sur le [Modèle d'Ottawa sur l'abandon du tabac](#) (MOAT) et d'autres offertes par l'OPIQ et l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial. J'ai aussi suivi quelques formations en anglais sur le tabac. J'ai reçu quelques formations par le Dr Mark-Andrew Stefan, médecin spécialisé en cessation tabagique et aussi consultant dans notre équipe. J'ai aussi participé à une formation sur l'entretien motivationnel.
- 7 Parlez-nous de votre plus belle réussite professionnelle.**
J'ai constaté que j'avais une grande capacité d'adaptation. Je pense que ma plus belle réussite professionnelle a été de m'adapter aux différents milieux dans lesquels j'ai travaillé.
- 8 Avez-vous un objectif (professionnel ou personnel) à atteindre en ce qui a trait à cette pratique?**
J'aimerais continuer à évoluer en tant qu'inhalothérapeute en créant de nouveaux projets, j'aimerais réussir à faire une différence pour ma profession.
- 9 Y a-t-il un ou une inhalothérapeute (ou une autre personne) qui vous inspire?**
Mirkessa Telsaint, une collègue inhalothérapeute.
- 10 Quel conseil donneriez-vous à un inhalothérapeute récemment diplômé qui aspire à une carrière comme la vôtre?**
De saisir toutes les opportunités qui s'offrent et d'en tirer le maximum. Même si parfois l'inconnu peut faire peur, il en résulte souvent de magnifiques rencontres. 

Relaxation et rééducation respiratoire intégrée (RRRI)

par **Renée Bérubé, inh.**, Hôpital Pierre-Boucher.



Renée Bérubé, inh.

1 Pourquoi avez-vous choisi la profession d'inhalothérapeute au départ ?

Je voulais travailler dans le domaine de la santé, j'ai visité ces départements dans les cégeps de ma région. Je ne connaissais pas l'inhalothérapie, mais j'ai eu un coup de cœur quand j'ai visité ce département. L'aventure a commencé en 1977.

2 Parlez-nous de votre parcours professionnel et de ce qui vous a amené à cette pratique particulière.

J'ai toujours été près de mes patients, pour les réconforter, les calmer, diminuer leur stress, toucher un bras, masser le dos. J'essayais d'enseigner la respiration abdominale, ça ne fonctionnait pas ; les patients ne comprenaient pas bien. Cette technique me rendait moi-même nerveuse au lieu de me calmer. J'ai cessé de l'enseigner. Une collègue m'a parlé d'une formation sur la relaxation et la rééducation respiratoire. Dès le premier cours, j'ai pensé : il faut faire ça ! J'ai pratiqué les manœuvres dès le début afin d'intégrer la technique à ma pratique le plus tôt possible. Les réactions des patients sont convaincantes : « On ne m'a jamais fait ça avant ! » « C'est quoi ton nom ? Vas-tu revenir demain ? » « Je respire déjà mieux et je n'ai pas encore pris mon ventolin ! » Puis, je me suis rendue compte au fil de mon apprentissage que je pouvais utiliser avec succès ces techniques aux soins intensifs et à l'urgence. Depuis ce temps, devant les excellents résultats, je suis de plus en plus souvent demandée en consultation par des médecins et des infirmières pour intervenir.

« S'il y a une chose que l'on entend depuis plusieurs années, c'est le manque de temps. Cette technique me permet d'en sauver énormément. »

3 Décrivez-la brièvement (p. ex. clientèle, situation clinique rencontrée).

S'il y a une chose que l'on entend depuis plusieurs années, c'est le manque de temps. Cette technique me permet d'en sauver énormément. Voici quelques exemples.

- Une patiente asthmatique reçoit des traitements toutes les heures pendant la nuit, je lui donne son premier traitement de la journée et j'applique cette technique. Je la quitte plus calme, je reviens une heure plus tard pour le traitement Q1h PRN, elle me dit : « Je me sens beaucoup mieux, laisse-moi me reposer, je n'ai pas besoin de traitement pour le moment. » Le traitement suivant a eu lieu 4 heures plus tard !
- Une patiente arrive en détresse respiratoire, le médecin demande l'installation d'un BiPAP. Après quelques minutes, grâce à cette technique, je n'ai pas eu à installer le BiPAP. En soins aigus, c'est moi qui intervins, pour ensuite faire en sorte que le patient fasse les mouvements, soit par lui-même ou aidé par ses proches à qui je les enseigne, en fonction de ce que j'évalue cliniquement. Cette technique montre l'importance de faire ouvrir les dernières côtes à l'inspiration et les laisser se relâcher à l'expiration en libérant la respiration de tout le tronc plutôt que juste l'abdomen qui, au contraire, contribue à inverser le mouvement des côtes. Cela facilite très souvent l'expectoration, favorise également le passage du lit au fauteuil, puis à la marche.

Je travaille également à la clinique d'hyperventilation avec des personnes qui ont de la difficulté à respirer malgré l'absence de maladie pulmonaire ou cardiaque. Les résultats sont très rapides. Certaines se faisaient dire que leur difficulté respiratoire était d'ordre psychologique. Les tensions musculaires de tout le corps ont un impact direct sur le mouvement du thorax. En diminuant les tensions, nous libérons la respiration, c'est fantastique !

« Avant même de constater les bénéfices du renforcement musculaire, pratiquement tous les patients observent des changements positifs au point de vue respiratoire et donc dans leurs activités quotidiennes. »

4 Selon vous, quelles compétences, connaissances et habiletés inhérentes à la profession d'inhalothérapeute sont utiles et mobilisées dans cette pratique ?

L'observation de la posture et de toutes les asynergies biomécaniques, autant de la mâchoire que des mollets, est importante. Le toucher également est très important et l'écoute, primordiale.

5 Avez-vous affronté des défis ou surmonté des obstacles lorsque vous avez commencé dans cette nouvelle pratique ?

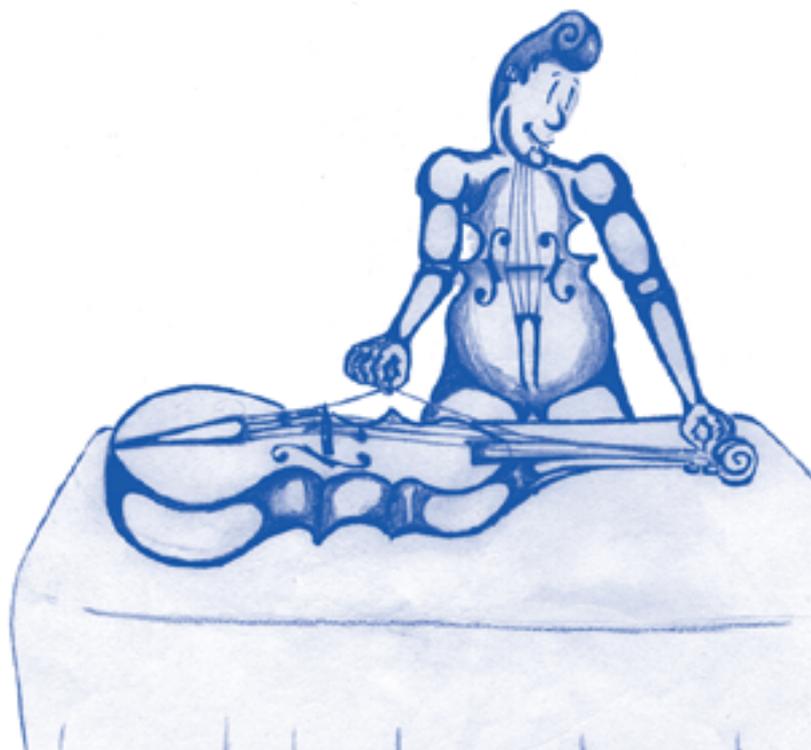
Non. Quand je suis avec un patient, mon but est de l'aider au mieux de mes connaissances. Dans les techniques de rééducation respiratoire que je connais, je choisis la RRRI. Si mon patient va mieux, tout le monde est content et j'ai même régulièrement des appels de médecins et d'infirmières qui me demandent de voir certains patients. Je n'ai pas connu d'obstacles en soi, car je choisis de pratiquer cette technique sur presque tous les patients.

6 Avez-vous eu à suivre une formation complémentaire ? Si oui, laquelle et qu'est-ce qui vous a motivée ?

J'ai suivi la formation *Relaxation et rééducation respiratoire intégrée (RRRI)*. Ce qui m'a motivé, c'est l'impuissance que je ressentais souvent devant l'anxiété de mes patients et la technique de la respiration abdominale qui fonctionnait peu ou pas. Je mets constamment mes connaissances à jour, car ça évolue vite dans ce domaine.

7 Parlez-nous de votre plus belle réussite professionnelle.

Étant donné l'importance de la cohérence dans les soins respiratoires, une grande satisfaction est d'avoir mis sur pied le programme de réadaptation pulmonaire à l'effort en 2011 avec les innovations que j'ai apportées grâce à la RRRI. J'utilise la RRRI avant tout entraînement physique. Avant même de constater les bénéfices du renforcement musculaire, pratiquement tous les patients observent des changements positifs au point de vue respiratoire et donc dans leurs activités quotidiennes. Mais ma plus grande réussite fut de pouvoir intégrer l'ensemble de la pratique dans un continuum de soins dans tous les milieux cliniques : soins intensifs, urgence, domicile, fonction pulmonaire, etc. C'est vraiment une pratique de base de notre profession que tous devraient pratiquer et non une spécialité comme on a tendance à le croire. Les patients vont mieux... et moi aussi!



8 Avez-vous un objectif (professionnel ou personnel) à atteindre en ce qui a trait à cette pratique ?

Mon objectif premier était professionnel, je voulais aider mes patients. Mais en commençant cette formation, je me suis aperçue que cette technique devait d'abord s'appliquer à moi. Mon présent objectif est de me sentir de mieux en mieux pour ainsi mieux aider mes patients tous les jours. Mon ultime objectif serait que tous les inhalothérapeutes pratiquent cette approche le plus rapidement possible.

9 Y a-t-il un ou une inhalothérapeute (ou une autre personne) qui vous inspire ?

Benoit Tremblay, avec qui je suis chaque année des formations.

10 Quel conseil donneriez-vous à un inhalothérapeute récemment diplômé qui aspire à une carrière comme la vôtre ?

Suivre la formation RRRI et pratiquer dès le début sur soi-même et sur les patients pour que les mouvements et exercices deviennent de plus en plus naturels. Plus vite on commence à observer les asynergies respiratoires, plus vite ça deviendra une seconde nature. 🦋

Premier répondant événement sportif

par **Tania Lévesque, inh.**, Airmedic.



Tania Lévesque, inh. (à droite)

1 Pourquoi avez-vous choisi la profession d'inhalothérapeute au départ?

J'ai toujours voulu aider les gens et la santé est un domaine qui me passionne. C'est grâce à mes deux petits cousins atteints de la fibrose kystique que j'ai connu l'inhalothérapie.

2 Parlez-nous de votre parcours professionnel et de ce qui vous a amené à cette pratique particulière.

Déjà comme étudiante, j'aimais m'impliquer dans les activités et les différents comités scolaires. Lorsque les Jeux du Québec ont eu lieu à Gatineau, je terminais ma première année en inhalothérapie et j'ai suivi la formation RCR chez Ambulance St-Jean, afin de participer comme premier répondant lors de cet événement. Puisque j'aime les défis, une fois graduée en tant qu'inhalothérapeute, je me suis intéressée à l'équipe médicale de l'*IRONMAN Mont-Tremblant*. La première année, je m'y suis inscrite sans connaître personne, je voulais sortir de ma zone de confort et je dois dire que cette journée m'a apporté beaucoup de satisfaction. J'ai appris à travailler avec des gens que je ne connaissais pas et du matériel que je n'avais jamais manipulé, le tout dans un environnement inconnu et non contrôlé. C'est agréable de rencontrer des professionnels de la santé aussi passionnés que nous, mais aussi d'en apprendre plus sur les différentes pratiques ailleurs au Québec. Même si l'événement se déroule en juin pour le demi-*Ironman* puis en août pour l'*Ironman* complet, il se crée des liens avec les gens et depuis maintenant 4 ans, on se dit « à l'an prochain! ».

3 Décrivez-la brièvement (p. ex. clientèle, situation clinique rencontrée).

L'*Ironman* est un événement sportif qui accueille des athlètes de partout dans le monde. Il s'agit d'un parcours de 3,8 km à la nage, 180,2 km à vélo, suivi d'un marathon de 42,195 km (course à pied), pour une distance totale parcourue de 226 km. Ces triathlètes s'entraînent toute l'année qui précède la course, malgré cela ils requièrent parfois des soins médicaux. Ces dernières années, il y a eu des journées froides où il pleuvait, alors les cas sont principalement reliés à l'hypothermie. D'autres années, c'était le contraire, il faisait trop chaud et les athlètes subissaient des coups de chaleur à en

devenir désorientés. Il arrive aussi des accidents, surtout des traumatismes de vélo. Qu'il s'agisse de la nage, du vélo ou de la course, j'ai vu des cas de bronchospasme dans les trois épreuves. Comme les cas respiratoires ne constituent pas la majorité des besoins médicaux, nous sommes appelés à intervenir autrement : prendre des signes vitaux, mesurer la glycémie des patients, les aider à s'allonger en Trendelenburg, donner à boire, etc. C'est une expérience enrichissante durant laquelle j'ajoute plusieurs connaissances connexes à mon métier.

4 Selon vous, quelles compétences, connaissances et habiletés inhérentes à la profession d'inhalothérapeute sont utiles et mobilisées dans cette pratique?

La capacité d'adaptation, la débrouillardise et l'ouverture d'esprit sont des compétences très importantes lorsqu'on participe à un événement comme celui-ci. On doit être capable de sortir de notre zone de confort, être efficace en situation d'urgence dans un environnement non contrôlé et bien vouloir effectuer d'autres tâches que seulement celles qui touchent l'inhalothérapie. Les athlètes qui s'entraînent pour un événement comme l'*Ironman* ont beaucoup d'attente envers eux-mêmes, on doit les encourager, les respecter et parfois, nous devons les accompagner dans leur déception lorsqu'il arrive un incident et qu'ils doivent abandonner la course.

5 Avez-vous affronté des défis ou surmonté des obstacles lorsque vous avez commencé dans cette nouvelle pratique?

Le principal obstacle pour moi était de m'inscrire dans un événement comme celui-là sans connaître personne. C'est à l'extérieur de ma ville, le village de Mont-Tremblant est complètement reconfiguré pour l'*Ironman*, il y a des fermetures de routes, des entraves à la circulation et on doit se déplacer à pied dans la foule. S'adapter au matériel qui est différent de celui que j'utilise habituellement c'est facile, aborder des gens inconnus aussi c'est facile pour moi, c'est vraiment l'aspect d'y aller seule, sans connaître personne et sans repères qui a été un défi pour moi.

« C'est agréable de rencontrer des professionnels de la santé aussi passionnés que nous, mais aussi d'en apprendre plus sur les différentes pratiques ailleurs au Québec. »



6 Avez-vous eu à suivre une formation complémentaire? Si oui, laquelle et qu'est-ce qui vous a motivée?

Le samedi avant l'évènement, l'organisation offre une formation pour l'équipe médicale. On nous remet des documents à l'avance avec les différentes problématiques susceptibles d'arriver dans un évènement sportif comme l'*Ironman*. Mon expérience d'inhalothérapeute à l'urgence et en salle d'opération a aussi aidé à ce que je sois à l'aise dans les tâches à effectuer.

7 Parlez-nous de votre plus belle réussite professionnelle.

Je ne pense pas avoir de plus belle réussite professionnelle en particulier. Je suis fière de mon parcours complet. Je n'ai pas « froid aux yeux » comme on dit et je fonce vers les nouveaux défis. J'ai accepté un poste sur l'équipe volante 6 mois après avoir obtenu mon diplôme comme inhalothérapeute, car je voulais aussi travailler au bloc opératoire. Ensuite, j'ai postulé au Cégep de l'Outaouais afin de diversifier mes journées. J'ai beaucoup appris à travailler sur moi-même en étant auprès des étudiants. Mon but était de leur transmettre ma passion pour l'urgence et tout ce qui est soins critiques. Je suis allée enseigner en Afrique à deux reprises et maintenant je travaille chez *Airmedic*. J'ai 30 ans et je crois que je suis loin d'avoir fini d'apprendre, j'ai un besoin constant d'être mise au défi.

8 Avez-vous un objectif (professionnel ou personnel) à atteindre en ce qui a trait à cette pratique?

Je n'ai pas d'objectif spécifique mis à part celui d'être toujours plus compétente!

9 Y a-t-il un ou une inhalothérapeute (ou une autre personne) qui vous inspire?

En rapport avec l'*Ironman*, Pascale Caquez est polyvalente et très dévouée. C'est une très bonne personne que je suis contente de connaître grâce à cet évènement.

10 Quel conseil donneriez-vous à un inhalothérapeute récemment diplômé qui aspire à une carrière comme la vôtre?

Je dirais qu'il faut s'exposer le plus possible pour prendre de l'expérience et de la confiance en nos connaissances et nos compétences. Il faut être curieux! Lorsque je travaille, je pose souvent des questions aux médecins que je côtoie. Je veux comprendre leur raisonnement et leurs choix cliniques. Foncez et n'ayez pas peur de sortir de votre zone de confort! 🦋

COVID-19

Apparitions médiatiques

par **Marise Tétreault**, inh., M.A.,
coordonnatrice aux communications, OPIQ.



Karine Grondin, inh.

Maryvonne Placide, inh.

Cynthia Boily, inh.

Erika Demers, inh.

Bien que cette édition de votre revue se consacre d'abord sur la pratique professionnelle « hors-piste » de l'inhalothérapie, il nous apparaissait essentiel de mettre aussi en lumière quelques inhalothérapeutes qui se sont particulièrement démarqués par le caractère unique d'une réalisation pendant la pandémie.

Inhalothérapeutes sur le terrain et dans les médias

En raison de l'importante composante respiratoire du virus et de leur expertise en ventilation, les inhalothérapeutes ont été projetés à l'avant-scène sur la ligne de feu et dans les médias.

Ainsi, entre le 23 mars et le 3 mai, l'OPIQ a accepté plus d'une douzaine de demandes provenant de journalistes issus de divers médias (télévisuels, radiophoniques, écrits ou numériques). Pour chaque entrevue et selon le sujet abordé, un porte-parole de l'OPIQ ou un inhalothérapeute clinicien délégué par l'OPIQ a répondu aux questions des journalistes (tableau 1).

Par leurs nombreuses présences dans le paysage médiatique et malgré leur implication sur le terrain dans la lutte contre la COVID-19, les inhalothérapeutes, délégués par l'OPIQ ou non, ont fait rayonner la profession par leur témoignage et leur passion.

Nous les remercions sincèrement d'avoir accepté cette mission hors du commun. 

« Par leurs nombreuses présences dans le paysage médiatique et malgré leur implication sur le terrain dans la lutte contre la COVID-19, les inhalothérapeutes, délégués par l'OPIQ ou non, ont fait rayonner la profession par leur témoignage et leur passion. »

Tableau 1. Parmi les entrevues réalisées par un porte-parole de l'OPIQ ou un inhalothérapeute délégué par l'OPIQ.

Date	Entrevues réalisées
23 mars 2020	Entrevue radiophonique d'Isabelle Craig avec Josée Prud'Homme, directrice générale et Daniel Jorgic, inspecteur professionnel de l'OPIQ à l'émission <i>Tout un matin</i> sur <i>Ici Canada Première</i> animé par Patrick Masbourian. Segment de 6 h 47: Société avec Isabelle Craig: Situation des inhalothérapeutes pendant la COVID-19
26 mars 2020	98,5 FM – <i>Le Québec maintenant</i> . Entrevue de Patrick Lagacé avec Karine Grondin. ▪ COVID-19 Le travail essentiel des inhalothérapeutes ▪ Compte rendu écrit
3 avril 2020	<i>QUB Radio</i> . Entrevue radiophonique de Jonathan Trudeau avec Maryvonne Placide. ▪ Segment de 10 h 15: Respirateurs: en quoi consiste le travail des inhalothérapeutes? 7 min
4 avril 2020	<i>ICI RDI Matin Week-end</i> . Entrevue de Caroline Lacroix avec Cynthia Boily. Segment: Les inhalothérapeutes sur la ligne de front
5 avril 2020	<i>Radio-Canada</i> (site Web). Un reportage d'Ahmed Kouaou avec Karine Grondin et Érika Demers. Les inhalothérapeutes, une bouffée d'oxygène en temps de coronavirus
24 avril 2020	<i>ICI RDI</i> . Entrevue de l'animatrice Christine Fournier avec Sandra Di Palma, coordonnatrice à l'inspection professionnelle, OPIQ. https://bit.ly/2Sc45Dc
2-3 mai 2020	<i>Le Devoir</i> , cahier spécial Les travailleurs essentiels Donner un second souffle . Entrevue avec Jocelyn Vachon, président de l'OPIQ

COVID-19

Manifestations cliniques... hypocondriaques s'abstenir

par **Marise Tétreault**, inh., M.A.,
coordonnatrice aux communications, OPIQ.



Avertissement :

si comme moi vous avez un penchant marqué pour l'hypocondrie, je vous invite à tourner la page.*

Une éclosion devenue pandémie!

Un nouveau virus de la famille des *Coronaviridae* a été détecté dans la ville de Wuhan en Chine. Ce virus, initialement nommé 2019-nCoV, se nomme aujourd'hui le SARS-CoV-2 et la maladie associée porte désormais le nom tristement célèbre de COVID-19.

La souche du SARS-CoV-2 est la plus récente des sept souches de coronavirus qui causent des maladies chez l'humain. Des six autres souches, quatre provoquent des symptômes respiratoires mineurs et deux ont été associées à des maladies plus graves et parfois mortelles, soit le [syndrome respiratoire aigu sévère \(CoV-SRAS\)](#) en 2003 et le [syndrome respiratoire du Moyen-Orient \(CoV-SRMO\)](#) depuis 2012¹.

Signalée pour la première fois en Chine, le 31 décembre 2019, ce n'est que le 11 mars 2020 que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) annonce que le coronavirus est désormais une pandémie mondiale. Plus près de nous, le premier cas d'infection par la COVID-19 a été déclaré au Québec le 28 février 2020, l'état d'urgence sanitaire est déclaré le 13 mars et il y a eu, par la suite, une progression importante du nombre de cas au cours des semaines suivantes².

* **Hypocondrie**: état d'une personne qui est préoccupée de façon permanente et excessive au sujet de sa santé (Antidote).

Manifestations cliniques:

doit-on se méfier d'à peu près tout?

De la tête aux pieds, en passant par les organes vitaux, la liste des manifestations cliniques confirmées, ou potentiellement associées à la COVID-19, ne cesse de s'allonger... au grand dam de l'hypocondriaque qui sommeille chez plusieurs d'entre nous.

Souvenons-nous, il n'y a pas si longtemps, alors que l'attention était portée essentiellement sur la fièvre, la toux et les difficultés respiratoires. À ces premiers signaux d'alarme, se sont ajoutés au fil de l'histoire la rhinorrhée, la diarrhée et les maux de ventre, puis la perte du goût et de l'odorat (sans congestion nasale), les lésions cutanées comme l'urticaire et les pseudo-engelures aux orteils, les troubles pulmonaires, cardiovasculaires, neurologiques et de la coagulation. Et il ne faut pas oublier les cas de syndrome inflammatoire multisystémique (forme atypique de la maladie de Kawasaki) qui se dessine auprès de la clientèle pédiatrique.

Ainsi, pour éviter d'en faire une maladie, je suis partie à la recherche de données scientifiques validées et fiables, d'opinions d'experts reconnus et des recommandations issues de sociétés savantes. Sans prétention, je vous présente ici le fruit de mes trouvailles.

NDLR

En date du 25 mai 2020, selon la littérature scientifique disponible au moment de la rédaction et consciente que l'état des connaissances avance à toute allure, je me permets néanmoins un survol des principales manifestations cliniques associées à la COVID-19.

Selon l'OMS, les coronavirus (CoV) forment une grande famille de virus qui provoquent des manifestations cliniques allant du simple rhume aux maladies plus graves. Les symptômes et signes cliniques courants sont généralement d'ordre respiratoire : la fièvre, la toux et la dyspnée. Dans les cas plus critiques, l'infection peut causer, entre autres, une pneumonie ou un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) et être mortelle³.

Principaux signaux d'alarme

Dans des proportions variables, mais toujours importantes, de multiples études ont rapporté que les symptômes et signes cliniques les plus courants sont la fièvre, la toux, une fatigue extrême et des difficultés respiratoires. Ces indicateurs servent aujourd'hui de signaux d'alarme pour suspecter la COVID-19⁴ (tableau 1).

D'autres manifestations fréquemment associées à des virus respiratoires ont été détectées chez des personnes infectées, mais moins souvent que la toux, la fièvre, la fatigue et les difficultés respiratoires. Parmi celles-ci, soulignons, sans s'y limiter, les suivantes.

Manifestations gastro-intestinales

Depuis les premiers cas liés à la COVID-19 en décembre 2019, divers symptômes gastro-intestinaux ont été signalés chez des patients infectés par ce virus. En mai dernier, un groupe de gastroentérologues ont effectué une revue systématique de la littérature dans le but d'identifier les effets de la COVID-19 sur le système digestif. De cet exercice, ils ont rapporté que 15 % des patients COVID-19 confirmés avaient des symptômes digestifs et que la nausée ou les vomissements, la diarrhée et la perte d'appétit étaient les 3 symptômes les plus courants⁶.

Plus près de nous, l'Institut national de santé publique (INESSS)⁷ précisait, en date du 22 mai dernier, que :

- l'anorexie est rapportée chez 10 à 41 % des patients ;
- des nausées, des vomissements et de la diarrhée ont été rapportés chez 1 % à 14 % des patients :
 - les patients peuvent présenter des nausées ou de la diarrhée 1 à 2 jours avant l'apparition de la fièvre et des difficultés respiratoires ;
 - la diarrhée et les vomissements semblent plus fréquents chez les enfants (57 %) que chez les adultes (8 %) ;
- des douleurs abdominales auraient été rapportées chez près de 2 % des patients.

Pour plus de détails, consulter la réponse rapide de l'INESSS : [COVID-19 et symptômes gastro-intestinaux](#) (30 mars 2020).

Tableau 1. Principaux signes et symptômes et fréquence d'apparition dans la population adulte ou mixte (adulte/enfant), sauf lorsque précisé⁵.

Signes et symptômes	Fréquence d'apparition
Fièvre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapportée chez 71 % à 89 % des patients selon les études. ▪ Peut être absente lors de l'admission du patient à l'urgence et évoluée en cours d'hospitalisation. ▪ Semble moins fréquente chez les enfants (42-57 %) : <ul style="list-style-type: none"> □ les enfants peuvent ne pas présenter de fièvre ou avoir une fièvre brève (1 à 3 jours) qui disparaît rapidement. ▪ Des frissons ont également été rapportés chez 11 % à 18 % des patients atteints de la COVID-19. <p>L'évolution clinique de la fièvre n'est pas encore entièrement connue, mais selon les cas rapportés jusqu'à présent, elle peut être prolongée et intermittente.</p>
Symptômes respiratoires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toux : rapportée chez 56 % à 80 % des patients adultes : <ul style="list-style-type: none"> □ moins fréquente chez les enfants (48-54 %) ; □ la toux est généralement sèche. ▪ Essoufflements : rapportés chez 18 % à 35 % des patients : <ul style="list-style-type: none"> □ plus fréquents chez les patients qui ont la forme sévère de la maladie. ▪ Production d'expectorations : rapportée chez 26 % à 42 % des patients. ▪ Difficulté respiratoire : rapportée chez 18 % à 55 % des patients : <ul style="list-style-type: none"> □ plus fréquente chez les patients qui ont la forme sévère de la maladie et ceux admis aux soins intensifs ; □ le délai moyen entre l'apparition des premiers symptômes et le développement de la dyspnée est généralement de 5 à 8 jours. ▪ Une hypoxie silencieuse a également été rapportée chez certains patients.
Myalgie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapportée chez 15 % à 61 % des patients.
Fatigue (asthénie)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapportée chez 29 % à 46 % des patients. ▪ Les patients peuvent également signaler une faiblesse généralisée.
Douleurs thoraciques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapportées chez 15 % à 45 % des patients. ▪ Peut indiquer une pneumonie.
Autres	
Maux de gorge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapportés chez environ 12 % des patients et se présentent généralement au début de la maladie. ▪ Les enfants peuvent présenter un érythème pharyngé.
Rhinorrhée (écoulement nasal)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapportée chez 4 % à 5 % des patients.
Congestion conjonctivale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapportée dans moins de 1 % des cas.

Perte de l'odorat et du goût

L'anosmie (perte d'odorat) peut survenir lorsqu'un virus s'attaque aux voies respiratoires supérieures (VRS). Statistiquement, une infection des VRS, en particulier la grippe, est en cause dans une proportion de 14 à 26 % des cas d'anosmie ou d'hyposmie (perte partielle de l'odorat). La plupart des patients anosmiques ont une perception normale des saveurs salées, sucrées, acides et amères, mais il leur manque la finesse du goût qui dépend beaucoup de la perception des odeurs (olfaction). Ceci explique pourquoi certains patients témoignent aussi d'une agueusie (perte du goût) ou du fait qu'ils n'ont pas de goût pour la nourriture⁸.

Dans sa dernière publication, datant du 22 mai 2020, l'INESSS⁹ indiquait ceci :

- plusieurs sources d'information rapportent une hausse des cas d'anosmie d'apparition brutale sans obstruction nasale et parfois accompagnée d'une anomalie du goût (dysgueusie) ou d'une disparition du goût (agueusie) chez des patients suspects ou confirmés COVID-19;
- récemment, quelques études, majoritairement menées en Europe, ont rapporté une perte d'odorat dans près de 50 % des cas où les patients étaient positifs pour la COVID-19, mais ne présentaient que des symptômes légers ou modérés;
- la perte de l'odorat pourrait survenir de façon isolée sans inflammation et sans être associée aux symptômes de fièvre et toux normalement reconnus;
- la durée moyenne de l'anosmie est d'environ 9 jours et la plupart des patients récupèrent la totalité de leur fonction olfactive à l'intérieur d'une période de 28 jours.

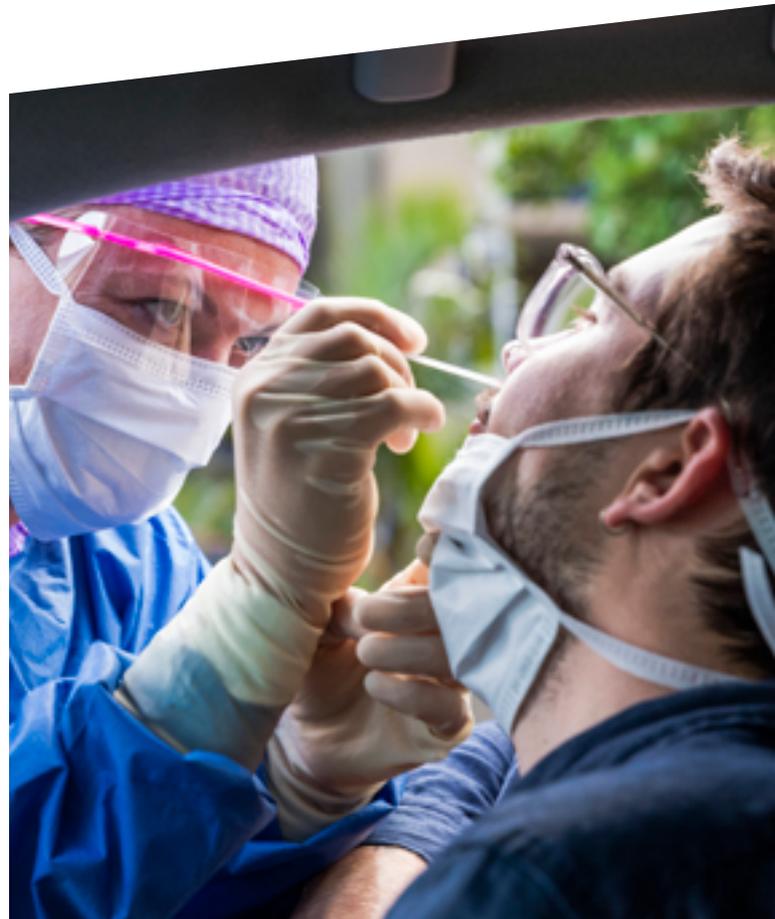
Pour plus de détails, consulter la réponse rapide de l'INESSS : [COVID-19 et anosmie sévère BRUTALE et perte de goût sans obstruction nasale](#) (31 mars 2020).

Manifestations cutanées

Perniose (pseudo-engelure) sur les doigts et les orteils, éruptions vésiculeuses sur le tronc ou les membres ou lésions cutanées de type vasculite ou urticaire, il semble que la COVID-19 se manifeste également par des lésions de la peau chez certains patients¹⁰. Devant l'accumulation de rapports sur le sujet, l'INESSS a effectué une recension des écrits scientifiques. Ses constats ont été regroupés dans son rapport, lequel a fait l'objet d'une mise à jour le 22 mai dernier.

De plus, dans sa dernière publication sur les signes et les symptômes de la COVID-19¹¹, l'INESSS dressait le portrait suivant :

- une augmentation possible des lésions de type perniose (pseudo-engelure) a également été rapportée par plusieurs médecins en Europe et au Québec:
 - elles se manifesteraient généralement après l'apparition de symptômes de la COVID-19 (toux, fièvre, fatigue);
- en Europe, des lésions vésiculeuses semblables à la varicelle ont été observées chez certains patients ayant reçu un diagnostic de COVID-19;
- divers autres signes dermatologiques, peut-être associés à la COVID-19, ont été rapportés dans la littérature :



- certains seraient attribuables à des dommages vasculaires (p. ex. : vasculite ou gangrène des extrémités, acro-ischémie, lésions purpuriques ou livedo réticulé);
- d'autres seraient plutôt des lésions cutanées de nature non spécifique (p. ex. urticaire et atteintes maculopapuleuses diverses) similaires à celles observées dans d'autres infections virales.

Pour plus de détails, consulter la réponse rapide de l'INESSS : [COVID-19 et manifestations cutanées](#) (12 mai 2020).

Manifestations pulmonaires

Les manifestations pulmonaires se précisent au fil de l'expérience acquise sur le terrain québécois et de celle partagée par la communauté scientifique. À preuve : de la pneumonie classique à la forme atypique, c'est l'hypoxie silencieuse qui a récemment surpris le corps médical, comme en témoigne le docteur Richard Levitan dans l'édition du 20 avril le *New York Times*¹² et dont voici quelques extraits.

Extraits [notre traduction]

- *Nous commençons tout juste à reconnaître que la pneumonie associée à la COVID-19 provoque initialement une forme de privation d'oxygène que nous appelons « hypoxie silencieuse », « silencieuse » en raison de sa nature insidieuse et difficile à détecter.*
- *[...] Mais lorsque la pneumonie associée à la COVID-19 frappe pour la première fois, les patients ne se sentent pas essoufflés, même lorsque leur taux d'oxygène est bas. Et au moment où ils le sont, ils ont des niveaux d'oxygène alarmants et une pneumonie modérée à sévère [...]. Les patients que j'ai vus atteints de cette forme de pneumonie présentaient des saturations en oxygène aussi faibles que 50 %.*
- *Une grande proportion des patients rencontrés avait une saturation d'O₂ remarquablement basse — en apparence incompatible avec la vie — et ils utilisaient leur téléphone cellulaire, alors que nous leur installions le monitoring.*

« On reconnaît que la présence de comorbidités, comme l'hypertension, le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires, est un facteur aggravant et associé à la forme sévère de la COVID-19 ainsi qu'à son pronostic le plus sombre. »

Parce qu'il y a un décalage entre ce que l'on interprète des données cliniques qu'affichent les moniteurs et ce que l'on observe chez le patient, on qualifie cette présentation d'unique et d'impressionnante. C'est pourquoi les équipes médicales ont dû s'adapter à cette présentation différente, rapportait le D^r Antoine Delage, président de l'Association des pneumologues de la province de Québec dans un article paru dans *Le Devoir* en avril dernier¹³.

Manifestations cardiovasculaires

On reconnaît que la présence de comorbidités, comme l'hypertension, le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires, est un facteur aggravant et associé à la forme sévère de la COVID-19 ainsi qu'à son pronostic le plus sombre. Selon le D^r Martin Juneau, cardiologue et directeur de la prévention à l'Institut de cardiologie de Montréal, « l'impact de ces maladies chroniques est considérable, avec des augmentations du taux de mortalité de la COVID-19 de 5 à 10 fois comparativement aux personnes qui ne présentent pas de pathologies préexistantes¹⁴. »

Par ailleurs, à l'instar de toute agression virale, l'infection à la COVID-19 peut causer des dommages myocardiques chez des sujets avec ou sans maladie cardiovasculaire préexistante¹⁵. En pratique clinique, les cas sévères de COVID-19 présentent souvent des complications impliquant une lésion myocardique aigüe, faisant du coup entrave au traitement et contribuant probablement à l'augmentation du taux de mortalité lié à la COVID-19 nous dit D^r Juneau. Ce dernier soutient aussi que, plus rarement, le cœur pourrait être la première cible du virus et que ce sont alors des symptômes cardiovasculaires qui donnent les premiers signaux d'alarme.

Manifestations neurologiques

Un certain nombre de patients atteints de la COVID-19 qui présentaient des symptômes de type neurologique tels que la confusion, le syndrome de Guillain-Barré, les convulsions ainsi que des syndromes neurologiques peu spécifiques (maux de tête, fatigue musculaire, etc.) ont été rapportés. Ces manifestations neurologiques ont été jugées assez importantes pour alerter la communauté scientifique sur la nécessité d'être vigilant par rapport à cette présentation clinique, mais également sur la pertinence de comprendre le potentiel neuro-invasif du virus, explique l'INESSS¹⁶.

Dans sa plus récente publication datant du 22 mai 2020, l'INESSS¹⁷ indique aussi que :

- les manifestations neurologiques associées à la COVID-19 sont généralement bénignes, principalement des céphalées (maux de tête) observées en moyenne dans 25 % des cas et des étourdissements dans environ 10-15 % des cas ;
- une altération de la conscience (sommolence, confusion, coma) peut aussi être présente lors de l'admission des patients à l'hôpital, et est en général associée à un mauvais pronostic ;
- les complications neurologiques plus sévères telles que le syndrome de Guillain-Barré, l'encéphalite, l'encéphalopathie et la méningite associées à la COVID-19 constituent des cas isolés dans la littérature et semblent plus rares.

Pour plus de détails, consulter la réponse rapide de l'INESSS : [COVID-19 et manifestations neurologiques \(28 avril 2020\)](#).

Événements thrombotiques

La formation de caillots dans le sang est un autre exemple de découverte que l'on pourrait qualifier de déroutante chez les patients atteints de la COVID-19. En effet, la littérature rapporte que de nombreux patients sévèrement atteints présentent aussi des anomalies de la coagulation¹⁸ pouvant notamment contribuer, en l'absence de traitement efficace, à une embolie pulmonaire, à un infarctus du myocarde ou à un accident vasculaire cérébral (AVC).

« Ces caillots sont très inhabituels », nous dit le D^r Jean-Claude Tardif, directeur du centre de recherche de l'Institut de cardiologie de Montréal et professeur de médecine à l'Université de Montréal, dans un article publié récemment dans *Québec Science*¹⁹. Il ajoute qu'« habituellement, un caillot sera spécifique à une région du corps ou à un organe. Avec la COVID-19, la situation est généralisée, avec de multiples caillots dans plusieurs vaisseaux, des artères jusqu'aux capillaires. Ce problème frappe aussi tous les groupes d'âge, alors qu'on le voit normalement chez des personnes plus âgées. » Par ailleurs, certains auteurs suggèrent que la défaillance respiratoire fatale de la COVID-19 serait causée par de multiples microembolies pulmonaires. Ceci expliquerait la discordance entre la dyspnée et la désaturation nous dit le D^r Jocelyn Gravel sur son blogue dédié à la COVID-19²⁰.



Particularité chez la clientèle pédiatrique

Dans sa plus récente publication datant du 22 mai 2020, l'INESSS²¹ nous indique que la COVID-19 chez l'enfant semble plus souvent être de forme légère et représente moins de 7 % des cas actuels au Québec et moins de 1 % des hospitalisations au Canada. Plus spécifiquement, il nous présente les données suivantes :

- dans une étude menée en Chine sur 2143 patients d'âge pédiatrique (dont 34 % avaient un diagnostic confirmé), 4 % des enfants étaient asymptomatiques, environ 50 % avaient une maladie légère et 40 % avaient une atteinte modérée, représentant plus de 90 % de cette population ;
- selon un rapport publié par les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (*Centers for disease control and prevention [CDC]*) aux États-Unis, les principaux symptômes observés chez les enfants (n=291) étaient une fièvre brève à résolution rapide (56 %), une toux légère (54 %), des maux de tête (28 %) et un mal de gorge avec présence d'un érythème pharyngé (24 %) ;
- récemment, plusieurs communiqués, articles scientifiques ou articles de presse en provenance de plusieurs pays d'Europe et des États-Unis ont rapporté des cas d'enfants atteints d'un syndrome inflammatoire multisystémique, parfois critique, souvent référé comme une forme atypique de la maladie de Kawasaki.

Pour plus de détails, consulter la réponse rapide de l'INESSS : [COVID-19, maladie de Kawasaki et syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants \(22 mai 2020\)](#).

Des regards tournés vers l'avenir

La férocité de ce virus est à couper le souffle et son attaque attire, à juste titre, le regard du monde entier.

Au fur et à mesure que la pandémie se répand, la COVID-19 ne cesse de surprendre les équipes soignantes sur le terrain et les scientifiques qui collectent et analysent les données probantes qui s'accumulent.

Concrètement, une grande variété de signes et de symptômes éprouvés par des personnes ayant contracté la COVID-19 est rapportée et documentée en continu. De ce fait, les spécialités médicales sont nombreuses à lier certains effets de la COVID-19 à leur champ d'expertise. C'est l'une des découvertes fortuites de cette affection.

Ensemble, et malgré des pratiques distinctes et diversifiées, ce sont les communautés médicale, scientifique et technologique qui se mobilisent et qui profitent du partage d'expérience clinique. Ici, comme ailleurs dans le monde, ils se sont unis dans une course contre la montre à la recherche d'un traitement efficace ou d'un vaccin qui saura répliquer tout aussi férocement à cette maladie.

Pour l'hypocondriaque qui sommeille en moi, voilà un fait avéré qui se veut rassurant !



© Danielle S. Pinterest



Références

1. Santé et Services sociaux du Québec. S. d. [Coronavirus \(COVID-19\)](#).
2. INSPQ. Mise à jour: 22 mai 2020. [Ligne du temps COVID-19 au Québec](#).
3. OMS. S. d. [Coronavirus](#).
4. Valérie Borde. 17 avril 2020. [Quels symptômes pour la COVID-19? \(première partie\)](#).
5. INESSS. 22 mai 2020. [COVID-19: signes et symptômes](#).
6. MAO, R. et collab. 12 mai 2020. [Manifestations and prognosis of gastrointestinal and liver involvement in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis](#).
7. INESSS. 22 mai 2020. [COVID-19: signes et symptômes](#).
8. Le Manuel Merck. Version pour professionnel de la santé. [Anosmie](#).
9. INESSS. 22 mai 2020. [COVID-19: signes et symptômes](#).
10. CORNIOU, M. 20 mai 2020. « "Orteils COVID" et éruptions cutanées: la COVID-19 touche aussi la peau », *Québec Science*.
11. INESSS. 22 mai 2020. [COVID-19: signes et symptômes](#).
12. LEVITAN, R. 20 avril 2020. Opinion. « The Infection That's Silently Killing Coronavirus Patients — This is what I learned during 10 days of treating Covid pneumonia at Bellevue Hospital. » *The New York Times*.
13. PARÉ, I. 27 avril 2020. [Des patients infectés dévoilent la face cachée de la maladie](#).
14. JUNEAU, M. Mise à jour: 5 mai 2020. [COVID-19 et maladies cardiovasculaires](#). Observatoire de la prévention de l'Institut de cardiologie de Montréal.
15. INESSS. 29 avril 2020. [COVID-19: présentation clinique d'infarctus](#).
16. INESSS. 28 avril 2020. [COVID-19: manifestations neurologiques](#).
17. INESSS. 22 mai 2020. [COVID-19: signes et symptômes](#).
18. LEVI, M. et collab. 11 mai 2020. [Coagulation abnormalities and thrombosis in patients with COVID](#).
19. MANUGUERRA-GAGNÉ, R. 13 mai 2020. « COVID-19: l'énigme des caillots sanguins », *Québec Science*.
20. GRAVEL, J. 2 mai 2020. [COVID-19 et coagulopathie](#).
21. INESSS. 22 mai 2020. [COVID-19: signes et symptômes](#).

COVID-19 Infodémie et désinformation

par **Marise Tétreault**, inh., M.A.,
coordonnatrice aux communications, OPIQ.



« Mais nous ne combattons pas seulement une épidémie ; nous luttons aussi contre une **infodémie**. Les informations fausses se propagent plus vite et plus facilement que ce virus, et elles sont tout aussi dangereuses. »

— D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus,
directeur général de l'OMS¹

Le terme « infodémie » est un néologisme défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant une surabondance d'informations — certaines exactes et d'autres non — qui empêchent les gens de trouver des sources et des conseils fiables quand ils en ont besoin². De fait, l'infodémie liée à la COVID-19 sème son lot de confusion par la propagation de faux remèdes et de fausses mesures préventives auprès d'une population plus ou moins vulnérable en raison, notamment, du confinement.

Parce que l'infodémie est aussi réelle que la COVID-19, il importe de prendre toutes les précautions pour nous protéger, ainsi que nos proches. À l'échelle internationale, l'OMS utilise son réseau existant appelé [EPI-WIN](#) pour traquer la désinformation dans plusieurs langues. De plus, elle demande aux géants de la technologie de filtrer les fausses nouvelles et de promouvoir des informations provenant de sources crédibles³. Au Québec, des services de vérification des faits comme le [détecteur de rumeurs](#) de l'Agence Science-Pressé et le journaliste [Jeff Yates](#), qui a fait de la désinformation sur le Web sa spécialité, sont, entre autres, accessibles à tous. N'hésitez pas à leur poser vos questions!

D'ici là, pour éviter de propager de fausses nouvelles, tout autant que le virus de la COVID-19, il serait bien de suivre le conseil tout simple que nous a donné Ève Beaudin, journaliste à l'Agence Science-Pressé, dans un article de Rima Elkouri paru dans *La Presse*⁴.

De la même façon qu'on dit aux gens : "Lavez-vous les mains pendant 20 secondes", il faut aussi leur dire : "Prenez vraiment 30 secondes pour vérifier la source. Trente secondes avant d'y croire." Dans les deux cas, ça peut sauver des vies.

Pour la suite, parce que l'histoire de la pandémie à la COVID-19 s'écrit à un rythme effréné, il importe comme clinicien de demeurer bien au fait des avancées médicales, pharmacologiques et technologiques. Pour être bien informés, vous avez accès à plusieurs sources d'information fiables et validées.



Un site Web de confiance à découvrir et à partager!

Pour trouver rapidement plusieurs sources d'information fiables et validées, nous vous invitons à consulter la liste de Rémi Quirion, scientifique en chef du Québec.

[La communauté scientifique dans la lutte contre la COVID-19.](#)



Références

1. GHEBREYESUS, T.A. 15 février 2020. [Conférence sur la sécurité de Munich.](#)
2. OMS. 2 février 2020. [Novel Coronavirus \(2019-nCoV\) Situation Report-13.](#)
3. NAFFI, N. et collab. 23 avril 2020. [L'infodémie sur la COVID-19 est un fléau: cinq conseils pour éviter de la propager.](#) La Conversation Canada.
4. ELKOURI, R. 5 avril 2020. « [La désinformation qui tue](#) ». *La Presse*.



Les données confidentielles: les dérives d'un clic...

par **Bernard Cadieux**, inh., M. Sc., M.A.P., syndic, OPIQ
et **M^e Magali Cournoyer-Proulx**, associée Fasken Martineau.

Le vol de données personnelles impliquant de grandes institutions comme Desjardins, l'ampleur de ces méfaits, leurs conséquences et leur médiatisation nous a tous amenés à réfléchir sur l'importance de protéger nos renseignements personnels. Il en va tout autant des données liées à notre santé puisque l'informatisation des dossiers médicaux rend maintenant ces données accessibles à la grandeur de la province... en un seul clic!

Aujourd'hui, plus que jamais, des règles strictes doivent être établies et appliquées avec rigueur pour sécuriser l'accès à ces renseignements hautement confidentiels et leur utilisation. De la même façon, les accès non autorisés doivent être proscrits, peu importe leur raison.

Les conseils de discipline ont toujours rappelé que la consultation de dossiers médicaux sans justification professionnelle constitue un manque de jugement total de la part du professionnel impliqué. Le respect de la confidentialité est primordial pour garder la confiance du public envers les professionnels de la santé, comme l'indiquait récemment le conseil de discipline de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec:

La confidentialité des informations soumises au secret professionnel est un droit fondamental qui doit être préservé obligatoirement pour conserver la confiance du public envers les professionnels à qui il confie ses problèmes parfois les plus secrets, dont ceux sur sa santé. Ainsi, le seul statut de professionnel ne donne pas le droit d'avoir accès à des dossiers de clients ou de patients lorsqu'aucune raison professionnelle ne le justifie.

Inhalothérapeutes (Ordre professionnel des) c. Milmore, 2017 CanLII 78244 (QC OPIQ).

Un accès non autorisé par un inhalothérapeute à des données confidentielles au sujet d'un patient s'avère une contravention claire au *Code des professions* et au *Code de déontologie des inhalothérapeutes* qui consacrent le droit au secret professionnel. Il peut également constituer une dérogation aux dispositions applicables en matière de conflit d'intérêts et d'indépendance professionnelle et au devoir de subordonner son intérêt personnel à celui de son client (art. 16 et 19).

Les manquements à ce genre de disposition peuvent entraîner des périodes de radiation temporaire de plusieurs mois.

Il est donc primordial de respecter toutes les règles applicables lorsque l'on veut accéder à tout dossier médical électronique (DME) ou au Dossier santé Québec (DSQ), notamment les principes élémentaires suivants :

- l'accès doit s'effectuer selon les règles prévues par le régime en place et votre profil d'utilisateur ;
- même si vous êtes un intervenant autorisé, vous ne devez accéder aux renseignements que si cela est nécessaire à l'exercice de vos fonctions ;
- vous ne devez JAMAIS vous servir de votre statut pour accéder à des renseignements auxquels vous n'auriez normalement pas droit.

Et, avant de cliquer, rappelez-vous qu'un accès non autorisé peut entraîner des conséquences couteuses et fâcheuses qui perdureront bien après le simple clic...





Inh.: un titre à utiliser avec juste mesure

par **Bernard Cadieux**, inh., M. Sc., M.A.P., syndic, OPIQ
et **M^e Magali Cournoyer-Proulx**, associée Fasken Martineau.

Les récents événements nous ont rappelé la signification d'un titre professionnel et de tout ce qui s'y rattache. Si l'on doit être collectivement fier de la désignation *inh.* associée à notre profession et à notre nom, il faut aussi souligner l'importance de l'utiliser à bon escient. Cette courte chronique propose quelques rappels liés à l'utilisation du titre professionnel d'inhalothérapeute, laquelle doit respecter les paramètres du *Code des professions* et plus particulièrement des articles 36-s), 37-s) et 37.1-7°.

Au cours des dernières années, on nous a rapporté plusieurs situations lors desquelles le titre professionnel était employé dans un contexte qui n'impliquait aucun exercice des activités prévues au *Code des professions*. En pareille situation, le bureau du syndic peut tout de même être appelé à enquêter afin d'établir, notamment, si certains gestes posés par l'inhalothérapeute l'ont été de manière dérogatoire à l'honneur ou à la dignité de la profession.

Bien que vous puissiez choisir d'accomplir des activités à l'extérieur de votre profession ou de réorienter votre carrière dans un tout autre domaine, le titre d'inhalothérapeute devrait se rattacher aux fonctions que vous exercez en lien avec votre champ d'exercice et il ne devrait pas induire vos interlocuteurs en erreur sur l'expertise que vous détenez.

De même, l'utilisation du titre professionnel pour mousser votre crédibilité ou votre notoriété en vue de pratiquer d'autres activités que celles prévues au *Code des professions* ou par un règlement adopté en vertu de l'article 94 h) de ce même *Code* est à proscrire.

Les lois qui encadrent votre titre professionnel et les dispositions de votre code de déontologie, en particulier les articles portant sur l'indépendance et le désintéressement et sur les conditions, restrictions et obligations relatives à la publicité, sont à respecter en tout temps.

De plus, s'il est vrai que votre titre vous permet de travailler dans votre domaine d'expertise, il ne saurait cautionner la pratique d'actes hors du champ d'exercice de la profession d'inhalothérapeute. Au surplus, si les activités que vous exercez font partie d'activités réservées à d'autres professionnels, vous seriez à risque de poursuite pour pratique illégale d'une autre profession. À titre d'exemples, mentionnons ceux-ci :

- Un inhalothérapeute, qui détermine des plans nutritionnels sans porter le titre de nutritionniste-diététiste, pourrait être enquêté puis poursuivi par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec.
- Un inhalothérapeute qui pratique l'ostéopathie ou la naturopathie pourrait, selon le type de geste posé, être enquêté puis poursuivi par le Collège des médecins du Québec, mais aussi enquêté et poursuivi par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec et l'Ordre professionnel des diététistes du Québec.

En bref, que ce soit sur un site Web, dans une publicité ou autrement, assurez-vous que l'utilisation de votre titre d'inhalothérapeute est faite de manière à promouvoir les activités que vous accomplissez en tant que professionnel membre de l'Ordre et qu'il ne prête pas à confusion sur les activités que vous êtes en droit d'exercer. Et de la même façon, rappelez-vous qu'exercer des activités hors de votre champ d'exercice en laissant croire que vous êtes autorisé à poser des activités réservées à d'autres professionnels pourrait vous exposer à des recours judiciaires ou disciplinaires.



Références

Code des professions, RLRQ, chapitre C-26

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showversion/cs/C-26?code=se:36&pointInTime=20200206#20200206>

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showversion/cs/C-26?code=se:37&pointInTime=20200206#20200206>

http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showversion/cs/C-26?code=se:37_1&pointInTime=20200206#20200206

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showversion/cs/C-26?code=se:94&pointInTime=20200206#20200206>

Loi médicale, RLRQ, chapitre M-9

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showversion/cs/M-9?code=se:19&pointInTime=20200206#20200206>



mille mercis aux **inhalothérapeutes**
d'être là, **auprès des patients**

www.opiq.qc.ca

19 mai 2020 | Journée de l'inhalothérapeute

L'heure était à la reconnaissance et aux encouragements!

Cette journée, qui vous était dédiée, visait à mettre en valeur le rôle de clinicien et l'expertise en santé et en soins cardiorespiratoires de tous les inhalothérapeutes. Pour l'occasion, l'OPIQ a créé une page hommage afin de saluer l'implication exemplaire, la formidable énergie et la grande créativité déployées par les inhalothérapeutes, qui sont plus que jamais essentiels au sein des équipes médicales dans cette lutte contre la COVID-19. 

Pour voir, ou revoir, le photomontage d'inhalothérapeutes en action ou les nombreux témoignages reçus, visitez notre page dédiée [Journée de l'inhalothérapeute 2020](#).



Nouveau service de télécopie infonuagique du MSSS

par M^e Andréanne LeBel, directrice des affaires juridiques, OPIQ.

Pour faciliter les télésoins des professionnels en établissement de santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) lançait, le 12 mai dernier, un outil complémentaire à la vidéoconférence, soit un service de télécopie infonuagique.

Le service de télécopie infonuagique soutenu par le MSSS permet aux prescripteurs possédant une adresse courriel sécurisée du réseau de

la santé (@ssss.gouv.qc.ca), d'acheminer via courriel des ordonnances et des documents cliniques au télécopieur d'un tiers extérieur au réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), comme une pharmacie communautaire, un laboratoire d'imagerie ou autre. 

Pour les détails, consultez le site <https://telesante.quebec/>.



MERCI!

d'être là au quotidien pour nous et nos familles

Rabais exclusif sur chaque assurance auto, habitation ou véhicule de loisirs parce que vous êtes membre de l'OPIQ

450 \$ d'économie moyenne¹ pour nos clients des services publics qui regroupent leurs assurances

Heures d'ouverture étendues, tenant compte de vos horaires de travail atypiques

Obtenez une soumission!
1 855 441-6015
lacapitale.com/opiq

AVANTAGES PENSÉS POUR LES EMPLOYÉS DES SERVICES DE LA SANTÉ

 **La Capitale** 

La Capitale assurances générales inc., 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. Sondage SQM mené en juin 2017, auprès d'employés ou de retraités des services publics clients de La Capitale et ayant regroupé au moins deux produits d'assurance auto, habitation ou véhicules de loisirs. Économie moyenne calculée à partir des montants déclarés par 96 répondants ayant réalisé une économie.

Gagnantes du concours *Place à la relève* 2019

Nager à bout de souffle

par **Gabrielle Boilard** et **Alexia Fréchette**, étudiantes au Collège Ellis.

Dans le domaine du sport, les athlètes ont comme mandat d'être performants dans la pratique de leur discipline respective. Afin de pouvoir atteindre ces objectifs, il est nécessaire que l'athlète soit épaulé par une multitude de membres du corps médical. Cette équipe de professionnels est souvent composée de kinésologues, physiothérapeutes, médecins omnipraticiens ou de massothérapeutes. Cependant, il est bien connu que pour être en mesure de performer, il est essentiel pour un athlète d'être en bonne santé cardiorespiratoire.

Les inhalothérapeutes travaillent dans plusieurs milieux cliniques différents et soignent plusieurs types de patients. L'inhalothérapeute est le professionnel de première ligne lorsqu'il est question d'une intervention concernant les voies respiratoires. Mais quand est-il des sportifs? Une clientèle qui semble en parfaite santé, mais chez qui les blessures et les pathologies dissimulées ne sont pas rares. Nous considérons que la médecine sportive pourrait être un nouveau champ d'expertise pertinent pour les inhalothérapeutes. C'est pourquoi nous avons choisi comme sujet d'étude l'asthme à l'effort provoqué par une surexposition à la réaction moléculaire du chlore avec des déchets organiques chez les nageurs de haut niveau.

Un facteur pouvant affecter la santé respiratoire des nageurs est directement lié à l'utilisation de divers produits chimiques dans le traitement de l'eau utilisé dans les piscines. L'utilisation de produits d'assainissement à base de dérivés chlorés ajoutés à l'eau permet une dissociation de ceux-ci. Ces produits mis en contact avec les dérivés organiques azotés provenant des déchets produits par le corps, notamment

la sueur, les sécrétions et les cheveux permettent de former différentes molécules pouvant être nocives pour la santé des nageurs. Les chloramines sont des dérivés de l'ammoniac ayant réagi avec les molécules de chlore présentes dans le milieu. Ces dérivés peuvent être mono, di ou trichlorés et chacun peut causer des dommages au système respiratoire à long terme. Ces molécules, qui restent à la surface de l'eau, sont donc en contact avec les nageurs.

Une exposition prolongée à la chloramine peut entraîner le développement d'une hyperréactivité bronchique. Les symptômes reliés à cette condition médicale comprennent une oppression thoracique, des sibilances lors de l'auscultation ainsi que de la toux et un *wheezing* perceptible à l'oreille. Dans leur ouvrage intitulé *L'asthme chez l'athlète*, Louis-Philippe Boulet et Julie Turmel expliquent que lors d'un effort physique modérément et très intense, la respiration passe de nasale à buccale. Les fonctions effectuées par le nez en temps normal comme l'humidification de l'air inspiré, la filtration ainsi que le mucus qui sert de barrière de protection contre les agents potentiellement nocifs extérieurs sont donc contournés. Ce contournement a pour conséquence de laisser passer plus facilement la chloramine dans les voies respiratoires. Ce contact facilité avec les bronches crée davantage d'inflammation et peut ainsi amplifier les effets nocifs de cette exposition à la chloramine. En considérant que des athlètes de haut niveau peuvent s'entraîner jusqu'à cinq jours par semaine, douze mois par année et chaque fois pour un minimum de trois heures, ce qui correspond à un minimum de 15 h par semaine ou encore 780 h d'entraînement, l'exposition à la chloramine pourrait être critique pour eux.

« En ayant une bonne maîtrise de l'asthme et en prenant ses médicaments avant l'entraînement, un athlète peut continuer de performer et de pratiquer son sport en toute quiétude. »

Nous avons réalisé notre étude d'échantillon à l'Université du Québec à Trois-Rivières où nous sommes allées à la rencontre de l'équipe de natation *Mégophias*. Ils ont rempli un questionnaire sur les symptômes ressentis et ils ont passé des tests de fonction pulmonaire. Le questionnaire portait sur leurs antécédents et leurs symptômes (toux, oppression thoracique, dyspnée) avant et après l'entraînement. Dix-sept participants, âgés de 12 à 21 ans, ont accepté de participer à l'étude. Les spirométries ont été réalisées avant et après l'entraînement. Le volume expiratoire maximal en une seconde (VEMS) est la principale donnée considérée dans cette expérience puisqu'il qualifie le mieux l'obstruction bronchique. À la suite de différents essais effectués avant et après l'entraînement imposé, les résultats numériques obtenus à l'aide des différents graphiques, n'ont malheureusement pas été concluants. Le VEMS après l'entraînement présentait une faible variation par rapport à la valeur de référence. La diminution maximale du VEMS après l'effort a atteint une valeur de 7,7 % par rapport à la valeur de référence. En considérant que le taux de variation minimal pour obtenir des résultats concluants est de 12 %, nos chiffres ne permettaient pas d'obtenir une corrélation claire sur la capacité pulmonaire des différents athlètes.

En revanche, en analysant les antécédents médicaux et les symptômes, des résultats complètement différents de ceux obtenus lors de la spirométrie peuvent être mis de l'avant. Il a été possible de déterminer que la plupart des participants ont recouru à la prise de bronchodilatateurs anticholinergiques à courte durée d'action comme le salbutamol avant un effort physique. De plus, les sujets de l'étude ont admis ressentir des symptômes correspondant à de l'oppression thoracique, de la toux et de l'essoufflement. Ces symptômes sont caractéristiques de l'hyperréactivité bronchique. Les participants ont été rencontrés d'abord à l'automne 2018 afin d'effectuer les premiers essais. Lors de la deuxième rencontre, à l'automne 2019, soit presque un an plus tard, ces jeunes athlètes souffraient des mêmes symptômes de l'asthme, malgré le fait qu'ils présentaient des valeurs de capacité vitale forcée (volume expiratoire maximal jusqu'au volume résiduel) largement supérieures à celles des jeunes de leur âge ne pratiquant pas de sports de façon régulière comme la natation.



Dans l'ordre habituel, Jocelyn Vachon, présidente de l'OPIQ, **Alexia Fréchette**, étudiante, Linda Lapointe, vice-présidente inhalothérapeute de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, **Gabrielle Boilard**, étudiante, et Josée Prud'Homme, directrice générale de l'OPIQ

Il existe déjà diverses pistes de solution pour réduire le risque d'hyperréactivité bronchique. D'abord, il faut réduire la formation de chloramine en contrôlant mieux les précurseurs. Il faut donc réduire l'apport de substances azotées et biologiques provenant des baigneurs en leur imposant des règles strictes comme une douche savonneuse avant la baignade et le port d'un casque de bain en silicone.

Ensuite, il faut favoriser la suppression ou l'évacuation des trichloramines par :

- une meilleure ventilation ;
- une bonne hauteur des plafonds ;
- un renouvellement fréquent de l'eau du bassin ;
- un abaissement de la température de l'eau afin qu'elle ne soit pas trop élevée pour ne pas entraîner la formation de plus de chloramine.

De plus, il faut tenter de limiter son exposition à la chloramine ou alors s'entraîner dans des bassins d'eau à l'extérieur. Cette solution est peu réaliste compte tenu des entraînements obligatoires fréquents pour un athlète de compétition et de nos hivers québécois.

Finalement, nous croyons que consulter un inhalothérapeute reste la meilleure option. En ayant une bonne maîtrise de l'asthme et en prenant ses médicaments avant l'entraînement, un athlète peut continuer de performer et de pratiquer son sport en toute quiétude. La natation est l'un des meilleurs sports pour développer sa capacité pulmonaire, malgré les risques de développer de l'asthme à l'effort. Les inhalothérapeutes devraient s'impliquer davantage dans le domaine du sport. Nos connaissances devraient être utilisées afin de sensibiliser toutes les clientèles, même celles en santé ! 



Sources

BOULET, L.-P. et J. TURMEL. 2017. *L'asthme chez l'athlète. Comment devenir expert dans la prise en charge de son asthme*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 178 p.

IUCPQ. Avril 2015. « [Étude internationale sur les effets des activités d'endurance en piscine sur les poumons](#) », *Le Fil*, Université Laval.

BOULET, L.-P. Novembre 2005. « [Effets respiratoires de la natation en bassin intérieur](#) ». *Journées annuelles de santé publique (JASP)*.

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

En raison de la pandémie de COVID-19 et de l'état d'urgence sanitaire décrétée par Québec le 13 mars dernier, les rencontres après cette date ont eu lieu par visioconférence ou par conférence téléphonique.

• CIQ

- Assemblée des membres
- Forum direction générale
- Forum des secrétaires de conseils de discipline
- Forum des conseillers juridiques
- Forum de l'admission
- Forum des syndicats et comité de travail sur les pouvoirs des syndicats

• Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire

- Rencontre comité exécutif

• Office des professions

- Comité de suivi du dossier sur la formation initiale

• MSSS et ordres professionnels

- Rencontres de suivi des arrêtés ministériels COVID-19
- Comité consultatif sur la pénurie d'équipements de protection individuelle pendant la pandémie de COVID-19

• INESS

- Groupe de travail sur les produits de remplacement du Ventolin^{MD} inhalateur – validation ordonnance collective nationale

COVID-19 et finances: 5 opportunités à saisir

par le service de rédaction, Banque Nationale.

Dans les dernières semaines, la COVID-19 a redessiné l'économie du pays. Les marchés boursiers ont chuté et plusieurs se questionnent sur leurs finances personnelles. Mais le climat actuel offre également des occasions à saisir, tout dépendant de votre situation personnelle et financière. Tour d'horizon des opportunités qui s'offrent à vous, en 5 conseils.

1. Profitez de la baisse des taux hypothécaires

Acheter ou vendre une propriété

Tant que l'économie demeure dans cet état, les taux d'intérêt en général devraient rester bas. Mais dans les prochains mois, la situation risque d'évoluer rapidement, ce qui va entraîner une importante volatilité des taux. Si vous pensiez faire l'achat d'une propriété, parlez-en sans plus tarder à votre conseiller.

L'incertitude qui sévit au niveau de l'emploi rend les acheteurs plus frileux. Si vous avez déjà une transaction immobilière en cours, la situation financière de vos acheteurs a peut-être changé depuis vos dernières négociations. Il se peut que leur mise de fonds soit moindre ou qu'ils ne se qualifient plus pour le prêt hypothécaire. D'un autre côté, la situation actuelle est favorable à l'achat pour les acheteurs qui sont solides financièrement (importante mise de fonds et bons revenus), puisque les taux hypothécaires sont bas.

Refinancer son hypothèque

Si vous venez tout juste d'acheter, le refinancement risque d'augmenter vos versements. Par contre, si vous avez une bonne équité et que vous avez déjà remboursé une grande partie de votre hypothèque, cela peut être une option intéressante.

2. Consolidez vos dettes

Si vous considérez la consolidation de dettes, la baisse des taux d'intérêt peut jouer considérablement à votre avantage. N'attendez surtout pas pour en discuter avec votre conseiller.

3. Tirer profit des opportunités qu'offre le marché

Le marché actuel regorge d'opportunités à saisir en matière de placements. Évaluez votre tolérance au risque à court et à long terme. Élaborez ensuite un plan avec votre conseiller.

En matière d'investissement, la diversification reste toujours la meilleure stratégie. Ce qu'on entend par là, c'est de bâtir un portefeuille qui comprend les catégories d'actif qui réagissent différemment aux fluctuations des marchés. Évaluez avec votre conseiller si la répartition actuelle de votre portefeuille répond à l'atteinte de votre objectif selon votre profil de risque.

4. Mettez en place ou révisez votre plan de retraite

Si vous avez un plan de retraite, voyez si les baisses de marché ont un impact sur les prévisions qui ont été faites sur un horizon de 20 ou 30 ans. Il se peut que vos objectifs changent ou que la situation actuelle n'ait pas de conséquences sur les calculs anticipés.

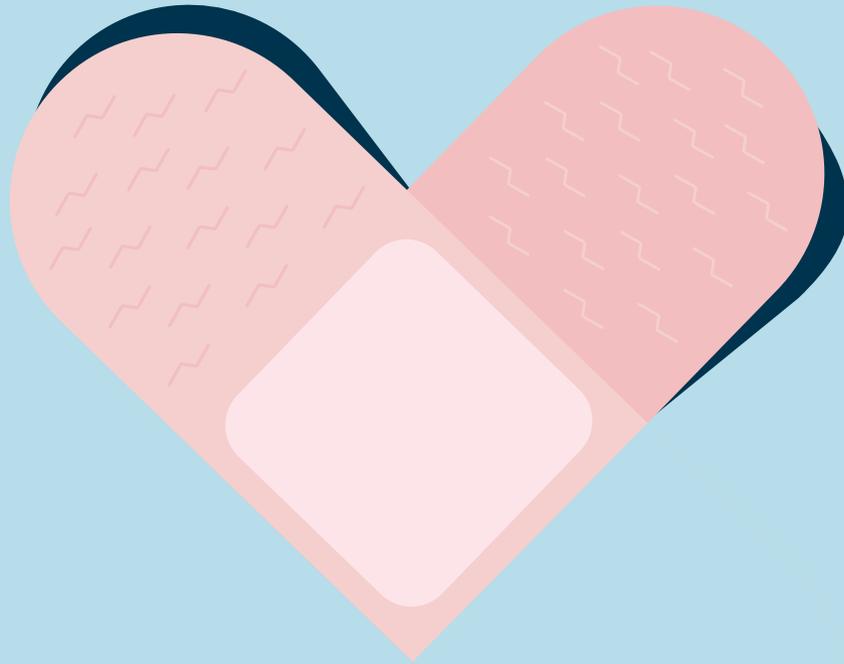
5. Préparez-vous pour la prochaine situation imprévue

La première mesure à prendre est d'établir un fonds d'urgence qui pourra couvrir les dépenses inattendues ou une potentielle baisse de revenu. Il est recommandé d'économiser l'équivalent de 3 à 6 mois de salaire, ce qui permettrait de subvenir à vos dépenses courantes comme le loyer, les factures, l'épicerie, les versements de vos prêts, etc.

Une autre façon de bien vous préparer est de réviser vos assurances prêt hypothécaire, prêts personnels et marges de crédit en cas de maladie et d'invalidité.



Banque Nationale propose une offre
pour les inhalothérapeutes. Pour connaître
les avantages liés à cette offre,
visitez bnc.ca/specialistesante.



**5 000 \$ à gagner.
C'est à notre tour de
prendre soin de vous.**

Participez
dès maintenant à
bnc.ca/concours-sante

Fière partenaire de



Aucun achat requis. Le «Concours santé 2020» s'adresse à toute personne travaillant ou étudiant dans le domaine de la santé et/ou dans les établissements offrant des services en santé, résidant au Canada et ayant atteint l'âge de la majorité dans son lieu de résidence au moment de sa participation au concours. Le concours débute le 17 mars 2020 et se termine le 30 juillet 2020. Tirage le 6 août 2020. Un prix est offert dans le cadre du concours. Ce prix est constitué d'un montant de 5 000 \$ remis sous forme de chèque. Sous réserve de répondre correctement à une question d'habileté mathématique. Règlement disponible à bnc.ca/concours-sante.

Congrès 2020 annulé > AGA virtuelle le 22 octobre 2020

Surveillez nos prochaines communications pour plus d'information.



Formation continue

Nouvelle activité de formation

OPIQ-407. Comprendre la filtration

Cette formation a été temporairement réactivée.
D'une durée de 30 minutes, elle est offerte gratuitement.

Résumé: avec comme prémisses la crise du SRAS survenue en Colombie-Britannique et en Ontario, cette formation s'adresse à l'inhalothérapeute qui souhaite, entre autres, mieux comprendre les principes de filtration, de même que son efficacité et ses limites.

Suivez-nous sur *Facebook* et surveillez notre infolettre pour rester informés au sujet des 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](#)

Les activités de formation sont en partie possibles grâce à la contribution financière de **La Capitale, assurances générales** (partenaire Or), de la **Banque Nationale** et de **Masimo Canada ULC** (partenaires Argent) du *Campus OPIQ*.

Augmentez leurs chances de réussir à cesser de fumer grâce à la **TRN d'association**

L'association de deux thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) est maintenant possible.

Il y a plusieurs raisons de recommander deux formes de TRN pour aider vos patients à cesser de fumer, en plus du fait qu'elles sont remboursées par la RAMQ* lorsque vous les prescrivez ensemble.

TRN d'association :

- **30 % plus efficace** que la monothérapie (timbre seul) pour aider les patients à réussir à cesser de fumer¹
- **Traitement de première intention** recommandé par le Centre for Addiction and Mental Health²
- **Taux d'abstinence parmi les plus élevés** comparativement à d'autres traitements pharmacologiques^{3,4}



NICODERM
+
nicorette



NICORETTE®
VapoEclair®

Gomme
NICORETTE®

Pastille
NICORETTE®

Inhalateur
NICORETTE®

Recommandez la TRN d'association pour aider vos patients à écraser – **pour de bon.**

Visitez AidezLesAEcraser.ca pour en savoir plus.

* RAMQ est la marque officielle de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

NICORETTE® et NICODERM® sont des aides de renoncement au tabac qui peuvent atténuer les symptômes de sevrage et les envies de nicotine chez les adultes de 18 ans et plus. Pour les mises en garde et précautions, visiter <https://fr.helpthemquit.ca/treatment/overview>. Toujours recommander à vos patients de lire l'étiquette.

Références : 1. Gomme NICORETTE®, licence de mise en marché, 2015. 2. The Centre for Addiction and Mental Health. Algorithm for tailoring pharmacotherapy. <https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/teach/SiteAssets/Pages/Resources/Pharmacotherapy%20Algorithm%20JAN2018%20updated.pdf>. Consulté le 28 octobre 2018. 3. Fiore MC, Baker TB. Treating smokers in the health care setting. *N Engl J Med* 2011;365(13):1222-31. 4. Reid RD, et al. Managing smoking cessation. *CMAJ* 2016;188(17-18):E484-E492.

© Johnson & Johnson Inc. 2019

AidezLesAEcraser.ca
Encourager les patients fumeurs dans leur cheminement vers le renoncement au tabac.



ÉVÈNEMENT « C'EST POUMON BIEN! »

Malgré la pandémie qui bouscule notre quotidien personnel et professionnel, rappelons-nous l'importance de maintenir un comportement physiquement actif pour demeurer en santé!

Besoin de relever un défi?

Ça tombe bien puisque Pierre Lavoie lance un nouveau grand Défi à tous les Québécois.



1 000 000 KM ENSEMBLE

LE DÉFI, C'EST...

- parcourir collectivement 1 000 000 (oui, oui, un million!) de kilomètres en pédalant, en courant ou en marchant, seul, en famille ou entre amis... tout en respectant évidemment les directives de santé publique
- un weekend de 3 jours soit les 19, 20 et 21 juin 2020
- la possibilité de comptabiliser les kilomètres parcourus par tous à l'aide de l'application mobile *1 000 000 de km, ensemble*. L'application est maintenant disponible pour téléchargement gratuit dans l'[App Store](#) ou le [Google Play](#).



Pour plus d'information, visitez le <http://1milliondekmensemble.com/>

L'équipe OPIQ, fier ambassadeur des saines habitudes de vie!

Pour plus d'information, visitez nos pages Web dédiées au programme *En santé cardiorespiratoire* et suivez-nous sur



Un mot de Pierre aux ambassadeurs des saines habitudes de vie



Allez, « ne mettez pas votre santé en confinement », nous dit Pierre.

Inscrivez-vous, seul, avec vos proches ou vos amis et accumulez des kilomètres en cœur.

questionnaire de formation continue



La lecture du texte suivant est requise pour pouvoir remplir le questionnaire de formation continue

Questions relatives à l'article **COVID-19—Manifestations cliniques... hypocondriaques s'abstenir (p. 18-22)**.

01 VRAI ou FAUX

Selon la revue systématique de littérature faite par un groupe de gastroentérologues, des symptômes digestifs ont été rapportés par des patients COVID-19 confirmés dans une proportion de 15 %.

02 À propos de la perte d'odorat, lequel des énoncés suivants est vrai?

1. Statistiquement, une infection des VRS, en particulier la grippe, est en cause dans une proportion de 14 à 26 % des cas d'anosmie ou d'hyposmie (perte partielle de l'odorat).
2. La plupart des patients anosmiques n'ont pas une perception normale des saveurs salées, sucrées, acides et amères.

03 VRAI ou FAUX

La durée moyenne de l'anosmie est d'environ 21 jours et la plupart des patients récupèrent la totalité de leur fonction olfactive à l'intérieur d'une période de 28 jours.

04 À propos des manifestations cutanées, lequel des énoncés suivants est vrai?

1. Des lésions de type perniose se manifesteraient généralement avant l'apparition de symptômes de la COVID-19 (toux, fièvre, fatigue).
2. En Europe, des lésions vésiculeuses semblables à la varicelle ont été observées chez certains patients ayant reçu un diagnostic de COVID-19.

05 VRAI ou FAUX

La présence de comorbidités, comme l'hypertension, le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires, augmente de 5 à 10 fois le taux de mortalité de la COVID-19 comparativement aux personnes qui ne présentent pas de pathologies préexistantes.

06 VRAI ou FAUX

L'infection à la COVID-19 peut causer des dommages myocardiques même chez des patients sans maladie cardiovasculaire préexistante.

07 VRAI ou FAUX

Le cœur pourrait être la première cible du virus. Ce serait alors des symptômes cardiovasculaires qui donneraient les premiers signaux d'alarme.

08 À propos des manifestations neurologiques, lequel des énoncés suivants est vrai?

1. Les complications neurologiques plus sévères, telles que le syndrome de Guillain-Barré et la méningite, associées à la COVID-19 sont plus fréquentes que les céphalées et les étourdissements.
2. Les manifestations neurologiques associées à la COVID-19 sont généralement bénignes et ce sont principalement des céphalées et des étourdissements.

09 VRAI ou FAUX

Avec la COVID-19, la formation de multiples caillots dans plusieurs vaisseaux survient chez les personnes âgées seulement.

10 VRAI ou FAUX

La COVID-19 chez l'enfant semble plus souvent être de forme légère. Elle représente moins de 7 % des cas actuels au Québec et moins de 1 % des hospitalisations au Canada.

Veuillez noter que vous devez obtenir une note de 80 % pour la reconnaissance d'une heure de formation qui sera inscrite à votre dossier.