

l'inhalo

Revue de
l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
volume 25, numéro 4, janvier 2009



dossier
les troubles du sommeil

Coups de cœur 2008



Le temps des réjouissances !

Nous voilà déjà dans l'une des périodes les plus riches en réjouissances de l'année. Ainsi, je me permettrai un éditorial plus léger et plus festif. Pour moi, comme pour nous tous sans doute, le temps des fêtes est rempli de ces petits moments de bonheur passés auprès des siens et des personnes que l'on aime.

Quoi de plus réconfortant que d'être assis confortablement autour d'un feu de foyer, un verre de vin à la main en attente de goûter enfin à ces petits plats dont les arômes stimulent notre appétit et disons-le... le plus souvent pour notre plus grand plaisir. Évidemment, ces moments ne seraient pas les mêmes sans la présence de la famille et des amis.

L'épicurienne qui sommeille en moi profite de toutes les occasions en cette période pour déguster non seulement les plaisirs de la table, mais aussi ceux de la vie en général. Afin de profiter pleinement de ce temps des fêtes, il faut faire le vide le plus possible de tout ce qui nous tracasse. Ainsi, fini le régime, fini les tergiversations sur ce que je devrais faire ou aurais dû faire !

Parlant de réjouissance, permettez-moi de souligner qu'au retour du temps des fêtes, la profession connaîtra enfin, après toutes les énergies consacrées, un dénouement au dossier de la réforme de la formation initiale des inhalothérapeutes. En effet, le MSSS et le MELS ont décidé, pour donner suite à nos revendications, d'aller de l'avant avec une analyse de la profession.

Cette analyse mènera, nous l'espérons, à une révision de la formation initiale. À cet effet, quelques inhalothérapeutes seront invités à un comité d'experts dont le mandat sera de décrire la profession afin de faire comprendre à nos interlocuteurs politiques l'évolution de notre pratique professionnelle. Vous aurez compris comme moi l'importance de bien communiquer ce que nous faisons. Alors, n'hésitons pas à dire que les inhalothérapeutes font de l'évaluation, de l'enseignement, de la prise en charge et du suivi systématique des clientèles. N'ayons pas peur de dire que nous travaillons de plus en plus en toute autonomie. Que les médecins ne nous tiennent plus la main, mais que nous travaillons bien en collaboration et en complémentarité.

Je nous souhaite donc à tous que l'année 2009 marque enfin le rehaussement de notre formation !

Et sur une note plus personnelle, je vous souhaite une période des fêtes sous le signe de l'amitié, de l'amour et de la paix. ✨

Josée Prud'Homme
Directrice générale et Secrétaire

index des annonceurs

AstraZeneca	2	RCR Pro	13
BM enr.	33	Sunrise Medical	43
Covidien	44	UQAT	35
Invacare Canada	25	VitalAire	21
Maquet-Dynamed	5		

sommaire

3	Éditorial
6	Mot de la présidente
	DOSSIER LES TROUBLES DU SOMMEIL
8	Au menu, le traitement du syndrome des apnées obstructives du sommeil
14	L'hypersomnie idiopathique primaire : à ne pas confondre avec narcolepsie !
18	Somnolence et conduite automobile : attention !
16	D'ORDRE JURIDIQUE Avis concernant le Campus OPIQ
17	Entrée en vigueur du projet de loi 75
22	ACTUALITÉ Magnésium dans le traitement de l'asthme
23	AVIS LÉGAUX
24	FINANCES Notre opinion sur les marchés...
25	COUP DE CŒUR
26	RRRI Soins de longue durée
30	ACTUALITÉ La chirurgie bariatrique : un traitement efficace
32	Le français médical, prise 2
34	MOTS ENTRECROISÉS
36	Campus OPIQ
38	BABILLARD
40	QUESTIONNAIRE DÉTACHABLE pour la formation continue

Présidente

Céline Beaulieu, inh., B.A.

Administrateurs

Nathalie Bérard, inh., Hélène Boucher, inh., Éric Cardin, inh., Réjean Duchesne, inh.,
Francine Gagnon, inh., Mylène Gauthier, inh., Mélanie Grondin, inh., Francine
LeHouillier, inh., Pascal Rioux, inh., Michèle Tremblay, inh., Michèle Vincent Félix, inh.

Administrateurs nommés par l'Office des professions

Pauline Breton-Truchon, Raymond Proulx

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF (ADMINISTRATIF)

Présidente

Céline Beaulieu, inh., B.A.

1^{re} vice-présidente

Johanne Fillion, inh.

2^e vice-présidente

Nathalie Bérard, inh.

Trésorière

Francine LeHouillier, inh.

Administrateur nommé par l'Office des professions

Raymond Proulx

PERMANENCE

Directrice générale et Secrétaire

Josée Prud'Homme, Adm. A.

Adjointe à la direction générale

M^{re} Andrée Lacoursière

Coordonnatrice à l'amélioration de l'exercice

Martine Gosselin, inh., B. Sc.

Coordonnatrice aux affaires professionnelles

Line Prévost, inh.

Secrétaire de direction

Clémence Carpentier

Secrétaire à l'amélioration de l'exercice

Murielle Pagé

Secrétaire à l'accueil et service aux membres

Marie-Andrée Cova

Syndic

Joëlle Larivière, inh.

Inhalothérapeute-conseil à la formation continue

Marise Tétrault, inh.

COMMUNICATIONS

Responsable

Line Prévost, inh.

Collaborateurs

Martine Gosselin, inh., M^{re} Andrée Lacoursière, Joëlle Larivière, inh., Bernard Marin,
Élaine Paré, inh., Marise Tétrault, inh., Benoît Tremblay, inh.

Tarif d'abonnement

40 \$ par an pour les non-membres

30 \$ par an pour les étudiants

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2008

Tous droits de reproduction réservés.

Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.

Dépôt légal Bibliothèque et archives nationales du Québec.

ISSN-1494-1945

Conception, réalisation, révision, correction d'épreuves et traduction

Fusion Communications & Design inc.

Photos des membres de l'OPIQ

Photos Gariépy

Production graphique

Transcontinental Québec

Publicité

Communications Publi-Services inc.

Mélanie Crouzatier, conseillère publicitaire

Jean Thibault, conseiller publicitaire

43, avenue Filion, Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R0

Tél.: (450) 227-8414 • Téléc.: (450) 227-8995

Courriel: info@publi-services.com

Publication trimestrielle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 320

Montréal (Québec) H3G 1R8

Tél.: (514) 931-2900 • 1 800 561-0029

Téléc.: (514) 931-3621

Courriel: info@opiq.qc.ca

Envoi de publication: contrat n° 400 647 98

Le genre masculin employé dans ces textes

désigne aussi bien les femmes que les hommes.

l'inhalo n'est associé à aucune publicité apparaissant dans ses pages.

avant-propos



*Le rire et le sommeil sont les
meilleurs remèdes du monde.*

— Proverbe irlandais

Mais qu'en est-il
lorsque ce sommeil qu'on
dit réparateur
nous fuit, nuit après nuit?

Jean Cocteau a déjà dit que le sommeil n'est pas un lieu sûr. Rien n'est plus vrai pour les personnes souffrant de troubles du sommeil. Ces troubles sont nombreux et de degré variable, allant de l'insomnie à l'apnée du sommeil, en passant par la somnolence, les ronflements, le somnambulisme, la narcolepsie. Et tous ont une incidence plus ou moins néfaste sur la santé de la personne atteinte et son entourage. Avec la vie effrénée que l'on mène, pas étonnant que beaucoup de gens souffrent d'un manque chronique de sommeil. Toutefois, bien que l'on en entende parler de plus en plus, le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) demeure encore malgré tout méconnu du grand public et sous-diagnostiqué. Il représente pourtant un problème de santé publique important et relativement fréquent, puisque 26 % des adultes présenteraient un risque très élevé d'en être atteints (Hiestand, 2006). Comme professionnels de la santé cardiorespiratoire, nous connaissons les causes et les graves conséquences du SAOS sur la santé des gens: hypertension artérielle, troubles vasculaires, troubles cognitifs, dépression, etc. Le dossier propose d'abord une révision des traitements offerts pour le SAOS; ensuite un article sur l'hypersomnie idiopathique primaire, une condition présumée du système nerveux central et pour finir, un texte sur la somnolence et la conduite automobile du point de vue d'un pneumologue... les inhalothérapeutes travaillant en soins à domicile y verront certainement une analogie avec leur pratique clinique lors du suivi de la clientèle sous traitement par pression positive continue (PPC). Dans le même ordre d'idée, nous vous présentons un article sur la chirurgie bariatrique, utilisée avec la PPC dans le traitement du SAOS, chez les patients avec un IMC dépassant 40 kg/m² ou encore 36 kg/m² en présence d'affections coexistantes.

Congrès 2008

685 inhalothérapeutes s'étaient inscrits au congrès annuel de l'Ordre qui s'est déroulé à Gatineau les 7 et 8 novembre derniers: une assistance record! Vous êtes responsables de ce succès, soyez-en donc sincèrement remerciés. Les conférences des D^{rs} François et Serge Marquis (aucun lien de parenté!) ainsi que celle du D^r Beauvais ont été des plus appréciées. Le concours *Place à la relève 2008* a donné lieu à trois excellentes présentations. Félicitations à Marie Boisclair, du Cégep de Rosemont, lauréate de la bourse de 2000 \$ offerte par la FIQ. Le prix Mérite du CIQ 2008, offert en reconnaissance de l'apport marqué d'un(e) inhalothérapeute à la profession et au système professionnel, a été remis à Carole Prud'homme, chef du service d'inhalothérapie du CSSS Haut-Richelieu/Rouville, Hôpital du Haut-Richelieu, et aussi une collègue de promotion que je félicite sincèrement.

Mais personnellement, mon coup de cœur est sans contredit la présence de ma très chère amie qui, après de sérieux ennuis de santé, est enfin sur la voie de la guérison. À l'aube de la nouvelle année, je lui souhaite bien entendu la santé, mais aussi du temps pour elle et pour profiter de tous les plaisirs que la vie mettra sur son chemin.

À vous tous, j'offre mes meilleurs vœux en cette période festive. *

Line Prévost inh.

Line Prévost, inh.

Coordonnatrice aux affaires professionnelles

HIESTAND DM, BRITZ P, GOLDMAN M et coll.

«Prevalence of symptoms and risk of sleep apnea in the US population: Results from the national sleep foundation Sleep in America 2005 poll.» *Chest* 2006; 130 (3): 780-6.

Appel aux inhalothérapeutes des régions

Vous avez une nouvelle à partager? Il se passe des choses intéressantes chez vous? J'aimerais en faire une nouvelle rubrique «Des nouvelles de vos régions» pour la prochaine édition. Alors, n'hésitez pas à communiquer avec moi au coordonnateur-affpro@opiq.qc.ca

MAQUET

VENTILATEUR SERVO-i COMPATIBLE EN RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

CRITICAL CARE



Dans le milieu hospitalier, les cliniciens ont parfois besoin d'utiliser un ventilateur de pointe en résonance magnétique, en particulier pour les patients dont l'état respiratoire exige en permanence un ventilateur de soins intensifs.

Le Servo-i offre l'avantage unique de maintenir le

patient sous le même ventilateur dans le service des soins intensifs, lors du transport aller et retour et au cours des procédures de résonance magnétique.

MAQUET — The Gold Standard.



MAQUET-DYNAMED INC.
235 Shields Court, Markham
Ontario L3R 8V2, Canada
Téléphone: +1 905 752 3300
Fax: +1 905 752 3304
info@maquet-dynamed.com
www.maquet-dynamed.com

A MEMBER OF THE GETINGE GROUP



Mes coups de cœur

20
08

En cette fin d'année, nous assistons à toutes sortes de bilans : politique, économique, artistique. Moi, je vous parlerai de mon bilan de **coups de cœur**. J'utilise le pluriel, mais je pourrais facilement affirmer que cette année mon **coup de cœur** va à la relève, à la jeunesse.

Premier coup de cœur: le 35^e Congrès de l'OPIQ

Premièrement, toutes mes félicitations au comité organisateur et à la permanence de l'Ordre pour ce succès retentissant. Les commentaires élogieux de la part des inhalothérapeutes qui y ont participé en témoignent largement. Encore une fois, une participation record. L'on remarque également que le taux de participation des jeunes inhalothérapeutes et des étudiants augmente. Un **coup de cœur**! Bravo à tous les participants!

Merci aux représentants des diverses compagnies ou associations qui, d'année en année, sont un élément de ce succès. Merci à tous les conférenciers de qualité pour le partage de leurs connaissances, ce qui permet aux inhalothérapeutes congressistes de mettre à jour leurs connaissances. D'ailleurs, dix inhalothérapeutes étaient conférenciers, certains dans la vingtaine ou début trentaine, un autre **coup de cœur**!

Merci à la FIQ qui, par son implication financière lors de la tenue du concours *Place à la relève*, remet une bourse au lauréat. Voilà un autre **coup de cœur et quel coup de cœur**! Cette année, nous avons eu le privilège d'assister à la présentation d'exposés des trois cégeps suivants : Rosemont, Sherbrooke et Ste-Foy.

Quel défi de juger, noter, pour finalement départager et en arriver à nommer un lauréat! Nous avons eu la chance d'assister à trois conférences toutes intéressantes, stimulantes. Quelle énergie et quelle motivation j'ai ressenties à l'écoute de ces trois exposés. Félicitations à la lauréate madame Marie Boisclair (Rosemont) ainsi qu'aux deux équipes composées de Catherine Dubois et Cynthia Boily (Sherbrooke) et Valérie Fallon-Leduc et Émilie Tremblay (Ste-Foy). Oui, l'inhalothérapie bénéficie d'une jeune relève de qualité. Je réitère mes remerciements aux enseignants qui s'impliquent et accompagnent ces étudiants dans leur préparation. L'an prochain, j'invite les six collègues à divulguer l'information aux étudiants et à les soutenir dans cette démarche. Quelle expérience pour ces futurs inhalothérapeutes et quelle motivation pour ceux qui assistent à cette présentation! Quel vent de fraîcheur et d'encouragement!

Un autre **coup de cœur**, toujours en lien avec la relève, est l'implication d'inhalothérapeutes au sein des divers comités de l'Ordre. Les nouvelles recrues sont toutes âgées dans la vingtaine, début trentaine. D'ailleurs, cet élément se retrouve dans la planification stratégique 2007-2011 à l'axe de l'efficacité organi-

sationnelle où l'objectif—assurer la relève au niveau des administrateurs, des comités et de la permanence—se concrétise.

Lors de la tournée provinciale, j'ai eu la chance d'assister à la rencontre que la directrice générale effectue annuellement auprès des étudiants en fin de deuxième année. L'objectif de cette rencontre est de les informer sur l'ordre professionnel. La rencontre à laquelle j'ai assisté se déroulait au Cégep de Chicoutimi. De voir, de sentir toute la fébrilité qui se dégage de ses futurs inhalothérapeutes m'a permis de vivre un autre **coup de cœur**!

« ...cette année mon **coup de cœur**
va à la relève, à la jeunesse. »

Le 18 novembre dernier, j'ai assisté à l'inauguration des nouveaux locaux du Collège Ellis de Trois-Rivières. Là aussi les étudiants, par leurs regards, leurs attitudes, leur spontanéité, m'ont procuré un autre **coup de cœur**. Certes, les installations physiques, récemment rénovées, voire reconstruites, sont agréables à voir, mais ce qui m'a impressionnée davantage est l'attitude de professionnalisme qui émane déjà de ces étudiants. Est-ce le fait qu'ils portaient tous un sarrau avec une carte d'identité? Peut-on expliquer un coup de cœur, un coup de foudre? Non, mais l'impact fut percutant.

Dernier **coup de cœur** et non le moindre, la décision ministérielle d'effectuer une nouvelle analyse de la profession. Évidemment, cet exercice ne pourra que mener à une mise à jour, à un rajeunissement du programme de la formation, que j'associe à une fontaine de Jouvence, une relève pour la profession d'inhalothérapeute.

Comme vous pouvez le constater, mon bilan annuel est des plus positifs, je vous souhaite donc à tout un chacun de faire la rétrospective de l'année et d'y trouver autant de **coups de cœur**!

Mes meilleurs vœux pour l'an 2009 et je souhaite à tous un rehaussement tant attendu de notre formation. *

Céline Beaulieu

Céline Beaulieu, inh., B.A.
présidente



My *sentimental* favourites

2008

With the year coming to an end, we witness all kinds of year-end reviews: political, economic, artistic. I will talk about my *sentimental favourites* for this year. I use the plural form, but I could easily confirm that this year's *sentimental favourite* is youth.

First sentimental favourite: OPIQ's 35th Congress

First of all, congratulations to the organizing committee and to the permanency of the Ordre for this resounding success. The wonderful comments from the participating respiratory therapists speak volume. And, once more, establishing a record-setting attendance. We also notice the growing involvement of younger respiratory therapists and students. A *sentimental favourite*. Bravo to all the participants.

Thank you to company representatives and to association members who, year after year, are an integral part of our success. Thank you to all the quality speakers for sharing their knowledge thus updating the knowledge of the participating respiratory therapists. Moreover, ten respiratory therapists were speakers, some in their twenties or early thirties. Another *sentimental favourite*.

Thank you to the FIQ who, by its financial implication in the "Place à la relève" contest, awards a scholarship to the winner. Here is another *sentimental favourite and what a sentimental favourite!* This year, we had the privilege to see the presentation of the three following cégeps: Rosemont, Sherbrooke and Ste-Foy.

What a challenge it is to judge, to score, and finally to decide and come up with a winner! We had the chance to hear three very interesting, stimulating conferences. What energy and what motivation I felt while listening to these conferences. Congratulations to our winner, Ms Marie Boisclair (Rosemont) and to the other two teams made up of Catherine Dubois and Cynthia Boily (Sherbrooke) and Valérie Fallon-Leduc and Émilie Tremblay (Ste-Foy). Yes, respiratory therapy benefits from quality up-and-comers. Moreover, I reiterate my thank you to teachers who get involve and accompany their students in their preparations. For next year, I invite all six colleges to transmit this information to students and to help them in their endeavour. What an experience for these future respiratory therapists and what motivation for those listening to the presentation! What an encouraging breath of fresh air.

Another *sentimental favourite* is the involvement of up-and-coming respiratory therapists on many committees within the Ordre. All the new recruits are in their twenties, early thirties. This fact is included in the 2007-2011 strategic planning under the organizational efficiency where the objective—to ensure

the relief of administrators, committees and permanency—is becoming reality.

On our provincial tour, I had the chance to take part in the general manager's annual meeting with second-year students. The goal of this meeting is to inform them about the Ordre. The meeting I took part in was held at the Cégep de Chicoutimi. To see, to feel the electricity energizing these future respiratory therapists allowed me to experience another *sentimental favourite!*

Last November 18th, I witnessed the inauguration of the new

"...this year's sentimental favourite is youth."

classrooms at Ellis College in Trois-Rivières. There also, students, by the look in their eyes, their attitude, their spontaneity, became another *sentimental favourite* of mine. Of course, the installations, newly renovated, even rebuilt, are great to look at. But what impressed me the most was the professional attitude already emanating from the students. Was it because they were all wearing lab coats with IDs? Can we explain what makes a sentimental favourite or love at first sight? No, but the impact is still powerful.

Last *sentimental favourite* but not the least, the Minister's decision to re-evaluate the profession. Of course, this exercise will only lead to an update, a rejuvenation of the formation programme, which I associate to a fountain of Youth, an injection of young blood to the respiratory therapist profession.

As you can see, my annual review is very positive, I wish that all of you will look back on the past year and find as many *sentimental favourites!*

Best wishes for 2009 and I also wish to all of us a boost to our formation. *

Céline Beaulieu, inh., B.A.
president

Au menu, le traitement du syndrome des apnées obstructives du sommeil

par **Dr Paul Verschelden**, pneumologue, diplômé en médecine du sommeil de l'American Academy of Sleep Medicine, Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Laval.

Source : *Le Médecin du Québec*, Vol. 43, N° 5, mai 2008, p. 61-67.



Summary • On the menu : obstructive sleep apnea therapy. This article gives information about available obstructive sleep apnea (OSA) therapies such as weight loss, positional sleep therapy, continuous positive airway pressure (CPAP) therapy, mandibular advancement devices and surgery. Patients suffering from OSA have their own perception of the type of treatment they might accept ; as if they were choosing from a menu. It is the clinician's task to explain which therapy might suit them better. Emphasis will be put on the effectiveness of treatment options, according to published literature. Although these treatments are generally well tolerated, side effects are described. Symptom resolution might not suffice to ascertain efficacy. Therefore, a follow-up polysomnography is recommended. CPAP therapy remains, however, the gold standard treatment for OSA to which all other therapies compare. Compliance issues will also be discussed and ways to optimize patient compliance will be addressed.

Amuse-gueules

Lorsque le patient revient vous voir à la suite d'un diagnostic de syndrome des apnées obstructives du sommeil (SAOS), il importe de réévaluer le motif de la consultation initiale ou la principale plainte du patient.

Est-il incommodé par une hypersomnolence diurne, un mal de gorge matinal ou un ronflement ? Est-ce plutôt son partenaire qui l'envoie vous consulter ? Les affections concomitantes à rechercher chez ce patient sont l'hypertension, l'athérosclérose, l'insuffisance cardiaque et les maladies neurovasculaires. Par ailleurs, on devra soigneusement déterminer les conséquences potentielles d'un SAOS grave sur les plans social et conjugal, notamment une altération de la vigilance, une baisse du rendement au travail de même qu'une perturbation de l'humeur. Un dépistage adéquat de ces éléments de base permettra de discuter des buts et des attentes du traitement avec le patient, d'établir un plan de traitement réaliste et de

« Il est exceptionnel qu'une perte pondérale suffise à "guérir" un SAOS, d'autant plus qu'il faut généralement plus de douze mois pour arriver au poids "thérapeutique". »

lui expliquer les avantages subjectifs et objectifs que l'on prévoit en tirer. La documentation médicale fait état des bienfaits diversifiés d'un traitement efficace du SAOS¹. Ainsi, outre la suppression de la somnolence et du ronflement, il est possible de renforcer la maîtrise de la pression artérielle, d'augmenter la fraction d'éjection ventriculaire gauche et d'améliorer la fonction neurocognitive ainsi que les différents indices de qualité de vie¹. Quel que soit le traitement choisi, le médecin devra fournir des conseils de base sur l'hygiène du sommeil à son patient atteint d'un SAOS et le sensibiliser à l'importance de les appliquer de même qu'au fait que certains éléments comme la consommation d'alcool, la prise de somnifères et le manque de sommeil sont susceptibles d'aggraver son état (tableau I).

Le tableau II présente les principales options thérapeutiques à considérer chez le patient apnéique. Quel que soit le choix retenu, le plan de traitement établi devra nécessairement tenir compte des attentes du patient, de sa résistance psychologique devant un type de traitement particulier (perception qu'il s'agit d'un nouvel handicap nécessitant le recours à un appareil pour dormir, crainte d'une intervention chirurgicale, etc.) et du coût. On devra également évaluer l'efficacité du traitement à partir des données publiées, préciser de façon réaliste les bienfaits subjectifs et objectifs escomptés et, enfin, assurer un suivi approprié du patient. Lors de la visite subséquente, on procédera à certains ajustements, au besoin, en vue d'optimiser le traitement (tableau III).

Une entrée pour tout le monde : modification des habitudes de vie

La perte pondérale

Au nombre des facteurs qui constituent un risque pour la santé, l'obésité est l'un des plus importants fléaux qui touchent l'Amérique du Nord. L'excès de poids joue bien sûr un rôle prépondérant dans l'apparition du SAOS, mais n'est pas le seul élément en cause. Bien qu'il s'agisse d'une recommandation valable pour tous, l'atteinte et le maintien d'un poids santé sont des mesures particulièrement déterminantes chez les patients souffrant d'un SAOS.

Il est exceptionnel qu'une perte pondérale suffise à « guérir » un SAOS, d'autant plus qu'il faut généralement plus de douze mois pour arriver au poids « thérapeutique »². En fait, la difficulté consiste à la fois à atteindre un poids santé permettant au patient de retrouver un sommeil normal et à le maintenir de façon

prolongée. L'amaigrissement est souvent la seule option que retient le patient qui voit, dans une telle démarche, une façon de régler tous ses problèmes. Toutefois, compte tenu de son faible taux de réussite, il est fortement conseillé de « servir le plat principal » en complément. On expliquera ainsi au patient : « Monsieur, je suis d'accord pour dire qu'une perte de poids vous fera le plus grand bien, mais commençons tout de même le traitement par pression positive continue. Lorsque vous aurez atteint votre poids santé, nous évaluerons la pertinence de poursuivre le traitement ». Chez les personnes obèses, la perte de poids exerce également des effets bénéfiques sur d'autres affections concomitantes notables, telles que l'hypertension, le diabète et l'arthrose.

tableau I

Conseils d'hygiène du sommeil

- Éviter la prise de somnifères
- Éviter la consommation d'alcool
- Adopter des heures de sommeil régulières et suffisantes
- Éviter la prise de repas favorisant la somnolence (mets riches en lipides, plats copieux, etc.)
- Corriger la congestion nasale réversible
- Reconnaître les symptômes de somnolence ou d'altération de la vigilance

Le traitement positionnel

De 25 % à 35 % des personnes souffrant d'un SAOS ont un indice d'apnées-hypopnées (IAH) deux fois plus élevé en position de décubitus dorsal que dans d'autres positions³. Ces patients pourraient donc bénéficier d'un traitement positionnel leur permettant d'éviter de dormir sur le dos, ce qui provoque ou aggrave les apnées, les hypopnées et les ronflements. On peut appliquer diverses techniques à cette forme de traitement, comme élever la tête du lit à l'aide d'un coussin triangulaire, coudre des balles de tennis au dos d'un pyjama, porter un sac à dos contenant un ballon ou un oreiller, dormir sur le canapé où l'espace restreint force la personne

tableau II

- • • à adopter la position de décubitus latéral. Chez certains patients, le fait d'éviter de dormir sur le dos peut contribuer à réduire l'IAH de plus de 50 %⁴. Jumelé à d'autres méthodes, le traitement positionnel permet de corriger, voire d'améliorer la structure du sommeil et les différents indices d'obstruction nocturne. Bien qu'aucune étude poussée n'ait porté sur l'observance prolongée de ce type de traitement, l'expérience montre que les patients abandonnent souvent après quelques semaines.

« La ventilation par PPC constitue le moyen de prédilection pour traiter le SAOS, quelle qu'en soit la gravité. »

Plat principal

Le traitement par pression positive continue (PPC)

La ventilation par PPC constitue le moyen de prédilection pour traiter le SAOS (recommandé par l'*American Academy of Sleep Medicine*)⁵, quelle qu'en soit la gravité. Ainsi, ce traitement s'est révélé efficace pour réduire la mortalité, renforcer les maîtrises tensionnelle et glycémique et améliorer les indices de qualité de vie, la fonction neurocognitive et certains éléments de l'humeur^{1,6}. Qui plus est, une étude réalisée au Canada a fait état d'une diminution des coûts d'utilisation des soins de santé au cours des deux premières années suivant l'instauration du traitement⁷. À l'heure

Options thérapeutiques

- Perte pondérale
- Traitement positionnel
- Traitement par pression positive continue (PPC)
- Orthèse d'avancée mandibulaire (OAM)
- Uvulopalatopharyngoplastie (UPPP)
- Intervention bariatrique (gastroplastie, pose d'un anneau gastrique, dérivation biliopancréatique)

actuelle, il s'agit de la méthode thérapeutique de référence dont on se sert pour comparer l'efficacité des autres traitements.

Une fois le diagnostic de SAOS posé, le traitement par PPC est adapté à chaque patient au cours d'une étude thérapeutique (réalisée en laboratoire du sommeil ou au domicile du patient). On ajuste d'abord le masque approprié (nasal, de préférence) sur le visage du patient pendant qu'il est encore éveillé, puis on administre à ce dernier une faible pression pour lui permettre de s'endormir. Pendant son sommeil, on détermine ensuite la pression efficace pour corriger les apnées, les hypopnées, les ronflements et les désaturations, idéalement au cours de tous les stades du sommeil et dans toutes les positions (figure 1). Par la suite, on prescrit au patient un appareil à PPC produisant une pression fixe (entre 4 cm et 25 cm d'eau). Des appareils à PPC autorégulables sont aussi utilisés. Il faut alors prescrire une pression

tableau III

Traitements et données quant à l'efficacité ¹⁴					
Efficacité	Pression positive continue (PPC)	Orthèse d'avancée mandibulaire	Interventions chirurgicales ORL	Traitement positionnel	Perte pondérale
Données objectives					
Atteinte d'un IAH ≤ 10 événements à l'heure	95 %	50 %*	32 %*	≤ 30 %*	n.d.
Observance à 12 et à 84 mois	40 % – 85 %†	50 % – 62 %	Sans objet	n.d.	≤ 2 %
Coût	~ 1450 \$	~ 1000 \$ – 2000 \$	~ 500 \$ – 1500 \$	~ 50 \$	n.d.
Remboursement (assurances personnelles)	Oui	Selon le régime dentaire	UPPP remboursée par la RAMQ si IAH > 15 événements à l'heure	Non	Non
Données subjectives					
Amélioration de l'hypersomnolence	80 %	80 %*	n.d.	Non	Non

* Populations sélectionnées; † 70 % des patients utilisent un appareil de PPC 4h/nuits, 70 % du temps; n.d. : non disponible; IAH : indice d'apnées-hypopnées; UPPP : uvulopalatopharyngoplastie

minimale et une pression maximale. La fonction d'autorégulation corrigera les obstructions entre ces deux paramètres. Diverses technologies novatrices sont mises au point chaque année en vue d'accroître le confort et l'observance du traitement: humidité, chaleur, baisse expiratoire de pression. Le patient choisira pour sa part le masque avec lequel il se sent le plus à l'aise. Au total, 80 % des patients traités par PPC notent une atténuation rapide de leurs symptômes. Selon certaines études, l'instauration d'un traitement par PPC atteint son rendement maximal lorsqu'on y associe des mesures d'adaptation ciblées (formation, soutien, détermination des résistances psychologiques et des attentes du patient, correction rapide des troubles mécaniques)⁵.

La congestion nasale, la sécheresse nasale ou oculaire, l'inconfort causé par le masque, la présence de fuites, la claustrophobie et l'aérophagie comptent parmi les plus fréquentes contrariétés liées à l'emploi du traitement par PPC. Le partenaire de lit peut également être incommodé par le bruit de l'appareil ou par une fuite d'air dans sa direction. Il importe malgré tout de considérer ce traitement en première intention, puisqu'il s'est avéré supérieur à toute autre option thérapeutique chez les patients apnéiques (tableau III)⁵.

Il est relativement facile de voyager avec un appareil à PPC, la plupart des douaniers le connaissant. Par mesure de précaution, on pourra remettre à son patient une courte lettre explicative, rédigée sur du papier à en-tête de l'établissement médical, qu'il pourra présenter aux autorités au besoin. Les patients qui



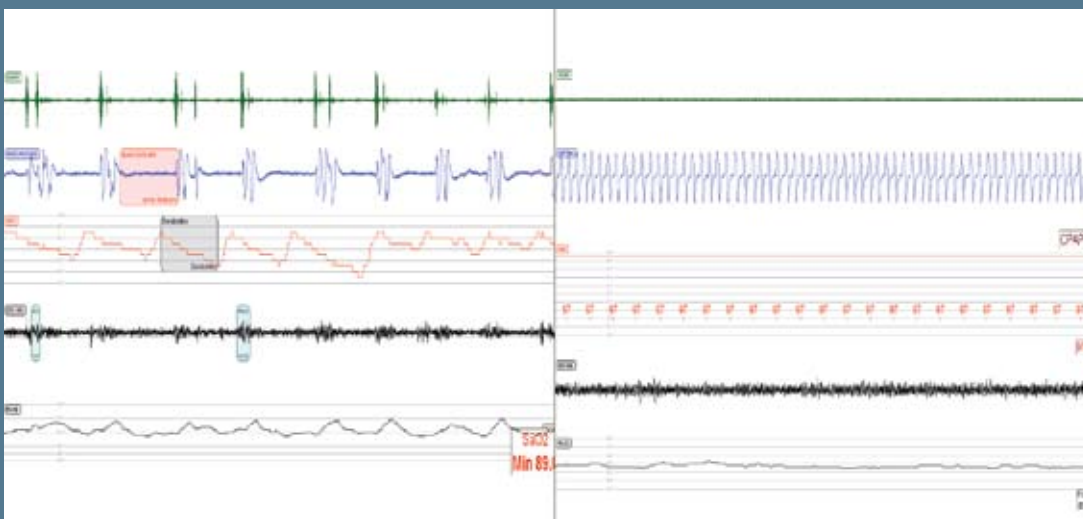
prévoient séjourner dans des pays où le courant électrique diffère de celui en vigueur en Amérique du Nord peuvent se procurer un adaptateur dans les boutiques où l'on vend les appareils à PPC. Pour en savoir plus, on peut consulter les sites Internet de l'Association pulmonaire du Québec, au www.pq.poumon.ca, et de l'American Academy of Sleep Medicine, au www.sleepeducation.com et www.aasmnet.org.

L'orthèse d'avancée mandibulaire

Le port d'une orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) la nuit, un appareil d'assistance ajusté par un dentiste ou un orthodontiste qualifié, permet d'atténuer et parfois même d'éliminer le SAOS. ●●●

figure 1

Polysomnographie avant et après le traitement par PPC

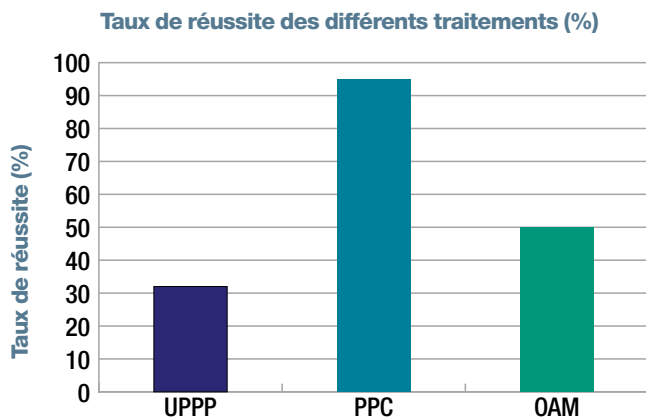


Polysomnographie diagnostique: SAOS grave
(IAH: 77 événements à l'heure)
Ronflements, apnées, désaturations,
microéveils, pouls irrégulier

Polysomnographie avec PPC à 8 cm d'eau
(IAH: 1,9 événement à l'heure)
Absence de ronflement, respiration régulière,
saturation normale, EEG et pouls normaux

Source: Laboratoire du sommeil, CSSL. Reproduction autorisée.

figure 2



- Le spécialiste en médecine du sommeil ou le pneumologue pourra indiquer à son patient le traitement qui lui convient le mieux et l'orienter vers le spécialiste dentaire approprié.

Les meilleurs candidats à ce type de traitement sont les patients qui affichent un indice de masse corporelle (IMC) d'au plus 32 kg/m² et un IAH de moins de 30 événements à l'heure, de même que ceux qui présentent une rétrognathie. D'un point de vue subjectif, le port de l'OAM la nuit s'est révélé tout aussi efficace que la ventilation par PPC pour améliorer les symptômes liés à l'hypersomnolence ou au ronflement lors d'une étude à répartition aléatoire. Sur le plan objectif, cette technique a toutefois donné des résultats moins favorables que le traitement par PPC pour ce qui est de réduire l'IAH ou le ronflement⁸. On recommande de soumettre chaque porteur d'orthèse à une polysomnographie de contrôle afin d'en mesurer l'efficacité. L'observance thérapeutique initiale est restreinte par la présence de troubles d'hypersalivation et de douleurs temporomandibulaires. Il existe également une possibilité de malocclusion associée à un traitement prolongé, d'où l'importance d'un suivi régulier par le spécialiste en médecine dentaire.

L'uvulopalatopharyngoplastie

Dans certains cas, l'uvulopalatopharyngoplastie (UPPP) s'avère utile pour traiter le SAOS. Comme pour l'OAM, les patients les plus susceptibles de tirer profit de ce traitement sont ceux qui affichent un IMC d'au plus 32 kg/m² et un IAH de moins de 30 événements à l'heure. Le taux de réussite de l'UPPP est de 32 %. En comparaison, les taux de succès du traitement par PPC et de l'OAM sont de 95 % et de 50 % respectivement (figure 2). Certains patients sélectionnés répondent bien à l'UPPP, mais comme pour les autres options thérapeutiques, la réalisation d'une polysomnographie permettra de préciser si la présence de symptômes résiduels commande le recours à un traitement d'appoint. Lorsqu'elle est efficace, l'UPPP constitue toutefois un traitement initial définitif qui a l'avantage de ne poser aucun problème d'observance thérapeutique. Les effets indésirables observés à la suite de l'intervention pourront comprendre la douleur, des saignements du champ opératoire et, rarement, une insuffisance vélopalatine se définissant par des troubles de l'élocution et de la déglutition survenant à la suite de la fermeture incomplète du sphincter du voile du palais par la suite d'une paralysie du voile ou d'une chirurgie au palais.

Trou normand

L'intervention bariatrique

L'*Annals of Internal Medicine* recommande de penser à l'intervention bariatrique chez les patients dont l'IMC dépasse 40 kg/m² ou encore 36 kg/m² en présence d'affections concomitantes graves¹⁰. Des méta-analyses de données issues d'essais cliniques ont montré que 86 % des cas de SAOS étaient corrigés ou améliorés par les différents types d'interventions bariatriques¹¹. Plusieurs mois après la perte pondérale (de 12 à 24 mois ou plus),

« La mesure objective de l'efficacité du traitement sera obtenue au moyen d'une polysomnographie de contrôle (réalisée en association avec la PPC, l'OAM ou le traitement positionnel ou encore après l'intervention bariatrique). »

on devra cependant procéder à une polysomnographie en vue de vérifier l'existence potentielle d'un SAOS résiduel important. Les patients qui ont d'abord suivi le traitement par PPC, puis subi une opération doivent souvent continuer de recourir à la ventilation par PPC par la suite. Toutefois, la réduction du poids permet habituellement de diminuer la pression efficace de traitement.

Le dessert est inclus

Le suivi du patient présentant un SAOS maîtrisé

L'amorce du traitement demeure une période cruciale pour favoriser une observance thérapeutique à moyen et à long terme. Au cours des premiers mois, on devra faire un suivi étroit, d'abord pour corriger les problèmes potentiels, puis pour encourager le patient pendant sa période d'adaptation. En effectuant une mesure objective de l'atténuation des symptômes dont se plaignait le patient au départ, on permettra à ce dernier de prendre conscience des autres bienfaits moins perceptibles du traitement (ex. : disparition de la nycturie, absence de somnolence durant la soirée, sommeil plus récupérateur). La mesure objective de l'efficacité du traitement sera obtenue au moyen d'une polysomnographie de contrôle (réalisée en association avec la PPC, l'OAM ou le traitement positionnel ou encore après l'intervention bariatrique).

L'une des pierres angulaires de l'intervention consiste à faire prendre conscience au patient à la fois des bienfaits perçus et non perçus. Il sera utile de comparer avec lui ses graphiques de SAOS avant et pendant le traitement (figure 1).

Des études se penchent actuellement sur l'observance thérapeutique pour faire en sorte que les patients persèverent

dans l'utilisation d'un traitement dont l'efficacité est éprouvée¹². La réussite dépend grandement de la motivation, des changements de comportements et d'une certaine ouverture d'esprit du patient. La personne qui se montre réticente à obtenir de l'information sur sa maladie, qui ne perçoit aucun bienfait au traitement et qui n'y voit que des inconvénients est un candidat idéal à l'inobservance. La démythification du SAOS et sa plus grande connaissance par le public permettront certainement une meilleure acceptation et une plus large réceptivité de la part de certains patients.

Néanmoins, l'insistance avec laquelle le médecin doit convaincre son patient des avantages d'un traitement donné est proportionnelle à l'importance des symptômes et à la présence de facteurs concomitants (hypertension, maladie cardiovasculaire ou neurovasculaire, altération de la vigilance, pratique d'activités associées à un risque d'accident grave). Au cours d'une étude ayant porté sur le SAOS, les patients qui affichaient un indice d'apnées non corrigé de plus de 20 événements à l'heure pouvaient espérer une survie au bout de huit ans de 63 % compara-

tivement à 100 % chez les patients traités par trachéotomie ou par PPC, et à 78 % chez ceux ayant subi une UPPP¹³. Dans une autre étude, on a constaté que la présence d'un IAH supérieur à 30 événements à l'heure dans une population non traitée augmentait au bout de dix ans la mortalité par infarctus du myocarde ou par accident vasculaire cérébral (AVC), ce qui correspond à un risque relatif de 2,87 par rapport aux résultats observés dans une population témoin⁶. Autrement dit, chaque année, une personne sur cent souffrant d'un SAOS grave non traité mourra d'un infarctus ou d'un AVC comparativement à une personne traitée par PPC sur 285 et à une personne en santé sur 333. Ces données viennent rappeler toute l'importance de mettre en place un traitement efficace et adapté à chaque patient.

Bonne digestion ! ❄

Le Dr Paul Verschelden œuvre comme consultant médical pour les entreprises Apnair et OSR Médical.

Reproduit avec autorisation.

Bibliographie

- GILES TL, LASSERSON TJ, SMITH BH et coll. Continuous positive airways pressure for obstructive sleep apnoea in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3: CD001106.
- BARVAUX VA, AUBERT G, RODENSTEIN DO. Weight loss as a treatment for obstructive sleep apnoea. *Sleep Med Rev* 2000; 4 (5): 435-52.
- OKSENBERG A, SILVERBERG D, OFFENBACH D et coll. Positional therapy for obstructive sleep apnea patients: a 6-month follow-up study. *Laryngoscope* 2006; 116 (11): 1995-2000.
- JOKIC R, KLIMASZEWSKI A, CROSSLEY M et coll. Positional treatment vs continuous positive airway pressure in patients with positional obstructive sleep apnea syndrome. *Chest* 1999; 115 (3): 771-81.
- KUSHIDA CA, LITTNER MR, HIRSHKOWITZ M et coll. Practice parameters for the use of continuous and bilevel positive airway pressure devices to treat adult patients with sleep-related breathing disorders. *Sleep* 2006; 29 (3): 375-80.
- MARIN JM, CARRIZO SJ, VICENTE E et coll. Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *Lancet* 2005; 365 (9464): 1046-53.
- KRYGER MH, ROOS L, DELAIVE K et coll. Utilization of health care services in patients with severe obstructive sleep apnea. *Sleep* 1996; 19 (Suppl. 9): S111-6.
- LIM J, LASSERSON TJ, FLEETHAM J et coll. Oral appliances for obstructive sleep apnoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (1): CD004435.
- SUNDARAM S, BRIDGMAN SA, LIM J et coll. Surgery for obstructive sleep apnoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (4): CD001004.
- MAGGARD MA, SHUGARMAN LR, SUTTORP M. Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *Ann Intern Med* 2005; 142 (7): 547-59.
- BUCHWALD H, SCHOELLES K. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004; 292 (14): 1724-37.
- HANIFFA M. Interventions to improve compliance with continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (4): CD003531.
- HE J, KRYGER MH, ZORICK FJ. Mortality and apnea index in obstructive sleep apnea. Experience in 385 male patients. *Chest* 1988; 94 (1): 9-14.
- ELSHAUG AG. Redefining success in airway surgery for obstructive sleep apnea: a meta analysis and synthesis of the evidence. *Sleep* 2007; 30 (4): 461-7.

Lectures suggérées

- WALKER-ENGSTRÖM ML. 4-year follow-up of treatment with dental appliance or uvulopalatopharyngoplasty in patients with obstructive sleep apnea: a randomized study. *Chest* 2002; 121 (3): 739-46.
- SKINNER MA. Elevated posture for the management of obstructive sleep apnea. *Sleep Breath* 2004; 8 (4): 193-200.



**plan stratégique
2007-2011**

**À la croisée des chemins
Nos valeurs**
L'Ordre professionnel
des inhalothérapeutes du Québec
veut être reconnu pour

Son professionnalisme...
... Parce que la synergie d'une équipe et la
collaboration amènent l'efficacité.



*"Redonnez le
souffle de vie"*

Richard Meloche, inh., RRT
maître-instructeur certifié par la Fondation des maladies du cœur du Québec
et agréé par Emploi-Québec

Formation en Soins d'urgence cardiovasculaire et RCR
Formation en Défibrillation externe automatisée

Tél.: (514) 891-4459
E-mail: info@rcrpro.ca
rcrpro.ca

Membre de l'Alliance québécoise
pour la santé du cœur

L'hypersomnie idiopathique primaire : à ne pas confondre avec narcolepsie !

par **François Melançon, MD**. Le Dr Melançon est omnipraticien et a 18 années d'expérience en salle d'urgence. Il pratique maintenant en cabinet privé à Asbestos et en CLSC à Montréal. De plus, celui-ci travaille à l'élaboration d'une série de livres portant sur la vulgarisation médicale de la collection *Le petit médecin de poche*.

Source : *Le clinicien*, septembre 2007, volume 22, numéro 09, pages 17-19.

Le cas de Julie • Dans le cadre de son examen annuel, Julie, âgée de 22 ans, vous consulte pour des maux de tête pulsatiles violents précédés de la perte d'une partie de son champ visuel, qui se produisent presque chaque semaine. Initialement, elle n'avait ces symptômes que dans la semaine précédant ses menstruations, mais, depuis quelques mois, elle n'a plus de répit. Elle dort très mal et s'endort partout, même en conduisant sa voiture. Ses deux sœurs et sa mère sont migraineuses.

L'examen neurologique est normal. Elle n'est clairement pas dépressive, mais certainement – et à raison – inquiète. Devant ce qui semble être une migraine accompagnée typique, vous ajoutez à votre bilan sanguin de base (formule sanguine complète, thyroïde stimulant hormone ultrasensible, etc.) un CT scan, et vous lui prescrivez de l'amitriptyline à doses croissantes, soit 10, 20 et 30 mg, en augmentant de 10 mg à chaque semaine. À sa visite de contrôle, Julie est radieuse ; elle n'a plus de maux de tête. Cependant, même si elle dort maintenant bien – très bien même avec l'amitriptyline au coucher – elle continue à s'endormir partout. Lors de la dernière grève des transports en commun, elle s'est même endormie au volant de sa voiture et n'a été réveillée que par le grondement des bandes rugueuses bordant la route. • **De quoi souffre Julie ? Quel est le traitement ?**

Les caractéristiques de cette rare condition

Comment informons-nous au mieux les étudiants à propos de la qualité de leur performance clinique et comment les motivons-nous pour qu'ils l'améliorent en permanence ? Dans une perspective éducative, la pratique de la médecine est souvent vue comme étant l'application d'un ensemble de savoirs, d'habiletés et d'attitudes.

L'hypersomnie idiopathique primaire, une condition présumée du système nerveux central d'étiologie inconnue, se caractérise par une somnolence excessive ayant duré au moins un mois et par un sommeil dont les phases non REM (*rapid eye movement*) sont prolongées. Cette disruption du sommeil cause beaucoup de problèmes relationnels aux patients affectés, et il leur est très difficile de garder un emploi.

Alors que la narcolepsie possède des caractéristiques polysomnographiques et immunogénétiques bien définies, l'hypersomnie idiopathique primaire est beaucoup moins bien caractérisée. On la classifie comme monosymptomatique lorsqu'on est en présence d'une somnolence diurne qui n'est pas secondaire à des réveils nocturnes fréquents. Elle est polysymptomatique lorsque des périodes de sommeil nocturne prolongées sont suivies, au réveil, par une « ébriété du sommeil ».

Les présentations de l'hypersomnie idiopathique primaire

L'hypersomnie idiopathique primaire peut se diviser en trois présentations majeures et une présentation moins fréquente.

« Certaines études parlent de 0,5 à 5 % des gens, quoique le diagnostic d'hypersomnie idiopathique primaire récurrente soit posé dans 5 à 10 % des cas dirigés vers des cliniques du sommeil pour une somnolence diurne excessive. »



- ❶ **Présentation 1** > Antécédent familial positif et évidence d'une dysfonction du système nerveux autonome (céphalées, syncopes, hypotension orthostatique et vasoconstriction périphérique).
- ❷ **Présentation 2** > Les symptômes d'hypersomnie apparaissent à la suite d'une infection virale grave associée à des symptômes neurologiques (syndrome de Guillain-Barré, mononucléose infectieuse, pneumonie virale atypique, etc.). Chez ces gens, l'épuisement initial se transforme en fatigue chronique. L'analyse de leur liquide céphalorachidien montre une lymphocytose.
- ❸ **Présentation 3** > Chez ces patients, il n'y a aucun antécédent familial et personnel de maladie virale. La cause de cette condition est inconnue.
- ❹ **Présentation 4** > Lorsque l'hypersomnie diurne est associée à une compulsion alimentaire et à de l'hypersexualité, on parle de syndrome de Kleine-Levin, une condition encore plus rare que l'hypersomnie idiopathique primaire, qui affecte en majorité les hommes.

La physiopathologie

On ignore ce qui cause l'hypersomnie idiopathique primaire. Certaines études animales suggèrent une dysfonction du système dopaminergique dans la narcolepsie et une dysfonction du système de la norépinéphrine dans l'hypersomnie idiopathique primaire. Une composante génétique est possible pour certaines présentations, mais on ignore le mode de transmission.

La prévalence

On ignore la prévalence exacte de cette condition. Certaines études parlent de 0,5 à 5 % des gens, quoique le diagnostic d'hypersomnie idiopathique primaire récurrente soit posé dans 5 à 10 % des cas dirigés vers des cliniques du sommeil pour une somnolence diurne excessive. L'hypersomnie idiopathique

primaire est une condition chronique et les patients qui en souffrent sont constamment épuisés et développent fréquemment un état dépressif. Sauf pour le syndrome de Kleine-Levin, où l'on retrouve trois fois plus d'hommes affectés que de femmes, les autres présentations affectent autant les femmes que les hommes. La condition apparaît à l'adolescence et presque jamais après l'âge de 30 ans.

L'investigation

Les signes cliniques

- ❶ Les patients se présentent avec une somnolence diurne excessive non soulagée par des siestes.
- ❷ Les patients affectés doivent dormir beaucoup. Des nuits de 12 heures sont davantage la norme que l'exception.
- ❸ Au réveil, ces patients ont souvent l'impression d'être en état d'ébriété.
- ❹ Les siestes ne soulagent pas la fatigue.
- ❺ Le réveil est long et difficile.
- ❻ Ces patients présenteront parfois des périodes de comportement automatique.
- ❼ Plusieurs se plaindront de céphalées, d'étourdissements et de pertes de conscience, d'hypotension orthostatique et du phénomène de Raynaud.
- ❽ Rarement, ils souffriront d'hallucinations hypnagogiques et de paralysie du sommeil.

Les diagnostics différentiels

Il n'y a pas de trouvaille physique qui suggère l'hypersomnie idiopathique primaire. L'examen physique sert à écarter le diagnostic différentiel d'apnée du sommeil (obésité centrale, micrognathie ou rétrognathie, macroglossie, rétropharynx encombré, obstruction nasale et grosses amygdales).

Une condition rhumatologique, comme l'arthrite rhumatoïde, pourrait produire des symptômes d'hypersomnolence diurne en raison d'une incapacité à dormir à cause de la douleur articulaire. La possibilité d'une dépression primaire associée à une fatigue ...

Retour sur le cas de Julie • Vous posez un diagnostic présomptif d' hypersomnie idiopathique primaire, et vous proposez à Julie un traitement à base de psychostimulants à doses croissantes (méthylphénidate). Elle accepte. Vous la dirigez en neurologie pour confirmer le diagnostic, et vous lui donnez un rendez-vous de suivi après un mois.

Lors de sa visite de suivi, elle vous apprend qu'elle ne dort plus le jour, quelles que soient les circonstances. Elle demeure simplement vaguement somnolente mais est prête à vivre avec ce symptôme léger. De plus, elle ressent une vague nausée le midi à la prise de son méthylphénidate. Vous lui proposez donc d'espacer un peu plus les doses, ce qui aura aussi l'avantage d'éviter la somnolence excessive, le soir, lors du retour à la maison.

... extrême sera aussi à écarter par un questionnaire psychiatrique détaillé.

En ce qui concerne la dépression, l' hypersomnie primaire peut mettre le clinicien devant le dilemme de l'œuf et de la poule : lequel a causé lequel ? Les autres diagnostics différentiels sont le traumatisme crânien récent et l'insomnie chronique.

Les tests de laboratoire

Les tests de laboratoire à effectuer incluent une formule sanguine complète, un bilan biochimique de base, des tests thyroïdiens et une étude du sommeil. Au besoin, un CT scan peut être fait pour écarter la possibilité d'un hématome sous dural chez la personne âgée. Les autres tests ne sont pas vraiment utiles.

Le traitement

La cause de cette condition étant inconnue, l' hypersomnie idiopathique primaire se traite de façon symptomatique. Quoiqu'elles aient très peu d'impact sur l'évolution de la condition, on recommande quand même l'enseignement de techniques d'hygiène du sommeil.

Plusieurs médicaments ont été tentés, dont les tricycliques, les inhibiteurs de la monoamine oxydase, la clonidine, le lévodopa, la bromocriptine, l'amantadine, etc. Les seuls médicaments à véritablement aider ces patients sont les psychostimulants, comme le méthylphénidate. *

Texte reproduit avec autorisation.



d'ordre juridique 1

Avis concernant le

par **Andrée Lacoursière**, adjointe à la direction générale

Comme plusieurs d'entre vous ont déjà eu la chance d'en faire l'expérience, le  offre de multiples possibilités de communication et d'échange entre les membres qui y sont inscrits. Pour ce faire, l'accès aux adresses de courriel des participants facilite certainement ces échanges. Or, afin de se conformer aux dispositions de la *Loi sur l'accès à l'information et à la protection des renseignements personnels*, l'OPIQ se doit de protéger les renseignements personnels fournis par ses membres y compris leurs adresses de courriel.

C'est pourquoi nous tenons à vous aviser que si vous êtes déjà inscrit sur le , l'adresse courriel que vous avez indiquée sous l'onglet *Mon profil* est désormais cachée par défaut. Concrètement, cela veut dire qu'à moins que vous n'alliez vous-même démasquer votre adresse, les autres membres du

 n'ont plus accès à l'adresse que vous nous aviez fournie. Vous avez donc à exercer un choix.

Je profite également de l'occasion pour vous rappeler que toutes les autres informations (adresse, numéro de téléphone, description personnelle, etc.) que vous choisissez d'inclure dans votre profil demeurent visibles et accessibles à tous les membres du . Puisque ces informations ne sont pas obligatoires, vous pouvez décider en tout temps de les retirer vous-même. Cependant, l'OPIQ n'est pas responsable de l'utilisation qui pourrait être faites de ces renseignements par un autre membre du .

En terminant, l'OPIQ vous rappelle que la prudence est toujours de mise lorsque vous choisissez de mettre des informations personnelles à la disposition d'une communauté virtuelle, quelle qu'elle soit sur le cyberspace. *



Entrée en vigueur du projet de loi 75

par **Andrée Lacoursière**, adjointe à la direction générale

Une importante modernisation du *Code des professions* a été complétée le 4 juin dernier avec l'adoption par l'Assemblée nationale du projet de loi n° 75 (*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives*). En vigueur depuis le 15 octobre 2008, cette loi vise principalement à rendre plus souples, efficaces et performants les mécanismes de protection du public.

Le projet de loi 75 est en quelque sorte l'aboutissement des travaux des chantiers I et II formés par l'Office des professions en 1999, à la demande de la ministre responsable de l'application des lois professionnelles d'alors, M^{me} Linda Goupil, dans le but de formuler des recommandations au gouvernement pour la mise à jour du système professionnel québécois. L'ensemble des dispositions du *Code des professions* a donc été revu et les modifications apportées par le projet de loi 75 touchent toutes les activités des ordres professionnels.

Nous vous soumettons donc ici un extrait d'un article publié dans le bulletin *INFO express* (été 2008) du Conseil interprofessionnel du Québec, qui a accepté que nous le reproduisions dans nos pages et qui résume bien les principales modifications apportées au Code.

Gouvernance

Le projet de loi révisé la composition et le mode de fonctionnement du Bureau et permet la délégation de certaines décisions à des comités. Le Bureau est dorénavant désigné *conseil d'administration* et le comité administratif devient le *comité exécutif*.

Le projet de loi facilite la circulation de l'information au sein de l'ordre, notamment entre le syndic et le comité d'inspection professionnelle, pour des fins de protection du public. Les règles de destitution de certains employés de l'ordre sont également révisées.

Réglementation

Le projet de loi soustrait les ordres de l'obligation d'adopter des règlements dans certaines matières liées à la régie interne de l'ordre.

Il précise aussi les règles leur permettant de fixer des normes en matière d'assurance de la responsabilité de leurs membres.

Il en est de même des règles relatives à l'autorisation d'activités, de déontologie, de conciliation et d'arbitrage des comptes, de formation continue et de tenue des dossiers. Il confère aux ordres plus de souplesse en matière de fixation des cotisations.

Compétence

Le projet de loi améliore le contrôle de la compétence des candidats à l'exercice de la profession et des membres de l'ordre, en permettant l'application de certains mécanismes comme la vérification des antécédents criminels ou l'examen de la compatibilité des capacités psychiques ou physiques avec l'exercice de la profession.

Il permet également de vérifier la compétence du candidat avant la délivrance du permis ou l'inscription au tableau de l'ordre. Un ordre pourra s'assurer qu'un membre radié répond à toutes les conditions d'inscription au tableau de l'ordre avant de le réinscrire au terme de sa radiation. Le projet de loi permet de limiter les activités professionnelles d'un membre sur consentement de celui-ci, au nom de la protection du public.

Discipline

Le projet de loi révisé l'organisation du bureau du syndic. Il étend sa capacité d'intervention et prévoit de nouvelles règles relatives à l'information que ce dernier transmet au plaignant ou au Bureau (conseil d'administration).

Par ailleurs, la portée des interventions des comités de révision est précisée. Les règles de fonctionnement des comités de discipline sont clarifiées. Les règles d'appel devant le Tribunal des professions sont assouplies. Certains délais en matière disciplinaire sont modifiés.

Nouveaux pouvoirs de l'Office des professions

L'Office des professions se voit attribuer un pouvoir de réglementer la déontologie des membres des comités de discipline et la pratique de ceux-ci. Dans la foulée, l'Office disposera d'un nouveau pouvoir à l'égard des ordres professionnels. En effet, il pourra « proposer à un ordre la conduite à tenir ou des mesures à prendre dans les situations où il l'estime nécessaire pour assurer la protection du public ». ✱

Somnolence et conduite automobile attention !

par **D^r Marc Charbonneau**, pneumologue, Cité de la Santé de Laval

Source: *Le Médecin du Québec*, Vol. 43, N° 5, mai 2008, p. 41-45.

Summary • Daytime sleepiness and driving : Beware! Daytime fatigue and sleepiness can coexist but the latter is more specific and useful in clinical investigation. Obstructive sleep apnea is a common cause of drowsiness although others such as narcolepsy, sleep deprivation and restless legs syndrome are also possible. Evaluation of driving capacities for patients with sleep apnea includes the assessment of somnolence, past car accidents and occupational history. Other factors including medication, alcohol, shift work, sleep deprivation and lengthy traveling may increase accident risk. Investigation is mandatory when daytime sleepiness is suspected. The Canadian Medical Association provides—on its website—driving guidelines for patients with sleep apnea.

Gilles a reçu un diagnostic d'apnée du sommeil il y a dix ans. Il suit un traitement par pression positive continue (PPC) depuis. Il s'est récemment endormi au volant de son camion lors de la tournée des vidanges. Le médecin de son employeur vous demande de lui donner votre opinion quant à la capacité de votre patient de conduire. Comment allez-vous faire la différence entre fatigue et hypersomnolence? Quels sont les signes indiquant que Gilles représente un danger pour lui et les autres?

Fatigue? Somnolence? Comment faire la distinction?

Les études mesurant la fréquence des accidents attribuables à la somnolence révèlent des résultats très variables. Ainsi, le pourcentage de tels accidents a été évalué entre 1 % et 3 % aux États-Unis contre 30 % en Australie². Au Canada, la fatigue serait en cause dans 19 % des accidents mortels et 23 % des accidents avec blessures. Les statistiques québécoises ne sont pas publiées.

Les symptômes de fatigue et de somnolence se recoupent, la première s'accompagnant souvent de la seconde et vice-versa.

Par contre, la fatigue (un état de lassitude et de manque d'énergie) est un symptôme beaucoup plus général. Elle vous sera donc d'une utilité limitée dans l'orientation de votre diagnostic puisqu'elle est présente dans un très grand nombre d'affections, de la dépression aux maladies qui touchent l'ensemble de l'organisme en passant par le syndrome de fatigue chronique.

La somnolence (tendance ou facilité à s'endormir) est plus spécifique et vous aidera à vous orienter vers des troubles du sommeil. Afin de déterminer si votre patient souffre de somnolence, vous devez faire porter l'anamnèse sur la facilité de ce dernier à s'endormir selon les circonstances. Vous pouvez poser des questions générales (ex.: Vous endormez-vous en regardant la télévision? En voiture? Au travail?). Vous pouvez aussi choisir d'utiliser le questionnaire du score d'Epworth¹ qui est plus spécifique. Le résultat obtenu permet de comparer le degré de somnolence d'une personne à celui d'une population générale et d'en évaluer la gravité. La mise en évidence d'une hypersomnolence diurne vous invitera à pousser votre évaluation plus à fond.

Somnolence, oui! Mais quelle en est la cause?

Quoique l'apnée du sommeil soit une cause fréquente d'hypersomnolence diurne, il en existe d'autres (tableau I).

Somnolence au volant:

saurez-vous récupérer l'information?

La somnolence au volant est plus délicate à évaluer, car le patient pourra être réticent à vous en faire mention de peur de se voir retirer son permis de conduire. Vous pouvez lui demander s'il a déjà eu un accident de la route. Il faut non seulement prendre en compte les accidents où le conducteur s'est endormi, mais aussi

« Quoique l'apnée du sommeil soit une cause fréquente d'hypersomnolence diurne, il en existe d'autres. »

tous les autres, car l'apnée du sommeil diminue la concentration et la capacité de réagir à un événement inattendu². Parfois, le patient avouera de lui-même s'endormir aux feux de circulation ou devoir se ranger sur le côté de la route pour faire une sieste pendant un trajet de durée modeste le jour, après une nuit de sommeil habituelle. Ce type d'aveux indique évidemment un problème important et vous invite à vérifier si le patient est atteint d'une maladie du sommeil.

La somnolence a un effet certain sur la conduite automobile. Elle diminue notamment la capacité de concentration et la performance. Les accidents de la route causés par la somnolence possèdent certaines caractéristiques particulières² (tableau II).

Conducteur somnolent: comment évaluer?

L'évaluation du risque de somnolence dans un contexte de conduite automobile ou de capacité de travail comprend deux volets:

- l'évaluation du risque de somnolence durant la conduite d'un véhicule;
- l'évaluation des dommages possibles en cas d'accident.

Le deuxième élément est en général facile à déterminer. Les accidents mettant en cause des avions, des trains, de la machinerie lourde et des véhicules commerciaux risquent d'être plus coûteux en vies humaines et en dommages matériels³. Par exemple, le conducteur d'un poids lourd pesant plus de 4500 kg a sept fois plus de chances de tuer les occupants des autres véhicules que de mourir. On estime que le risque d'accidents chez les patients atteints d'apnée du sommeil est de deux à sept fois plus élevé que dans la population en général². Par contre, il est difficile d'établir une corrélation entre la gravité de l'apnée et le risque d'accidents. Par exemple, l'*American Thoracic Society* mentionne, dans sa prise de position de 1994, que l'apnée du sommeil est indubitablement un facteur de risque d'accidents, mais qu'elle n'est pas nécessairement associée à une incapacité de conduire une automobile⁴. De plus, une étude a montré que plus des deux tiers des patients atteints d'apnée du sommeil n'avaient pas eu d'accidents de la route dans les cinq années suivant le recrutement⁵.

Cette difficulté à établir une relation entre l'apnée du sommeil et le risque d'accidents semble indiquer qu'il est plus important d'évaluer la somnolence que l'apnée comme telle. L'échelle d'Epworth, les antécédents d'accidents et les facteurs associés vous seront utiles à cette fin. Ces derniers ont des conséquences

tableau I

Causes d'hypersomnolence diurne et prévalence

Le manque chronique de sommeil*	De 12 % à 20 %
L'apnée du sommeil	De 2 % à 4 %
La narcolepsie	0,07 %
Le syndrome des jambes sans repos	7 %
Le syndrome de Kleine-Levin†	Rare
L'hypersomnolence idiopathique	Diagnostic d'exclusion

* Diminution de la quantité de sommeil (en général, 6 h/24 h) nécessaire pour maintenir la vigilance diurne.

† Syndrome se caractérisant par la somnolence diurne épisodique, l'hyperphagie et l'hypersexualité.

importantes sur le risque d'accidents (tableau III), encore plus chez ceux dont l'indice d'apnées-hypopnées (IAH) est supérieur à 30 événements à l'heure⁶.

Il serait utile de créer un test qui évalue le risque d'accidents. Certains logiciels, mis au point pour simuler la conduite, ont révélé que les patients atteints d'apnée du sommeil ont des performances moindres par rapport à ceux du groupe témoin. Cependant, ces outils sont onéreux et demandent beaucoup de temps, ce qui en rend la mise en place difficile à grande échelle. De plus, ils n'ont pas permis d'établir une démarcation claire entre les patients et les sujets témoins, ce qui en rend l'utilisation impossible². Le test le plus utile actuellement pour mesurer la capacité de rester éveillé est le test de maintien de l'éveil. Le sujet doit rester vigilant durant quatre périodes de 40 minutes pendant le jour selon un protocole standard⁷. Le degré de vigilance (ou de somnolence) est mesuré par encéphalographie. Le temps

...

tableau II

Caractéristiques des accidents dus à la somnolence au volant²

Heures de survenue: fin de nuit ou milieu de l'après-midi (correspondant au cycle journalier de somnolence)

Type d'accident: sortie de route

Type de route: autoroute

Absence de passagers

Absence de signes d'évitement



Recommandations sur la conduite automobile à l'intention des patients atteints de SAOS*

Seuls des médecins qui connaissent bien l'interprétation des études sur le sommeil doivent formuler les recommandations suivantes :

- ❶ *Quelle que soit la gravité de l'apnée, tous les patients atteints de SAOS sont vulnérables à des irrégularités des heures de sommeil et à la somnolence qui en découle. Étant donné l'interaction possible entre la déficience découlant de l'apnée du sommeil, la restriction du sommeil et son irrégularité, il faut prévenir tous les patients des dangers que pose la somnolence au volant.*
- ❷ *Les patients aux prises avec un SAOS léger sans somnolence diurne et qui affirment n'avoir aucune difficulté à conduire présentent un faible risque d'accidents et devraient pouvoir utiliser n'importe quel type de véhicule automobile en toute sécurité.*
- ❸ *Les patients dont le SAOS a été confirmé par une étude du sommeil, qui suivent fidèlement le traitement par pression positive continue ou qui ont subi avec succès une uvulopharyngopalatoplastie doivent pouvoir conduire en toute sécurité n'importe quel type de véhicule automobile.*
- ❹ *Les patients atteints d'un SAOS de moyen à grave, confirmé par une étude du sommeil, qui ne suivent pas fidèlement un traitement et qui, selon le médecin, sont exposés à un risque accru d'accidents ne doivent pas conduire.*
- ❺ *Les patients qui présentent un indice d'apnées-hypopnées élevé, surtout associé à une insuffisance cardiaque droite ou à une somnolence diurne excessive, doivent être considérés comme présentant un risque élevé d'accidents.*
- ❻ *Les patients atteints de SAOS qui semblent suivre fidèlement un traitement, mais qui ont par la suite un accident de la route dont ils sont tenus responsables, ne doivent pas conduire pendant au moins un mois. Pendant cette période, il faut réévaluer leur observance du traitement. Après la période d'un mois, ils peuvent ou non conduire selon les résultats de la nouvelle évaluation.*

* SAOS : syndrome des apnées obstructives du sommeil

Source : ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. Évaluation médicale de l'aptitude à conduire : Guide du médecin, 7^e éd. (section 8.5 : Troubles du sommeil, pp. 29-33). L'Association ; 2006. Reproduction autorisée.



- ● ● moyen du maintien de la vigilance avant l'endormissement est d'environ 35 minutes, la limite inférieure étant de 26 minutes (c'est-à-dire moins de deux écarts types)⁸.

Que faire lorsque le degré de somnolence du patient vous inquiète ?

Somnolence au volant : feu rouge !

Lorsque la somnolence de votre patient vous inquiète, vous devez orienter rapidement ce dernier vers une clinique du sommeil. Sur la demande de consultation, vous devez mentionner le plus de détails possible, notamment en ce qui concerne le degré de somnolence du patient, le risque que représente la somnolence pour l'intégrité physique du patient et des autres (ex. : dangerosité au volant chez un camionneur). Advenant que les antécédents cliniques vous orientent fortement vers un diagnostic de troubles du sommeil, un examen par polysomnographie pourrait être demandé sans tarder. Les laboratoires des établissements publics donnent souvent la priorité aux intervenants ayant déjà une expertise dans le domaine, car la liste d'attente est souvent très longue et déjà soumise à une priorisation. Les laboratoires privés répondront, par contre, à votre demande dans de brefs délais. Il est important de s'assurer que l'endroit où vous envoyez vos patients est supervisé par des médecins experts dans l'évaluation des maladies du sommeil. Les coûts d'une polysomnographie varient de quelque 350 \$ (enregistrement des paramètres respiratoires seulement) à environ 1100 \$ (enregistrement des paramètres neurologiques et respiratoires avec stadification du sommeil). La couverture de ce type d'examen par les assurances varie d'une entreprise à une autre.

Qu'en est-il du permis de conduire du patient qui présente un risque élevé ?

Lorsqu'un patient présente un risque élevé (score d'Epworth élevé, antécédents d'accidents, facteurs associés, IAH > 30), devez-vous faire des démarches auprès de la Société de l'assurance automobile du Québec pour lui faire retirer son permis de conduire ? Les documents du Collège des médecins du Québec et de la Société de l'assurance automobile du Québec sont vagues sur ce point⁹. Ils sont donc de peu d'utilité pour prendre une décision clinique particulière.

Étant donné les conséquences financières que peut entraîner la perte du permis de conduire pour le patient, le médecin doit éviter de rendre ce dernier rébarbatif à l'évaluation et à un traitement potentiel en commençant sa démarche par une révocation du permis de conduire, sauf en cas de somnolence diurne grave. Il est cependant important de sensibiliser le conducteur à l'augmentation du risque d'accidents en présence

« On estime que le risque d'accidents chez les patients atteints d'apnée du sommeil est de deux à sept fois plus élevé que dans la population en général. »

d'hypersomnolence diurne. Il est aussi suggéré de revenir sur les facteurs de risques additionnels.

Il est nettement souhaitable de consigner au dossier les recommandations que vous avez faites. Au moment du renouvellement de son permis, le patient doit déclarer son problème de sommeil au même titre que ses autres affections.

Les patients qui présentent un IAH élevé, surtout associé à une insuffisance cardiaque droite ou à une somnolence diurne excessive, doivent être considérés comme présentant un risque élevé d'accidents.

tableau III

Facteurs associés à l'augmentation des risques de somnolence au volant⁶

Durée de sommeil de moins de 5 heures par nuit

Prise d'alcool

Prise de sédatifs et de narcotiques

Travail sur des postes à horaire variable

Trajet de longue durée

Dans le cas de l'apnée du sommeil, l'Association médicale canadienne a déjà émis ses recommandations (*voir encadré p. 20*)¹⁰ qui s'appliquent à tous les conducteurs. Qu'en est-il des conducteurs de véhicules commerciaux? De toute évidence, l'application de ces recommandations doit être encore plus stricte. Aux États-Unis, les *Federal Motor Carrier Regulations* exigent que ces derniers se soumettent à une évaluation médicale tous les deux ans. Les formulaires utilisés ont récemment été adaptés à notre réalité. Des questions sur la présence de maladies du sommeil, de pauses respiratoires durant le sommeil, d'hypersomnolence diurne et de ronflement important (*loud snoring*) ont aussi été ajoutées. Le comité mixte de l'*American College of Chest Physicians*, de l'*American College of Occupational and Environmental Medicine* et de la *National Sleep Foundation*¹¹ a aussi émis des recommandations quant aux évaluations nécessaires, au délai d'évaluation (moins de trois mois en général), à la nécessité du retrait du permis (somnolence excessive observée, accident attribuable à la somnolence, résultats sur échelle d'Epworth >16, non-observance du traitement par le patient ayant des antécédents de troubles du sommeil, IAH >30 événements à l'heure), au type de traitement (ex. : ventilation par PPC avec enregistrement de la durée d'utilisation de l'appareil) et au suivi nécessaire pour maîtriser l'apnée du sommeil. Ces recommandations américaines pourraient être difficiles à mettre



VitalAire[®]
Healthcare/Santé



Tout au long de ses 35 années d'existence, la société VitalAire s'est attachée à fournir à sa clientèle ce qui se fait de mieux en matière de soins, de produits et de services d'inhalothérapie.

VitalAire Canada,

- Spécialiste du traitement d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)
- Distribue les produits de nombreux fabricants de matériel CPAP
- Veille au respect des normes et à la qualité des soins.

Heureux de servir vos patients souffrants du
Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil (SAOS)

Montréal: 514 728 3311 | Hull: 819 778 6117 | Québec: 418 658 2425
Pour nos Produits Hospitaliers: 1 888 629 0202

« Les patients qui présentent un IAH élevé, surtout associé à une insuffisance cardiaque droite ou à une somnolence diurne excessive, doivent être considérés comme présentant un risque élevé d'accidents. »

- ... en application dans un système où les délais d'attente pour voir un spécialiste et obtenir une polysomnographie sont longs et où l'utilisation des ressources privées par l'industrie est limitée. Néanmoins, elles donnent une idée des normes de bonne pratique auxquelles nous devons aspirer. Ces recommandations ne peuvent prévoir toutes les situations ni s'appliquer de manière aveugle¹¹. En fin de compte, le jugement final appartient à l'examineur.

Revenons au cas de Gilles

L'évaluation de Gilles a montré qu'il suivait religieusement son traitement par PPC. En outre, il vient régulièrement à ses rendez-

vous de suivi et n'a eu aucun accident depuis dix ans. En fait, Gilles s'est endormi au volant après avoir travaillé de nuit en heures supplémentaires (de 24 h à 7 h), puis selon son horaire régulier commençant à 7 h 15. L'événement est survenu alors que le camion était arrêté et en attente de chargement. Dans les circonstances, on a jugé que le manque aigu de sommeil avait été le facteur déterminant ayant provoqué la somnolence. Gilles a alors pu réintégrer son poste de camionneur. *

Reproduit avec autorisation.

Bibliographie

- 1 JOHNS MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991; 14 (6): 540-5.
- 2 GEORGE CFP. Sleep. 5: Driving and automobile crashes in patients with obstructive sleep apnoea/hypopnoea syndrome. *Thorax* 2004; 59 (9): 804-7.
- 3 COLLOP N, HARTENBAUM N, ROSEN I et coll. Paying attention to at-risk commercial vehicle operators. *Chest* 2006; 130 (3): 637-9.
- 4 AMERICAN THORACIC SOCIETY. Sleep apnea, sleepiness, and driving risk. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 150: 1463-73.
- 5 FINDLEY L, UNVERZAGT ME, SURATT PM. Automobile accidents involving patients with obstructive sleep apnea. *Am Rev Respir Dis* 1988; 138: 337-40.
- 6 PACK AI, MAISLIN G, STALEY B et coll. Impaired performance in commercial drivers: role of sleep apnea and short sleep duration. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 174 (4): 446-54.
- 7 LITTNER MR, KUSHIDA C, WISE M et coll. Practice parameters for clinical use of the multiple sleep latency test and the maintenance of wakefulness test. *Sleep* 2005; 28 (1): 113-21.
- 8 BANKS S, BARNES M, TARQUINION N et coll. The maintenance of wakefulness test in normal healthy subjects. *Sleep* 2004; 27 (4): 799-802.
- 9 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE du Québec. L'évaluation médicale de l'aptitude à conduire un véhicule automobile: Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec. *Le Collège et la Société*; 2007.
- 10 ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. Évaluation médicale de l'aptitude à conduire: Guide du médecin. 7^e éd. (section 8.5: Troubles du sommeil, pp. 29-33). *L'Association*; 2006. Site Internet: www.cma.ca/index.cfm/ci_id/18223/la_id/2.htm (Date de consultation: le 11 novembre 2007).
- 11 HARTENBAUM N, COLLOP N, ROSEN IM et coll. Sleep apnea and commercial motor vehicle operators: Statement from the joint task force of the American College of Chest Physicians, the American College of Occupational and Environmental Medicine, and the National Sleep Foundation. *Chest* 2006; 130 (3): 902-5.



Magnésium dans le traitement de l'asthme

par **Marie-Claude Tremblay**, stagiaire en nutrition et **Sabrina Turgeon**, Dt, P., M. Sc. superviseure de stage, Laboratoire des sciences de l'activité physique. Université Laval.

Source: *Nutrition science en évolution*, Vol. 6, N° 1, printemps 2008, p. 25.

En 1912, Trendelenburg découvrit que le magnésium avait des propriétés bronchodilatatrices et ainsi, pourrait aider à traiter l'asthme. Une récente étude à double aveugle hasardisée avec placebo, réalisée auprès de 37 enfants et adolescents (7-19 ans) durant deux mois, a tenté de démontrer qu'une supplémentation de magnésium pourrait avoir un effet sur le contrôle de l'asthme. Un groupe (18 participants) devait prendre un supplément de magnésium de 300 mg et l'autre groupe (19 participants) a reçu un placebo. Plusieurs tests ont été effectués chez les participants au début et à la fin du traitement. Chez le groupe ayant reçu le supplément de magnésium, on a enregistré une diminution significative des exacerbations de l'asthme ($p=0,0024$) et de l'utilisation du salbutamol en inhalateur ($p=0,0001$). De plus, ce groupe avait une moins grande

réactivité bronchique au test de méthacholine (produit induisant une bronchoconstriction) et aussi une réactivité moindre au test d'allergie cutané avec des allergènes provenant de culture d'acariens.

Le magnésium peut s'avérer nocif lorsqu'il est pris en mégadoses de suppléments. Des études à plus long terme devront donc être réalisées avec des participants de tout âge en respectant les apports maximaux tolérables. C'est une belle avenue, car le magnésium est moins dispendieux et occasionne moins d'effets secondaires que les médicaments utilisés pour l'asthme. *

Tiré de:

GONTIJO-AMARA, C. et al. « Oral magnesium supplementation in asthmatic children: a double-blind randomized placebo-controlled trial ». *Eur J Clin Nutr*, 2006.

Avis de radiation

Avis est par les présentes donné qu'à sa séance du 12 septembre 2008, le comité administratif de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec a prononcé la radiation de Monsieur Serge Faubert (#77-003) du Tableau de l'Ordre en vertu de l'article 51 du *Code des professions*, considérant que d'après le rapport de l'examen médical ordonné en vertu de l'article 48 du *Code des professions*, Monsieur Faubert présente un état psychique incompatible avec l'exercice de la profession d'inhalothérapeute.

Monsieur Faubert avait fait l'objet d'une décision du comité administratif de l'Ordre, le 16 juillet 2007, à l'effet de se soumettre à un triple examen médical, en vertu de l'article 48 du *Code des professions*, dans le but de déterminer si son état de santé est compatible avec l'exercice de l'inhalothérapie.

La décision du comité administratif étant exécutoire le jour de sa signification à l'inhalothérapeute concerné, en vertu de l'article 182.3 du *Code des professions*, Monsieur Faubert est donc radié du Tableau de l'Ordre depuis le 18 septembre 2008.

Le présent avis est donné en vertu de l'article 182.9 du *Code des professions*.



Montréal, le 19 septembre 2008
Josée Prud'Homme, inh., Adm. A.
Secrétaire de l'Ordre

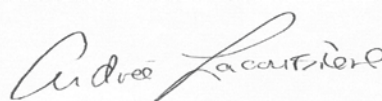
Avis de radiation provisoire

(dossier 40-08-00025)

Avis est par les présentes donné, en vertu des articles 130 et 133 du *Code des professions*, que M. Yann Morin (numéro de membre: 95-049), inhalothérapeute exerçant alors sa profession au 622, 4^e rue Ouest, Amos (Québec) J9T 2S2, a été radié provisoirement du Tableau de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec le 21 octobre 2008, à la suite d'une décision rendue par le Comité de discipline le même jour.

La plainte portée contre M. Morin fait état d'avoir, au cours du mois d'août 2008, commis des actes dérogatoires à l'honneur et à la dignité de la profession, soit d'avoir exercé sa profession d'inhalothérapeute alors qu'il était sous l'influence de préparations anesthésiques, d'avoir abandonné volontairement et sans raison suffisante les patients dont il avait la charge, et ce, sans s'assurer d'une relève compétente, et de s'être procuré illégalement des préparations anesthésiques, notamment du propofol et/ou autres substances pouvant compromettre la qualité de ses services, et ce, pour des fins de consommation personnelle.

Cette radiation demeure en vigueur jusqu'à ce que le Comité de discipline ait rendu sa décision imposant une sanction.



M^{re} Andrée Lacoursière
Secrétaire du Comité de discipline



Membre radié pour non-paiement de la cotisation

1 Mélanie Coulombe (04131)





Notre opinion sur les marchés...

par **Bernard Marin**, conseiller principal en gestion de patrimoine, Scotia McLoad

La récente tourmente sur les marchés engendre beaucoup de craintes et de conversations concernant ce qui se passe sur les marchés et dans l'économie en général. Dans des périodes comme celle que nous vivons actuellement, il est facile de se laisser influencer par les fluctuations quotidiennes des marchés et les nouvelles dont les médias nous bombardent. Toutefois, c'est dans ces périodes qu'il faut prendre du recul pour regarder la situation globalement. Les replis des marchés et les ralentissements de l'économie sont des phases cycliques naturelles. Ils ne devraient pas modifier les objectifs à long terme de votre portefeuille.

The recent turmoil on the financial markets is responsible for fear and discussion about what is happening on the markets and to the economy in general. In times like these, it is easy to be influenced by daily market fluctuations and by the bombardment of news from the media. However, it is in times like these that we must take a step back to assess the situation. The drop in the market and the slow down of the economy are natural occurring cycles. They should not change the long-term objectives of your portfolio.

Le passé montre que ceux qui appliquent une stratégie à long terme bien réfléchie réussissent habituellement très bien. Le succès en placement dépend souvent de la durée pendant laquelle on conserve ses placements et non du moment où l'on investit. Même les experts ne peuvent toujours prédire correctement l'évolution des marchés—la différence c'est qu'ils ne passent pas leur temps à entrer et à sortir des marchés.

Alors, que faut-il faire face à cette turbulence des marchés? C'est simple: il faut éviter d'essayer de prévoir l'évolution du marché et conserver ses placements. Vous direz que c'est plus facile à dire qu'à faire.

Le message que je veux vous transmettre est que, cette fois-ci aussi, la situation finira par se redresser. Les sociétés que nous recommandons demeurent des sociétés fondamentalement solides, peu importe leur valeur actuelle sur le marché. Nous croyons fermement que la folie actuelle, dictée par les tendances récentes et les émotions, se dissipera d'elle-même. Les investisseurs avisés demeureront sur les marchés et pourront même acheter davantage. La récente décision de Warren Buffett d'investir 8 milliards de dollars de liquidités de Berkshire Hathaway dans General Electric et Goldman Sachs prouve clairement que la crise du crédit a créé des occasions d'achat pour les investis-

« ...cette fois-ci aussi, la situation finira par se redresser. »

seurs patients intéressés à acheter à rabais des actions de sociétés de grande qualité.

Nous comprenons tout à fait qu'il n'est pas facile pour vous de constater des variations importantes de valeur sur vos relevés. Mais gardez le cap et nous avons la conviction que vous en serez récompensé. L'histoire montre que certaines des plus fortes progressions des marchés boursiers sont survenues après des périodes mouvementées comme actuellement.

Nous croyons fermement qu'il s'agira d'un de ces moments de l'histoire au sujet duquel les gens diront: « Je me souviens... ». Et la façon dont vous finirez la phrase dépend de ce que vous faites maintenant. Nous espérons que vous pourrez ajouter: « ... à quel point la situation était difficile à l'automne de 2008, mais j'ai été capable de rester calme et de faire abstraction du bombardement médiatique. J'ai ainsi pu profiter de l'une des meilleures occasions survenues depuis des décennies et, aujourd'hui, j'en suis bien heureux! ». ✨

Les petites bouches à nourrir

Quel est le plat qui vous réconforte le plus lorsque vous vivez des moments difficiles? Moi, c'est la soupe au poulet de ma mère. Fana de soupe depuis toujours (je peux en manger même pour déjeuner!), ce plat représente la quintessence du réconfort à mes yeux. Remarquez, je ne suis certainement pas la seule, n'a-t-on pas publié une série de livres *Bouillon de poulet pour...*

Chacune des recettes qui se retrouvent dans ce recueil est «la» meilleure recette d'une famille ou d'une personne. Elles ont toutes été fournies par des femmes, des hommes et aussi des artistes touchés de près ou de loin par le cancer du sein et qui ont à cœur cette cause. J'ai reçu ce livre en cadeau de ma sœur qui est cytologiste à la Clinique du sein Ville-Marie et qui y a participé. Sa recette réconforte par excellence: la soupe aux lentilles publiée en page 16. Que voulez-vous? L'amour de la soupe c'est de famille!

Après un diagnostic de cancer du sein annoncé à son amie, l'auteure a fait circuler une chaîne de courriels pour recueillir les recettes préférées des enfants afin de publier un livre «solidarité» qui viendrait doublement en aide aux familles éprouvées: amasser des fonds et faciliter la préparation des repas. Toutes ses redevances sont donc entièrement remises à la Fondation québécoise du cancer du sein et servent au financement de la recherche sur le cancer du sein, à la



Les petites bouches à nourrir, Demeules, S.
Éditions Quebecor,
2008, 192 p.
ISBN: 978-2-7640-1353-3.
Prix: 19,95 \$

promotion de la santé du sein par l'éducation et la sensibilisation ainsi qu'au soutien aux personnes touchées par cette maladie.

«Parce que nous connaissons tous et toutes une mère, une sœur, une amie, une fille, une cousine ou une collègue qui a reçu ou qui recevra un jour un diagnostic de cancer du sein, ce livre célèbre la vie et le bonheur d'être une femme en santé et vivante.»

En ces temps de réjouissance, offrez-le en cadeau à une personne qui vous est chère, elle vous en remerciera. ✨



**plan stratégique
2007-2011**

À la croisée des chemins

Nos valeurs

L'Ordre professionnel
des inhalothérapeutes du Québec
veut être reconnu pour

Son leadership...

...Parce que la santé cardiorespiratoire
nous tient à cœur et que nous croyons
que tous ensemble nous pouvons atteindre
l'excellence.



EST-CE QUE ÇA SEMBLE POSSIBLE...

De trouver la juste solution en Concentrateur portable?



Le concentrateur portable XPO2 a été conçu avec le patient en tête, encourageant sa mobilité, sa liberté et son indépendance.

- ✓ Petit, léger et discret, seulement 6 lbs
- ✓ Réglage des pulsations 1-5 rencontre les besoins d'une gamme étendue de patients
- ✓ Accumulateurs, opération AC ou DC, aucune crainte de manquer d'oxygène
- ✓ Encourage la mobilité, les voyages et l'indépendance

www.invacare.ca

IMPOSSIBLE S'ARRÊTE ICI.

Soins de longue durée

par **Benoît Tremblay**, inh., formateur et consultant

La population est vieillissante et les besoins en soins respiratoires de longue durée sont en nette progression : que ce soit en soins à domicile, en centre de réadaptation, en centre hospitalier (CH), en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) ou dans toute combinaison de ceux-ci. Afin de répondre à ces besoins, l'inhalothérapeute clinicien doit (ou devra) posséder tous les outils d'évaluation et d'intervention possibles pour améliorer la qualité de vie de ces patients et ainsi les accompagner jusqu'à leur dernier souffle.

La « Relaxation et Rééducation Respiratoire Intégrée (RRRI) » contribue, comme nous l'avons vu dans les articles précédents¹, à répondre à ces besoins. Cela surprend encore plusieurs médecins, inhalothérapeutes, infirmières et physiothérapeutes entre autres, pour qui la rééducation respiratoire est toujours « strictement » associée à la réadaptation cardiopulmonaire à l'effort ou encore à la respiration abdominale avec les lèvres pincées. Beaucoup d'éducation, donc de renforcement reste à faire sur ce sujet. Pour éviter les nombreux écueils, dont le surcroît de travail, comment la rééducation respiratoire peut-elle être pratiquée dans un contexte de soins de longue durée ? Dans cet article, nous répondrons à cette question en nous limitant à quelques aspects de la pratique issus d'une synthèse de cas cliniques en soins prolongés².

Aspect cognitif et apprentissage

Chez la personne vieillissante, la capacité d'apprentissage est souvent diminuée. Mais en même temps nous sommes souvent surpris de ce qu'elle peut comprendre et retenir si nous la considérons comme personne entière et unique jusqu'à son dernier moment de vie. Nous devons éviter d'avoir des idées préconçues et de généraliser les difficultés tout autant que les résultats positifs qui peuvent être obtenus. Pour y arriver, il suffit de faire le mieux possible pour chacun, avec la plus grande conscience possible. Nous devons maintenir un équilibre sain entre les véritables besoins des patients et les obligations administratives qui peuvent s'opposer.

The population is ageing and the need for long-term respiratory care is increasing: in home care, in rehabilitation centres, in hospital centres, in long-term care hospital centres or any possible combination. In order to face these needs, the clinical respiratory therapist must (or will have to) master the assessment tools and intervention possibilities to improve the patient's quality of life and thus accompany them to their last breath.

Integrated Respiratory Relaxation and Re-education (IRRR) answers, like we have seen in the preceding articles¹, all of these needs. This still surprises many physicians, respiratory therapists, nurses and physiotherapists among others, for whom respiratory re-education is always "strictly" associated with cardiopulmonary rehabilitation during effort or with abdominal breathing with pursed lips. Education, hence reinforcement, needs to be done on this subject. To avoid pitfalls, like more work, how can respiratory re-education can be applied in a long-term care situation? In this article, we will answer this question by focusing on some practical aspects stemming from a synthesis of long-term care clinical cases².

Accompagner ces patients par la RRRI, c'est avoir l'opportunité de les remercier pour les efforts qu'ils ont faits toute leur vie. C'est une manière respectueuse de leur rendre un hommage de leur vivant.

Prendre soin de soi

Devant la lourdeur des situations auxquelles il est confronté, l'inhalothérapeute peut prendre soin de lui-même physiquement et psychologiquement en pratiquant la RRRI entre chaque patient, avec ses collègues et pourquoi pas, comme certains le font déjà, avec d'autres professionnels de la santé pour aider à gérer le stress quotidien. Il est préférable d'avoir des attentes réalistes sur les effets de ses interventions. Il devra se souvenir que ce qui peut

lui sembler un détail est souvent d'une importance capitale pour le patient. Celui-ci ne demande souvent que des réponses essentielles et personnalisées à ce qu'il vit en faisant le moins possible l'objet d'interventions guidées par des protocoles et des statistiques comparatives déshumanisantes. C'est un processus vivant de deuil dont le toucher est une clé fondamentale.

Le toucher

Si un simple toucher peut détendre, un toucher bien ciblé répondant à une évaluation clinique précise peut faire la différence dans les résultats obtenus et encore plus dans la qualité de la relation avec le patient. J'ai souvent observé dans les dernières années chez les inhalothérapeutes qui ont de la difficulté à utiliser la RRRI que leur toucher n'est pas assez présent parce qu'ils ne tiennent pas compte des réactions corporelles et verbales des patients. Leur geste est mécanique sans évaluation préalable, trop rapide ou effectué avec une pression trop forte ce qui stimule au lieu de détendre et peut provoquer de la douleur.

*« Les soins respiratoires de longue durée
peuvent devenir plus faciles,
plus humains et plus productifs
si nous tenons compte
des “besoins réels” des patients. »*

Liberté inspiratoire pour diminuer la douleur

Le but de nos interventions est de libérer l'inspiration (ce qui favorise une expiration efficace) afin de maximiser la prise de la médication, faciliter l'expectoration, diminuer une partie de la douleur et favoriser le mouvement, donc l'équilibre à la marche ainsi que le renforcement musculaire. Tout cela permet de diminuer l'anxiété et la peur souvent présentes chez la personne à cette étape de sa vie.

Patients au fauteuil

Plusieurs des patients sont installés au fauteuil, souvent penchés en avant. Il n'est pas nécessaire, voire contre-productif, de les positionner directement dans ce qui nous semble une posture juste. Il est préférable de mettre des coussins ou oreillers sous les épaules (de chaque côté et non derrière le dos pour couvrir les deux épaules en même temps) pour stabiliser leur positionnement et permettre un relâchement qui ne vient pas en les forçant à se tenir droit. Par la suite il est possible de faire une flexion de la tête, suivi d'une **flexion du tronc à partir des hanches ne serait-ce que de 1 à 2 cm** au début, puis de faire inspirer lentement par la bouche pour ouvrir le bas du dos et enfin de ramener le tronc légèrement en arrière pour rééquilibrer. Il est **essentiel de ne pas chercher à renforcer les muscles du dos** avant



d'avoir détendu le patient. L'ouverture ainsi créée est souvent suffisante pour améliorer la capacité inspiratoire. **Toutes nos manœuvres devraient d'ailleurs répondre à ce principe de base physiologique: détendre les tensions chroniques avant de renforcer les muscles affaiblis par ces mêmes tensions et l'inactivité qu'elle génère.** La RRRI permet de répondre à ce principe fondamental.

Accentuer le négatif pour en retirer du positif

Nous avons souvent l'occasion de trouver nos patients couchés avec les jambes croisées. Tout de suite notre réflexe est de dire de ne pas le faire parce que cela diminue la circulation et le mouvement respiratoire. Et pourtant! Dans bien des cas, cela permet d'ouvrir les épaules et favoriser une meilleure inspiration. Il est préférable d'utiliser cette habitude et se servir des jambes croisées pour favoriser un étirement latéral du tronc en accentuant le mouvement de la jambe, puis de faire la même chose avec l'autre jambe. En faire ressentir les bienfaits au patient si tel est le cas, puis lui donner la « permission de croiser ses jambes autant de fois qu'il le voudra pour faire son exercice ». Cela peut même être amusant pour le patient. Là encore, le mouvement n'a pas besoin d'avoir une grande amplitude. Quelques centimètres suffisent. C'est à la fois positif pour le patient et pour l'inhalothérapeute.

Aspiration trachéale

Avant, pendant et après nos interventions, il est nécessaire d'observer le patient des pieds à la tête pour détecter les tensions créées par l'aspiration trachéale ou nasotrachéale. Par la suite, il sera possible de détendre ces zones par bandes anatomiques (motrice supérieure ou inférieure la plupart du temps) avant l'aspiration ou après. Sinon le patient devient ou demeure en contracture chronique diminuant d'autant plus sa capacité inspiratoire.

Hémiplégie, SLA

Pour ces pathologies, la détente doit se faire par un toucher très léger avec les mains ouvertes: ceci peut faire relâcher le côté opposé dans le cas d'hémiplégie. Cela est encore plus important chez les personnes trop souffrantes donc hypersensibles. Si le toucher est trop appuyé, le patient peut refuser ou se bloquer. S'il est adéquat, il en retire des bienfaits et devient subitement « compliant au traitement ».

Inspirométrie incitative

L'inspirométrie incitative fait souvent partie des habitudes chez plusieurs professionnels. Si elle peut s'avérer stimulante pour certains patients, elle peut être inutile voir aggraver le

...

- • • déficit respiratoire si le patient essaie de respirer par le ventre ou d'inspirer par le haut du thorax. Encore là, il convient souvent, par un simple geste, par exemple des percussions sternales répondant à une évaluation rapide du patient ayant par exemple une épaule en rotation interne, de favoriser une inspiration sans effort inutile et facilement reproductible.

Enseigner au personnel et à la famille

Pour favoriser le travail, tout geste simple, justifié et appris correctement par l'inhalothérapeute ayant été formé complètement et ayant une expérience suffisante, aurait avantage à être enseigné au personnel de l'équipe multidisciplinaire ou à la famille lorsque cela est possible pour favoriser une continuité ou, mieux encore, pour éviter de faire des interventions contradictoires.

Les soins respiratoires de longue durée peuvent devenir plus faciles, plus humains et plus productifs si nous tenons compte des « **besoins réels** » des patients. En complétant ce que nous pratiquons déjà, nous pouvons y arriver et sauver le temps si précieux que nous avons au travail par l'utilisation adéquate de techniques avancées bien intégrées: connaître tous les paramètres d'évaluation, appliquer les interventions qui en découlent avec une grande présence et une écoute attentive. C'est cela que pratiquent de plus en plus d'inhalothérapeutes œuvrant en soins palliatifs afin de permettre à leurs patients le plus souvent possible de mourir humainement sans étouffer. Mais pourquoi attendre d'en être rendu à cette étape de vie?

La RRRI est une invitation à pratiquer les exercices pour nous-mêmes pour avoir le plus longtemps possible une meilleure qualité de vie, mais aussi, si nécessaire, de pouvoir profiter des meilleurs

soins possibles jusqu'à notre dernier souffle. Prévention et soins de longue durée vont de pair.

Pour les professionnels de la santé respiratoire qui la pratiquent, l'importance de la RRRI comme base fondamentale à tout programme d'enseignement ne fait aucun doute. Elle améliore l'activité chez un grand nombre de patients souffrant d'asthme, de MPOC ou encore de fibrose kystique. Chez les autres professionnels, il y a souvent confusion voire même désintéressement en grande partie dû à un manque d'information adéquate. Voilà pourquoi dans le prochain article, nous expliquerons pourquoi et comment la RRRI devrait être la base fondamentale de toute activité physique. *

Notes

- 1 Revue *l'inhalo*, mars 2006 à septembre 2008.
- 2 Je voudrais remercier madame Nathalie Turgeon, inhalothérapeute au CHSLD de St-Hyacinthe, qui a permis cette synthèse en soins prolongés issus d'un stage clinique à son établissement.



L'Ordre y était



- CIQ/Rencontre d'échanges avec l'Office des professions et le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) sur le projet de loi 75
- CIQ/Rencontre d'information et d'échange sur la mise en œuvre de l'entente France-Québec sur la reconnaissance des qualifications professionnelles
- Comité de pilotage du MSSS sur l'inhalothérapie
- CIQ/Assemblées régulières des membres
- Sommet de la Francophonie/ signature de l'entente France-Québec
- Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire
- Forum des secrétaires de Comité de discipline du CIQ
- Comité *ad hoc* du CIQ sur le projet d'intégration des perfusionnistes à un ordre professionnel
- *Le Nouvel espace économique* rencontre avec la ministre Michelle Courchesne (MELS) et les dirigeants des cégeps
- Assemblée des membres du CIQ
- Rencontre *Gagner 5 % au bloc opératoire*; Séminaire sur la tournées des blocs opératoires par D^r Gaétan Barrette, président de la FMOQ et D^r Bureau, sous-ministre adjoint au MSSS
- *Cérémonie de signature de l'Entente en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles entre le Québec et la France* par le premier ministre du Québec, M. Jean Charest et le président de la République française M. Nicolas Sarkozy
- *Colloque RQAM 2008/Symposium Québec-France 2008* en santé respiratoire
- Comité directeur du forum des syndicats
- Formation forum des syndicats: L'exercice illégal et l'usurpation de titre
- Inauguration des nouveaux locaux du Collège Ellis de Trois-Rivières
- Rencontre du Comité des directeurs de l'inspection professionnelle du Forum de l'inspection du CIQ
- Rencontre du comité organisateur de la journée de l'entrevue orale structurée (EOS), en collaboration avec le Collège des médecins du Québec
- Rencontre CA du Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS)



Merci à nos partenaires!

APNAIR

Associated Health Systems Inc.
Association pulmonaire du Québec
AstraZeneca Canada Inc.

BOMImed Inc.

Cardinal Health

CAREstream Medical Ltd.

Covidien

Draeger Medical Canada

Fisher & Paykel Healthcare Inc.

GE Santé

Girafe Santé

GlaxoSmithKline

Grass-Telefactor Inc.

IKARIA™

Invacare Canada

KEGO Healthcare

La Capitale assurances générales

McArthur Medical Sales Inc.

Maquet/Dynamed Inc.

Masimo Canada

Medigas

NYCOMED

OXYMED

Pfizer Canada Inc.

Prévimed

Quadromed Inc.

Québec-Transplant

RESMED

Respironics Inc.

Roxon Médi-Tech

Smiths Medical Canada Ltd.

Southmedic Inc.

Summit Technologies Inc.

Sunrise Medical Canada Inc.

Trudell Médical Marketing Ltée

Université du Québec en
Abitibi-Témiscamingue

Vitaid Ltd.

VitalAire Canada Inc.

**35^e édition
Congrès 2008**

**Misons
sur
nous!**



Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec

La chirurgie bariatrique : un traitement efficace

par **Hélène Renaud**, assisas

Source : *Objectif prévention*, Vol. 30, N° 5, 2007, p. 17-18.

L'obésité est maintenant considérée comme un problème de santé publique majeur et a même été déclarée « épidémie mondiale » par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹. Le Québec n'échappe pas à cette réalité puisque le taux d'obésité s'établissait à 21,8 % en 2004.

Pour contrer les graves problèmes d'obésité, il y a essentiellement deux approches : non chirurgicale et chirurgicale. Ce texte s'intéresse exclusivement à l'approche chirurgicale, particulièrement à la chirurgie bariatrique qui, selon l'OMS, demeure le seul traitement efficace pour lutter contre l'obésité morbide. Ainsi, les établissements de santé doivent s'organiser pour faire face à l'augmentation prévisible de la demande pour ce type d'intervention.

Types de chirurgie bariatrique : leurs différences

La chirurgie bariatrique regroupe un large éventail de techniques qui peuvent être classées en deux principaux types d'intervention : les chirurgies restrictives et celles malabsorptives. Les premières sont fondées sur une restriction du volume alimentaire par une diminution de la capacité gastrique. Les secondes, dites mixtes, provoquent une malabsorption au niveau intestinal tout en y associant une restriction gastrique. L'estomac est ainsi réduit de façon variable selon les techniques et l'intestin dérivé de façon plus ou moins importante empêchant ainsi l'absorption des aliments.

Le choix de la technique repose sur un certain nombre de critères dont le profil du client, la réversibilité de la technique,

« Le Québec n'échappe pas à cette réalité puisque le taux d'obésité s'établissait à 21,8 % en 2004. »

les risques associés, les conséquences possibles sur les carences alimentaires, la disponibilité des ressources, etc.

Chirurgies mixtes

Dérivation gastrique (anse de Roux-en-Y)

Parmi ce type de techniques, la dérivation avec anse de Roux-en-Y est la plus pratiquée. Quoiqu'il existe de nombreuses variantes, celle-ci est reconnue comme la référence dans la version laparotomique. Elle consiste à créer une petite poche d'environ 30 cc dans la partie supérieure de l'estomac raccordée par une petite ouverture (1 cm) à un segment du jéjunum, segment du petit intestin qui prend ainsi la forme d'un « Y » (voir schéma 01). Cette petite ouverture crée une obstruction pour le passage des aliments, d'où la nécessité d'une diète molle et liquide en petites quantités.

Les résultats en termes de perte de poids excédentaires après 5 ans sont de 50 à 80 %. Des suppléments vitaminiques sont nécessaires pour contrer les carences en vitamines B₁₂, en fer et en calcium. Cette technique peut se pratiquer par laparoscopie et est réversible.

schéma 01 Dérivation gastrique (By-pass)²

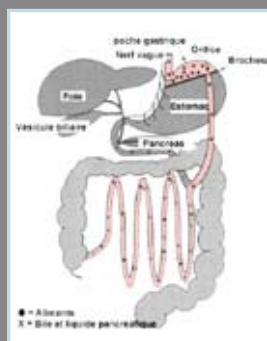


schéma 02 Dérivation biliopancréatique avec gastrectomie partielle (Switch duodénal)

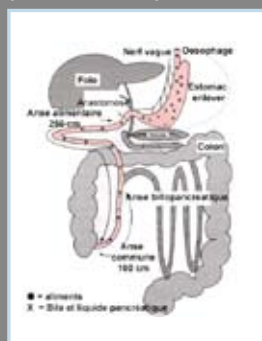
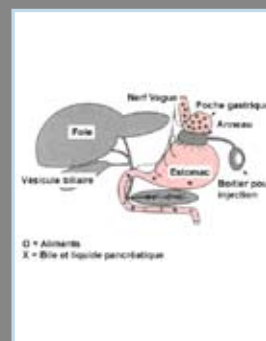


schéma 03 Anneau ajustable (Lapband)²



«...les établissements de santé doivent déployer temps et effort afin de s'outiller et de s'organiser pour faire face à la demande grandissante.»

Dérivation biliopancréatique

Parmi les chirurgies mixtes, on retrouve la dérivation biliopancréatique (voir schéma 02). De façon générale, il s'agit d'enlever les 2/3 de l'estomac et de le raccorder au petit intestin. Ainsi, en raccourcissant la longueur intestinale, il en résulte une malabsorption des graisses, d'où amaigrissement. Les repas demeurent à peu près normaux, outre la diminution de la quantité d'aliments. La perte de poids oscille entre 60 et 80 % après 5 ans.

Cette technique opératoire se pratique depuis plus de 20 ans et on assiste à des percées sur sa réalisation par laparoscopie. Elle peut être réversible si aucune partie de l'intestin n'a été retirée. Cette chirurgie comporte des complications, entre autres, de la malnutrition due aux carences vitaminiques A, D, E et en calcium résultant de la perte de graisses et de calories. Des suppléments vitaminiques sont essentiels.

Chirurgies restrictives

Bande gastrique ajustable (Lapband)

Cette technique opératoire consiste à poser un anneau fixe ou ajustable qui forme un réservoir gastrique de petit volume (voir schéma 03). Cette poche s'ajuste grâce à une bande de silicone gonflable. Au besoin, on gonfle ou dégonfle l'anneau par l'injection sous-cutanée de liquide dans un boîtier placé sous la peau. Ceci limite donc la quantité d'aliments ingérés. Des suppléments vitaminiques sont requis.

Cette technique récente, moins de 5 ans, est pratiquée par plusieurs chirurgiens compte tenu des bons résultats et de la méthode peu invasive.

Que réserve l'avenir?

Au Québec, plusieurs établissements de santé³ effectuent des chirurgies bariatriques. Quelques-uns sont présentés au tableau 1. La liste n'est pas exhaustive, d'autres établissements

offrent sûrement ces interventions. Certaines chirurgies sont également réalisées en clinique privée.

Les statistiques montrent que l'obésité est un phénomène en nette expansion, tant au Québec qu'au Canada. Pour soigner l'obésité morbide, la chirurgie bariatrique demeure le seul traitement efficace. Déjà, l'attente pour certaines chirurgies est de 1 à 3 ans. Les données statistiques laissent croire que ces délais risquent de prendre de l'expansion. Sur son site Internet, la Chaire de recherche sur l'obésité de l'Université Laval⁴ indique une attente de six mois à quatre ans pour la dérivation biliopancréatique pratiquée à l'Hôpital Laval de Québec.

Portrait non réjouissant! De toute évidence, les établissements de santé doivent déployer temps et effort afin de s'outiller et de s'organiser pour faire face à la demande grandissante. Il s'agit d'offrir des soins et des services de qualité à cette clientèle et d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs qui lui dispensent ces soins. *

Reproduit avec autorisation.

Références

- 1 HASSEN-KHODJA, R., LANCE, J. M. R. Le traitement chirurgical de l'obésité morbide, Rapport, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, Québec, octobre 2005.
- 2 Source : www.ossq.ca/rubriques/dchirurgie.htm. Ce graphique est tiré de : MARCEAU, P., S. BIRON. *Le traitement chirurgical de l'obésité*, Édition du Septentrion, 1999. Ces illustrations sont en révision.
- 3 Le groupe Québec OSSQ (www.ossq.ca/rubriques/dchirurgie.htm).
- 4 La Chaire de recherche Merck Frosst/IRSC sur l'obésité, Université Laval, a pour mission de promouvoir la recherche et la dissémination des connaissances sur l'étiologie, les complications, le traitement et la prévention de l'obésité (www.obesite.ulaval.ca/index.php).

tableau 1

Quelques-uns des établissements de santé qui effectuent des chirurgies bariatriques			
	dérivation biliopancréatique	dérivation gastrique	anneau ajustable
CH de Val-d'Or		●	
CH Pierre-Boucher		●	●
Hôpital Laval	●		
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	●	●	●
Hôpital Royal-Victoria (CUSM)		●	●
Hôpital Sainte-Croix de Drummondville			●
Hôtel-Dieu de Montréal (CHUM)		●	●
Hôtel-Dieu de Sherbrooke (CHUS)		●	●

Le franglais médical, prise 2

par Annie Florent, réviseure linguistique

Source: *L'actualité médicale*, Vol. 29, N° 11, 23 avril 2008, page 58.

L'anglais est la langue par défaut de la médecine, ce qui explique sa présence envahissante dans le vocabulaire médical français. Un terme est si souvent entendu qu'il semble aller de soi. Cependant, lorsqu'on le remplace par celui qui convient, on n'y voit que du feu la plupart du temps, parce que l'expression utilisée – la bonne – est tout à fait appropriée à la réalité que l'on veut décrire. Pourquoi aller chercher ailleurs ce qui est à portée de main ?

Peut-être serez-vous restés sur votre faim à la suite du menu plutôt léger que je vous ai servi il y a quelques semaines (voir « *Le franglais médical* », *l'inhale*, Vol. 25, N° 3, octobre 2008, p. 32-33). Voici donc la suite du repas, histoire de poursuivre notre incursion dans la terminologie médicale « franglaise », toujours en compagnie du *Dictionnaire des difficultés du français médical*, du Dr Serge Quérin, mon guide dans ce voyage.

• Agressif

Après les maladies « sévères » de la dernière fois, parlons des traitements « agressifs », ceux qui s'attaquent aux maladies. L'idée d'un traitement qu'on imagine un instant prendre la forme d'un animal aux dents carnassières n'est pas sans charme, surtout quand on mène un rude combat pour soigner un patient. Cependant, en anglais, *aggressive* a le sens d'énergique qu'agressif n'a pas en français. Il est donc plus juste de qualifier un traitement d'énergique ou de vigoureux. Par contre, si on parle du comportement violent de certains malades atteints de troubles psychiatriques, on dira effectivement qu'ils sont agressifs, un peu à l'image de notre prédateur de tout à l'heure.

Dans ce cas, nous avons dû recourir à un traitement énergique.

• Alternative

Nous sommes nous-même un peu fautifs, je l'admets, en dédiant certains articles du journal aux « médecines alternatives et complémentaires ». En fait, l'usage en la matière semble un peu hésitant. Ainsi, l'emploi du terme *alternative* au sens de solution de rechange ou de possibilité est erroné, et cela est admis de façon générale. Il semble cependant subsister quelques hésitations en

English is the default language of medicine, which explains its overwhelming presence in the French medical vocabulary. A term is so often heard that it seems right. However, when we replace it by the correct one, it is astounding how most often the expression used—the right one—matches perfectly to the reality we are describing. Why look elsewhere for what is right in front of us ?

ce qui concerne l'adjectif revêtant le même sens. Ainsi, on écrira souvent *médecines alternatives*, alors qu'il aurait été préférable d'employer *médecines parallèles* ou encore *médecines douces*, expressions qui traduisent fort bien la réalité à laquelle ils font référence.

Le domaine de la santé s'intéresse de plus en plus aux médecines douces, comme l'acupuncture et l'homéopathie.

• Compliance

En français, la définition de *compliance* rapportée par le Dr Quérin est à peu près la même que celle qu'en fait l'Office québécois de la langue française : « expression de l'élasticité pulmonaire et thoracique ». Ainsi, on parlera plutôt de l'observance ou de la fidélité lorsqu'on voudra indiquer qu'un patient a suivi correctement le traitement prescrit. Le terme *adhésion*—qui pourrait sous-entendre une observance plus active de la part du malade—est une autre possibilité, de même qu'*assiduité*. En ce qui concerne la négation, l'on pourra utiliser *non-observance*, *inobservance*, *mauvaise observance*. Quant à l'infidélité, nous la réserverons à un autre usage...

Du côté des adjectifs qualifiant un patient, plutôt que d'utiliser *compliant*, nous privilégierons des mots de la famille de certains termes énumérés ci-dessus : *fidèle*, *assidu*, *discipliné*. Observant est plutôt inusité en la matière.

« Il est intéressant de noter que, même en langue anglaise, le mot *compliance* a été remis en question, parce qu'il évoque trop l'obéissance à l'égard de l'autorité médicale, précise le Dr Quérin. On a proposé de le remplacer par *adherence* ou encore *concordance*. »

Le malade a été fidèle au traitement prescrit.

• Contrôle, contrôler

On dira radiographie de contrôle, par exemple, ou encore que l'on contrôle (vérifie) cette radiographie. Par contre, lorsqu'il est question de lutter contre quelque chose, comme une maladie, une douleur, une infection, on utilisera plutôt des termes comme enrayer, soulager ou traiter. En outre, on équilibrera un diabète, jugulera la fièvre, normalisera la pression artérielle, etc. Enfin, dans le cadre d'une étude, ce qu'on appelle *control group* en anglais devient groupe témoin en français.

Les symptômes des patients du groupe témoin ont été maîtrisés.

• Conventionnel

C'est un terme un peu général, mais malheureusement assez présent en français, entre autres dans le domaine médical, où il qualifiera par exemple un traitement, une méthode. Il existe quelques possibilités pour l'éviter, par exemple traditionnel, classique, usuel, etc.

Nous avons eu recours à une méthode traditionnelle pour traiter ce patient.

• Évidence

Une évidence est une certitude, et n'est évident que ce qui saute aux yeux. Une preuve peut être évidente, mais une évidence n'est pas une preuve. Lorsqu'on travaille en se basant sur une majorité de documents en anglais, il n'est pas surprenant que l'on soit influencé par cette langue, qui plus est lorsque les mots utilisés existent en français. Évidence est l'un de ces mots au sens tordu par bien des plumes, car sa signification réelle n'est pas si lointaine de celle de son vis-à-vis anglais. Il n'a cependant pas la signification de preuves, faits, indices, signes, traces, etc. qu'à ce dernier. Quant à l'expression *evidence-based medicine*, on lui a donné la très jolie traduction de médecine factuelle et celle de médecine fondée sur des données probantes (ou sur des faits).

Le malade montre des signes de cancer.

• Histoire

Outre la définition générale qui fait de l'histoire un récit d'aventures, il y a, en médecine, celle bien française de la maladie. Là où ça se gâte, c'est lorsque l'on utilise ce mot pour désigner les antécédents personnels ou familiaux du patient, qui complètent l'histoire de la maladie.

« L'histoire d'un malade ne peut être que le récit des événements passés de cette personne en ce qui a trait à sa vie en général. On ne peut la restreindre aux antécédents médicaux, contrairement à ce que peut signifier en anglais le mot *history* », commente le Dr Quérin.

Il y a des antécédents de diabète dans la famille de ce malade.

• Littérature

Ce terme s'applique à l'ensemble de la production littéraire d'un pays, d'une époque, d'un genre. À la rigueur, il pourrait englober l'ensemble de la documentation médicale écrite, mais il serait préférable de le remplacer par documentation, articles, publications ou données publiées. Quant à l'expression revue de la littérature, l'usage est hésitant, et moi aussi : alors que le Dr Quérin

propose de la remplacer par lecture des publications, l'Office québécois de la langue française l'accepte tel quel, mais en tant que synonyme—avec revue de la documentation, formule qui a ma préférence—pour analyse documentaire.

Cette étude s'est basée sur une revue de la documentation sur le sujet.

Répondre, réponse

Je vous laisse sur un anglicisme très présent dans les textes médicaux. « On répond à un stimulus, mais on réagit à un traitement », indique le Dr Quérin. Cette erreur provient de l'anglais *to respond*. En ce qui concerne l'effet d'un traitement chez le patient, on parlera de la réaction de ce dernier.

Le patient a bien réagi à ce traitement.

Ceci clôt notre repas franco-anglais. À la prochaine, et vive le français médical! ✨

Sources

Dr SERGE QUÉRIN, *Dictionnaire des difficultés du français médical*, Edisem, 2006, 296 pages.

MARIE-ÉVA DE VILLIERS, *Multidictionnaire de la langue française*, Québec Amérique, 2003, 1642 pages.

OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE, *Grand dictionnaire terminologique*, www.granddictionnaire.com.

PAUL ROBERT, *CD-ROM du Petit Robert*, 2001.

ENSEIGNEMENT
PROFESSIONNEL

BM enr.

**Perfectionnement
en milieu hospitalier**

Nous pouvons vous aider à maintenir vos connaissances à jour.

Nous offrons une formation sur mesure, selon vos besoins particuliers, dans votre propre milieu de travail. Vous minimiserez ainsi les coûts de déplacement et les pertes de temps.

Nous traitons des sujets variés, par exemple :

- Hémodynamie et monitoring
- Mise à jour en anesthésie
- Intubation difficile.

N'hésitez pas à nous joindre pour tout projet de formation qui pourrait vous intéresser.

Brigitte Morin
Inhalothérapeute
Bac en enseignement professionnel
Tél. : (418) 824-3430
morin.brigitte@videotron.ca



Les troubles du sommeil

par **Élaine Paré**, inh., M.A., Éd., enseignante au Cégep de Sherbrooke

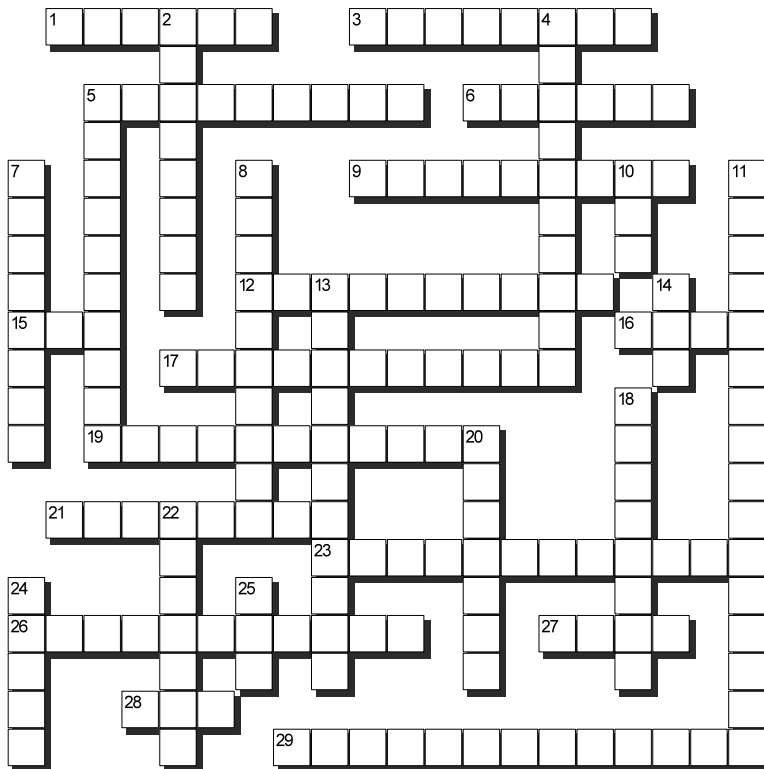
Ils sont nombreux et sont très incommodes. Pire, ils peuvent vraiment nuire à la santé. En espérant que cet entrecroisé ne vous cause pas d'insomnie, bonne chance !

Horizontalement

- 1 Ils sont de brève durée (micro), parfois non consciemment perceptibles par la personne, mais ils perturbent le déroulement normal du sommeil.
- 3 Claquement ou grincement des dents durant le sommeil.
- 5 Elles sont ressenties au réveil et peuvent constituer un signe d'apnée du sommeil.
- 6 Syndrome où «elles sont sans repos».
- 9 Sommeil qui correspond à la période REM.
- 12 Respiration sonore survenant pendant le sommeil et due aux vibrations du voile du palais.
- 15 Période du sommeil dont la durée varie de 10 à 30 minutes et où apparaissent les ondes thêta. Nous rêvons durant cette période.
- 16 Syndrome d'apnée et d'hypopnée du sommeil.
- 17 Type d'apnée que l'on retrouve le plus souvent.
- 19 Le fait de parler pendant son sommeil.
- 21 Pour qu'elle soit considérée significative, il faut présenter une diminution du débit aérien et du volume courant de plus de 50 % pendant 10 secondes ou plus.
- 23 Type de neurones formant un complexe qui sont impliqués dans la génération d'un rythme respiratoire. Leur dégénérescence pourrait favoriser l'apparition d'apnée d'origine centrale.
- 26 Ensemble de troubles du sommeil.
- 27 Appareil à pression positive qui agit comme tuteur pneumatique des voies aériennes dans le SAHS.
- 28 Complication cardiovasculaire pouvant être due au SAHS.
- 29 État d'automatisme ambulatorio se produisant pendant le sommeil, pendant lequel le sujet accomplit des actes plus ou moins coordonnés dont il ne garde aucun souvenir lors de son réveil.

Verticalement

- 2 Nom général qui désigne les prothèses faites de polyester insérées (au nombre de trois) au niveau du palais mous afin de soutenir ce dernier. Nouveau traitement du SAHS de niveau léger à modéré.



- 4 État de sommeil qui peut constituer un signe d'apnée du sommeil s'il se présente fréquemment durant la journée.
- 5 Rêves d'angoisse.
- 7 Type d'apnée où on n'enregistre aucun débit aérien et aucun effort respiratoire.
- 8 Complication neuropsychologique pouvant être due au SAHS.
- 10 Appareil à propulsion mandibulaire.
- 11 Étude de divers enregistrements effectués durant le sommeil.
- 13 Affection caractérisée par des accès brusques de sommeil durant la journée.
- 14 Indice d'apnée et d'hypopnée.
- 18 Ce syndrome est synonyme de la narcolepsie.
- 20 Échelle subjective utilisée afin d'évaluer l'hypersomnolence diurne.
- 22 État d'une personne où il y a une augmentation du tissu adipeux accompagné d'un excédent de poids.
- 24 Pour qu'elle soit considérée significative il faut présenter un arrêt du débit aérien et chute du volume courant de 80 % pendant 10 secondes et plus.
- 25 S'il est supérieur à 30 nous sommes considérés obèses.

Références

- AGENCE CANADIENNE DES MÉDICAMENTS ET DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ. 2007. Apnée obstructive du sommeil : une solution thérapeutique au goût du jour. [En ligne]. [http://cadth.ca/media/pdf/E0008_obstructive-sleep-apnea_cetap_f.pdf] (Consulté le 9 novembre 2008).
- CAIRO, J.M., 2003. "Sleep diagnostic in CAIRO J.M. et PILBEAM S.P." *Mosby's respiratory care equipment*. Mosby, Chapitre 14, pages 682-698.
- DELAMARRE, J., DELAMARRE, F., GÉLIS-MALVILLE, É. et DELAMARRE, L. Garnier Delamarre. 2000. *Dictionnaire des termes de médecine*. Paris : Maloine. 26^e édition. 991 p.
- DUVERGER, P. Troubles du sommeil du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte. Service de pédiopsychiatrie CHU Angers. [En ligne]. [http://www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/cours-fichiers/Troubles%20du%20sommeil%20nourisson%20enfant%20adulte.pdf] (Consulté le 9 novembre 2008).
- LAFOND, C. 2000. «Du ronflement à l'apnée.» *l'Inhalo*, Vol.17, N° 2, pages 6 - 8.
- MCKAY, L.C., JANCZEWSKI, W.A. et FELDMAN, J.L. 2005. «Sleep-disordered breathing after targeted ablation of preBötzing complex neurons», *Nature neuroscience*, 8 (9), p.1142-1144.
- PARADIS, B. 1997. «La polysomnographie», *L'inhaloscope*, Vol.14, N° 2, pages 8-9.
- L'ASSOCIATION PULMONAIRE, Apnée du sommeil, *Bulletin Cybern-info* (Juillet/Août 2005). [En ligne]. [http://www.lung.ca/diseases-maladies/apnea-apnee/cybersnewzz-Cybern/index_f.php?annee=2005&mois=07] (Consulté le 9 novembre 2008).

FORMATION À DISTANCE



Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue

Pour l'acquisition de connaissances cliniques avancées :

- **le certificat en inhalothérapie :
anesthésie et soins critiques**

- Formation élaborée par des anesthésistes et des cliniciens chevronnés
- Cours reconnus en formation continue de l'OPIQ
- Cours offerts sur DVD
- Examens dans votre localité ou à proximité

Certificat en inhalothérapie : anesthésie et soins critiques (30 crédits)

COM2708 Communication, intervention et éthique (3 cr.)
SCL1416 Phénomène de la douleur (3 cr.)
SCL2701 Urgences anesthésiques (3 cr.)
SCL2703 Anesthésie et types de chirurgie (3 cr.)
SCL2706 Inhalothérapie dans des contextes d'urgence (3 cr.)
SCL2707 Le patient en soins intensifs (3 cr.)
SCS2217 Pharmacothérapie I (3 cr.)
SCL3101 Ventilation et intubation difficiles (1 cr.)
SCL3102 Technologies avancées en ventilation mécanique I (1 cr.)
SCL3103 Technologies avancées en ventilation mécanique II (1 cr.)

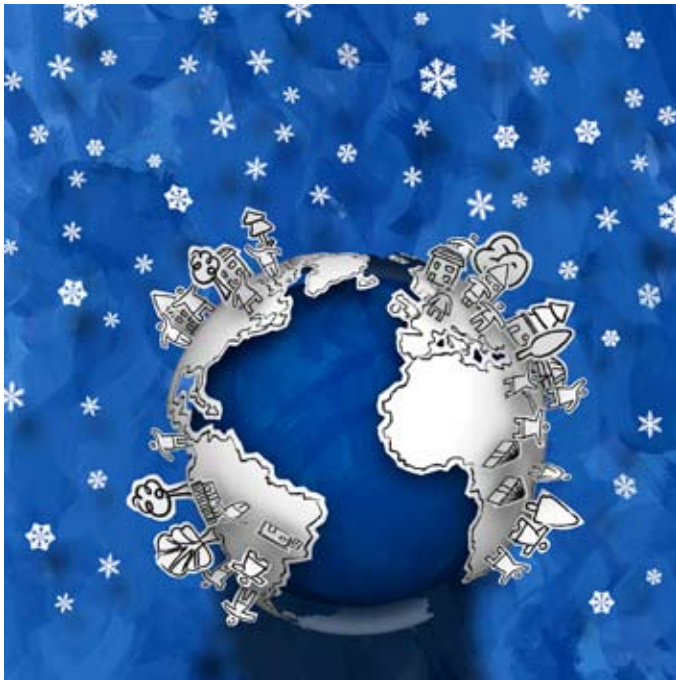
2 cours optionnels (Note : Ces cours peuvent faire l'objet d'une reconnaissance des acquis à partir des cours de votre DEC.)

Plusieurs possibilités s'offrent à vous selon vos besoins : l'inscription à un ou à quelques cours seulement, le statut d'étudiant libre, l'obtention d'un baccalauréat par cumul de certificats, etc.

RENSEIGNEZ-VOUS!

Sans frais : 1 877 870-8728 poste 2610
Courriel : sc-sante@uqat.ca

www.uqat.ca



Joyeuses fêtes à tous



Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec



campus OPIQ

Le campus OPIQ

a fêté son 1^{er} anniversaire ...



1 an déjà... ou enfin, c'est selon !

Septembre 2008 a marqué le premier anniversaire

du *campus OPIQ*. En effet, c'est le 15 septembre

2007 que l'OPIQ ouvrait toute grande ses portes virtuelles en offrant, dès le départ, 9 heures de cyberapprentissage à tous ces membres. Profitant de ce premier anniversaire, ce sont les résultats combinés d'un bilan des activités du *campus OPIQ* et d'un questionnaire-sondage en ligne qui sont venus souligner, non sans fierté, ce premier anniversaire. Sonder l'opinion des inhalothérapeutes à travers cet exercice s'est avéré une occasion de tâter le pouls des utilisateurs du *campus OPIQ* et de faire le plein de suggestions de formation. À cet égard, nous remercions chaque inhalothérapeute ayant pris quelques minutes de son temps précieux pour nous répondre et nous écrire.

Le *campus OPIQ* en chiffres

- Plus de 650 membres ;
- Plus de 23 heures de formation en ligne sont actuellement disponibles aux membres de l'OPIQ ;
- 606 inhalothérapeutes ayant complété une formation.

Quelques résultats du questionnaire sondage en ligne portant sur cinq des formations offertes sur le *campus OPIQ*

Parmi les réponses reçues concernant les répondants

- 40 % des répondants ont entre 5 à 15 ans d'expérience comme inhalothérapeute ;
- Les répondants exercent principalement dans la région de Québec - Chaudière Appalaches (26,1 %), Montérégie (20,9 %) et Montréal (18,3 %) ;
- Les répondants exercent principalement en inhalothérapie soit au secteur des soins cardiorespiratoires généraux (23,6 %) et des soins critiques (urgence et soins intensifs) (20,3 %) ;
- 70,3 % des répondants exercent en établissement de soins de courte durée (hôpital) ;
- 54,4 % des répondants travaillent sur le quart de jour.

Parmi les réponses reçues concernant la formation suivie

- Les objectifs d'apprentissage de la formation étaient clairement énoncés, le contenu était précis et clairement exprimé, et ce, dans une proportion de 81 % ;
- Tous les aspects du sujet ont été abordés dans la formation, et ce, dans une proportion de 80 % ;
- Les activités ou documents proposés dans la formation ont aidé dans la compréhension de la formation, et ce dans une proportion de 77 %.

Parmi les réponses reçues concernant le *campus OPIQ*

- Parmi ceux qui ont suivi la formation en plus d'une fois (plus d'une visite), 98,4 % d'entre eux ont été capable de reprendre facilement à partir d'où ils avaient laissé la formation ;
- Lorsqu'ils naviguent sur le *campus OPIQ* ou à l'intérieur d'une formation, les directives de navigation étaient claires et le tutoriel était facilitant, et ce, dans une proportion de 80 % ;
- 91,2 % des utilisateurs n'ont éprouvé aucune difficulté d'accès au *campus OPIQ* ou de performance de celui-ci.

La mise en place d'un groupe
de pratique est un outil facile
et contemporain pour la gestion des
communications écrites
et des connaissances au sein d'une
même communauté.

Enfin, bien qu'une année ne soit qu'infiniment petite dans toute une vie, cette première année de cyberapprentissage fut néanmoins riche et intense en expérience et nous tenons à remercier sincèrement nos précieux partenaires Privilège Covidien, AstraZeneca, GSK et La Capitale assurances générales ainsi que GE Santé et Apnair pour leur soutien à la formation continue des inhalothérapeutes.

Partenaire Platine :  **COVIDIEN**

Partenaire Or :  **AstraZeneca**

Partenaire Argent :  **GlaxoSmithKline**

 **La Capitale**
assurances générales

Et il poursuit sa croissance!

Déployé à priori dans le but d'offrir des formations de pointe et d'intérêt aux inhalothérapeutes, le *campusorip*, tout en hébergeant le questionnaire détachable de la revue *l'inhalo* poursuit son chemin. En effet, il offre maintenant, aux responsables de service qui le désirent, l'opportunité de mettre en place un groupe (ou communauté) de pratique (communément appelé forum) exclusif (privé) au groupe pour la gestion des communications écrites et des connaissances au sein d'un même service ou d'une même communauté. À cet égard, il est opportun de noter que de nombreuses applications, tenant compte de la structure même de l'établissement (CH, CSSS, CH universitaire multisites, entreprise privée multisites, maisons d'enseignement, ...), sont possibles. Par ailleurs, des consultations par tables ou des projets partagés peuvent également devenir prétexte à l'utilisation d'un groupe de pratique hébergé par le *campusorip* et ce, tant d'un niveau local, régional que provincial. Fait à noter, les membres du groupe qui possède une adresse courriel valide n'ont pas à visiter le(s) fil(s) de discussion d'un forum chaque jour puisqu'ils recevront un avis automatisé, et ce, directement dans leur boîte courriel personnelle ou professionnelle.

La valeur ajoutée d'un forum à votre service

Fort de l'expérience pilote des inhalothérapeutes de l'Hôpital-du-Haut-Richelieu/CSSS Haut-Richelieu-Rouville, nous croyons que l'utilisation d'un tel forum permet notamment d'améliorer la gestion des communications écrites puisque l'information est disponible simultanément à tous les membres du groupe, 24/24 et 7/7, en tout lieu où un accès Internet est disponible. De même, les possibilités d'utilisation sont multiples : déposer un message, un fichier (PV, ordre du jour, horaire, note de service, ...), un lien Web vers de nouveaux produits ou encore poser une question ou sonder l'opinion.

L'OPIQ tient à remercier M^{me} Carole Prud'homme, responsable du service d'inhalothérapie, ainsi que tous les inhalothérapeutes de cet établissement pour leur participation et contribution à un forum pilote hébergé par le *campusorip*.

Dans ce même ordre d'idée, si intégrer un forum aux communications écrites d'un service s'inscrit assurément dans le cadre d'une E-collaboration bénéfique à un établissement, les avantages liés à une meilleure gestion des connaissances ne sont toutefois pas limités à l'établissement puisqu'un tel outil de communication se veut également un lieu où des bénéfices peuvent être récoltés par tous les participants. Parmi ceux-ci, se retrouvent notamment, le sentiment d'appartenance, de collaboration et de contribution et, dans certains cas, une diminution de l'isolement.

Communiquer via Internet, une pratique courante au Québec et chez nous!



Se voulant un complément efficace à la communication directe dit en « face à face », cette façon de communiquer s'inscrit assurément comme un moyen simple et moderne de communication. En effet, les résultats, publiés en 2007, d'une vaste étude¹ menée auprès des adultes et des PME du Québec, démontre que 4,4 millions d'adultes québécois utilisent Internet et plus d'un million d'entre eux se laissent séduire par certaines applications participatives (forum, blogue, wiki, etc.). Par ailleurs, si l'utilisation d'Internet est à la hausse, et ce notamment au niveau de la communication par courrier électronique, il est à noter que 90 % des professionnels sont des utilisateurs d'Internet. Plus près de nous, c'est 41 % des membres de l'OPIQ qui demandent à recevoir leur communication par courriel et il s'agit, on s'en doute bien, d'une tendance qui augmente au fil du temps et des ans.

Conclusion

« Le savoir tacite est le véritable trésor en gestion des connaissances, et la communauté de pratique est la clé de ce trésor caché. »

[Richard McDermott - auteur et consultant en matière de communautés de pratique]²

La mise en place d'un groupe de pratique est un outil facile et contemporain pour la gestion des communications écrites et des connaissances au sein d'une même communauté. Si le résultat est bénéfique à l'établissement, il est également bénéfique à chaque participant. Intégrer à votre service, le forum deviendra un moment d'échanges intéressants et enrichissants où tous les inhalothérapeutes peuvent y jouer un rôle participatif.

Le *campusorip*, pour sa part, poursuit sa croissance et demeure à proximité des nouvelles tendances en matière de technologie de l'information et de gestion des connaissances. À cet égard, l'ajout au forum d'un calendrier, d'une bibliothèque ou d'un wiki virtuel ne sont plus qu'à un seul clic de vous et déjà, nos idées et nos croquis nous amène à regarder vers la baladodiffusion (*podcasting*), le fil RSS et les SMS.

En terminant, l'OPIQ vous rappelle que la prudence est de mise en tout temps et en tous lieux dans le cyberspace et il ne peut que vous encourager à faire preuve de prudence à l'égard de tous renseignements personnels que vous choisissiez de diffuser sur le *campusorip*.

Vous avez un projet ou vous désirez intégrer un forum à la gestion de vos communications écrites, vous voulez en connaître davantage sur les possibilités de regroupement, la mise en place d'un forum à partir du *campusorip*, le processus d'accompagnement que l'OPIQ offre ou l'aspect « confidentialité » d'un tel moyen de communication, n'hésitez pas à communiquer avec nous. Il nous fera plaisir de répondre à vos questions ou de vous assister dans l'implantation, le développement ou l'optimisation de votre communauté de pratique.

¹ Source : CEFRIQ - NETendances 2007 (base : les adultes québécois)

² LANGELIER, L. Travailler, apprendre et collaborer en réseau : guide de mise en place et d'animation de communauté de pratique intentionnelles. [en ligne]. [https://www.cefrio.qc.ca/upload/1432_GuideCommunautes.pdf] © CEFRIQ 2005. Tous droits réservés.

GAGNANTS DU CONCOURS : VISITEZ LE KIOSQUE DU

campus opiq

Lors du dernier congrès, les inhalothérapeutes étaient invités à visiter le kiosque du *campus opiq* et à compléter le coupon de participation pour courir la chance de gagner une inscription gratuite à une formation en ligne.

Félicitations aux trois gagnantes :

- M^{me} Sandra Pittana
- M^{me} Johanne Fortin
- M^{me} Johanne Roy



Calendrier des événements

- Semaine nationale sans fumée, du 18 au 29 janvier 2009;
- Mercredi sans tabac, le 21 janvier 2009;
- 6^e Colloque interdisciplinaire, *De l'interdisciplinarité à la collaboration public-privé*, les 3-4 avril 2009, au Château Frontenac, Québec;
- 50th Annual McGill Anesthesia Update, les 22-24 mai 2009, hôtel Le Reine Elizabeth, Montréal;
- Mise à jour en anesthésie pour inhalothérapeutes; ce cours dédié à la mémoire du D^r Richard Wahba, en français seulement, se tiendra le dimanche 24 mai 2009.
- Semaine de l'inhalothérapeute, du 4 au 11 octobre 2009.
- Congrès annuel de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec, les 2 et 3 octobre 2009, au Delta Centre-ville, Montréal.

DIPLÔME INTERNATIONAL EN VENTILATION ARTIFICIELLE (DIVA) ET 3^e SYMPOSIUM EN THÉRAPIE RESPIRATOIRE DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL

La première édition du diplôme international en ventilation artificielle (DIVA) s'est tenu du 11 au 13 septembre 2008. L'événement avait pour but de regrouper les différents intervenants pour lesquels la ventilation artificielle est un outil quotidien. Ainsi, plusieurs grands experts de la ventilation artificielle de France étaient présents, P^r Laurent Brochard de l'Université de Créteil, sommité internationale en ventilation efficace et non efficace, réanimateur, chercheur ayant à son actif plusieurs publications scientifiques et père de la ventilation non efficace. Les P^r Alain Mercat de l'Université d'Angers et Jean-Christophe Richard de l'Université de Rouen, tous deux réanimateurs, chercheurs et auteurs de plusieurs articles scientifiques. La cohorte de présentateurs se complétait par la présence du P^r Emmanuelle Girou, également de l'Université de Créteil, des D^{rs} François Lellouche et Erwan L'Her de l'Université Laval, Québec. L'événement a reçu un accueil des plus extraordinaires ce qui rend probable une deuxième édition à l'automne 2009.



De gauche à droite, au 1^{er} rang : P^r Jean-Christophe Richard, Stéphane Delisle, P^r Emmanuelle Girou, D^r Erwan L'Her. Au 2^e rang : P^r Alain Mercat, Paul Ouellet, P^r Laurent Brochard, D^r François Lellouche.

Quelque deux cent soixante inhalothérapeutes ont participé au 3^e symposium en thérapie respiratoire de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal qui s'est tenu le 13 septembre 2008 à Laval. Les participants ont eu droit à des conférences de très grande qualité.



Une nouvelle formation s'est ajoutée sur le *campus opiq* il s'agit d'*Application de l'échographie en anesthésie locorégionale* et le conférencier est D^r Bernard Dalens, anesthésiologiste au CHUL – CHUQ (Québec). Cette formation, audiovisuelle et assurément d'actualité, est tirée du 2^e Colloque des services respiratoires « *L'inhalothérapeute : présent partout* » du CHUQ (mai 2008). L'OPIQ tient à remercier sincèrement le comité organisateur pour l'accès à l'enregistrement de cette formation.

Surveillez les annonces courriels du *campus opiq* ou sur notre site web (www.opiq.qc.ca) pour connaître la date de mise en ligne de formations à venir.

RAPPEL

Étant persuadés que le partage d'expériences ne peut être que bénéfique à tous, différents groupes de pratique (forums) publics sont disponibles pour communiquer, partager et échanger **entre vous**. C'est une façon simple et conviviale de partager des connaissances, poser une question ou pourquoi pas, sonder une opinion!

N'hésitez pas à vous y rendre pour consulter les différents fils de discussion, répondre ou ajouter un message.

- **Discussions d'ordre général** : vous pouvez utiliser ce fil de discussions pour discuter sur des sujets généraux.
- Si vous avez des questions en lien précis avec ces sujets, posez-les sur leur fil respectif :
 - **Polysomnographie**
 - **Assistance anesthésique**
 - **Équipe d'intervention rapide (ÉIR)** : pour communiquer avec ceux qui travaillent eux aussi à la mise en place d'une ÉIR.
- **Aide et soutien technique** : pour des questions à propos de la plateforme.
- **Commentaires et suggestions** : tout commentaire et suggestion peut être déposé sur ce fil.

N. B. : N'oubliez pas d'activer les annonces de *chaque forum* afin d'être avisé par courriel lorsqu'un nouveau message est ajouté à un fil de discussion.

10^e ÉDITION DU TOURNOI DE GOLF DE L'ORDRE



Céline Beaulieu, présidente de l'OPIQ remettant le chèque à Marie Mainguy, représentante de la **Fondation l'Air d'Aller**.

L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec tenait le 11 septembre dernier, la 10^e édition de son tournoi de golf annuel au Club de golf Métropolitain à Anjou. Cette année, l'événement a réuni plus de 80 golfeurs, et a permis de recueillir la somme de 1500 \$ qui a été versée à la **Fondation l'Air d'Aller**.

En effet, pour la première fois, l'OPIQ a choisi de profiter de la tenue de son tournoi de golf pour s'associer à une œuvre caritative. Ainsi, les profits réalisés sur les commandites des tertres de départ ont été remis à cette fondation dont le but est d'améliorer la qualité de vie des personnes fibrokystiques adultes. Fondée en juin 2004 par quatre personnes ayant dans leur famille immédiate une personne atteinte de fibrose kystique, la fondation s'est donné pour mission d'amasser des fonds pour mettre sur pied différents programmes d'aide ciblés dont notamment un programme d'encouragement aux études ainsi qu'un programme d'aide psychologique.

Toute personne intéressée à en savoir plus sur la fondation est invitée à communiquer avec Mesdames Suzanne Maheux ou Marie-France Tessier à l'adresse fondationlairdaller@sympatico.ca.

Le comité organisateur tient à remercier tous ses partenaires qui ont si généreusement accepté de contribuer à cette cause.

En terminant, nous tenons à féliciter les membres du quatuor gagnant, soit messieurs Marc-André Deslipes, Claude Vézina, Louis-Aimé Yelle et Jocelyn Smith qui ont remis une carte de 66, soit six coups sous la normale.

L'OPIQ tiendra l'édition 2009 de son tournoi le 24 septembre prochain au Club de golf de l'Île de Montréal. Au plaisir de vous y rencontrer!

Andrée Lacoursière, avocate, Adjointe à la direction générale

LIENS INTERNET

www.jabfm.org

Obstructive sleep apnea in primary care: evidence-based practice
Méta-analyse récente et gratuite du *Journal of the American Board of Family Medicine*.

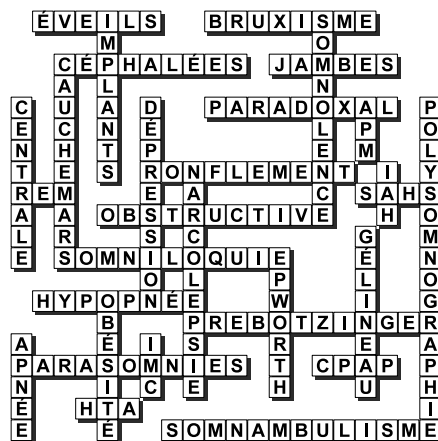
www.md.ucl.ac.be/loumed

Louvain médical Revue de la Faculté de Médecine de l'université Catholique de Louvain. Le numéro de février 2006 couvre de nombreux aspects du syndrome des apnées obstructives du sommeil.

www.aafp.org/afp/991115ap/2279.html

Revue médicale *American Family Physician* publiée par l'*American Academy of Family Physicians*. Le texte date de 1999, mais les illustrations peuvent être utiles.

SOLUTION LES TROUBLES DU SOMMEIL



babillardopiq

THÈME ET DATE DE TOMBÉE

L'embolie pulmonaire
1^{er} février 2009

des livres et vous



La santé s'affiche au Québec. Plus de 100 ans d'histoire

Lise Renaud en collaboration avec Caroline Bouchard,
Collection Santé et société,

Presses de l'Université du Québec, 2005. 264 p.
ISBN 2-7605-1344-0. **Prix: 39,00 \$**

Utilisée depuis longtemps par les gouvernements et agences privées, l'affiche s'avère être un outil de communication efficace dans la sensibilisation et la promotion en matière de santé des québécois. Si vous êtes passionné par les différents moyens de communication, c'est avec beaucoup d'intérêt que vous tournerez les pages de ce bouquin publié par M^{me} Lise Renaud, dame bien connue dans le domaine de la communication et de la santé.

Vous offrant quelque 800 affiches, produites de 1886 à aujourd'hui, celles-ci sont répertoriées sous différents thèmes relatifs au domaine de la santé publique. Si certaines affiches témoignent d'une grande créativité artistique, d'autres font foi d'une évolution graphique certaine. De même, si en faisant revivre l'histoire du Québec, certaines affiches étonnent ou font sourire le lecteur, d'autres peuvent le ramener vers un passé pourtant pas si lointain.

Bon retour dans le temps!



La section du bas devra nous être retournée avec un chèque de 10 \$ émis à l'OPIQ pour l'obtention d'une heure de formation continue qui sera inscrite à votre dossier. Veuillez noter que vous devez obtenir une note de 90 % pour la reconnaissance de cette heure de formation.

**QUESTIONS RELATIVES AU TEXTE AU MENU,
LE TRAITEMENT DU SYNDROME DES APNÉES
OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL PAR
D' PAUL VERSCHULDEN, PAGES 8-13**

1. Perdre du poids suffit pour traiter voire guérir un SAOS.
VRAI ☐ FAUX ☐
2. Lesquelles parmi la liste suivante sont les principales contrariétés rencontrées avec un traitement par pression positive continue (PPC) ?

1. Aérophagie
2. Congestion nasale
3. Claustrophobie
4. Sécheresse oculaire

☐ A 1, 2 et 3; ☐ B 1, 3;
☐ C 2, 4; ☐ D 4; ☐ E 1, 2, 3 et 4;

3. Identifiez parmi la liste suivante, les mesures associées au traitement par PPC qui, selon certaines études, contribuent à son rendement maximum

1. Détermination des résistances psychologiques du patient
2. Formation
3. Correction rapide des troubles mécaniques
4. Humidité

☐ A 1, 2 et 3; ☐ B 1, 3;
☐ C 2, 4; ☐ D 4; ☐ E 1, 2, 3 et 4;

4. La mesure objective de l'efficacité du traitement sera obtenue au moyen d'une polysomnographie de contrôle (qui sera réalisée en association avec la PPC, l'OAM ou le traitement positionnel ou encore après la chirurgie bariatrique).
VRAI ☐ FAUX ☐

5. Quelle qu'en soit la gravité, la ventilation par PPC constitue le meilleur moyen pour traiter le SAOS. Identifiez, parmi la liste ci-dessous, les conséquences globales de cette efficacité sur la qualité de vie.

1. Amélioration de la fonction neurocognitive
2. Meilleur contrôle de la tension artérielle et de la glycémie
3. Réduction de la mortalité
4. Diminution des apnées et hypopnées

☐ A 1, 2 et 3; ☐ B 1, 3;
☐ C 2, 4; ☐ D 4; ☐ E 1, 2, 3 et 4;

**QUESTIONS RELATIVES AU TEXTE L'HYPERSOMNIE
IDIOPATHIQUE PRIMAIRE PAR D' FRANÇOIS MELANÇON,
PAGES 14-16.**

6. L'hypersomnie idiopathique primaire est caractérisée par une somnolence diurne ayant duré au moins un mois et par un sommeil dont les phases REM sont prolongées.
VRAI ☐ FAUX ☐

7. Les seuls médicaments à fonctionner vraiment sont les psychostimulants, comme le méthylphénidate (Ritalin^{MD}).
VRAI ☐ FAUX ☐

8. Les symptômes d'hypersomnie peuvent apparaître à la suite d'une infection virale grave associée à des symptômes neurologiques, tel le syndrome de Guillain-Barré.
VRAI ☐ FAUX ☐

**QUESTIONS RELATIVES AU TEXTE
SOMNOLENCE ET CONDUITE AUTOMOBILE ATTENTION!
PAR D' MARC CHARBONNEAU, PAGES 18-22.**

9. Les symptômes de fatigue sont spécifiques pour orienter le médecin vers un trouble du sommeil.
VRAI ☐ FAUX ☐

10. Les patients atteints de SAOS qui semblent suivre fidèlement un traitement, mais qui ont par la suite un accident de la route dont ils sont tenus responsables ne doivent pas conduire pendant au moins un mois pendant lequel on doit réévaluer l'observance au traitement.
VRAI ☐ FAUX ☐

Détachez et postez à l'adresse ci-dessous avant le 1^{er} mars 2009.

Nom :

Prénom :

N° de membre :

Adresse :

Signature :

Retournez cette section avec votre paiement par la poste à :

Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 320
Montréal (Québec) H3G 1R8

réponses:

- 1 VRAI ☐ FAUX ☐
- 2 a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐
- 3 a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐
- 4 VRAI ☐ FAUX ☐
- 5 a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐
- 6 VRAI ☐ FAUX ☐
- 7 VRAI ☐ FAUX ☐
- 8 VRAI ☐ FAUX ☐
- 9 VRAI ☐ FAUX ☐
- 10 VRAI ☐ FAUX ☐

DeVilbiss® a du nouveau pour la thérapie du sommeil.

DeVilbiss® IntelliPAP™
Unité Auto Ajustable
Modèle DV54D-HH



Nouveau DeVilbiss® IntelliPAP™ Standard et Auto Ajustable

DeVilbiss est fier d'introduire le nouveau CPAP IntelliPAP™. Obtenez des meilleurs résultats avec le nouveau IntelliPAP™, un des plus silencieux et compacts sur le marché.

Expérimenter une vraie bonne nuit de sommeil avec un IntelliPAP™ standard ou auto ajustable!

- Un système d'humidification de qualité supérieure.
- Électronique de qualité incomparable
- Facile d'utilisation
- Une des meilleures garanties sur le marché
- Inclut un sac pratique et moderne pour le transport.

Découvrez comment le nouveau CPAP IntelliPAP™ peut vous rendre la vie plus facile et maximiser vos heures de sommeil.

PLUS

DeVilbiss introduit trois nouveaux masques pour compléter le nouvel IntelliPAP™.



Hybrid® Deux entrées d'air avec une interface universelle. Le design exclusif élimine les points de pression sur le front et sur le haut du nez.



Bravo® Une interface avec coussins Nasaux. Un masque léger dont les coussins sont interchangeables et très silencieux lors de l'opération.



NasalAire® II Interface avec canule nasale. Le design unique donne la liberté à l'utilisateur de parler, manger, boire et de porter des lunettes.

DeVilbiss®
HEALTHCARE

DeVilbiss Canada
Montréal:
Toronto:
Colombie Britannique:
www.sunrisemedical.ca

514.367.0727 1.888.548.8688
905.660.2459 1.800.263.3390
604.460.1569 1.888.285.2488



du manque de souffle à l'audace



Nous sommes Covidien. Un des plus grands fournisseurs d'instruments médicaux, de fournitures médicales, de produits pharmaceutiques et d'imagerie. Pour tous les soins, afin de mettre au monde de nouvelles vies et pour sauver des vies avec les systèmes de ventilation Puritan Bennett. Anciennement Tyco Healthcare, nous sommes maintenant une société de produits médicaux autonome et dynamique engagée à fournir des innovations et à créer des partenariats positifs avec la communauté médicale.



www.covidien.com

COVIDIEN et COVIDIEN avec logo sont des marques de commerce de Covidien AG. © 2008 Covidien AG. Tous droits réservés.