



# l'inhalo

Revue de  
l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec  
volume 25, numéro 3, octobre 2008

dossier  
enseigner oui, mais comment?

assemblée générale annuelle des membres, le 8 novembre 2008 à 8 h

GE Santé



**Lorsque la vie est la plus fragile, permettez-leur de bien respirer.**

La nouvelle fonction néonatale améliorée du ventilateur pour soins intensifs Engström constitue une solution réglable et souple pour vos unités de soins intensifs néonataux. Il s'agit d'un outil de ventilation complet que vous pouvez utiliser avec tous les patients que vous soignez.

L'Engström Carestation est un appareil que vous connaissez et une technologie dont vous avez besoin. La souplesse et le contrôle qu'offre cet appareil vous permettent de passer plus de temps avec vos patients, même avec les plus petits d'entre eux. Cet appareil allie le meilleur de la science, de la technologie et du monde des affaires pour vous aider à normaliser les soins respiratoires que vous offrez.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur nos produits, veuillez communiquer avec l'un de nos représentants, ou visitez notre site Web au [www.gehealthcare.com/neoventilation](http://www.gehealthcare.com/neoventilation).



**L'imagination en action**

© 2007 United-Genetics, Inc.  
Tous droits réservés. Tous les autres noms de marques  
de GE Healthcare.




# Un seul clic pour ne pas perdre le nord!

**L**a rentrée automnale signifie que nous reprenons nos activités régulières ou nos fonctions. C'est souvent un retour à la réalité quotidienne telle l'école, le travail, les comités, les lunchs... la routine quoi!

Pour plusieurs, c'est l'inscription à un cours universitaire ou autre (danse, yoga, aérobic, etc.). La rentrée c'est aussi la gestion de l'agenda. Malheureusement, même à l'aube du 21<sup>e</sup> siècle, pour nous les femmes, cela veut dire la gestion de notre temps et celui de notre petite famille!

Comment réussir à tout faire et à tout coordonner? Comment planifier les réunions, les activités scolaires, les rencontres de parents, les soupers entre amis, les activités de nos petits chérubins et notre perfectionnement sans perdre le nord? Il n'y a pas de secret, il faut se simplifier la vie!

Pourquoi ne pas laisser mijoter un bon petit plat, ou encore faire un lavage pendant que l'on s'installe confortablement dans notre foyer pour suivre un cours ou organiser le week-end? Aujourd'hui tout est possible grâce à un seul petit geste; un clic suffit!

Un clic suffit pour accéder à un cours, à un forum de discussions, à des articles scientifiques, même l'OPIQ s'est mis au goût du jour! Le  vous offre ces possibilités. Plusieurs universités et organisations ont également pris ce virage. Dorénavant, l'enseignement et la formation prennent une autre dimension.

Un clic suffit aussi pour trouver une nouvelle recette, acheter des billets de spectacles, réserver une chambre, écrire un message.

Oui, la technologie nous simplifie la vie, mais elle ne remplacera jamais le plaisir de partager de bons moments avec notre famille, nos amis et nos collègues! Voilà pourquoi je vous convie au 35<sup>e</sup> congrès de l'Ordre, les 7 et 8 novembre prochain.

Pour plus d'informations... **un clic suffit!** [www.opiq.qc.ca](http://www.opiq.qc.ca) 🌟

Josée Prud'Homme  
Directrice générale et Secrétaire

## sommaire

<b>3</b>	Éditorial
<b>6</b>	Mot de la présidente
	<b>DOSSIER ENSEIGNEMENT</b>
<b>8</b>	La supervision en stage: un rôle professionnel
<b>12</b>	Le <i>feedback</i> (ou rétroaction): un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique
<b>22</b>	Troquer son stéthoscope pour des craies et un tableau!
<b>26</b>	<b>FINANCES</b> Souscrire ou non une rente viagère
<b>28</b>	<b>MOTS ENTRECROISÉS</b>
<b>29</b>	<b>RRRI</b> Fibrose pulmonaire et toux sèche <i>deuxième partie</i>
<b>32</b>	Le français médical
<b>36</b>	<b>QUOI DE NEUF?</b>
<b>38</b>	Campus OPIQ
<b>40</b>	<b>BABILLARD</b>
<b>43</b>	<b>QUESTIONNAIRE DÉTACHABLE</b> pour la formation continue

### index des annonceurs

Association pulmonaire	21	Masimo	19
BM enr.	35	Médigas	29
Bomimed	27	Oxymed	24
Covidien	48	Paramédic	23
Fédération de la santé du Québec	33	Pfizer	9
GE Healthcare	2	RCR Pro	11
Grass Telefactor	15	RIIR	31
Invacare Canada	25	Sunrise Medical	47
La Capitale	17	UQAT	46
Maquet-Dynamed	5		

## MEMBRES DU BUREAU DE L'ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC

### 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., Mélyny 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, Andrée Tremblay

## MEMBRES DU COMITÉ ADMINISTRATIF

### Présidente

Céline Beaulieu, inh., B.A.

### 1<sup>er</sup> vice-présidente

Johanne Fillion, inh.

### 2<sup>e</sup> 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<sup>re</sup> 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 Tétreault, inh.

## COMMUNICATIONS

### Responsable

Line Prévost, inh.

### Collaborateurs

Éric Gagné, inh., Martine Gosselin, inh., M<sup>re</sup> Andrée Lacoursière, Joëlle Larivière, inh., Bernard Marin, Manon Ouellet, inh., Elaine Paré, inh., Marise Tétreault, 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



La guitare, son vélo et son sac à dos attendent sagement près de la porte. Nous revenons de faire ensemble une petite épicerie; son père a déménagé son lit et ses bureaux la fin de semaine dernière... Ça y est, mon «bébé» de 19 ans quitte la maison pour aller étudier à l'extérieur... Oh, il reviendra chaque week-end et il partage «l'appart» d'un copain qu'on connaît bien...

N'empêche, ça me fait tout drôle, voilà une autre étape de sa vie qui commence. Son enfance et son adolescence semblent lointaines tout à coup. Fini le costume de lapin pour le lendemain (on demande 24 h pour les miracles S.V.P.!) et les petits gâteaux décorés (sans noix, sans lait, sans farine, sans œuf, gare aux allergies!) parce que c'est son anniversaire et que toutes les autres mères en font, elles! Fini les achats, dans la cohue du mois d'août, de cahiers, crayons, effaces et chemises aux couleurs prédéfinies! Fini la préparation de lunch santé (saines habitudes alimentaires obligent!) à 9 h le soir après les devoirs, le souper, le cours de dessin, le cours de musique et le bain. Fini aussi la virée dans les magasins, dans une course contre la montre digne d'Usain Bolt pour trouver chandails, pantalons, souliers propres et espadrilles de son goût (c'est qu'il a sa propre conception de la mode, mon héritier) dans la même journée! Mais comment peut-il grandir aussi vite? Comprenez bien: je ne suis pas nostalgique de ces années oh non, simplement ma réalité est autre maintenant. Désormais, mes fins de semaine seront occupées à lui mitonner de bons petits plats maison afin qu'il emporte avec lui un peu de notre quotidien, à sa sœur, à son père et à moi.

Nous n'y échappons pas, c'est la rentrée et indépendamment de la réalité qu'elle revêt pour chacun, elle nous ramène irrémédiablement au temps qui passe si vite... trop vite.

Les étudiants de 3<sup>e</sup> année sont aussi de retour, avides de savoirs et anxieux de terminer cette année de stages avec brio pour enfin pouvoir porter le titre professionnel d'inhalothérapeute auquel ils aspirent. L'enseignement est une tâche journalière pour les inhalothérapeutes. En effet, que vous travailliez ou non avec la relève, l'éducation et l'enseignement sont au cœur même de votre pratique clinique. Les trois textes de notre dossier vous concernent donc tous. Manon Ouellet, inh. et enseignante au Cégep de Sherbrooke vous parle du rôle essentiel du moniteur clinique dans une approche par compétences. Marise Tétreault, inhalothérapeute-conseil à la formation continue à l'OPIQ, aborde l'importance de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) qui vise l'acquisition et la conservation de compétences les aidant à vivre de manière optimale avec leur maladie. Enfin, le dernier sujet traité, mais non le moindre: le *feedback* (rétroaction) un élément capital de l'intervention thérapeutique.

Comme chaque automne, plusieurs événements sont inscrits à l'agenda:

- La semaine de l'inhalothérapeute 2008
- Le Salon Éducation Montréal 2008, à la Place Bonaventure du 15 au 18 octobre
- Le congrès annuel qui en est à sa 35<sup>e</sup> édition, les 7 et 8 novembre au Hilton Lac-Leamy à Gatineau et l'assemblée générale annuelle des membres, le 8 novembre à 8 h.

J'espère que vous avez su profiter un peu de l'été. Avec un peu de chance, il se prolongera en septembre. En terminant, je vous souhaite une bonne rentrée et vous convie en grand nombre à Gatineau pour le congrès annuel. Au plaisir de vous y rencontrer! 🌟

Line Prévost, inh.

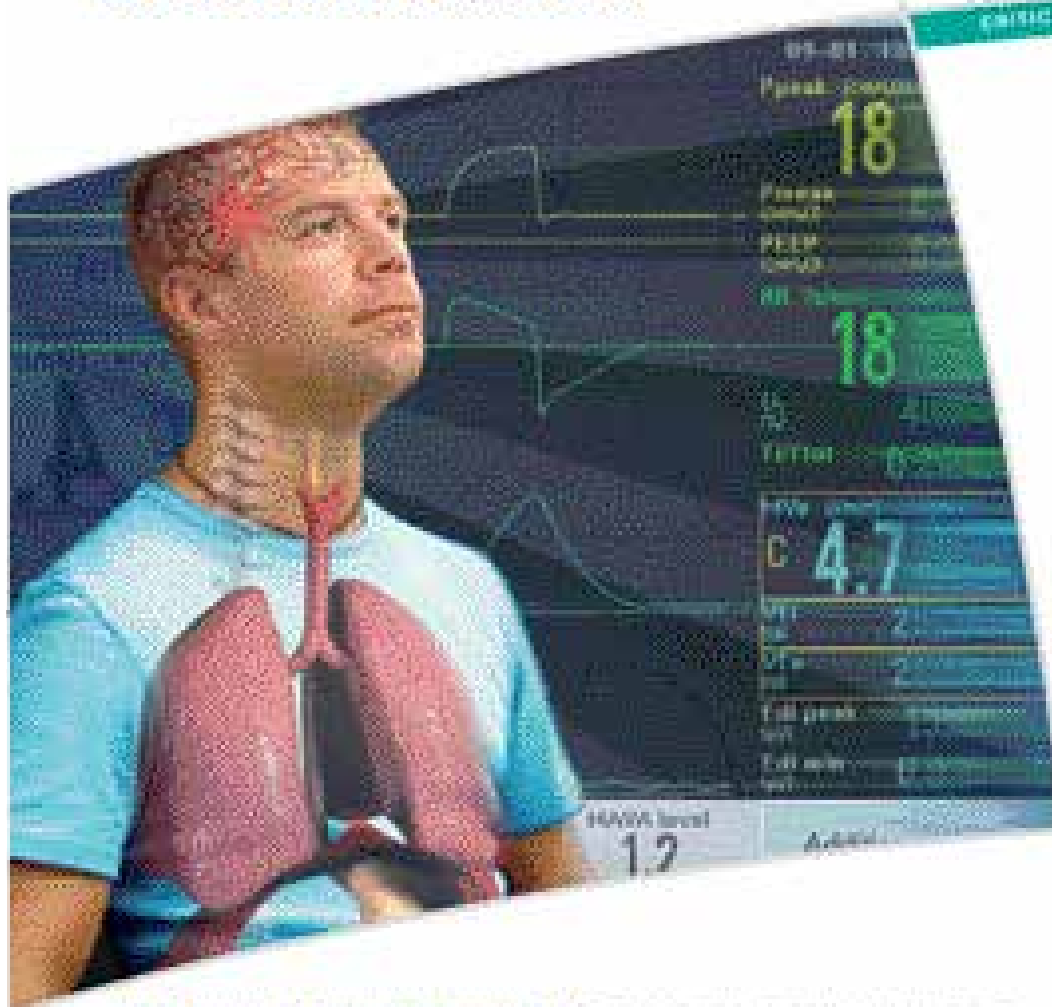
Coordonnatrice aux affaires professionnelles

## 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

## L'ULTIME HARMONIE AVEC L'EFFORT DU PATIENT LE SERVO AVEC LE MODE NAVA



MAQUET annonce une application révolutionnaire dans le monde de la ventilation mécanique : le mode NAVA - l'assistance ventilatoire ajustée par le système nerveux.



Cette innovation technologique propre au ventilateur SERVO assure un contrôle neural optimal de la ventilation mécanique. Le mode NAVA permet au patient d'ajuster lui-même sa respiration en exportant les signaux respiratoires continus via l'activité électrique du diaphragme. L'activité électrique (diEMG) est transmise au ventilateur et est proportionnellement utilisée pour l'assistance ventilatoire du patient. Comme le ventilateur et le diaphragme utilisent le même signal, le couplage mécanique entre les deux activités est pratiquement instantané.

Faites l'expérience de l'efficacité prédictive du suivi de l'activité neurale avec NAVA. Perfectionnez vos connaissances afin de prendre des décisions cliniques plus éclairées pour vos patients.

**Le Servo avec le mode NAVA - L'ultime harmonie avec l'effort du patient**

MAQUET - The Best Standard.

MAQUET CYMARD  
200 Stone Court  
Burlington, ON L7R 2W8  
Tél. 800-321-1215  
www.maquet-dynamed.com

MAQUET - The Best Standard.



**L**orsqu'on se réfère au thème de la présente édition **Enseigner oui, mais comment?** on pourrait facilement se laisser leurrer et associer cette revue au milieu de l'éducation et non à celui de la santé.

Sur le fait, on pourrait croire qu'il n'y a que les inhalothérapeutes affiliés aux maisons d'enseignement qui pratiquent la noble profession d'enseigner. Détrompez-vous, chacun d'entre nous a dans sa pratique quotidienne, une tâche vouée à l'apprentissage et à l'enseignement.

D'entrée de jeu, on pense à tous les moniteurs cliniques qui reçoivent des étudiants stagiaires dans le cadre de leur formation d'inhalothérapeute. Dans certains centres, cette tâche est confiée à un inhalothérapeute qui s'occupe exclusivement de cette relève. Mais combien d'inhalothérapeutes guident ces stagiaires en plus de la tâche régulière qui leur est dévolue?

Combien d'inhalothérapeutes, et par leur expertise, guident et accompagnent leurs confrères et leurs conseurs? Ce mentorat se transfère non seulement des plus expérimentés vers les plus jeunes professionnels, mais ce sont également eux, ces jeunes professionnels, qui bien souvent par leur formation récente, nous informent des nouveautés en regard des pratiques cliniques et des technologies.

Quel inhalothérapeute, peu importe le secteur d'activité où il pratique, n'enseigne pas à l'usager et à sa famille, des éléments fort pertinents susceptibles d'améliorer sa santé cardiorespiratoire?

Il y a également les inhalothérapeutes impliqués de plus près dans les équipes interdisciplinaires, qui y enseignent certains éléments de notre pratique professionnelle.

Toutes informations permettant de mieux comprendre une pathologie, un handicap passager ou permanent, une application technique, un exercice de réadaptation, pour ne citer que ces quelques exemples, sont plus que de simples informations. Elles constituent un enseignement qui ne peut qu'avoir des effets bénéfiques sur la clientèle que nous desservons.

Enseigner c'est expliquer, c'est éduquer, c'est informer. Et tout ça dans le but ultime d'améliorer les connaissances de la personne à qui l'on transmet ces informations.

À lire ces derniers paragraphes, l'enseignement se retrouve partout dans notre pratique professionnelle. On se croirait dans

un monde parfait où tout un chacun met l'épaule à la roue, partage ses connaissances et accepte également de recevoir les enseignements ou les conseils de ses coéquipiers.

Est-ce vraiment la réalité? Est-ce que je rêve? Est-ce utopique? Ne sommes-nous pas confrontés à un déséquilibre du balancier? Celui où le désabusement remplace parfois le professionnalisme. Celui où l'on accomplit les tâches sans trop y croire. Celui qui fait ressortir l'individualisme plutôt que la collaboration. Celui où l'on a tendance à reporter sur l'autorité et le monde entier tous les écueils vécus. La croyance, de plus en plus répandue que c'est au gouvernement, à l'autorité en place à tout régler et à trouver les solutions, semble prédominer. Si ça va mal, c'est la faute au système! L'individu lui, n'y peut rien.

La toute puissance de l'autorité et l'impuissance de l'individu!

Où en est la responsabilité professionnelle, l'implication personnelle?

Avons-nous juste des droits et aucun devoir?

Je me rends compte que mes idées balancent complètement de l'autre côté.

Mais je me console car rien n'est jamais tout noir ni tout blanc. On rencontre les deux extrémités du balancier, mais l'équilibre est précaire, sommes-nous en train de le perdre?

Sans être sociologue, je crois que le portrait que je dresse en est un de société, il n'est pas exclusif à notre pratique professionnelle. Mais justement, en tant que professionnels de la santé, ne devrions-nous pas tous viser l'amélioration constante de notre pratique? Réagissons! Laissons de côté les comparaisons entre individus, entre professions, entre diversités culturelles et linguistiques... Cessons d'attendre que les autres trouvent la solution miracle. Appliquons-nous à faire partie intégrante de la solution. Impliquons-nous individuellement.

Enseignons ce que l'on peut enseigner et recevons l'enseignement avec humilité. L'individu et la collectivité s'en porteront mieux! 🌸

Céline Beaulieu, inh., B.A.  
présidente



**W**hen referring to the theme of this current edition *To teach yes, but how?*, we could easily be deceived and think that this magazine relates to the world of education not health.

In fact, we might believe that only respiratory therapists affiliated to schools practice the noble profession of teaching. But you would be mistaken. Each of us has, in his/her daily routine, a task dedicated to learning and teaching.

From the outset, we think of all the clinical instructors who teach trainees to become respiratory therapists. In some health-care institutions, this task is entrusted to a respiratory therapist dedicated exclusively to teaching the next generation. But, how many respiratory therapists guide these trainees on top of their regular allotted task?

How many respiratory therapists, rich of their expertise, guide and accompany their colleagues? This expertise is transferred not only from the most experienced to the younger professionals, but it is also up to the latter group, most often because of its recent training, to inform us of new clinical practices and technologies.

What respiratory therapist, no matter his/her sector of activity, does not teach his/her patients or family members, pertinent facts capable of improving their cardiorespiratory health?

There are also respiratory therapists involved in interdisciplinary teams who teach certain aspects of their profession.

Any information that allows for a better understanding of a pathology, a temporary or permanent handicap, a technical application, a rehabilitation exercise, naming just these few examples, is much more than simple information. It constitutes a teaching that can be beneficial to the clientele we serve.

Teaching is explaining. It is educating. It is informing. All this with the ultimate goal of improving the knowledge of the person receiving this information.

Reading these last paragraphs, we find that teaching permeates our professional practice. We might imagine ourselves in a perfect world where everyone puts shoulder to the wheel, shares his/her know-how and also welcomes the teachings or advice from his/her co-workers.

Is it reality? Am I dreaming? Is it utopian? Is the pendulum stuck to one side? The side where disillusionment sometimes replaces professionalism. The side where we do the tasks

without believing in them. The side where individualism outshines team work. The side where we have a tendency to report to higher ups and to the whole world all our problems. The belief, more widespread than ever, that it is up to the government, to the authority in place to fix all, to find answers, seems to predominate. If it is not going well, it is the system's fault. The individual is helpless.

Authority has all the power and the individual is powerless!

Where do professional accountability, personal implication now stand?

Do we only have rights and no obligations?

I realize that my ideas swing completely to the other side. But, I console myself because nothing is neither all black nor all white. We oscillate between both extremities of the pendulum, but balance is precarious, are we losing it?

Without being a sociologist, I think that the picture I paint colours all our society, it is not limited only to our professional practice. But exactly, being healthcare professionals, shouldn't we aim for constant improvement of our practice? We must react. Forget comparisons between individuals, between professionals, between cultural and linguistic diversities... Stop waiting for others to find miracle answers. Let us apply ourselves to be an integral part of the answer. Let us involve ourselves individually.

Teach what we can teach and receive the teachings with humility. The individual and the collectivity will feel all the better for it! 🍁

Céline Beaulieu, inh., B.A.  
president

# La supervision en stage: un rôle professionnel

par **Manon Ouellet**, inh., enseignante, coordonnatrice départementale et responsable de l'encadrement, Département des techniques d'inhalothérapie, Cégep de Sherbrooke.  
En collaboration avec **Éric Gagné**, inh., M. Ed., enseignant, Département des techniques d'inhalothérapie, Cégep de Sherbrooke et conseiller pédagogique au Centre de pédagogie des sciences de la santé de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

*Avec le besoin criant d'inhalothérapeutes dans les milieux de travail, nous sommes tous sensibles à l'arrivée de la relève qui permettra de diminuer la charge de travail et l'essoufflement des équipes en inhalothérapie. Les différentes institutions collégiales sont toujours à l'œuvre pour la formation de la relève, mais une partie non négligeable de la formation découle du partage des connaissances des inhalothérapeutes en poste dans les différents établissements de soins de santé. Cet article vise à présenter la place qu'occupent les inhalothérapeutes moniteurs cliniques dans la formation des futurs inhalothérapeutes et à préciser leur rôle dans le contexte d'une approche par compétences.*

*With the crying need for respiratory therapists on the job market, we are all aware that the arrival of the next generation will reduce the workload and the fatigue of respiratory therapy teams. Many collegiate institutions are always at work training the next generation, but a non-negligible part of learning comes from the knowledge sharing of respiratory therapists already in place in many healthcare institutions. This article aims at illustrating the role played by respiratory therapists trainers in the education of future respiratory therapists and to specify their function in a competency-based approach context.*

## Le programme des Techniques d'inhalothérapie

Le programme des techniques d'inhalothérapie a été implanté initialement en 1971. Quelques années plus tard, certaines modifications ont été apportées au programme. En 1995, en conformité avec les dispositions du *Règlement sur le régime des études collégiales* (R.R.É.C.) de 1993 (notamment l'article 11), le ministère déposait auprès des cégeps un projet déterminant la partie ministérielle du programme des *Techniques d'inhalothérapie*. C'est la désuétude des textes qui a mené le ministère de l'Éducation à procéder à la révision du programme d'étude et à inscrire cette démarche dans l'approche par compétences adoptée à l'époque pour renouveler la formation collégiale. L'objectif recherché par l'approche par compétences est d'accroître la qualité des apprentissages en s'appuyant sur un contexte de réalisation le plus authentique possible. Des 2970 heures que compte le programme, près du tiers des activités académiques se réalisent en stage, la plupart du temps sous la supervision des inhalothérapeutes des différents milieux.

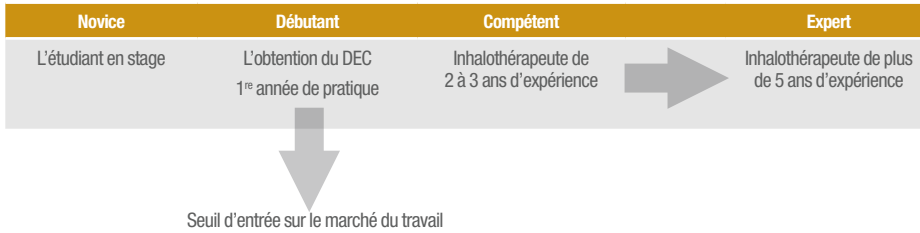
Les nouvelles responsabilités attribuées aux inhalothérapeutes par la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* associé à l'évolution accélérée des connaissances scientifiques et technologiques en matière de santé créent une pression sur les maisons d'enseignement afin que celles-ci intègrent au programme des éléments de compétences de plus en plus diverses et complexes. Étant donné la structure actuelle du programme, cet objectif ne peut être atteint sans la participation des inhalothérapeutes qui accueillent les étudiantes et les étudiants pendant les stages cliniques.

## L'approche par compétences

Dans les sciences de l'éducation, on définit une **compétence** comme un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations (Tardif, 2006), ce qui signifie que l'étudiant **devra performer dans différentes situations, en utilisant l'ensemble des ressources à sa disposition**. Les ressources utilisées peuvent être «internes» ou «externes». Les ressources internes réfèrent aux connaissances



Tableau 1



Source: BENNER, P. 1984. *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*, Menlo Park: Addison-Wesley, p.13-34

- acquises par l'étudiant, à ses attitudes personnelles et professionnelles bâties à partir de ses expériences. Les ressources externes sont, quant à elles, les références que l'étudiant peut utiliser: la littérature, les enseignants, les inhalothérapeutes, les autres professionnels de la santé, les collègues de classe, etc.

### Les stages cliniques

Dans le programme des *Techniques d'inhalothérapie*, les stages constituent la dernière phase de l'apprentissage. L'étudiant bénéficie de ce contexte clinique «authentique» pour apprendre à mobiliser l'ensemble des ressources qu'il possède (connaissances théoriques, procédures, habiletés motrices). De plus, les stages offrent un contexte idéal pour développer les habiletés cognitives de résolution de problème, de jugement clinique et d'autoévaluation, etc.

Dans un contexte de surcroît de travail, comme vivent la majorité des inhalothérapeutes, il peut s'avérer difficile de consacrer du temps à la supervision de stage. Il est donc compréhensible dans certaines situations, que l'étudiant se retrouve à observer les professionnels en action. L'observation peut être favorable en début de stage pour certaines tâches complexes, mais stimule peu la progression de l'étudiant. Comme mentionné précédemment, pour développer ses compétences, l'étudiant **doit réaliser des tâches, à plus d'une reprise**, et ce, dans des contextes semblables. Exécuter une tournée ventilatoire en pédiatrie plutôt que chez l'adulte est par définition un changement de contexte. L'étudiant devra d'abord s'adapter au nouveau con-

*«...pour développer ses compétences, l'étudiant doit réaliser des tâches, à plus d'une reprise, et ce, dans des contextes semblables.»*

texte et par la suite devrait être en mesure d'améliorer sa performance.

### Le niveau d'atteinte de la compétence (voir tableau 1)

Le niveau de compétence d'un inhalothérapeute évolue au cours de sa pratique selon l'exposition à laquelle il est soumis. Il en est de même pour l'étudiant dans l'apprentissage de la profession. En effet, le niveau de compétence de l'étudiant évolue tout au long de son parcours en stage. De «novice» en début de parcours, il devra atteindre le niveau «débutant» en fin de programme, niveau nécessaire à l'obtention du diplôme d'études collégiales. Les niveaux de compétence «compétent» et «expert» se développent avec le temps et l'expérience du professionnel en milieu de travail, habituellement dans un secteur d'activité spécifique.

### Rôle du moniteur clinique

Un moniteur clinique est un inhalothérapeute qui supervise directement un étudiant pendant un quart de travail. Un des premiers rôles du moniteur clinique est de s'assurer que les connaissances théoriques du ou de la stagiaire

en ce qui concerne l'acte à poser soient satisfaisantes. Cette vérification peut se faire succinctement sous forme de questions orales, d'énumération des gestes à poser ou à partir d'observations faites avant ou pendant l'exécution de la tâche. Par le terme «tâche» on entend un acte complexe tel que: une évaluation respiratoire, une technique de soin, une tournée ventilatoire, un enseignement d'aérosol doseur, etc. Un autre rôle important du moniteur clinique consiste à assister l'étudiant lorsqu'il exécute une tâche. *Connaître théoriquement la procédure à suivre ne veut pas dire que l'élève sait la produire: l'action est essentielle à l'acquisition d'une connaissance pratique* (Barbeau, 1997). La surveillance devrait se faire de façon dégressive, c'est-à-dire de façon plus soutenue en début de stage jusqu'à une surveillance indirecte à la fin de ce même stage. La présence de l'inhalothérapeute est essentielle. D'abord à cause de sa responsabilité professionnelle de fournir des soins sécuritaires en tout temps et ensuite, pour assurer une qualité de formation. La partie de l'accompagnement la plus bénéfique pour l'étudiant est la rétroaction que fait l'inhalothérapeute sur l'exécution de la tâche (voir l'article sur le feedback en page 12). Cette rétroaction est nécessaire à l'apprentissage de l'étudiant. Revoir avec l'étudiant ses points forts, les points à améliorer contribuent énormément à modifier ses comportements, transférer des savoirs et utiliser de nouvelles informations essentielles pour atteindre la performance souhaitée en fin de stage.

### L'évaluation en stage

L'approche par compétences vise l'apprentissage dans l'action. Il est donc de mise de faire l'évaluation en milieu clinique au moment où l'étudiant exécute ces tâches. Comme le précise Louis (2004), *L'évaluation en situation authentique demande à l'élève de démontrer sa capacité à mettre en œuvre, dans un contexte réel, les savoirs, les savoir-faire et les attitudes qui sont nécessaires*

Tableau 2

Évaluation de la situation (jugement clinique)			Critères d'évaluation
Cueillette de données			
Repère <b>rarement</b> seul les principales données	Repère <b>régulièrement</b> les principales données mesurables <b>OU</b> observables	Repère <b>toujours</b> les principales données mesurables <b>ET</b> observables	Les indicateurs représentent des éléments observables du critère d'évaluation
Analyse des données			Échelle descriptive décrit le niveau de l'atteinte de l'indicateur, le niveau de performance
Analyse <b>rarement</b> juste des données ou de la situation	Analyse <b>régulièrement</b> juste des données ou de la situation	Analyse <b>toujours</b> juste des données ou de la situation	

«...l'enseignement clinique fait par les inhalothérapeutes est essentiel à la formation de la relève dans nos milieux de soins de santé.»

à la réalisation d'une tâche... La performance d'un étudiant lors de l'exécution d'une tâche en milieu clinique s'avère la situation la plus authentique par laquelle on peut apprécier le niveau de maîtrise d'une compétence. Autrement dit, c'est la performance de l'étudiant en action qui sera évaluée.

La composante observable d'une compétence (la performance),..., est complexe au point de présenter plusieurs dimensions, qu'il faut apprécier à leur juste valeur et d'une manière qualitative plutôt que quantitative (Scallon, 2004). Comme l'apprentissage est souhaité tout au long du stage, la rétroaction devrait être le centre de l'évaluation pendant le stage, une évaluation qu'on qualifie de formative. L'évaluation sommative du stage, celle par laquelle on décerne une note, devrait quant à elle traduire le niveau de performance de l'étudiant dans la dernière partie du stage.

D'après différents auteurs en sciences de l'éducation, les grilles d'évaluation élaborées avec des échelles descriptives (voir tableau 1) favorisent l'appréciation d'une performance dans une approche par compétences. Ces feuilles, qui peuvent prendre plusieurs formes, sont généralement conçues par les maisons d'enseignement et parfois même par les milieux de stage. À l'aide de ces outils, l'inhalothérapeute peut, par son jugement professionnel, qualifier le niveau de la performance qu'il observe. Ils permettent l'évaluation et la rétroaction souhaitées en milieu de stage.

Dans la feuille citée en exemple au tableau 2, pour être en mesure d'évaluer correctement la situation, l'étudiant devrait être capable de repérer les données mesurables (fréquence respiratoire, saturation, pouls, tension artérielle, etc.) et les données observables (position du patient, dyspnée, patron ventilatoire, tracé électrocardiographique, etc.). Si l'étudiant le fait sans oublier de données, sauf à quelques exceptions, l'inhalothérapeute devrait choisir la boîte de droite: **Repère toujours les principales données.** Si, par contre, l'étudiant oublie toujours une ou l'autre donnée importante dans l'évaluation de la situation chez le patient, l'inhalothérapeute devrait choisir la boîte de gauche: **Repère rarement seul les principales données.** La feuille d'observation remplie par l'inhalothérapeute devient alors un outil de communication permettant à l'étudiant de constater l'appréciation de sa performance. Par contre, l'apprentissage à travers l'évaluation prend son sens lorsque l'inhalothérapeute justifie son choix à l'étudiant. Que cette rétroaction soit faite verbalement suivant l'action ou qu'elle soit faite par écrit à la toute fin d'un quart de travail, elle est très bénéfique pour l'étudiant. Pour Butler et Winne (1995), la rétroaction permet à l'étudiant de confirmer, d'ajouter, d'ajuster ou de restructurer d'autres informations contenues dans sa mémoire.



### Conclusion

En conclusion, l'enseignement clinique fait par les inhalothérapeutes est essentiel à la formation de la relève dans nos milieux de soins de santé. La vérification des connaissances, la supervision dans l'exécution, la rétroaction et l'évaluation sont des tâches d'enseignement nécessaires à l'apprentissage. C'est en présence d'inhalothérapeutes experts dans leur secteur d'activité que les étudiants pourront développer des compétences jusqu'au seuil d'entrée sur le marché du travail pour devenir les experts inhalothérapeutes de demain. ✨

### Bibliographie

- BARBEAU, D., MONTINI, A., ROY, C. 1997, *Tracer les chemins de la connaissance*, Montréal, Association québécoise de pédagogie collégiale (AQPC), p.251-290.
- BENNER, P. 1984, *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*, Menlo Park: Addison-Wesley, p.13-34.
- BUTLER, D.L., et WINNE, P.H., 1995, "Feedback and Self-regulated Learning: a Theoretical Synthesis", *Review of Educational Research*, Vol. 65, N° 3, p. 245-281.
- LOUIS, R., 2004, *L'évaluation des apprentissages en classe*, Montréal, Beauchemin, 212 p.
- SCALLON, G., 2004, *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences*, St-Laurent, Édition du renouveau pédagogique, 342 p.
- TARDIF, J., 1992, *Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive*, Montréal, Les Éditions Logiques, p.25-95.



“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: rcrpro@sympatico.ca  
pages.globetrotter.net/rcrpro/

Membre de l'Alliance québécoise pour la santé du cœur

# Le *feedback* (ou rétroaction): un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique

par **Heather V. O'Brien, Meredith B. Marks**, Université d'Ottawa, **Bernard Charlin**, Université de Montréal

Source: *Pédagogie Médicale*, 2003; 4: 184-191.

**Messages clés** • Pour les éducateurs, donner du *feedback* aux étudiants représente une habileté complexe mais nécessaire. • Il y a *feedback* lorsque l'étudiant reçoit de l'information concernant une de ses actions et qu'il utilise cette information pour modifier son approche de la tâche. • Sans *feedback* l'apprentissage est retardé; les étudiants peuvent s'ancre dans de mauvaises habitudes et abandonner sans le savoir des modalités d'action pertinentes. • Un *feedback* efficace est donné en temps voulu. Il porte sur des comportements spécifiques et remédiables, il implique l'étudiant et il identifie à la fois les forces et les faiblesses. Il est objectif sans porter de jugement de valeur et il offre des suggestions de changement. • Donner du *feedback* implique toujours un respect de l'étudiant. • Le *feedback* n'est pas une habileté innée. Il peut s'apprendre. Avec un peu de *feedback* vos habiletés de *feedback* peuvent s'améliorer.

**Key learning points** • Presenting *feedback* to learners is a complex but necessary skill for educators. • *Feedback* occurs when a learner is provided with information regarding an action and then uses that information to modify their approach to a task. • Without *feedback* learning is delayed; learners may refine bad habits and unknowingly abandon effective practices. • Effective *feedback* is provided in a timely manner, focuses on specific behaviours that are remediable, involves the learner, identifies both strengths and weaknesses, is objective and non-judgmental, and offers suggestions for change. • When providing *feedback*, always maintain respect for the learner. • *Feedback* is not an innate skill; it can be learned. With a little *feedback* your *feedback* skills can improve.

## Introduction

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 éducationnelle, la pratique de la médecine est souvent vue comme étant l'application d'un ensemble de savoirs, d'habiletés et d'attitudes.

Les interrelations de ces trois domaines sont complexes. De ce fait, pour analyser et optimiser les pratiques cliniques d'un étudiant en formation, il est nécessaire de recourir à des stratégies et à des techniques d'intervention pédagogique variées. L'observation directe par un enseignant d'un étudiant en situation de pratique clinique réelle offre l'opportunité d'apprécier les forces et les faiblesses de l'étudiant et de lui retourner cette information. Cette capacité de donner du *feedback* (ou rétroaction) est une des composantes essentielles de l'éducation en milieu clinique.

Les activités de soins spécifiques au lit du malade constituent le support principal de la formation en milieu clinique. Dans

cet environnement les enjeux sont importants, tant pour les enseignants que pour les étudiants. Les soins aux patients sont au centre de notre mission et la sécurité du patient doit toujours être notre priorité. Les étudiants apprennent sur un mode expérientiel en prenant des décisions et en intervenant, tout en observant les conséquences de leurs actions. Ils ont certes des capacités d'autoévaluation, mais ils ont soif de *feedback* pour être rassurés et, le cas échéant, réorientés quant à leur progression dans la bonne direction.

Chacun d'entre nous enseigne dans des microcosmes au sein de l'environnement académique. Il n'est pas facile de retrouver dans la littérature pédagogique les informations répondant de façon pertinente et spécifique aux problèmes singuliers que nous avons à résoudre. Les caractéristiques des étudiants, les méthodes d'enseignement employées et les contextes professionnels varient considérablement. Il arrive que nous travaillions à côté d'un étudiant et en interaction directe avec lui pendant une période prolongée; il arrive également que nous

«Les soins aux patients sont au centre de notre mission et la sécurité du patient doit toujours être notre priorité. Les étudiants apprennent sur un mode expérientiel en prenant des décisions et en intervenant, tout en observant les conséquences de leurs actions. Ils ont certes des capacités d'autoévaluation, mais ils ont soif de feedback pour être rassurés et, le cas échéant, réorientés quant à leur progression dans la bonne direction.»

interagissions ponctuellement avec de nombreux apprenants, en n'ayant que de rares occasions de travail prolongé avec chacun d'entre eux. Ces conditions variables de la pratique éducative en contexte clinique créent des difficultés pour donner du *feedback*. Cependant des principes généraux prenant en compte les exigences d'un *feedback* efficace peuvent être aisément adaptés à pratiquement toutes les situations d'enseignement.

L'objectif de cet article est de mettre l'accent sur la valeur pédagogique du *feedback* donné sur une base régulière, de présenter les composantes du *feedback* efficace, telles qu'elles ont été développées et codifiées dans la littérature et, sur la base des données probantes actuellement disponibles, de formuler des recommandations pour donner un *feedback* efficace.

### Qu'est-ce que le *feedback*? Pourquoi est-il important?

Le concept de *feedback* a été énoncé pour la première fois dans les années 40. Le terme désignait un processus de recueil d'informations concernant le mouvement de fusées et la transmission en retour de cette information, dans un format utilisable, vers le système de programmation des trajectoires ultérieures du projectile. Apparue dans le champ de l'ingénierie, le concept fut ensuite extrapolé pour devenir le fondement d'une science plus large, la cybernétique<sup>1</sup>. Dans les années 70, on assista à la transposition du concept de *feedback* dans des domaines très divers, incluant le monde des affaires et celui de la médecine<sup>2-5</sup>. La notion de boucle courte, au sein de laquelle se succèdent l'action, l'observation, l'interprétation et la redirection, caractérise fondamentalement le processus de *feedback*, qui peut être appliqué à tout scénario dans lequel le but visé est un changement de comportement.

En éducation médicale, le terme *feedback* fait référence à un message spécifique, basé sur l'observation de l'étudiant en train d'effectuer une tâche professionnelle, fourni par l'enseignant et communiqué à l'étudiant dans l'intention de l'informer et de lui offrir une opportunité pour améliorer sa performance dans les tâches ultérieures. Le *feedback* résulte de la fourniture à un étudiant d'un éclairage sur ce qu'il ou elle vient d'effectuer, ainsi que sur les conséquences de ses actions<sup>6</sup>. Le *feedback* consiste à observer et rediriger, dans un cycle continu d'essais — erreurs. L'étudiant entreprend une action, dans une situation donnée, avec l'intention d'obtenir un résultat particulier (faciliter la communication, recueillir de l'information diagnostique, développer

un diagnostic différentiel, mettre en route un traitement, etc.). Le rôle de l'enseignant consiste à fournir à l'étudiant un point de vue objectif à l'égard de ce qu'ont été ses actions réelles et des conséquences prévisibles de ces actions<sup>6</sup>. L'introspection développée par l'étudiant, guidée autant que nécessaire par l'enseignant, l'aide à comprendre comment ses futures actions devront être modifiées pour produire les résultats désirés.

Dans cet article, le terme *feedback* désigne le *feedback* formatif, qui diffère du *feedback* sommatif. Le *feedback* formatif, tout comme l'entraînement sportif, est fourni tout au long du cheminement vers le but. À l'opposé, le *feedback* sommatif est fourni après l'action. Il est utilisé aux fins d'attribution de notes, de rang de mérite, de certification ou pour délivrer un droit d'exercice. Utilisé isolément, le *feedback* sommatif prive l'étudiant de l'opportunité de modifier ses pratiques dans le cadre d'un processus continu.

Les termes de *feedback* efficace et de *feedback* inefficace font référence à la façon dont le message est transmis. Le *feedback* efficace (le «bon» *feedback*, le *feedback* bénéfique) guide l'étudiant vers le but désiré, tandis que le *feedback* inefficace (le «mauvais» *feedback*, le *feedback* délétère) peut produire l'effet inverse. Ces termes sont différents de ceux de *feedback* positif (ou de renforcement) et de *feedback* négatif (ou correctif) qui eux concernent, dans le

processus du *feedback*, les conséquences du comportement de l'étudiant.

Le *feedback* efficace procure de nombreux bénéfices, tant à l'étudiant qu'à l'enseignant. Il aide l'étudiant à définir ses attentes, à évaluer ses apprentissages, à agir sous supervision et, en fin de compte, à améliorer sa performance. Le fait de générer du *feedback* bénéficie aussi à l'enseignant en lui permettant de modifier son style et ses contenus d'enseignement pour s'adapter aux besoins individuels des étudiants.

En conséquence, le *feedback* contribue à créer un climat de préoccupation et d'intérêt sincères envers le développement de l'étudiant. Le bon *feedback* incite l'étudiant à se sentir responsable et fier de ce qu'il sait et de ce qu'il sait bien faire, à entreprendre les actions nécessaires pour combler les lacunes de ses connaissances et à approfondir la compréhension de son champ d'étude. La capacité à donner adéquatement du *feedback* a été identifiée comme étant une des caractéristiques des enseignants cliniciens experts<sup>7</sup>.



...

•••

À l'inverse, l'incapacité à procurer du *feedback* peut avoir des conséquences négatives. Nos étudiants peuvent ne pas percevoir leurs erreurs, construire des conceptions erronées et développer de mauvaises habitudes. Leur progression est ralentie quand leurs faiblesses ne sont pas identifiées en temps voulu. Les étudiants peuvent aussi ne pas prendre conscience de la qualité de leurs réalisations et abandonner ainsi sans le savoir des façons de faire efficaces. Sans *feedback*, les étudiants risquent peu à peu de se satisfaire de critères moins objectifs et moins exigeants et graduellement de rejeter délibérément toute source d'évaluation externe, alors même qu'ils ne sont pas encore devenus autonomes.

Les étudiants ont souvent du mal à reconnaître que du *feedback* leur a été donné, surtout si le *feedback* n'a pas été identifié explicitement comme tel par le superviseur<sup>8</sup>. Il a été montré que les superviseurs perçoivent plus facilement que leurs étudiants qu'un *feedback* spécifique, bien conçu, a été donné en temps voulu<sup>9</sup>. Au sein d'un groupe de résidents de médecine interne interrogés par

À l'opposé, certains enseignants formulent des critiques ou des louanges si excessives qu'elles en deviennent non crédibles et sont de ce fait rejetées par les étudiants. Par ailleurs même un *feedback* bien intentionné, s'il est mal donné, peut amener l'étudiant à penser qu'un jugement de valeur est porté sur sa personnalité ou à croire que ses pensées, opinions et contributions ont été négligées ou rejetées.

L'art de donner un *feedback* efficace n'est pas inné mais peut en revanche s'apprendre. Comme pour la plupart des compétences d'enseignement, le confort découle de la maîtrise d'habiletés et la maîtrise requiert une pratique régulière.

### Recommandations

#### **pour la délivrance d'un *feedback***

En 1983, Jack Ende a publié dans le *JAMA* son article princeps intitulé *Feedback in Clinical Medical Education*<sup>6</sup>. Vingt ans plus tard il demeure difficile de trouver un article important sur le thème du *feedback* qui ne cite pas ce travail. Dans son article il définit le rôle du *feedback* en éducation médicale et émet un

## «L'art de donner un *feedback* efficace n'est pas inné mais peut en revanche s'apprendre.»

questionnaire quant à l'existence d'un *feedback*, 80 % d'entre eux ont rapporté qu'ils n'avaient jamais ou peu fréquemment reçu du *feedback* alors même qu'ils en avaient reçu régulièrement<sup>10</sup>. Pour autant, il faut admettre qu'un *feedback* n'est pas toujours donné régulièrement par les superviseurs cliniques<sup>7, 8</sup>. Ceci n'est pas propre au domaine de la formation médicale. Des problèmes similaires ont été décrits dans d'autres disciplines<sup>11, 12</sup>. Les superviseurs, que ce soit dans les milieux cliniques ou non, se sentent volontiers mal à l'aise pour faire face aux émotions qui peuvent apparaître lorsque le *feedback* est donné. La plupart des enseignants appréhendent de dire à leurs étudiants que leurs pratiques sont incorrectes, de peur de heurter leur sensibilité. Ils se sentent d'ailleurs souvent tout aussi maladroit pour féliciter leurs étudiants. Afin de ne pas se trouver confrontés eux-mêmes aux conséquences de la charge affective induite par le *feedback*, bien des superviseurs évitent inconsciemment d'affronter les exigences requises pour donner du *feedback* et choisissent de ne pas en donner du tout<sup>11, 13</sup>.

ensemble clair de recommandations pour donner un *feedback* efficace. Il faut noter qu'en 1983, Ende ne fournissait pas de preuve pour étayer ses recommandations. Les éléments de preuve, issus des travaux d'autres auteurs<sup>11, 12</sup>, sont arrivés plus tard.

L'efficacité des techniques de *feedback* proposées dans la littérature a été démontrée dans des situations réelles. Par exemple, il a été demandé aux participants d'un atelier consacré aux habiletés de communication d'identifier des exemples de *feedback* utile ou inutile reçus pendant la formation<sup>14</sup>. Les caractéristiques de l'un et l'autre ont été évaluées à la fois quantitativement et qualitativement.

Cette étude concernait des enseignants cliniciens qu'on pouvait supposer plus réceptifs que d'autres apprenants à recevoir du *feedback*. Cependant, ils étaient clairement placés dans un rôle d'apprenant et étaient activement engagés dans l'acquisition de nouvelles habiletés. Le *feedback* évalué dans cette étude était donc bien fourni dans un contexte d'apprentissage authentique. Les résultats de l'étude accréditent tout à fait

l'efficacité des techniques de *feedback* identifiées dans la littérature et que nous résumons ci-dessous.

Lorsqu'on songe à donner du *feedback*, six questions méritent d'être prises en considération:

### **1. Suis-je la personne appropriée pour donner ce *feedback*?**

Le *feedback* peut être fourni par quiconque ayant l'expérience de la situation d'apprentissage (et de ce qu'elle représente comme défi pédagogique) et ayant été en position d'observer attentivement la performance de l'étudiant. L'information sera par ailleurs d'autant mieux reçue par l'étudiant qu'il vous percevra comme étant une source fiable ayant des intentions sincères envers lui. Il n'est pas acceptable de fournir du *feedback* hors de votre domaine d'expertise ou lorsque vous n'êtes pas directement impliqué dans la situation. En revanche, toute personne qui contribue à l'évaluation sommative de l'étudiant a la responsabilité de veiller à ce qu'un *feedback* formatif approprié soit fourni en quantité et qualité suffisante pendant la période qui précède cette évaluation.

### **2. Sur quel point particulier le *feedback* doit-il porter?**

Le *feedback* doit se concentrer particulièrement sur les comportements de l'étudiant qui sont observables et qui peuvent être comparés à des buts ou des standards de pratique bien établis. Idéalement le *feedback* est basé sur ce que vous avez observé directement vous-même. Il faut être certain que les observations et les informations utilisées pour donner le *feedback* sont valides et qu'elles peuvent être comparées à des standards de pratique appropriés.

Votre *feedback* devrait porter exclusivement sur les comportements qui sont remédiables. Il n'y a aucun intérêt à identifier des détails qui ne peuvent être modifiés. Par exemple, en discutant la façon dont un étudiant communique avec les patients, il est inutile de faire des commentaires sur le caractère haut perché de la voix de l'étudiant. Ce n'est pas quelque chose qu'il peut changer. Cette information va contrarier l'étudiant et le rendre moins susceptible d'accepter des suggestions qui pourraient avoir un impact réel sur ses pratiques cliniques.

Le *feedback* correctif identifie un écart entre des comportements existants et des comportements attendus. Le *feedback* positif souligne les pratiques

•••

*Enfin, le patient en toute liberté!*

# Sans fil et ambulatoire

## AURA PSG

Imaginez un système de polysomnographie complet sans fil pour votre laboratoire du sommeil. Ou encore un appareil compact pour vos besoins ambulatoires... L'AURA PSG accomplit les deux à merveille! Vos patients dormiront mieux, vos techniciens et techniciennes adoreront sa simplicité et le médecin sera comblé par les rapports complets conçus par Grass-Telefactor.



- Enregistreur à 25 canaux
- Saturométrie intégrée
- Connexions intégrées à l'appareil
- Logiciel d'analyse et de scoring flexible et automatique
- Compact, léger et robuste
- Support technique 24/7
- Garantie à vie unique, limitée

Une gamme complète d'électrodes et d'accessoires est disponible, contactez-nous!

*Grass-Telefactor, pour saisir la vie...*



Sans-frais: 1-800-565-2216 (Canada seulement)  
Tel. (450) 651-7973 • Fax (450) 651-8087  
astromedcanada@astromed.com  
www.grass-telefactor.com

••• qui favorisent le but recherché. Les deux modalités de *feedback* permettent d'améliorer la performance de l'étudiant en contribuant à combler cet écart. Il peut également être utile de comparer la performance de l'étudiant avec ses performances passées dans cette tâche, avec sa performance dans d'autres tâches ou avec la performance de ses pairs<sup>15</sup>.

Il est souhaitable de limiter votre message aux faits et aux résultats réellement observés, sans présumer des intentions de l'étudiant. Il est, par exemple, fréquent de présumer que si un étudiant a négligé une donnée clinique importante c'est parce qu'il a oublié de la rechercher. En fait, la raison réelle pouvait être que l'étudiant n'avait pas les connaissances et les habiletés pour évaluer adéquatement ce patient. Il n'est pas correct de postuler arbitrairement la cause d'un comportement observé. Il convient plutôt de mettre l'accent sur la description de ce qui a été observé, pour explorer ensuite, avec l'étudiant, les raisons de son action et de ses conséquences.

Les commentaires généraux concernant l'intelligence de l'étudiant, ses qualités d'organisation, ses compétences ou ses attitudes sont rarement utiles s'ils ne sont pas rattachés à des actions ou à des événements spécifiques. De la même façon, l'expression de compliments globaux est beaucoup moins utile que l'identification d'actions qui ont eu des conséquences positives et qui méritent un renforcement.

Les traits de personnalité ne sont pas habituellement des objets de *feedback*, sauf s'ils se traduisent en comportements qui sont corrigibles ou qui méritent d'être renforcés.

### 3. Où et quand dois-je offrir du *feedback*?

Le *feedback* efficace fait partie des attentes légitimes de nos étudiants. Idéalement, les étudiants devraient rechercher les opportunités de *feedback* et ne pas subir ce dernier comme un rite nécessaire. Le *feedback* attendu, donné régulièrement, est moins susceptible de provoquer des réactions émotives et a plus de chance d'être perçu comme étant crédible.

Le *feedback* devrait être discuté à un moment approprié de façon à ce que l'enseignant et l'étudiant puissent tous deux se rappeler les détails de la performance analysée et les conséquences. Le *feedback* doit être donné aussitôt que possible après la période d'observation de l'étudiant. Il est efficace quand tous ceux

qui sont impliqués se souviennent des détails et avant que de fortes émotions ou une déconnexion de l'événement aient eu le temps de se produire.

Le moment du *feedback* est donc important. Il est cependant des circonstances où il vaut mieux délibérément le différer si l'enseignant et/ou l'étudiant ressentent de fortes émotions. Nous nous souvenons tous d'événements au cours desquels un étudiant a commis une erreur critique pendant une situation stressante, à un moment de surcharge de travail clinique. Quand l'étudiant fait face à une tâche qu'on ne juge pas soi-même particulièrement compliquée, le risque



est plus grand de se sentir insatisfait de l'étudiant. Dans ce genre de situation, nous avons tendance à évaluer la personnalité de l'étudiant plutôt que ses actions. C'est une situation rarement productive. De la même façon, si un étudiant est encore émotivement perturbé par un événement qui vient de se produire, il est souhaitable de lui donner du temps pour rassembler ses idées avant de lui offrir vos observations. Attendez donc un peu pour que vos émotions et celles de l'étudiant aient eu le temps de se calmer avant de donner du *feedback*, mais ne repoussez pas ce dernier indéfiniment.

Le *feedback* efficace doit être donné dans un environnement favorable. Le superviseur doit être perçu par l'étudiant comme un allié centré sur le but commun d'améliorer sa performance. Il n'est pas nécessaire que l'enseignant se force à apparaître comme un complice ou un pair, mais la fourniture du *feedback* devrait refléter la sagesse et l'expérience de l'enseignant,

sans accentuer indûment la différence de pouvoir et de statut entre l'enseignant et l'étudiant. Pour de multiples raisons, il y aura toujours des moments et des endroits qui n'apparaîtront pas idéaux, dans la perspective de l'un ou l'autre, pour donner du *feedback*. Il devrait toutefois être toujours possible d'offrir à l'étudiant un *feedback* approfondi, qui tienne compte du contexte émotif de l'étudiant dans une situation donnée.

### 4. Comment dois-je m'y prendre?

Il est nécessaire de travailler sur des buts communs en impliquant activement l'étudiant dans son propre *feedback*. Il doit être invité à donner ses appréciations à propos de ses actions, de leurs forces et de leurs faiblesses et sur la façon dont il pense pouvoir les améliorer dans la perspective des performances futures. Cette autoévaluation préalable prépare l'étudiant à recevoir l'évaluation d'un observateur extérieur sur ces mêmes actions. Demandez à l'étudiant comment il perçoit ses actions et leurs conséquences. Soyez préparé à l'écouter avec un esprit ouvert. C'est ce modèle d'ouverture d'esprit que les étudiants doivent incorporer pour pouvoir accepter le *feedback*.

Le *feedback* devrait porter sur la performance de l'étudiant par rapport à des buts prédéfinis, tels que les objectifs éducatifs de la période de stage. Les deux parties devraient partager les mêmes buts et valeurs. S'il y a un écart à ce niveau, il est probable qu'il faudra partager plus que de l'information; il faudra peut-être même parfois se résoudre à une approche de résolution de conflit. Stritter<sup>16</sup> suggère que le *feedback* formatif tout comme le *feedback* sommatif doivent faire explicitement partie du contrat d'apprentissage initial. Les étudiants devraient savoir qu'ils vont être évalués et ils ont le droit de savoir à quel moment exact ils vont l'être.

La quantité de *feedback* que l'on peut donner à un moment déterminé est limitée. Il y a une limite au nombre de messages qu'un étudiant peut enregistrer. Il est nécessaire de mettre l'accent sur les points les plus significatifs.

Si vous donnez régulièrement du *feedback*, vous aurez d'autres occasions pour formuler d'autres messages.

Ende<sup>6</sup> ne donne pas de recommandation précise sur la façon d'équilibrer *feedback* positif et *feedback* négatif pour optimiser l'impact sur l'étudiant. Un *feedback* négatif peut avoir l'effet désiré en réduisant les comportements non souhaitables, mais il

peut aussi augmenter le niveau d'anxiété de l'apprenant. Un enseignant qui utilise excessivement le *feedback* négatif va faire décroître la réceptivité de l'apprenant vis-à-vis du *feedback* ultérieur, érigeant ainsi une barrière à la communication. Un juste équilibre montre à l'apprenant que vous observez autant ses forces que ses faiblesses. Ce faisant, vous l'encouragerez à vous écouter plus attentivement.

Selon Stritter<sup>16</sup>, les commentaires négatifs sont habituellement mieux reçus s'ils sont accompagnés de commentaires positifs. Ses observations l'ont amené à proposer le concept de «*feedback sandwich*» dans lequel un point de *feedback* positif est suivi par un point de *feedback* négatif et ensuite coiffé d'une observation de renforcement positif, afin de terminer la session sur une note positive. Ce concept de «*feedback sandwich*» est devenu très populaire. D'autres auteurs considèrent cependant qu'une attitude aussi systématique devient trop prévisible de la part de l'étudiant qui, dans ce cas, peut négliger le *feedback* positif en raison de son côté convenu et se préoccu-

per uniquement de la tranche négative du sandwich<sup>17</sup>.

Un des concepts utiles de la littérature est celui du compte en banque émotif<sup>15</sup>. En tant qu'enseignant, vous pouvez faire des dépôts sur le compte de l'étudiant en lui offrant du *feedback* positif de renforcement. Vous êtes alors autorisé à effectuer des retraits sous forme de critique correctrice tout en veillant sur le solde de votre compte avec l'apprenant. Un solde suffisant vous permettra de faire des retraits isolés, en prenant garde à tout moment à ne pas amener votre compte dans la zone négative.

Le *feedback* devrait être formulé en utilisant un langage précis et objectif. Il devrait se limiter à une évaluation neutre et objective de la performance, dans le but d'améliorer les habiletés professionnelles. Le *feedback* ne vise ni à susciter une réponse émotive de l'étudiant, ni à critiquer sa valeur personnelle. Formulé adéquatement, il est purement descriptif et ne juge pas. Si des éléments subjectifs doivent être émis, ils devraient l'être en utilisant des phrases du genre «J'ai

observé que...» ou «il m'apparaît que...». Ceci permet au récepteur du *feedback* de se rendre compte que l'impact de son comportement peut être différent de celui qu'il ou elle espérait avoir ou pensait avoir eu, sans avoir le sentiment d'avoir été jugé.

Ce qui manque manifestement dans les recommandations formulées par Ende<sup>6</sup>, c'est la notion que les enseignants donnant du *feedback* devraient y inclure des suggestions pour permettre une amélioration. Les auteurs ultérieurs ont démontré cette nécessité, ainsi que celle de recommandations de lectures utiles et de propositions concernant ce que l'étudiant devrait essayer la prochaine fois pour mieux faire. Une étude au moins montre clairement que l'inclusion de suggestions de changement est associée à une perception par les apprenants que le *feedback* est utile<sup>14</sup>. La littérature suggère donc de se sentir libre d'indiquer des directions, de suggérer des articles à lire, de stimuler, c'est-à-dire d'enseigner, tout simplement!

...



## L'ASSURANCE D'EN AVOIR PLUS

Jour après jour, vous donnez le meilleur de vous-même à de nombreux patients.

Et, quotidiennement, La Capitale assurances générales est heureuse de vous en offrir PLUS en protégeant les activités professionnelles des membres de l'OPIQ.

Pour en savoir davantage sur votre programme d'assurance, n'hésitez pas à appeler un de nos agents.

Partenaire  
de votre  
programme  
d'assurance  
responsabilité  
professionnelle

**1 800 644-0607**

**La Capitale**  
assurances générales

CHIFFRE EN ASSURANCE DE DOMICILE



Lorsque vous et votre étudiant convenez qu'un domaine de pratique requiert des améliorations et que des suggestions correctives sont suggérées, il faut idéalement renseigner l'étudiant quant aux résultats de ses efforts ultérieurs en assurant un suivi. Ceci permet de s'assurer que l'étudiant corrige ses faiblesses, tout en lui faisant percevoir l'importance que vous placez dans la qualité de son apprentissage clinique.

Suggérer des solutions alternatives pour atteindre les résultats désirés est une manière de donner du *feedback* négatif d'une façon positive. Par exemple, «Une autre façon de faire cela pourrait avoir été de...». Le questionnement peut être utilisé comme technique pour amener l'apprenant à réfléchir sur les conséquences de ses actions. Par exemple: «Y a-t-il un effet secondaire de ce médicament qui pourrait rendre son utilisation dangereuse dans cette situation?»

Le superviseur qui donne du *feedback* devrait toujours vérifier si le message a bien été émis et compris. Le langage non verbal peut à cet égard être trompeur. Un hochement de tête peut être interprété comme de l'impatience, plutôt que comme un accord et une compréhension. Il est donc utile de demander à l'étudiant qui reçoit du *feedback* de réémettre le message à votre intention, de l'encourager à reconnaître les comportements qui demandent à être modifiés et de se commettre sur la façon dont il compte s'y prendre et sur son engagement à le faire.

### 5. À quelle réponse émotionnelle dois-je m'attendre?

En dépit des meilleures intentions de l'enseignant et de l'apprenant, tant qu'une



## 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.

certaine expérience n'a pas été accumulée d'un côté comme de l'autre, le *feedback* est habituellement donné et reçu avec un certain degré d'anxiété et d'incertitude. Il est des situations dans lesquelles il faut une grande dose d'habileté pour fournir un *feedback* sans en limiter l'efficacité en engendrant une réaction défensive chez l'apprenant.

Si votre personnalité vous incite à aller rapidement au fond des choses, méfiez-vous. Une critique pertinente et précise n'autorise pas pour autant à prononcer une condamnation incisive. Votre autorité en tant que membre du corps professoral s'accompagne de la responsabilité de traiter respectueusement les étudiants en toute occasion. Si votre message est teinté d'affectivité et camoufle une intention cachée de punition, de menace, d'intimidation ou d'affirmation de votre statut au détriment de l'étudiant, mieux vaut vous abstenir.

Nos étudiants sont parfois, avec plus ou moins d'intensité, désappointés lorsque leurs efforts ne produisent pas les résultats qu'ils espéraient obtenir. Ende<sup>6</sup>, dans son article, ne fournit pas de sug-

gestion sur la façon de se comporter face aux réponses émotionnelles de nos étudiants. Quelques-uns vont nier la véracité des observations, rejeter le blâme sur d'autres, chercher d'excellentes raisons expliquant pourquoi leur travail n'est pas idéal ou même réagir avec colère envers l'enseignant qui donne le *feedback*. Si les principes d'un *feedback* efficace sont suivis, ces tactiques défensives devraient être limitées. En fait, le *feedback* peut même intégrer les émotions négatives de l'apprenant, les mettre en perspective et ultimement les réorienter vers des résultats positifs.

Lorsque l'étudiant devient résistant ou défensif, certaines techniques permettent malgré tout de tirer le meilleur parti de la situation. Commencez par identifier explicitement l'inconfort apparent du résident et par lui proposer d'en explorer le motif ensemble. Mettez l'accent sur les points positifs, sans esquiver les éléments négatifs.

Décomposez les observations qui posent problème en explicitant leurs différents éléments et encouragez les résidents à s'approprier une part du problème tout au moins. Négociez l'acceptation de petites zones de contentieux. Prenez du temps pour examiner les différents éléments individuellement puis regroupez-les et laissez la responsabilité à qui elle appartient.

### 6. Comment puis-je m'améliorer pour mieux donner du feedback?

Nous assistons, dans le monde universitaire, à un intérêt croissant voire à un enthousiasme à propos de l'incorporation du *feedback* efficace dans nos activités d'enseignement. Peut-être est-ce parce qu'en tant que cliniciens enseignants nous nous rendons souvent compte que la nécessité de délivrer davantage de «bon» *feedback* se heurte à notre impréparation pour en fournir. Peu d'enseignants reçoivent une formation formelle sur le *feedback*, de sorte que notre inconfort est très compréhensible. Pour satisfaire ces besoins de formation perçus, des ateliers portant sur l'art de donner du *feedback* ont proliféré dans les milieux universitaires<sup>18, 19</sup>. Lors de ces ateliers dispensés sous forme de sessions interactives, les participants reçoivent habituellement des informations sur le *feedback*, sont ensuite amenés à exercer leurs habiletés puis reçoivent eux-mêmes un *feedback* donné par leurs pairs. Les organisateurs de ces ateliers pensent généralement que ...

# L'HÉMOGLOBINE TOTALE SOUS UN NOUVEAU JOUR

Avec le système rainbow SET de Masimo



INSTALLEZ LE CAPTEUR

OBTENEZ DES RÉSULTATS IMMÉDIATS



## NOUVELLE MÉTHODE NON EFFRACTIVE POUR LA SURVEILLANCE CONTINUE ET EN TEMPS RÉEL DE L'HÉMOGLOBINE GRÂCE AU SYSTÈME RAINBOW SET DE MASIMO

La méthode non effractive du système Rainbow SET de Masimo pour la surveillance continue et en temps réel de l'hémoglobine et de l'anémie, vous permet de suivre plus facilement l'évolution de l'état de santé des patients et de réduire les coûts liés aux soins médicaux. En effet, moins d'analyses et de transfusions sanguines sont nécessaires et le taux de morbidité due aux transfusions sanguines est moins élevé puisque les transfusions sont plus précises.

Associé à la lecture de l'hémoglobine non effractive, Masimo Rainbow SET permet aussi de mesurer PM – une nouvelle méthode non effractive d'évaluation automatique de l'état du volume des liquides du patient – ainsi que la carboxyhémoglobine (SpCO), la méthémoglobine (SpMet) et l'oxymétrie de pouls – Gold Standard – performant malgré le mouvement et la basse perfusion, Masimo SET.

Pour connaître les raisons pour lesquelles le système Rainbow SET de Masimo est le choix le plus sûr pour votre établissement et vos patients, appelez le 1-800-228-0043 ou visitez le site [www.masimo.com](http://www.masimo.com).

© 2008 Masimo Corporation. Masimo, Rainbow, SET, SpO2, SpHb, SpHct, SpHbct, SpHb, SpMet, SpCO et données de données de Masimo Corporation. Tous droits réservés.



## 1. Vous êtes la personne appropriée pour offrir du feedback si :

- vous avez observé l'étudiant;
- vous possédez l'expertise requise dans le domaine;
- vous êtes responsable de l'évaluation de l'étudiant.

## 2. Vos messages de feedback devraient :

- se référer à des comportements observables;
- se référer à des comportements remédiables;
- être basés sur de l'information valide et complète;
- offrir du feedback aussi bien positif que négatif;
- être libres de toute intention préconçue;
- être spécifiques.

## 3. Votre feedback devrait être offert :

- sur une base fréquente et régulière;
- à un moment approprié;
- après que les émotions sont retombées;
- dans un environnement privé et serein.

## 4. Lorsque vous offrez du feedback, vous devriez :

- impliquer l'étudiant;
- vous assurer d'un accord quant aux buts et aux objectifs;
- limiter sa quantité;
- donner un feedback équilibré;
- utiliser un langage objectif, qui ne porte pas de jugement à l'égard des personnes;
- identifier explicitement les commentaires subjectifs;
- offrir des suggestions;
- vérifier la compréhension du feedback.

## 5. Pour amortir l'impact émotionnel du feedback, vous devriez :

- Savoir identifier la présence d'une réponse émotive;
- Montrer votre respect de l'apprenant;
- Être respectueux de ses sentiments.

## 6. Pour approfondir votre intérêt envers le feedback, vous devriez :

- rechercher des ateliers;
- solliciter du feedback sur votre feedback;
- vous entraîner;
- partager vos connaissances, vos habiletés et votre enthousiasme;
- continuer à en donner.

- les participants assimilent rapidement les principes généraux du feedback efficace durant les parties interactives de l'atelier. Les évaluations faites par les participants confortent cette hypothèse<sup>18, 20</sup>. Les observateurs externes notent également

que les enseignants formés donnent un meilleur feedback mais la différence notée chez ceux qui ont reçu une formation spécifique est cependant moindre que celle qui est perçue par les participants des ateliers<sup>19, 21</sup>.

La formation professorale à l'égard du feedback représente un domaine de recherche potentiellement riche, mais peu exploré. Le développement de questions de recherche appropriées pour évaluer les bénéfices des activités de formation professorale en matière de feedback constitue un défi en lui-même. Le premier obstacle à franchir concerne le choix des critères d'efficacité à appliquer pour ces ateliers. Devrions-nous demander aux participants s'ils ont amélioré leur façon de donner du feedback? Devrions-nous interroger ceux qui reçoivent leur feedback? Les commentaires anecdotiques, les taux de satisfaction et les questionnaires d'autoévaluation sont intéressants mais subjectifs et ils ne fournissent pas des preuves incontestables d'efficacité. Quels outils devons-nous utiliser? Les évaluations standardisées en situation d'enseignement simulée constituent des mesures objectives. Les enregistrements de rencontres qui sont ensuite cotées par un ou plusieurs évaluateurs sur des grilles préélaborées sont également des moyens de mesure intéressants. Ces deux types de mesures basées sur la performance sont cependant onéreux et exigent du temps pour être réalisées. La plupart de ces mesures présentent également l'inconvénient d'être sujettes au biais d'apprentissage «prétest-post test». Il reste encore beaucoup de choses à apprendre sur la façon d'administrer un feedback efficace et sur les méthodes optimales pour faire acquérir ces habiletés aux enseignants des milieux cliniques. Les personnes intéressées par la recherche en formation professorale devraient entreprendre des projets de recherche sur ces thèmes.

En dépit de la relative rareté de données probantes concernant le feedback efficace, l'atelier apparaît comme un des moyens les plus accessibles pour faciliter l'acquisition des habiletés de feedback. Les éducateurs intéressés sont encouragés à participer à des ateliers portant sur ce thème au sein de leur faculté, de leur association de spécialité ou au sein des forums d'éducation médicale. 🍁

**Reproduit avec autorisation.**

## Références

- 1 WEINER, N. *The human use of human being: Cybernetics and Society*, Boston, Houghton Mifflin Co, 1950, p. 71.
- 2 KLEIN, RH, BABINEAU, R. Evaluating the competence of trainees: it's nothing personal. *Am J Psychiatry*, 1974; 131: 788-91.
- 3 HANSON, PG. Giving feedback : an interpersonal skill, *The 1975 Annual Handbook for Group Facilitators*, San Diego (CA), University Associates Publishers, 1975.
- 4 FREIDSON, E: Preface in: BUCHER, R, STELLING JD (eds): *Becoming Professional*, Beverly Hills (CA), Sage Publications Inc. 1977: 12.
- 5 NADLER, DA: *Feedback and Organization Development; Using Data-Based Methods*. Reading Mass Addison-Wesley Pub Co Inc., 1977.
- 6 ENDE, J. Feedback in Medical Education. *JAMA*, 1983; 250: 771-81.
- 7 WRIGHT, SM, KERN, DE, KOLODNER, K, HOWARD, DM, BRANCATI, FL. Attributes of excellent attending physician role models. *N Engl J Med*, 1998; 339 : 1986-93.
- 8 IRBY, DM. What clinical teachers in medicine need to know. *Acad Med*, 1994; 69 : 333-42.
- 9 ILGEN, DR, PETERSON, RB, MARTIN, BA, BOESCHEN, DA. Supervisor and subordinate reactions to performance appraisal sessions. *Organizational Behavior and Human Performance*. 1981; 28 : 311-30.
- 10 ISAACSON, JH, POSK, LK, LITAKER, DG, HALPERIN, AK. Resident perceptions of the evaluation process. *Society of General Internal Medicine. J Gen Intern Med*. 1995; 10(suppl): 89.
- 11 MANZONI, JF. A better way to deliver bad news. *Harvard Business Review*. 2002 (Sept): 114-9.
- 12 BURON, RJ, MCDONALD-MANN, D. *Giving feedback to subordinates, Ideas into action guidebooks*. Center for Creative Leadership. 2001.
- 13 SPICKARD, A. Words hard to say and hard to hear. "May I give you some feedback." *J Gen Int Med*, 1998; 13: 142-3.
- 14 HEWSON, MG, LITTLE, ML. Giving Feedback in Medical Education :Verification of Recommended Techniques. *J Gen Intern Med* 1998; 13 : 111-6.
- 15 LATTING, JK. Giving Corrective Feedback: A Decisional Analysis. *Social Work*, 1992; 37 : 424-30.
- 16 STRITTER, FT, BAKER, RM, SHAHADY, EJ. *Clinical Instruction*. McGaghie WC & Frey JJ, *Handbook for the Academic Physician*, New York: Springer-Verlag, 1986.
- 17 WEITZEL, SR: *Feedback That Works: How to Build and Deliver Your Message, An Ideas Into Action Guidebook*. Greensboro NC: Center For Creative Leadership, 2000.
- 18 O'BRIEN, HV. Unpublished Data. 1999.
- 19 STONE, S, MAZOR, K, DEVANEY - O'NEIL, S, STARR, S, FERGUSON, W, WELLMAN, S, JACOBSON, E, HATERN, D'S, QUIRK, M. Development and implementation of an objective structured teaching exercise (OSTE) to evaluate improvement in feedback skills following a faculty development workshop. *Teach Learn Med*, 2003; 15: 7-13.
- 20 BRUKNER, H, ALTKORN, DL, COOK, S, QUINN, MT, MCNABB, WL: Giving effective feedback to medical students: a workshop for faculty and house staff. *Med Teach*, 1999; 21: 161-5.
- 21 DUNNINGTON, GL, DA ROSA, D. A prospective randomized trial of a residents-as-teachers training program. *Acad Med*, 1998; 73: 696-700.

## L'Ordre y était

- Comité directeur du forum des syndicats du CIQ
- Journée des syndicats CIQ
- Conférence téléphonique de la Société canadienne des anesthésiologistes (SCA) relative à l'assistance anesthésique
- Rencontre du comité restreint de l'Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire
- Rencontre avec l'Office des professions/Entente France-Québec sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles
- Rencontre avec la SCA; comité pour la définition de l'assistant anesthésique
- Premier congrès canadien annuel de pneumologie
- Rencontre avec le Collège des médecins
- Rencontre du Comité des directeurs de l'inspection professionnelle du Forum de l'inspection du CIQ
- Organisation et présentation: journée de l'entrevue orale structurée (EOS), en collaboration avec le Collège des médecins du Québec

### des livres et vous



#### Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse

Agence de la santé publique du Canada et l'Association pulmonaire, 2007, 6<sup>e</sup> édition, ISBN 978-0-662-45956-9, 496 p.

Vous avez accès à ce livre en format PDF au lien suivant: <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tbstand07-fra.php>. Si vous désirez obtenir un exemplaire par support papier, veuillez communiquer avec l'Association pulmonaire. Des frais d'expédition peuvent devoir être payés. Source: *L'actualité médicale*, Vol. 29, N° 14, 23 mai 2008, p. 37.



#### Médecine alternative

Clinique Mayo, Broquet, 2008, 191 p. ISBN-10: 2890008703.

Prix: 24<sup>95\$</sup>

Guide pour intégrer de façon sécuritaire des thérapies parallèles dans la vie quotidienne. Information sur les derniers développements tant positifs que négatifs de la médecine naturelle et holistique. Conseils de spécialistes pour traiter les maux courants et mises en garde sur les thérapies et suppléments naturels à base de plantes, les vitamines, les minéraux, l'acupuncture ou encore le yoga.



#### Le mystère alzheimer

Gendron, M. Les éditions de l'Homme, 2008, 320 p. ISBN-10: 2761925254.

Prix: 27<sup>95\$</sup>

Ce livre saura répondre aux questions liées à la maladie d'Alzheimer. On y aborde entre autres le fonctionnement du cerveau, l'évolution de la maladie, les divers degrés de dégénérescence, la prévention, l'impact de la maladie sur les relations humaines et le deuil. Il y a aussi présentation de nombreux témoignages.

## Appliquez les Lignes directrices sur la MPOC dans votre pratique

Le moyen simple de donner des soins optimaux à vos patients



**Mises à jour de 2008: Recommandations en sujet de la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) – Points essentiels pour les soins primaires\* de la Société canadienne de pneumologie (SCC) – lignes directrices flexibles sur les données, pour optimiser la prévention, la diagnostic précoce et la prise en charge de la MPOC au Canada.**

- utiliser le questionnaire de dépistage validé pour poser un diagnostic tôt et entreprendre la prise en charge
- justifier la dépendance et la limitation des activités dans les cas de MPOC stable, en optimisant les stratégies de prise en charge pharmacologique et non pharmacologique
- prévenir et prendre en charge les exacerbations aiguës de la MPOC.

\* Détaillé en MBE dans le livre-casus de pneumologie pour soins primaires.

Pour obtenir le MBE à jour sur la MPOC et de l'information sur la prise en charge de la MPOC, consultez : <http://www.mpoctools.com> et dirigez vos patients vers les lignes de télé-assistance de l'Association pulmonaire : 1-888-717-MPOC (6747) [anglais] 1-888-717-OCPO (6274) [français]



# Troquer son stéthoscope pour des craies et un tableau!

par **Marise Tétrault**, inhalothérapeute-conseil à la formation continue, OPIQ

*On estime que 30 % des Canadiens souffrent d'une maladie chronique telle que le diabète, l'arthrite, l'asthme ou une maladie cardiaque. Si l'on reconnaît que les professionnels de la santé ont tous un rôle à jouer pour améliorer la gestion des maladies chroniques, nul ne peut refuser l'idée que le patient atteint d'une telle maladie soit lui-même une ressource possible, et parfois négligée, dans la gestion de sa propre maladie. Afin d'intégrer le malade chronique dans la gestion de sa condition médicale, une approche éducative spécifique peut être utilisée. Connue sous l'appellation d'éducation thérapeutique du patient (ETP), cette approche éducative suscite, depuis quelques années déjà, un intérêt croissant dans la communauté médicale. En effet, grâce aux travaux de pionniers sur le sujet et à un intérêt accru pour un meilleur contrôle de la maladie chronique, le mouvement est lancé dans de nombreux pays et si la tendance se maintient, il n'a aucune raison de s'arrêter.*

*We estimate that 30% of Canadians suffer from a chronic disease such as diabetes, arthritis, asthma or a heart condition. If we recognize that healthcare professionals all have a role to play in improving the management of chronic diseases, no one can overlook the idea that the patient dealing with such a disease is himself/herself a possible resource, sometimes neglected, in the management of his/her own disease. In order to integrate the chronic disease patient into the management of his/her medical condition, a specific educational approach can be used. Known as Patient's Therapeutic Education (PTE), this educational approach gives rise to, since many years now, a growing interest in the medical community. In fact, thanks to the work of pioneers on this subject and to a growing interest for a better control of chronic diseases, this movement has been launched in many countries and, if the trend continues, there is no reason to stop.*

## Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique du patient?

**A**priori, l'éducation se fait à trois niveaux: l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et enfin l'éducation thérapeutique du patient (ETP). D'après l'Organisation mondiale de la Santé: «L'éducation thérapeutique du patient doit **permettre aux patients d'acquérir** et de conserver **les compétences** les aidant à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation **implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique**, concernant la maladie et le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles, et les comportements de santé et de maladie. L'éducation thérapeutique vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et **maintenir ou améliorer leur qualité de vie**»<sup>1</sup>.

Comme nous pouvons le constater, ce troisième niveau éducatif vise notamment à former le patient à l'autogestion, afin de l'aider à comprendre sa maladie et ses traitements, à mieux coopérer avec les professionnels impliqués dans ses soins ainsi qu'à maintenir ou améliorer sa qualité de vie. Ultiment, le patient maîtrisera certaines compétences essentielles à une gestion optimale de sa vie avec la maladie (voir tableau 1).

## Enseignement et éducation

Enseigner, ce n'est pas simplement montrer. Enseigner, c'est faire faire, corriger les erreurs et faire faire à nouveau. Si l'enseignement repose sur des éléments à dominante intellectuelle (connaissances, interprétation de données, etc.) et à un apprentissage gestuel (habileté technique), il n'en demeure pas moins que le patient, son vécu, ses représentations ainsi que sa capacité à faire face à la situation (*coping*) méritent notamment d'être considérés. Par conséquent, si différentes stratégies éducatives (relevant souvent du modèle scolaire) sont utilisées, d'autres techniques mettant en évidence la nécessité de travailler avec l'apprenant pour s'adapter à ses préoccupations

Tableau 1

Compétences à acquérir par le patient au terme d'un programme d'éducation thérapeutique, quels que soient la maladie, la condition ou le lieu d'exercice.	
Compétences	Objectifs spécifiques (exemples)
1 Faire connaître ses besoins, déterminer des buts en collaboration avec les soignants, informer son entourage	Exprimer ses besoins, ses valeurs, ses connaissances, ses projets, ses attentes, ses émotions (diagnostic éducatif)
2 Comprendre, s'expliquer	Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions sociofamiliales de la maladie, s'expliquer les principes du traitement
3 Repérer, analyser, mesurer	Repérer des signes d'alerte des symptômes précoces, analyser une situation à risque, des résultats d'examen. Mesurer sa glycémie, sa tension artérielle, son débit respiratoire de pointe...
4 Faire face, décider...	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie, hyperglycémie, crise d'asthme...), décider dans l'urgence...
5 Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention	Ajuster le traitement, adapter les doses d'insuline. Réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine. Prévenir les accidents, les crises. Aménager un environnement, un mode de vie favorable à sa santé (activité physique, gestion du stress...)
6 Pratiquer, faire	Pratiquer les techniques (injection d'insuline, autocontrôle glycémique, inhalateur, chambre d'espacement, débit de pointe). Pratiquer les gestes (respiration, autoexamen des œdèmes, prise de pouls...). Pratiquer des gestes d'urgence
7 Adapter, réajuster	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse...). Réajuster un traitement ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie
8 Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits	Savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile. Faire valoir des droits (travail, école, assurances...). Participer à la vie des associations de patients...

Tiré et adapté de D'IVERNOIS, J.-F. et GAGNAIRE, R. 2001. «Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique», *Actualité et dossier en santé publique* (AdSP), N° 36 (septembre), p. 12. Reproduction autorisée.

et à ses déterminants d'apprentissage, peuvent être intégrés au modèle scolaire.

Selon l'Office québécois de la langue française (OQLF), l'enseignement est une activité visant à transmettre des connaissances théoriques ou pratiques, à développer ou à faire acquérir des capacités ou habiletés, ou à développer des aptitudes. De même, on emploie le terme éducation par opposition aux termes enseignement, instruction et apprentissage pour insister sur l'intention de dépasser la transmission de connaissances ou d'habiletés motrices proprement dites.

**Démarche éducative**

Bien que notre pratique clinique nous amène à être un transmetteur d'information et de recommandation, l'ajout de nouvelles connaissances et de compétences liées au domaine pédagogique et de la communication (écoute active, entretien motivationnel,

etc.) peut s'imposer puisque l'on ne peut pas s'improviser éducateur dans le domaine de la santé.

Parmi les nombreux éléments de connaissances et de compétences liés au domaine pédagogique et de la communication qui mériteraient d'être adressés dans cet article, seul un clin d'œil à l'égard de la logique et du processus d'apprentissage sera fait. Toutefois, différentes lectures sur ces sujets peuvent être obtenues et consultées sur la Toile.

**a. Logique d'apprentissage:** pour le professionnel de la santé, apprendre «quelque chose» à un malade chronique peut le confronter à des inversions de logiques. À titre d'exemple:

- l'expérience du professionnel, lui-même jadis bénéficiaire d'un enseignement, résulte de son cursus scolaire et celui-ci a quasiment toujours été centré sur des contenus à apprendre. Or, pour éduquer le malade chronique, il va devoir se centrer sur la personne atteinte de la maladie et non uniquement sur le contenu de son message.



• Apnée du sommeil • Problèmes respiratoires • Troubles du sommeil • Ronflements • Fatigue

VENEZ NOUS CONSULTER POUR DÉTECTER ET RÉGLER VOTRE PROBLÈME DÉFINITIVEMENT

Nos inhalothérapeutes spécialisés vous offrent les services suivants :

- Dépistage
- Examens diagnostiques en apnée du sommeil
- Appareils CPAP et BIPAP
- Equipements et examens payés par la plupart des assurances
- Produits et soins respiratoires
- Variété de masques • Vente et location

**Groupe Santé Paramédic**  
LABORATOIRE DU SOMMEIL • SOINS RESPIRATOIRES

1120, boul. de la Rive Sud, St-Romuald + www.groupesanteparamedic.com + 418.834.1114  
3535, boul. St-François, Jonquières 418.542.1255  
sans frais 800.465.1255

**FRANCHISES DISPONIBLES**



♦ *au cours de sa formation, le professionnel a appris certaines maladies chroniques (asthme, MPOC, diabète,...) selon une logique reproduite de façon quasi-invariable pour l'étude de toutes les pathologies: définition – physiopathologie – clinique – examens complémentaires – traitements, etc. Or, sa logique scientifique n'a rien à voir avec la logique du malade chronique qui apprend quotidiennement, à partir de son propre corps, ce qu'est «vivre avec une maladie chronique».*

Ainsi exprimé, on comprend que pour une démarche éducative centrée sur le malade chronique, le professionnel de la santé devra transformer ses connaissances scientifiques sur une maladie telle que l'asthme, en savoirs opérationnels pour la personne asthmatique. Par exemple, il est peu probable qu'un cours magistral sur la gestion de la crise d'asthme permette à un asthmatique de transposer ces données en comportements efficaces dans une situation concrète. Par contre, des histoires de cas portant sur des problématiques réelles, peuvent aider le malade à comprendre des principes

d'action, des liens de cause à effet, une logique thérapeutique et surtout à faire des choix judicieux tels qu'ajuster la dose d'un médicament ou modifier son environnement.

**b. Processus d'apprentissage:** la littérature nous apprend que pour apprendre et comprendre, il est notamment nécessaire de déstabiliser les notions, particulièrement fixes chez le malade, pour mieux les renforcer dans un deuxième temps. Donc, dans le cas d'un entretien avec un asthmatique fumeur par exemple, la finalité du travail de l'éducateur sera de proposer entre autres, un plan de cessation tabagique déterminé. Cependant, les représentations et les croyances de l'individu pouvant bloquer son adhésion au plan proposé, il est donc essentiel de les rechercher afin de négocier le plan d'action qui tiendra compte de ces obstacles, et ce, tout en essayant de déconstruire tranquillement les idées préconçues du malade.

### Conclusion

L'éducation thérapeutique s'est inscrite, elle aussi, dans le concept de la médecine basée sur les évidences. Puisque ces dernières s'accumulent à l'égard de l'impact positif de ce type de programme éducatif sur l'amélioration de la qualité de vie du patient ainsi que sur la réduction de la fréquence d'utilisation des services de santé, cette approche s'impose maintenant parmi les éléments de base dans les soins du malade chronique.

Enfin, passer de soins curatifs à des soins éducatifs et entrer dans le domaine de la pédagogie de la santé s'avèrent depuis quelques années déjà, un domaine émergent pour les inhalothérapeutes cliniciens. Parce que le mouvement est bien lancé et que la salle de cours s'installe progressivement à proximité de «l'étage des patients», l'ajout d'activités éducatives à notre éventail de compétences viendra assurément colorer différemment notre relation inhalothérapeute – patient. 🌿

Références disponibles à l'OPIQ sur demande.

### Note

- 1 LABORATOIRE DE DIDACTIQUE ET D'ÉPISTÉMOLOGIE DES SCIENCES DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE. [en ligne] [http://www.ldes.unige.ch/rech/eduThera/definitions.htm]. Consulté le 14 juillet 2008.

### Pour en savoir plus

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal: Espace *Professionnels* <http://www.santepub-mtl.qc.ca>
- Décision Santé.com: Information, communication et formation en santé <http://www.decision-sante.com/>
- Haute autorité de santé (HAS): Espace *Professionnels de la santé* <http://www.has-sante.fr>
- Revue médicale suisse <http://revue.medhyg.ch>
- La société d'Éducation Thérapeutique Européenne (SETE) <http://www.socsete.org>
- Laboratoire de Didactique et d'Épistémologie des Sciences (LDES) de l'Université de Genève <http://www.ldes.unige.ch/index.html>

# OXYMED

de plus en plus depuis 1959

Gaz médical et équipement  
Service de réparation et location.

Jean-Claude Roy, CSE, pps  
Vice-président  
Distributeur exclusif pour le Québec  
[jean@oxy.med.ca](mailto:jean@oxy.med.ca)

9502, rue Dorval  
Montréal (Québec)  
H2B4 1B4

Tél: (514) 349-8215  
Sans fil: 400-349-8404  
Fax: (514) 349-5734  
[www.oxy.med.ca](http://www.oxy.med.ca)

DISTRIBUTEUR EXCLUSIF POUR LE QUÉBEC

**PORTER**  
Distributeur officiel de

*Linde*  
Distributeur officiel de

plan stratégique  
2007-2011

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

**Son respect...**  
...Parce que la valeur ajoutée d'une écoute  
active et d'une ouverture d'esprit est le gage  
de la considération que nous portons à ceux  
qui nous entourent.

# Prendre un bain de soleil en hiver!

Source: *Objectif Prévention*, Vol. 31, N° 1, 2008, page 3.

par **Suzie Désilets**, asstsas

**L**es journées froides et trop courtes entraînent parfois un manque d'énergie. La fatigue et la morosité s'installent. Comment se rendre au printemps? Comme 15 % de la population, souffrez-vous des «blues de l'hiver»? Un remède moins coûteux que des vacances au soleil existe: la thérapie par la lumière appelée aussi lumbinothérapie.

Pour ceux qui ne ressentent qu'une légère baisse d'énergie en hiver, de simples activités à l'extérieur au soleil suffisent. Pour les autres, ceux qui éprouvent des symptômes plus sévères ou qui détestent sortir par temps froid, il existe des lampes qui projettent une lumière équivalente (10 000 lux) à une exposition solaire en plein été. S'y exposer 30 minutes par jour, tôt le matin de préférence, améliore l'humeur, l'énergie et le degré d'alerte.



Ceux qui abhorrent la brutalité de la sonnerie du réveille-matin durant l'hiver apprécieront la lampe *Simulateur d'aube*. Selon un temps préprogrammé, de 15 à 60 minutes avant le lever, la lumière augmente graduellement en intensité pour permettre



de sortir d'un sommeil profond tout en douceur, un peu comme avec la lumière du jour durant la belle saison. 🌞

**Reproduit avec autorisation.**

Pour en savoir plus

[www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=depression\\_saisonniere\\_pm](http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=depression_saisonniere_pm)

[www.cmha.ca/bins/content\\_page.asp?cid=3-86-93&lang=2](http://www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=3-86-93&lang=2)

[www.northernlighttechnologies.com/fr/products.php](http://www.northernlighttechnologies.com/fr/products.php)

## EST-CE QUE ÇA SEMBLE POSSIBLE...

### De trouver la bonne solution de Concentrateur d'Oxygène?

Le Perfecto2 aussi près de la perfection que possible!

- ✓ 75% plus silencieux que le Platinum XL
- ✓ 25% plus efficace énergétiquement que le Platinum XL
- ✓ 17% plus léger que le Platinum XL
- ✓ 33% plus petit que le Platinum XL



**INVACARE**  
Yes, you can.

*Perfecto2*

[www.invacare.ca](http://www.invacare.ca)

**IMPOSSIBLE S'ARRÊTE ICI.**





# Souscrire ou non une rente viagère

par **Bernard Marin**, conseiller en placement, ScotiaMcLeod

*Dans le cadre de la planification de la retraite, le revenu d'une rente peut compléter celui que vous toucherez d'autres sources. Il existe deux types de rentes viagères, celles «à vie» et celles «avec durée garantie», qui peuvent tous deux être détenus ou non dans un compte enregistré. Le présent article décrit brièvement les rentes viagères et vous donne les avantages d'en détenir une dans votre portefeuille.*

*When planning your retirement, the revenue from your pension can complete what you will receive from other sources. There exists two types of annuities, one "for life" and the other "with a guaranteed length of time", both can be held or not in a registered account. This article briefly describes annuities and gives you the advantages of having them in your portfolio.*

## Qu'est-ce qu'une rente viagère?

**U**ne rente viagère vous procure un revenu fixe, versé à intervalles préétablis votre vie durant, indépendamment de l'âge auquel vous décédez. La rente cesse d'être versée à votre décès et aucun montant n'est versé à vos bénéficiaires, à moins que vous ayez souscrit une rente réversible ou une rente garantie (voir ci-dessous). Une rente peut être versée mensuellement, trimestriellement, semi-annuellement ou annuellement et ne peut être souscrite qu'auprès d'une société d'assurance vie. Les versements peuvent être uniformes votre vie durant ou être indexés à un taux prédéterminé. Plusieurs facteurs entrent dans le calcul d'une rente, notamment le taux d'intérêt courant, dont vous bénéficierez pour toute la durée des versements une fois votre rente souscrite.

### Enregistré

Une rente viagère peut être souscrite avec les fonds de n'importe quel compte enregistré (REER, FERR, FRV, FRRRI ou RPDB). Vous pouvez aussi demander à ce que les fonds détenus dans votre compte de régime de retraite enregistré soient convertis en rente viagère. La totalité du revenu de la rente est imposable dans l'année où vous le touchez.

### Non enregistré

Les fonds détenus dans un compte non enregistré peuvent servir à souscrire une

rente viagère. L'imposition du revenu tiré d'une rente non enregistrée peut être très avantageuse. Les fonds non enregistrés peuvent aussi servir à souscrire une rente dite «prescrite». Dans ce cas, seule la partie en intérêt des versements est imposable et celle-ci demeure la même votre vie durant. Vous touchez donc un revenu après impôt très avantageux. Une stratégie à considérer serait d'utiliser les fonds d'un compte qui rapportent des

que mentionné précédemment, les versements prennent fin à votre décès.

### Rente réversible

Une rente réversible procure un revenu à deux personnes, leur vie durant. La rente cesse d'être versée au second décès. Habituellement, ce type de rente est choisi pour assurer un revenu à vie aux deux conjoints. Notez qu'en vertu de certaines lois provinciales, si vous êtes marié(e)

*«La souscription d'une rente viagère peut être très avantageuse du point de vue de la planification de vos revenus.»*

intérêts, lesquels sont imposés chaque année, pour souscrire une rente prescrite. Vous en tirerez un revenu net d'impôt beaucoup plus élevé. Si vous souhaitez que vos bénéficiaires profitent du capital initialement investi dans la rente (n'oubliez pas qu'elle prend fin à votre décès), vous pouvez assurer ce capital. Dans la plupart des cas, même après le paiement des primes d'assurance, le revenu après impôt restant est nettement supérieur.

## TYPES DE RENTE VIAGÈRE

### Rente sur une seule tête

Ce type de rente vous procure un revenu à intervalles fixes votre vie durant. Tel

et que vous choisissiez une rente viagère dans le cadre d'un régime de retraite enregistré, vous devez opter pour une rente réversible, sauf si votre conjoint y renonce par écrit. Le plus souvent, cette renonciation n'est dans l'intérêt d'aucun des conjoints, car elle a pour effet de déshériter le conjoint survivant. Selon la rente réversible choisie, votre conjoint touchera soit le montant intégral de votre rente, soit un pourcentage de celle-ci à votre décès. En général, la rente est réversible à 75, 60 ou 50 %.

### Rente garantie

Bien que tous les types de rente viagère vous procurent un revenu votre vie durant, la rente cesse d'être versée à votre

décès (ou à celui de votre conjoint). Vous pouvez ajouter une période de versement garantie minimale, qui protégerait votre bénéficiaire si jamais vous décédez peu de temps après avoir souscrit la rente. Il s'agit généralement d'une garantie de 5, 10, 15 ou 20 ans ou jusqu'à un certain âge. La période de garantie ne peut s'étendre au-delà de votre 90<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

Exemple: si vous choisissez une rente viagère sur une seule tête assortie d'une garantie de dix ans et que vous décédez cinq ans avant la fin de la période de garantie, la totalité des versements prévus pour les cinq années suivantes sera versée en un montant unique à votre bénéficiaire.

### Quelle rente choisir?

Le revenu périodique provenant d'un montant de capital donné est réduit par l'ajout à la rente d'une garantie ou de prestations au conjoint survivant. Une rente viagère sur une seule tête, sans garantie, est l'option qui procure le revenu le plus élevé. À l'opposé, le revenu est réduit au maximum avec une rente réversible comprenant une période de garantie maximale et assurant à votre conjoint de toucher l'intégralité de votre revenu de retraite à votre décès. Nous vous conseillons d'examiner plusieurs soumissions pour différents types de rente avant d'arrêter votre choix. Cet exercice vous donnera une idée du revenu de retraite à escompter pour chaque type de rente. Vous serez ainsi en mesure de choisir celle qui vous convient, en fonction de vos exigences en matière de revenu et de votre souhait de laisser un patrimoine à vos bénéficiaires.

### Rente modifiée

Tandis qu'une mauvaise santé a pour effet d'augmenter les primes à payer pour une assurance vie, elle a pour effet d'augmenter le revenu que vous toucherez de votre rente viagère.



### À quel moment souscrire une rente viagère?

Pour bien des gens, un revenu de base garanti durant toute leur vie et celle de leur conjoint peut être la composante principale de leur revenu de retraite. Voici quelques facteurs dont vous devriez tenir compte dans la souscription d'une rente viagère:

- vous voulez un revenu fixe garanti à vie;
- vous ne voulez pas prendre de décisions de placement;
- vous voulez immobiliser vos placements aux taux actuels;
- vous ne vous souciez pas de laisser un patrimoine à vos enfants ou à vos petits-enfants.

### Sommaire

La souscription d'une rente viagère peut être très avantageuse du point de vue de la planification de vos revenus. Comme pour toute décision importante, nous vous recommandons de consulter votre conseiller en placement, qui vous montrera la façon dont vous pourriez tirer avantage d'une rente. En outre, les taux offerts par les sociétés d'assurance peuvent varier substantiellement et nous sommes en mesure de vous aider à comparer et à analyser leurs produits. 🌟

**BOMIMED**

**HAMILTON-G5**

Environ 24 000 vies canadiennes sont perdues à chaque année en raison d'erreurs médicales.

Enfin, une solution intelligente qui répond à vos besoins, mais qui protège surtout votre patient.

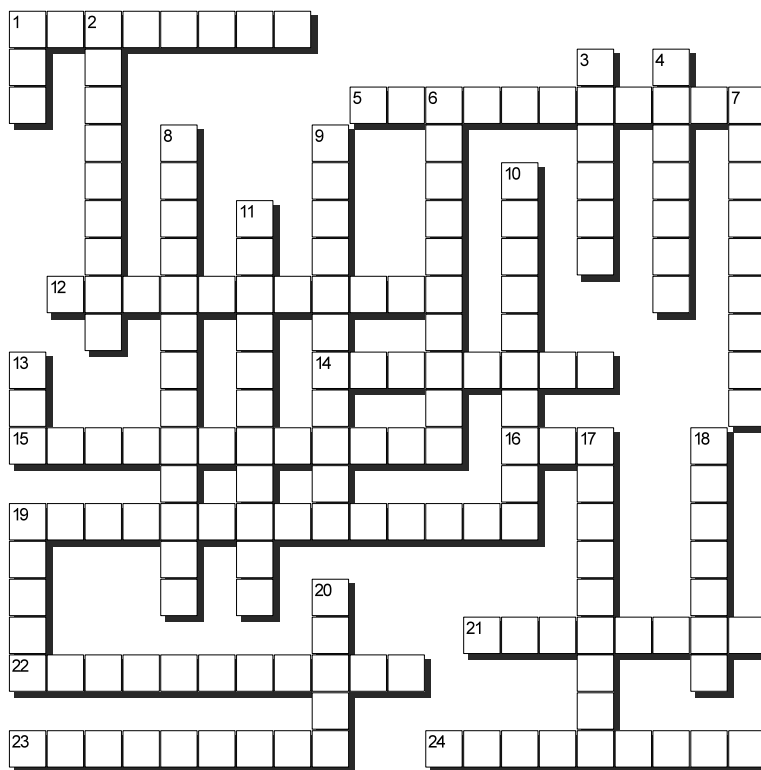
Pour plus d'information, veuillez contacter BOMIMED | [www.bomimed.com](http://www.bomimed.com) | Courriel: [marketing@bomimed.com](mailto:marketing@bomimed.com) | Sans frais: 1.800.467.6274



# Enseigner

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

Bientôt (si ce n'est déjà fait), vous recevrez nos stagiaires dans vos établissements afin qu'elles et qu'ils poursuivent leur formation et deviennent, comme vous toutes et tous, des inhalothérapeutes à part entière. Votre rôle est majeur, précieux et combien apprécié dans le développement de leurs compétences. J'ai regroupé ici plusieurs termes du jargon de l'enseignement, des termes rencontrés régulièrement dans les différents écrits de nature pédagogique. Plusieurs de ces termes vous sont familiers j'en suis persuadée. Ne sommes-nous pas toutes et tous un peu enseignante ou enseignant? Bonne chance!



## Horizontalement

- 1 Manière d'être ou d'agir favorable ou défavorable. Savoir-être.
- 5 Type de connaissance qui est purement théorique. Ex.: noms générique et commercial d'un médicament.
- 12 Relation officielle d'une durée définie, habituellement courte où une personne expérimentée enseigne à un(e) novice l'application des connaissances de base de la profession en milieu de travail.
- 14 Capable de connaître.
- 15 Théorie de la connaissance soutenue par la psychologie cognitive, qui conçoit la pensée comme un centre de traitement des informations capable de se représenter la réalité et de prendre des décisions (Legendre, 2005, p.227).
- 16 Type d'évaluation où les questions comportent un choix de réponses. (Abréviation).
- 19 Type de connaissance qui se réfère aux conditions pour poser une action. Concerne le «quand» et le «pourquoi».
- 21 Relation professionnelle entre deux personnes s'échelonnant sur une longue période où une personne experte dans son domaine aide une autre personne possédant déjà de l'expérience à atteindre un niveau plus élevé d'expertise.
- 22 Type de connaissance qui correspond à la procédure qui permet de réaliser une action.
- 23 Discipline dont le rôle est d'étudier et d'élaborer des interventions pour l'enseignant en contexte de classe.
- 24 «Capacité acquise de pouvoir se livrer à une activité avec adresse». Savoir-faire (Legendre, 2005, p.731).

## Verticalement

- 1 Type d'enseignement où les étudiants(tes) doivent participer à la résolution de problèmes habituellement en équipe. (Abréviation de l'expression française).
- 2 En pédagogie, il représente l'application d'une connaissance à une situation nouvelle.
- 3 Ensemble de connaissances.
- 4 Type de supervision clinique où les étudiants(tes) sont sous la surveillance d'un moniteur clinique et où la rétroaction peut être immédiate.
- 6 «Un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations» (Tardif, 2006, p.22).
- 7 Inculquer, montrer.
- 8 Connaissance et contrôle qu'a une personne sur elle-même et sur ses stratégies cognitives.
- 9 Communication à une personne des commentaires sur les actions qu'elle a posées.
- 10 Qui concerne les méthodes et les pratiques de l'enseignement.
- 11 Action de superviser.

- 13 Technologies de l'information et de la communication.
- 17 Type d'enseignement où l'enseignant(e) joue le rôle principal durant le cours.
- 18 Type d'encadrement d'un étudiant dans le cadre d'un cours spécifique.
- 19 Nom qui désigne les institutions d'enseignement de niveau collégial au Québec.
- 20 Période d'une formation scolaire où l'apprentissage et la mise en application des connaissances se font en milieu de travail et sous supervision.

## Références

- LEGENDE, R. 2005. *Le dictionnaire actuel de l'éducation*. 3<sup>e</sup> édition, Montréal, Guérin, 1554 p.
- Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. 2006. Éditions Le Robert, 2949 p.
- TARDIF, J. 2006. *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière – Éducation, 363 p.
- TARDIF, J. 1992. *Pour un enseignement stratégique*. Montréal: Logiques – École, 474 p.
- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU CANADA, 2004. *Atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession. Guide sur le préceptorat et le mentorat*. Ottawa, 70 p. [En ligne] [http://www.cnanurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/Achieving\_ Excellence\_2004\_f.pdf] (Consulté le 3 juillet 2008).

# Cas clinique en RRRI

## Fibrose pulmonaire et toux sèche

*deuxième partie*

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

**D**ans la première partie du cas clinique<sup>1</sup>, nous avons vu comment, à partir d'une évaluation précise des asynergies à la marche, en position assise et en décubitus dorsal, nous pouvions permettre à Luc d'améliorer le contrôle sur sa maladie. Rappelons que Luc est atteint de fibrose pulmonaire et que ses principales difficultés sont l'**essoufflement et la toux sèche** présents à la marche, en montant les escaliers et surtout lorsqu'il parle. Dans cet article, nous suivrons tout d'abord l'évolution de Luc lors d'une deuxième rencontre. Dans un second temps, nous verrons comment l'enseignement clinique individualisé peut nous aider à dépasser les limites de nos interventions actuelles.

### Rencontre n° 2

Suite à la première rencontre, Luc se dit satisfait des améliorations apportées par les exercices. Lorsqu'il pense à faire ses exercices, il reconnaît qu'il a moins de toux et récupère plus vite après un effort. Néanmoins, Luc se demande s'il présente d'autres tensions ou habitudes posturales qui déclencheraient la toux. Nous partirons donc de cette interrogation pour amorcer notre séance.

### Observation 1

#### En position assise

La tête va moins vers l'arrière que lors de la première séance. Pendant qu'il parle, je remarque que son épaule droite remonte fréquemment vers le haut et l'intérieur.

### Intervention n° 1

Je lui demande s'il ressent quelque chose de spécial dans ses épaules lorsqu'il parle.

**Subjectivement (S)**, il dit ne rien ressentir.

**Objectivement (O)**, je lui fais part de mon observation.

**Analyse (A)** Dans un premier temps, je lui explique que cette contraction est « normale » et qu'elle peut créer une stimulation mécanique externe des récepteurs situés à la surface des voies respiratoires, ce qui déclenche la toux et diminue sa capacité inspiratoire. Dans un deuxième temps, je lui précise qu'il peut essayer d'empêcher son épaule droite de se soulever, mais ce faisant, il risque de créer d'autres tensions ailleurs dans le corps pour y arriver. Je lui propose donc un plan d'intervention à partir des principes de la RRRI.

...



**Lévis**  
5410, boul. de la Rivière Sud,  
suite 78-A  
**Ville Vanier**  
455, ave. Bechard  
**Chicoutimi**  
90 rue Des Routiers

**Saint-Léonard**  
4885 Jean-Talon Est  
**Ville St. Laurent**  
3200, boul. Pélissier,  
suite 100  
**Laval**  
2012 René-Lévesque  
suite 150

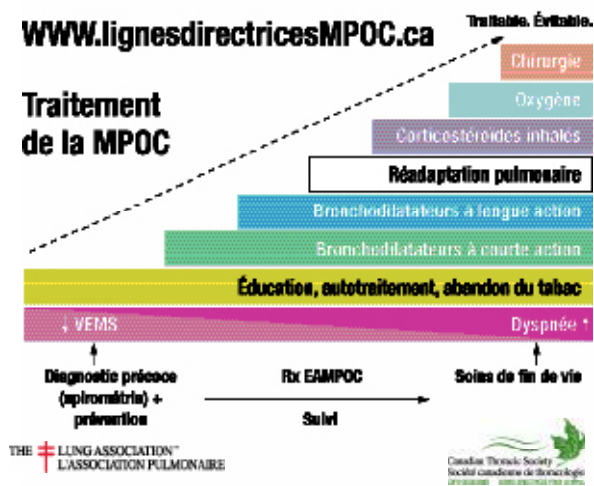
**Longueuil**  
1715, chemin de Chambly  
**Sherbrooke**  
565, rue King Est, suite 200  
**Gatineau**  
1819, rue St-Louis

Numéro sans frais (866) 446-6302

Respirez bien.  
Dormez bien.  
Vivez bien. <sup>MC</sup>

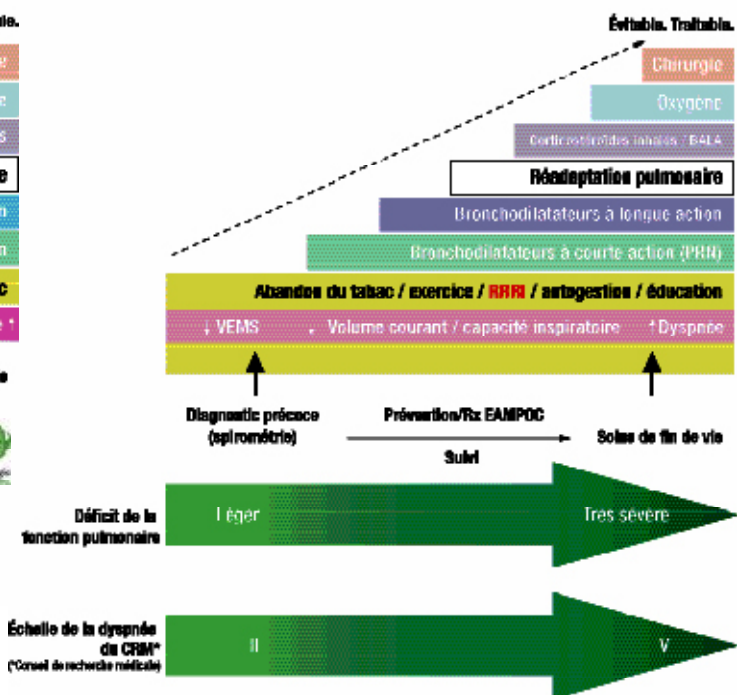
**Medigas**  
Une unité de France

**Tableau 1**  
Traitement de la MPOC



Source: SOCIÉTÉ CANADIENNE DE THORACOLOGIE / LIGNES DIRECTRICES POUR LA MPOC. [En ligne]. [http://www.lignesdirectricesm poc.ca/home-accueil\_f.php] (Consulté le 16 juillet 2008). Reproduction autorisée.

**Tableau 2 Proposition**  
Traitement adapté de la MPOC



Adapté de *R Can pneumo* 2008 ; 15 (suppl A) : 1A-8A. Reproduction et adaptation autorisées.

Je lui propose plutôt de contracter progressivement l'épaule en ressentant bien la tension, puis :

**Plan d'intervention (P)**

1. Je lui suggère de prendre le temps d'observer son épaule sans essayer de changer quoi que ce soit. C'est l'observation neutre et l'acceptation de ce qui est présent.
  2. De relâcher en sentant bien la détente selon la méthode de Jacobson adaptée à la RRRR<sup>2</sup>. Cela ne prend pas de temps et évite les longues séances d'écoute d'une cassette. Ainsi, il est possible de répondre immédiatement à un besoin individuel.
- Cette première intervention est une étape finale en soi. Si on dispose de peu de temps avec un patient, on peut lui suggérer de faire cet exercice adapté de Jacobson aussi souvent que nécessaire et d'observer ses effets sur la toux. Comme nous avons plus de temps pour cette deuxième rencontre, nous reprenons les étapes S-O-A-P<sup>3</sup>, comme si on commençait un début de rencontre.

**Intervention n° 2**

- S>** Luc dit mieux ressentir la différence entre un état de tension et de détente dans son épaule droite<sup>4</sup>. Il commence à ressentir le mouvement de l'épaule vers le haut et l'intérieur. Mais il n'en est pas encore certain à 100 %. Ce n'est peut-être qu'une impression suite à ce que je lui ai suggéré.
- O>** Pour l'aider à objectiver l'exercice et son résultat, je lui explique et lui démontre les effets d'un mouvement volontaire, ce qui déclenche, chez lui, la toux.
- A>** Nous avons donc besoin d'un exercice qui permettra d'éviter la rotation interne de l'épaule droite et la contraction réflexe de l'hémithorax droit à sa base.
- P>** Parmi les exercices pouvant influencer l'état de Luc, je choisis deux exercices complémentaires en décubitus dorsal que je combinerai en un seul afin de relâcher les épaules :

Le «hamac<sup>5</sup>» et «l'extension de la tête<sup>6</sup>» (suivi de la marche pour intégrer les acquis dans une activité). L'exercice du hamac consiste en une poussée des talons pour soulever le bassin et à un relâchement du dos surtout au niveau des dernières côtes. L'extension de la tête à l'inspiration permet de relâcher les épaules et est accompagnée du son «a» soupiré pendant l'expiration pour éviter une respiration paradoxale. Pendant l'exercice, je touche les dernières côtes du côté dorsal et latéral pour amener sa conscience à ce niveau et éviter une trop grande pression sur le haut du thorax et les épaules.

J'ai choisi de combiner les deux exercices car Luc pouvait les comprendre et les effectuer. Pour d'autres patients, j'aurais fait un seul exercice à la fois (peut-être même une partie d'exercice seulement).

Après trois répétitions de cet exercice combiné, Luc se relève. Sa tête va encore moins en extension qu'au début de la séance. Il marche et n'a pas de toux. Je lui indique qu'il devra répéter ces exercices chaque jour au besoin, par exemple avant de marcher, monter un escalier (ou après, pour récupérer) ou encore avant une situation où il devra parler beaucoup. Lorsqu'il parle, l'épaule est plus détendue et la toux diminue considérablement.

Suite aux deux rencontres, Luc se retrouve donc avec les exercices suivants :

1. flexion de la tête en position assise;
2. flexion adaptée du tronc;
3. le hamac avec extension de la tête en décubitus dorsal.

Je lui suggère de continuer à prendre conscience des tensions dans les cuisses (genoux fermés) qu'il peut ressentir en position assise. Dans ce cas aussi, il peut appliquer le principe de la relaxation de Jacobson, c'est-à-dire de serrer volontairement et **progressivement** les genoux l'un contre l'autre, de sentir la tension et son effet sur la respiration puis de relâcher volontairement afin de ressentir l'effet de la détente sur sa respiration.

Pour terminer la rencontre, je vérifie avec lui l'exercice de flexion du tronc sur chaise que nous avons fait lors de la première rencontre.

### L'enseignement en RRRI

Il aurait été intéressant de comparer la SaO<sub>2</sub> avec celles obtenues lors de la première rencontre (voir l'inhalo, Vol. 25, N° 2). C'est ce que nous avons prévu en début de rencontre. Mais répondre à la question du patient était essentiel, tant pour faire sentir au patient que nous l'écoutions, que pour répondre à ses besoins immédiats. **Ce qui fait la force de la RRRI ou de tout programme d'éducation, c'est la capacité de répondre aux véritables besoins exprimés par le patient.** À l'intérieur du temps disponible, nous devons prioriser le mieux-être du patient quitte à différer un peu la cueillette de nos données standardisées. Par la suite, il sera toujours possible de compléter les données manquantes surtout si le patient va mieux. L'équilibre entre les besoins du patient et les normes du système médical n'est pas toujours facile à atteindre. Avant d'intervenir, tout clinicien doit se demander si son intervention sera bénéfique pour le patient et répondra à ses besoins dans l'immédiat. Comprenez que son mieux-être est considéré, celui-ci sera plus réceptif et compliant aux enseignements.

### L'enseignement individualisé et préventif en RRRI

En RRRI, la clé de la réussite est l'enseignement individualisé (EI). Il ne s'agit plus de faire des exercices pour faire des exercices. Rappelons que le but premier de la RRRI est de libérer l'inspiration pour diminuer la dépense énergétique, ce qui donne une base essentielle à la pratique d'exercices physiques cardiovasculaires pour en **assurer une pratique régulière et à long terme**. Les patients ont le droit et le besoin de comprendre chaque étape de leurs exercices, si on veut leur permettre de se responsabiliser face à leur maladie. Ils ont besoin de **toutes les connaissances** que nous pouvons leur transmettre pourvu que celles-ci correspondent aux besoins qu'ils expriment. Il importe aussi de faire la distinction entre besoins et désirs, entre potentiel et limite, c'est ce que le patient découvrira avec l'accompagnateur. Ayant accès à toute l'information disponible, ils peuvent mieux connaître leurs limites biomécaniques, comprendre certaines notions théoriques et les exercices nécessaires pour devenir plus autonome, améliorer leur qualité de vie et ainsi aider à prévenir de futures décompensations.

Le **tableau 1** présente les lignes directrices MPOC en 2008. Au **tableau 2**, nous en proposons une version adaptée et «bonifiée»: il s'agirait d'ajouter la RRRI à ces lignes directrices, au même niveau que l'abandon tabagique (sur la ligne jaune dans l'original), en tant

qu'autotraitement/prévention. De plus, avec la diminution du VEMS, nous souhaiterions également ajouter la diminution de la capacité inspiratoire et du volume courant. En effet, chez les patients atteints de MPOC, les volumes inspiratoires demandent souvent un effort plus grand que nécessaire. Comme la RRRI est pratiquée par des inhalothérapeutes (et quelques autres professionnels) depuis près de vingt ans, cette proposition aurait avantage à être discutée et vérifiée afin de s'inscrire dans un continuum de soins à long terme pour favoriser la recherche, des interventions multidisciplinaires plus cohérentes et obtenir ainsi un consensus plus large sur la réalité des patients atteints de maladies pulmonaires chroniques. ✨

### Notes

- 1 TREMBLAY, B. Cas clinique en RRRI, Fibrose pulmonaire et toux sèche, *l'inhalo*, Vol. 25, N° 2, juillet 2008, p.22-23
- 2 TREMBLAY, B. *Manuel de formation théorique et pratique en RRRI*, octobre 2007, p.123-125
- 3 Idem, p.41-45.
- 4 Idem, p. 29
- 5 TREMBLAY, B., *Exercices en RRRI*, octobre 2007, p.25.
- 6 Idem, p.18
- 7 Observation de la première rencontre.

plan stratégique  
2007-2011

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

Son engagement...  
... Parce que l'organisation est solidaire et  
responsable, parce qu'elle participe active-  
ment à la réalisation de sa mission.

**RIIR** Regroupement des infirmières et infirmiers retraités

**Le RIIR  
Vous connaissez?**

Le RIIR est pour tous les infirmiers et infirmières, infirmiers et infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, techniciens en circulation extracorporelle, perfusionnistes et puéricultrices retraités, sans égard aux champs d'activités et aux fonctions occupées au cours de leur carrière.

**Le RIIR**

- s'occupe de la défense des droits de ses membres, offre des services d'assurances et des services-conseils, participe aux grands débats publics
- établit des liens avec des organismes axés sur le mieux être des retraités
- publie l'Écho du RIIR, journal d'information.

**Le RIIR est présent dans chaque région du Québec.**  
C'est la seule façon de maintenir votre régime d'assurance à la retraite.  
Pour vous prévaloir du privilège de transfert de votre assurance vie, il est très important que vous deveniez membre du Regroupement des infirmières et infirmiers retraités (RIIR) dans les 60 jours suivant la date de votre prise de retraite.

**C'est simple et facile de devenir membre du RIIR.**  
Informez-vous dès aujourd'hui en nous contactant au :  
1 800 639-9519 418 626-0861  
Courriel : riir@globetrotter.net Site Internet : www.riir.org

# Le franglais médical

par Annie Florent, réviseure linguistique

Source: *L'actualité médicale*, Vol. 29, N° 7, 12 mars 2008, page 49.

*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?*

**E**n tant que réviseure linguistique de votre journal préféré, je désire me saisir de ma plume électronique et vous faire part des découvertes que j'ai faites depuis que je fais partie de la formidable équipe de *L'actualité médicale*.

À mon arrivée, en février 2007, mon intérêt pour la chose médicale était certain, mais mes connaissances du «jargon du métier» bien moindres, mon cheminement ne m'ayant permis de travailler à des textes sur la santé – destinés au grand public – qu'au cours des deux années qui ont précédé mon entrée au journal.

Aussi, afin de parfaire mes connaissances, ai-je fait ma lecture de chevet d'un fort intéressant ouvrage de référence: le *Dictionnaire des difficultés du français médical*, du Dr Serge Quéryn, professeur agrégé à la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Dans le train de banlieue qui me menait au travail, je prenais mille notes, mémorisais des termes que jusqu'alors je n'avais pas cru fautifs, étoffant mon bagage pour mieux vous servir, chers lecteurs.

Les premiers de ces termes m'ont été appris par ma prédécesseure, France Lafuste, avec qui j'ai eu le grand plaisir de travailler pendant quelques semaines, le temps d'apprendre l'a b c du jargon médical, entre autres choses. C'est d'ailleurs elle qui m'a fait connaître le livre duquel je tire les quelques exemples que je vais vous présenter.

## • Condition

À moins qu'il soit question de *condition physique*, par exemple, ou alors de *conditions de pratique*, soit les circonstances dans lesquelles un médecin travaille, qui sont des utilisations correctes de ce mot, *condition* sera rarement employé dans le jargon médical si l'on veut éviter de commettre un anglicisme. *État* (de

*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 OK. 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?*

*santé*) d'un patient ou de sa maladie, *situation* ou *terrain* sont les termes qu'il est plus juste d'employer en français.

***L'état de cet homme est critique.***

## • Développer

Il n'est pas spécifiquement médical, mais vu son insistance à s'insérer un peu partout, je tenais à lui accorder une petite place. En français, «on ne peut *développer* (ou ne peut *se développer*) que ce qui existait déjà», résume l'auteur du *Dictionnaire des difficultés du français médical*. Sauf en informatique, où on l'emploie pour désigner la conception de logiciels. Voici des termes que l'on peut utiliser pour remplacer ce mot passe-partout qui n'en est pas un: *créer* (un programme), *mettre au point* (une technique), *mettre sur pied* (un symposium), *lancer* (un produit), *acquérir* (des compétences, une immunité), *éprouver* (des problèmes de santé), *contracter* (un virus), *manifester* (des symptômes, lesquels apparaissent), *élaborer* (une théorie). Il ne s'agit là que d'exemples, et ceux-ci ne sont pas immuables.

***L'équipe a mis au point une nouvelle technique pour effectuer cette intervention.***

## • Électif

Fautif dans le sens de *facultatif*, de *programmé* ou de *non urgent*, par exemple lorsque l'on parle d'une chirurgie ou d'une hospitalisation. Ses sens possibles en français cités par le Dr Quéryn sont «nommé ou conféré par élection» ou «qui opère un choix, une sélection».

***La chirurgie que doit subir ce malade est non urgente.***

## • Identifier

Outre pour déterminer l'identité de quelqu'un ou la nature de quelque chose (sens de *reconnaître*) et lorsqu'il s'agit de se

mettre à la place de quelqu'un (s'identifier à une personne), on évitera d'employer ce terme. C'est un anglicisme au sens de *déterminer, établir, définir* (des objectifs, des priorités), *décélérer* (une maladie), *découvrir* (un traitement), *proposer* (une solution), *recommander* (des mesures), *suggérer* (des changements à apporter), *donner son identité, se nommer, se présenter*.

**Seriez-vous en mesure de déterminer la cause de cette maladie?**

• **Initier**

Un autre anglicisme que l'on trouve partout. Il a un sens en français, et il est lié à la transmission de connaissances à quelqu'un, laquelle peut être de nature diverse, selon qu'il s'agit d'un art, d'un métier, d'une religion, etc.

Nous sommes d'accord: vous n'êtes pas nés avec le bagage qui fait de vous des médecins. On vous a d'abord *initiés* à la médecine, pour que vous puissiez ensuite poursuivre des études plus poussées. Ensuite, vous avez *amorcé* ou *commencé* (et non *débuté*, qui n'accepte pas de complément d'objet direct) votre pratique, avez aussi probablement participé à *mettre sur pied* des projets de toutes sortes, *entrepris* des actions pour obtenir de meilleures conditions de pratique, etc. Quant à vos patients, ils *entreprennent* ou *commencent* un traitement que vous leur avez prescrit, lequel *s'amorce* peut-être par un médicament. Bien sûr, cette liste pourrait être plus longue, et parfois, il suffit de reformuler légèrement une phrase:

**Le rapport Castonguay ouvrira-t-il la voie à de réels changements?**

• **Invasif**

Un processus morbide – par exemple, une infection ou un cancer – est quelque chose d'invasif. Cependant, «une technique nécessitant une pénétration de la peau, d'une muqueuse et éventuellement d'autres tissus et qui présente souvent des risques ou un inconfort pour le malade» tire son origine de l'anglais. Bien que le *Robert* semble maintenant attester son emploi, il existe quelques termes plus français pour la désigner: *effractive, sanglante, traumatique* en sont quelques exemples. On verra parfois *intrusive, pénétrante, vulnérante*.

Lorsqu'on parle de l'inverse, on pourra employer *non effractive* ou *atraumatique*.

**Cette technique est moins effractive que cette autre et devrait être prise en considération dans le traitement de cette maladie.**

• **Procédure**

Dans le jargon juridique, on l'emploiera pour définir la manière de fonctionner en justice. Sinon, il fait référence à l'ensemble des procédés utilisés dans la conduite d'une «opération» complexe (par exemple, la procédure d'atterrissage d'un

avion). Dans le domaine médical, au lieu de dire qu'on va effectuer une *procédure* chirurgicale ou diagnostique, on parlera plutôt d'*acte*, de *geste*, d'*intervention*, d'*opération* chirurgicale ou d'*examen* diagnostique. Sinon, de façon plus générale, on utilisera les termes *procédé, marche à suivre, méthode, mode d'action*, etc.

**L'intervention s'est déroulée avec succès.**

• **Référer**

Un peu plus difficile à éliminer parfois, car il nous oblige à repenser notre phrase, mais néanmoins un gros anglicisme à proscrire si on l'utilise comme un verbe transitif direct.

*Référer* n'a pas de complément d'objet direct. On ne peut donc référer un patient. Par contre, on peut le *diriger* vers un spécialiste, l'*envoyer* dans une clinique, l'*adresser* à un confrère.

**Ce médecin de famille a adressé son patient à un otorhinolaryngologiste.**

• **Sévérité**

Ah, les méchantes maladies! *Severe* a, en anglais, le sens de *grave* que *sévère* n'a pas en français. Un règlement peut être sévère, une personne aussi. Mais pas une maladie, dont on ne détermine pas la *sévérité*, mais la *gravité*.

**Les symptômes observés sont de modérés à graves.**

Le langage médical est un lieu de découvertes quotidiennes pour moi, et lire les articles du journal tous les jours – vous lire aussi lorsque vous nous proposez des articles – me permet d'approfondir ce bagage qui est encore léger et que je me promets d'alourdir au fil du temps afin de rendre justice dans notre langue à cette merveilleuse profession qu'est la médecine.

Au plaisir. 🌸

Sources

D' 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.

**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.

La FSQ-CSQ  
rend hommage

aux

**INHALOTHÉRAPEUTES**

pour leur  
professionnalisme  
et leur dévouement !





# je veux m'impliquer!

«J'ai beaucoup apprécié l'opportunité de m'impliquer dans ce comité.  
J'ai eu l'impression de faire une différence dans ma profession.»

— une inhalothérapeute membre d'un comité ad hoc de l'OPIQ

L'OPIQ est toujours à la recherche de membres pour faire partie de certains comités et/ou agir à titre d'inspecteur pour le programme d'amélioration de l'exercice. Si vous désirez participer au développement de votre profession et êtes disponibles, soit quelques heures à quelques jours durant l'année, nous vous invitons à nous le faire savoir en remplissant le formulaire ci-dessous et à le faxer à l'attention de Line Prévost, coordonnatrice aux affaires professionnelles, au 514.931.3621.

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>N° de permis</b>
<b>Adresse</b>		
<b>Ville</b>	<b>Province</b>	<b>Code postal</b>
<b>N° de téléphone</b>		<b>Courriel</b>
<b>Employeur</b>		
<b>Secteur(s) d'activités / intérêt particulier</b>		
Je suis intéressé(e) à m'impliquer dans: (cochez un ou plusieurs si désirez)		
<input type="checkbox"/> Inspection professionnelle		
<input type="checkbox"/> Soins cardiorespiratoires généraux		
<input type="checkbox"/> Soins critiques et urgence		
<input type="checkbox"/> Assistance anesthésique		
<input type="checkbox"/> Épreuves diagnostiques		
<input type="checkbox"/> Physiologie respiratoire		
<input type="checkbox"/> Cardiologie/hémodynamie		
<input type="checkbox"/> Laboratoire de sommeil		
<input type="checkbox"/> Soins et services à domicile		
<input type="checkbox"/> Comité pour la Semaine de l'inhalothérapeute		
<input type="checkbox"/> Groupes focus		
<input type="checkbox"/> Projets-pilotes		
<input type="checkbox"/> Sondages d'opinion		
<input type="checkbox"/> Salon Emploi Formation Carrière		
<input type="checkbox"/> Représentations dans les écoles secondaires		
<input type="checkbox"/> Comité jeunesse		

Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec  
Assemblée générale annuelle des membres

8 novembre 2008 à 8 h  
AVIS DE CONVOCATION  
Septembre 2008

Cher(e)s membres,

Vous êtes convoqué(e)s à la prochaine assemblée générale annuelle des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec qui aura lieu le samedi 8 novembre 2008, à 8 h, dans la salle Chopin de l'hôtel Hilton Lac-Leamy de Gatineau. Veuillez prendre note que conformément à l'article 42 du «Règlement sur les affaires du Bureau, le comité administratif et les assemblées générales de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec», vous pouvez amener une proposition à l'assemblée générale. Le libellé de ce règlement se lit comme suit :

«Pour être reçue à une assemblée générale, une proposition doit parvenir par écrit, au siège social de l'Ordre, à l'attention du secrétaire, au moins 5 jours avant la tenue d'une assemblée.»

Au plaisir de vous y rencontrer, acceptez, cher(e)s membres, l'expression de nos salutations distinguées.

La Secrétaire,



Josée Prud'Homme, Adm. A.

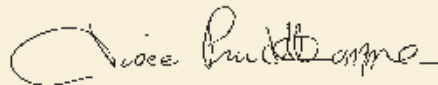
JP/cc

Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec  
Assemblée générale annuelle des membres

8 novembre 2008 à 8 h  
ORDRE DU JOUR

1. Constatation du quorum et ouverture de l'assemblée;
2. Lecture et adoption de l'ordre du jour;
3. Lecture et adoption du procès-verbal de l'assemblée générale annuelle du 15 septembre 2007;
4. Affaires découlant du procès-verbal de l'assemblée générale annuelle du 15 septembre 2007;
5. Présentation du rapport annuel 2007-2008;
6. Nomination du vérificateur comptable;
7. Cotisation 2009-2010;
8. Divers;
9. Levée de l'assemblée.

La Secrétaire,



Josée Prud'Homme, Adm. A.

JP/cc

# Pandémie d'influenza

Une rencontre entre l'Équipe ministérielle et les partenaires représentant les ordres professionnels a eu lieu ce printemps, en préparation à la lutte à la pandémie d'influenza. Toute la documentation déposée à cette occasion est disponible au lien suivant: <http://www.opiq.qc.ca/main/publications/pandemie.htm>

Par ailleurs, le site gouvernemental sur la pandémie [www.pandemiequebec.gouv.qc.ca](http://www.pandemiequebec.gouv.qc.ca) sera reconfiguré. Une section spécifique pour les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux comprendra toute la documentation pertinente, aussi bien celle mentionnée ici que celle à venir. ✿



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](mailto:morin.brigitte@videotron.ca)



## Le questionnaire détachable pour la formation continue de la revue *l'inhalo* prend lui aussi un virage écologique

**S**il le questionnaire pour la formation continue demeure présent dans la revue en format détachable, il prend également une nouvelle forme et devient disponible en ligne. Pourquoi nous direz-vous? Parce que l'environnement c'est l'affaire de tout un chacun et l'OPIQ, en tant qu'organisme responsable, poursuit son virage écologique.

Dans ce sens, à partir de cette édition et pour les éditions subséquentes, il vous sera possible de remplir le questionnaire de la revue *l'inhalo* sur le

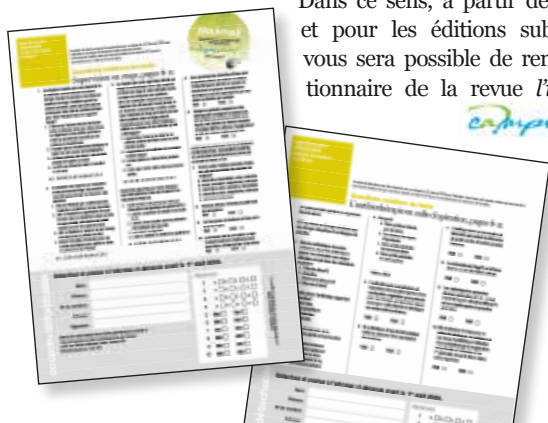


**Remplir son questionnaire en ligne sur le *campus OPIQ* ... le même chemin virtuel qu'une inscription à une formation et un choix écologique facile.**

Éléments importants à noter:

- le questionnaire de formation continue de cette édition est disponible en ligne du 17 septembre ou 16 décembre 2008 inclusivement et **aucune inscription n'est possible passée cette date;**
- au moment de l'inscription, choisir le cours portant le sigle **inhalo-25-03.**

Tout comme pour le questionnaire d'évaluation d'une formation, une fois complété et validé, un certificat en ligne vous confirmera la réussite du questionnaire et votre heure de formation s'inscrira automatiquement dans votre dossier membre de l'OPIQ. ✨



## Une petite pompe cardiaque qui peut sauver des vies

par **Georges Costan**, Ph. D.

**U**ne intervention cardiaque novatrice (première mondiale) a été réalisée dans le laboratoire de cathétérisation cardiaque du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) chez une patiente ayant subi une transplantation cardiaque et présentant un problème de rejet aigu grave. L'intervention, consistant à implanter une minipompe dans le ventricule gauche au moyen d'un cathéter (système Impella 5.0), a été réalisée par le Dr Renzo Cecere, directeur du Programme d'assistance ventriculaire mécanique du CUSM, et le Dr Jean-Philippe Pelletier, cardiologue d'intervention.

Déjà disponible aux États-Unis et en Europe, le système a été conçu dans le but de contribuer à rétablir la stabilité cardiaque



Système Impella 5.0

des patients qui ont souffert d'insuffisance cardiaque après une chirurgie cardiaque et qui n'ont pas réagi à la thérapie médicale courante. On compte quelque 300 implantations du système Impella 5.0 réalisées dans le monde. Dans le cas présent, le dispositif a permis de stabiliser l'état de la patiente jusqu'à ce qu'elle réagisse aux médicaments antirejet. Sans cette technologie, il est vraisemblable que la patiente n'aurait pu survivre.

Le système Impella 5.0 est constitué d'une pompe miniature installée à l'intérieur d'un cathéter. Par une petite incision au niveau de l'aîne, on fait cheminer le cathéter jusqu'au ventricule gauche du cœur, où il peut rester jusqu'à 10 jours. ✨



# respirer,

un langage universel

**Semaine de l'inhalothérapeute 2008**  
du 5 au 11 octobre

**plan stratégique  
2007-2011**

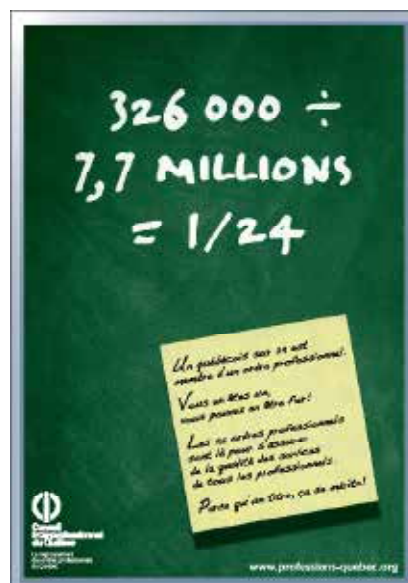
*À la croisée des chemins*

**Nos valeurs**

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

**Son intégrité...**

...Parce que le public et les inhalothérapeutes  
n'attendent pas moins que l'Ordre soit  
honnête, sincère, équitable et transparent.



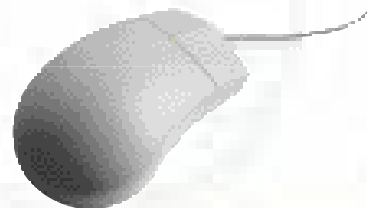


Dans la dernière édition de *l'inhalo*, un survol des différentes fonctionnalités qu'offre le [campusopiq](#) vous était proposé.

Poursuivant ce survol, c'est le [calendrier communautaire](#), instrument de collaboration et de communication entre tous, qui sera cette fois-ci mis en avant-plan.



### Le calendrier communautaire



Le calendrier communautaire permet d'afficher et de consulter des événements concernant l'OPIQ, ses partenaires et ses membres. Les événements affichés peuvent être triés par catégories, ce qui vous permet de filtrer les annonces afin de ne voir que les types d'événements désirés.

Le calendrier communautaire peut se synchroniser automatiquement avec d'autres applications, comme le logiciel *Outlook* ou un agenda électronique, telle que l'application *Palm*.

Afin que le [calendrier communautaire](#) soit le reflet des activités qui vous concernent et qu'il puisse devenir une de vos principales sources de références en matière d'événements intéressants ou importants, votre collaboration est encore une fois sollicitée. Alors, n'hésitez surtout pas à nous faire connaître et à promouvoir les activités ou les événements en lien avec votre pratique clinique, et ce peu importe le contexte ou la région où se tient l'événement.

Enfin, tout comme le répertoire (bibliothèque virtuelle), vous pouvez choisir d'activer vos annonces et ainsi être avisé par courriel dès qu'un nouvel événement est affiché au [calendrier communautaire](#) et ainsi être à l'affût des événements à venir.

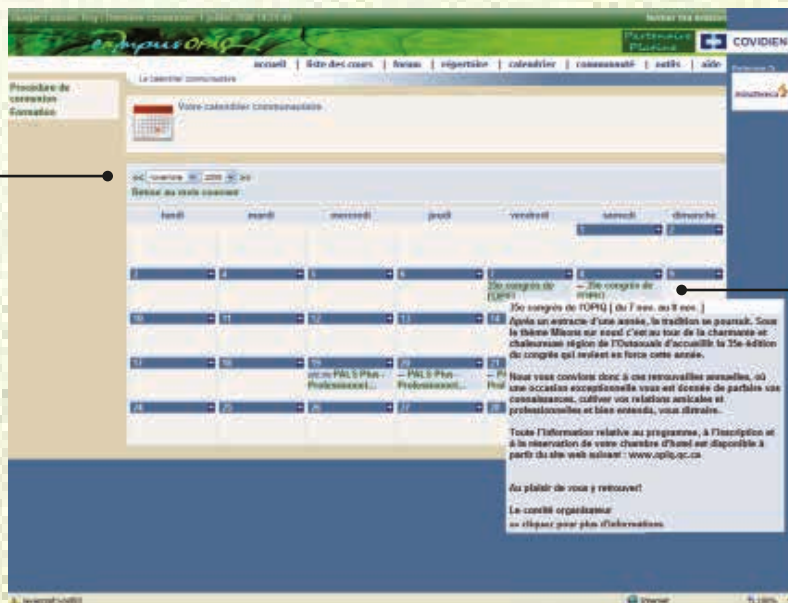
Consulter ou afficher un événement au [calendrier communautaire](#), toujours aussi simple que 1, 2 et 3.

1. Pour consulter le [calendrier communautaire](#) à partir de votre page d'accueil. Sous l'onglet [calendrier](#), sélectionner l'option [Afficher sous forme de calendrier](#)

**Prenez note que vous n'avez pas à être inscrit à un cours pour afficher ou consulter un événement du calendrier et que vous pouvez y accéder en tout temps.**

- Choisir le mois et l'année désirée et le calendrier correspondant deviendra disponible pour consultation.
- Cliquer sur l'événement désiré, et l'information présente deviendra disponible pour consultation.

N.B.: En tout temps, vous pouvez utiliser l'option [Recherche dans le calendrier](#) disponible sous l'onglet [calendrier](#).



De même, un aperçu des événements à venir est disponible à partir de votre page d'accueil

Événements à venir...

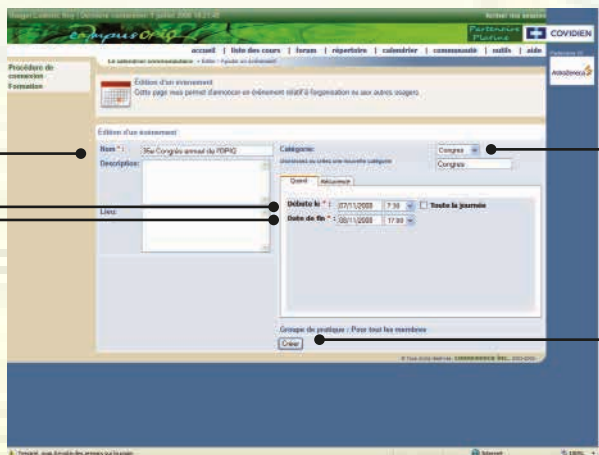
## Congrès OPIQ, 07 et 08 novembre 2008

2. Pour afficher un événement au [calendrier communautaire](#)  
Sous l'onglet [calendrier](#), sélectionner l'option  [Ajouter un événement](#).

- Entrer les informations relatives à l'événement:
  - Information obligatoire: nom de l'événement et la date de début et de fin
  - Information facultative: description et lieu
- Choisir une catégorie: *Colloque, Congrès ou Formation*

N.B.: Bien que nous croyions préférable de diffuser l'information relative à un événement à tous les membres, il vous est permis de restreindre l'accès à l'information à un ou des groupes de pratique. Pour ce faire, vous devez choisir le groupe parmi les choix offerts.

- Cliquer sur [Créer](#)



3. Pour activer vos annonces

Sous l'onglet *Outil*, choisir *Gestion des annonces*

- Choisir d'être avisé dès qu'un nouvel événement est ajouté au [calendrier](#)  
N.B.: Vous pouvez également sélectionner les autres options offertes.
- Cliquer sur [Sauvegarder mes modifications](#)



### Gestion de mes annonces en fonction des événements du système

Haut du formulaire

#### Modifier vos annonces

**Aviser-moi dès qu'un nouvel événement est ajouté au calendrier communautaire.**

**Aviser-moi dès qu'un nouveau fichier est ajouté au répertoire.**

**Aviser-moi dès qu'un nouveau message est ajouté aux discussions suivantes:**

**Commentaires et suggestions**

**Aide et soutien technique**

**Discussions d'ordre général**

**Polysomnographie**

**Assistance anesthésique**

[Sauvegarder mes modifications](#)

Bas du formulaire

- Pour choisir les événements en fonction d'un groupe de pratique ou de vos préférences

- a. Sous l'onglet *Calendrier*, choisir *Afficher sous forme de calendrier*
- b. Cocher le nom des groupes de pratique désirés.



## Calendrier des événements

- **Journée scientifique en soins cardiorespiratoires de l'Hôpital Laval**, 4 octobre 2008.
- **Semaine de l'inhalothérapeute**, du 5 au 11 octobre 2008.
- **Congrès annuel de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec**, les 7 et 8 novembre 2008, au Hilton Lac-Leamy, Gatineau.
- **Assemblée générale annuelle des membres**, samedi 8 novembre de 8 h à 9 h, au Hilton Lac-Leamy, Gatineau.
- **Journée mondiale de la MPOC**, le 17 novembre 2008.
- **Symposium Québec-France 2008 en santé respiratoire**, 3-6 décembre 2008, Centre des congrès de Québec.  
[http://w3.fmed.ulaval.ca/pneumoquebecfrance2008/fileadmin/documents/documents/Programme\\_2007-04-07.pdf](http://w3.fmed.ulaval.ca/pneumoquebecfrance2008/fileadmin/documents/documents/Programme_2007-04-07.pdf)

### SAVIEZ-VOUS QUE?



En page couverture de l'édition été 2008 du magazine *Junior* on titre: *Les centres d'enseignement sur l'asthme*, Sylvie Gagnon, inhalothérapeute. Quelle belle vitrine pour notre profession! En effet, Sylvie, inh. et membre du comité d'inspection professionnelle (CIP) fait maintenant partie de l'*Équipe Familles D'aujourd'hui* qui réunit quelques 40 spécialistes en santé, en éducation, en maternité, en droit familial, en psychologie, etc. et qui publie trois magazines: *Bébé*, *Junior* et *Grossesse* à l'intention des futurs parents, des parents, grands-parents et intervenants afin de leur donner un maximum d'informations pertinentes sur des sujets variés. À cet égard, Sylvie fait donc appel à vous: en tant que futurs parents, parents, grands-parents, quels sont les sujets que vous aimeriez voir aborder? Quelles sont vos préoccupations?

N'hésitez pas à la contacter au [syl.gag@sympatico.ca](mailto:syl.gag@sympatico.ca)

### L'INHALO FAIT ENCORE LA FORCE!

Dans le cadre d'une journée périscolaire tenue au Cégep Sainte-Foy, un comité composé de cinq membres du département des techniques d'inhalothérapie a décidé d'innover en organisant une activité permettant aux étudiants de mettre leurs connaissances à l'épreuve. Accompagnés de six étudiants représentant chacun des niveaux, ils ont composé une banque de 1000 questions traitant autant du domaine de l'inhalothérapie que des connaissances générales. Sous la formule de *l'Union fait la force*, douze équipes se sont amicalement rencontrées dans un tournoi à la ronde. À la suite de cette journée, la totalité d'entre eux est repartie le sourire aux lèvres et fiers de leur accomplissement. Le comité organisateur, quant à lui, s'est dit impressionné par l'enthousiasme des étudiants et compte bien répéter l'expérience l'an prochain. Il faut croire qu'il est incontestablement possible d'apprendre en s'amusant!

**Kim Paquin et Kaven Godbout,**  
finissants au Cégep Sainte-Foy



### SALON ÉDUCATION FORMATION CARRIÈRE

Le Salon Éducation de Montréal, présenté conjointement avec le Salon Formation Carrière pour une treizième année consécutive, représente le plus grand rassemblement annuel consacré à l'éducation, à la formation et à la carrière au Canada! Depuis sa création en 1996, plus de 350 000 personnes ont visité le Salon qui accueille annuellement de 225 à 250 exposants.

L'OPIQ participera encore cette année à la 13<sup>e</sup> édition du Salon Éducation Formation Carrière, et ce grâce à la collaboration du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Nous sommes donc à la recherche d'inhalothérapeutes bénévoles prêts à offrir quelques heures, afin de faire connaître notre belle profession aux jeunes, à leurs parents, aux conseillers en orientation ainsi qu'aux personnes en réorientation de carrière. C'est l'occasion unique de leur faire découvrir le milieu stimulant et plein de défis qui leur est proposé.

Le Salon se déroulera à Montréal du 15 au 18 octobre prochain à la place Bonaventure.

Vous voulez saisir cette occasion et vous joindre à nous pour passer quelques heures dans un environnement bouillonnant d'énergie? Communiquez-moi votre intérêt au (514) 931-2900, poste 30.

Au plaisir de vous y rencontrer!

### THÈMES ET DATE DE TOMBÉE

**Les troubles du sommeil**  
1<sup>er</sup> octobre 2008

**L'embolie pulmonaire**  
1<sup>er</sup> février 2009

### ERRATUM

Une erreur s'est glissée dans la chronique **Thèmes et date de tombée** du Babillard, en page 38 de l'édition de juillet 2008. Pour l'embolie pulmonaire, il aurait fallu lire 1<sup>er</sup> février 2009.

Par ailleurs, dans la chronique **Qui sommes-nous** en page 36 de la même édition, le dernier paragraphe de la missive de Clémence Carpentier s'est malencontreusement retrouvé dans le texte de Murielle Pagé. Toutes nos excuses.



## SEMAINE DE L'INHALOTHÉRAPEUTE 2008

Cet événement annuel se tiendra du 5 au 11 octobre prochain, sur le thème *Respirer, un langage universel*.

Cette semaine vous appartient: nous vous encourageons à participer en planifiant des activités dans votre région, afin de faire connaître notre profession au grand public.

Tout comme les dernières années, une mention d'honneur sera remise à l'équipe s'étant le plus démarquée quant à l'originalité, la vulgarisation et la visibilité obtenues au cours des diverses actions de sensibilisation.

### Veillez noter que pour être admissible:

- l'activité doit se dérouler à l'intérieur de la Semaine de l'inhalothérapeute;
- l'activité doit être organisée par des inhalothérapeutes;
- le formulaire de participation à la mention d'honneur doit être rempli et acheminé au plus tard le 15 janvier 2009.

### Ne sont pas admissibles:

- les activités pour lesquelles le formulaire n'a pas été fourni dans les délais prévus;
- les activités organisées par une compagnie.

### Critères retenus:

- originalité de l'activité de sensibilisation à la profession;
- vulgarisation de l'information;
- visibilité obtenue.

### Les membres du comité

Marie-Hélène Robert, inh., Hôpital Charles-LeMoine

Dominique Brault, inh., Cégep de Rosemont

Dominique Hébert, inh., CHU Sainte-Justine

Line Prévost, coordonnatrice aux affaires professionnelles, OPIQ



### Deux nouvelles formations se sont ajoutées sur le

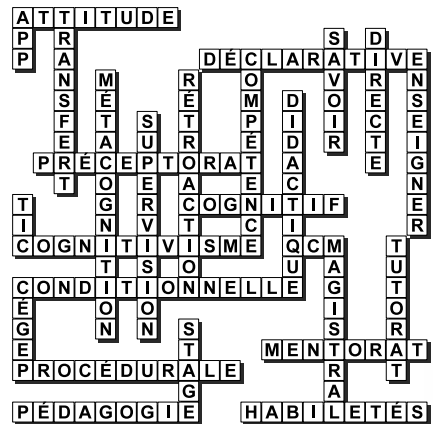


- *La dyspnée chez le patient atteint de MPOC: mieux la comprendre pour mieux la soulager* par D<sup>r</sup> Simon Parenteau, pneumologue;
- *Pharmaco 101* par Anne Julie Frenette, pharmacienne

Surveillez les annonces courriels du [campusorip](mailto:campusorip@opiq.qc.ca) ou sur notre site Web ([www.opiq.qc.ca](http://www.opiq.qc.ca)) pour connaître la date de mise en ligne de chaque formation.

Nous vous rappelons que vous devez obtenir un résultat de **90% ou plus** pour la reconnaissance de vos heures de formation et que **vous pouvez recommencer le questionnaire autant de fois qu'il est nécessaire**. De plus, afin que votre formation soit certifiée, **vous devez consulter chaque séance et chaque module** (exposés et bibliothèque, forum ou liens le cas échéant) d'une même formation.

## SOLUTION ENSEIGNER



# babillardopiq

## QUOI DE NEUF?

### Traitement de la MPOC

Suite aux nouvelles lignes directrices émises pour traiter la MPOC, la Société canadienne de thoracologie (SCT) a développé un Plan d'action contre la MPOC (français et anglais) afin de faciliter la continuité des soins et la communication entre le patient, le médecin, le pharmacien et les intervenants en santé respiratoire, ainsi que des outils éducatifs (dépliant, diaporama et articles) qui sont disponibles gratuitement pour téléchargement et impression via le site Internet de l'OPIQ ou sur [www.lignesdirectricesm poc.ca](http://www.lignesdirectricesm poc.ca) et [www.lignesdirectricesrespiratoires.ca](http://www.lignesdirectricesrespiratoires.ca)

## TARIFS CORPORATIFS

Les membres de l'OPIQ pourront désormais bénéficier de tarifs corporatifs à l'Hôtel 71 ainsi qu'à l'Auberge St-Pierre de Québec. Pour connaître les nouvelles tarifications, rendez-vous sur le site Internet de l'Ordre. Ces ententes sont en vigueur du 1<sup>er</sup> mai 2008 au 30 avril 2009. Lors de votre demande de réservation, vous devrez mentionner «OPIQ» afin de bénéficier des taux préférentiels. Prenez note que pour les deux établissements mentionnés, le petit déjeuner complet est inclus dans les prix, mais non les frais de service.

## LES INHALOS QUI FONT L'ÉVÉNEMENT

Félicitations à Stéphane Delisle, inhalothérapeute et chef de service à l'Hôpital Sacré-Cœur, qui a obtenu le 3 février dernier, lors du congrès de la *Society of Critical Care Medicine* qui s'est tenu à Hawaii, le titre de *fellow in critical care medicine* de l'*American College of Critical Care Medicine*. Soulignons qu'après Paul Ouellet, M. Delisle est le deuxième membre de l'Ordre des inhalothérapeutes à qui une aussi prestigieuse distinction est remise.



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  
SUPERVISION EN STAGE, PAGES 8-11**

**1. Un stagiaire travaille avec vous durant la fin de semaine comme externe en inhalothérapie. Pendant la semaine, vous êtes son moniteur de stage. Choisissez parmi les actions suivantes, celles qui vous aideront à bien jouer votre rôle de moniteur clinique pour aider l'étudiant dans son apprentissage?**

- S'assurer qu'il puisse exécuter des tâches (actes complexes) autres que celles prévues au *Règlement sur les activités professionnelles qui peuvent être exercées par des externes en inhalothérapie*
- S'assurer que ses connaissances théoriques en regard d'un acte à poser sont satisfaisantes
- Le laisser exécuter une tâche le plus souvent possible et l'assister au besoin
- Lui offrir une rétroaction suite à l'exécution d'une tâche

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

**2. Un étudiant veut négocier son évaluation en mi-parcours de stage. Que pourriez-vous faire pour prévenir ou résoudre cette situation?**

- Informé l'étudiant que malheureusement, l'évaluation complétée n'est pas négociable.

- Offrir à l'étudiant une appréciation de sa performance par une rétroaction verbale ou écrite dès que possible, soit directement suivant l'action ou à la fin d'un quart de travail.

- Offrir à l'étudiant de reprendre la (les) tâche(s) évaluée(s) jusqu'à parfaite exécution.
- Élaborer des grilles d'évaluation avec des échelles descriptives pour qualifier le niveau de performance de l'étudiant.

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

**3. La stagiaire que vous supervisez débute son stage en néonatalogie. Elle a déjà complété et réussi son stage en soins intensifs adultes. Lorsque vous lui posez des questions, elle a de la difficulté à trouver les bonnes réponses. Elle dit souvent n'avoir jamais vu ça. Vous êtes conscient que certains contenus et habiletés du stage précédent peuvent être transférés dans le stage présent. Comment pouvez-vous aider l'étudiante à utiliser les contenus et les habiletés qu'elle a développés?**

- Lui permettre d'observer au début en lui reflétant certaines similitudes avec les soins intensifs adultes
- Lui permettre de se familiariser à ce nouveau contexte clinique
- Lui faire répéter une même tâche plusieurs fois.

- Lui dire que c'est la même chose que chez les adultes.

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

**QUESTIONS RELATIVES AU TEXTE TROQUER  
SON STÉTHOSCOPE POUR DES CRAIES ET UN  
TABLEAU! EN PAGES 22-24.**

**4. Quels sont les buts principaux visés par l'éducation thérapeutique du patient (ETP)?**

- L'aider à comprendre sa maladie et ses traitements
- L'aider à mieux coopérer avec les professionnels impliqués dans ses soins
- Le former à l'autogestion
- L'aider à maintenir ou améliorer sa qualité de vie

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

**5. Pour une démarche éducative efficace pour les patients atteints de maladie chronique, l'inhalothérapeute doit être en mesure de transformer ses propres connaissances théoriques en savoirs opérationnels, par des mises en situation par exemple.**

VRAI  FAUX

**6. Lorsque les inhalothérapeutes enseignent connaissances, interprétation de données, habiletés techniques aux patients atteints des mêmes maladies chroniques (MPOC, asthme), l'enseignement se fait de la même manière pour tous.**

VRAI  FAUX

**QUESTIONS RELATIVES AU TEXTE LE  
FEEDBACK (OU RÉTROACTION): UN ÉLÉMENT  
ESSENTIEL DE L'INTERVENTION PÉDAGOGIQUE  
EN MILIEU CLINIQUE EN PAGES 12-20.**

**7. Parmi la suite d'actions suivantes, choisissez celle qui caractérise le processus de feedback?**

- observation, interprétation, action, redirection
- action, observation, interprétation, redirection
- observation, action, redirection, interprétation
- observation, action, interprétation, redirection
- aucune de ces réponses

**8. Feedback efficace et feedback positif sont des synonymes.**

VRAI  FAUX

**9. L'art de donner du feedback est inné, on l'a ou on ne l'a pas.**

VRAI  FAUX

**10. Le feedback doit se concentrer sur des comportements de l'étudiant qui sont observables, idéalement par vous-même.**

VRAI  FAUX

**Détachez et postez à l'adresse ci-dessous avant le 16 décembre 2008.**

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** a.  b.  c.  d.  e.

**2** a.  b.  c.  d.  e.

**3** a.  b.  c.  d.  e.

**4** a.  b.  c.  d.  e.

**5** VRAI  FAUX

**6** VRAI  FAUX

**7** a.  b.  c.  d.  e.

**8** VRAI  FAUX

**9** VRAI  FAUX

**10** VRAI  FAUX

# FORMATION À DISTANCE



## 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'OPKQ
- Cours offerts sur DVD
- Examens dans votre localité ou à proximité

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

CGM2708 Communication, intervention et éthique (3 cr.)

SEL1416 Mécanisme de la douleur (3 cr.)

SEL2701 Urgences anesthésiques (3 cr.)

SEL2703 Anesthésie et types de chirurgie (3 cr.)

SEL2706 Inhalothérapie dans des contextes d'urgence (3 cr.)

SEL2707 Le patient en soins intensifs (3 cr.)

SCS2217 Pharmacothérapie I (3 cr.)

SEL3101 Ventilation et intubation difficiles (1 cr.)

SEL3102 Technologies avancées en ventilation mécanique I (1 cr.)

SEL3103 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](mailto:sc-sante@uqat.ca)

Ce contenu publicitaire n'est accessible qu'aux professionnels de la santé.

# DeVilbiss® a du nouveau pour la thérapie du sommeil.



DeVilbiss IntelliPAP™  
Unité Auto-Ajustable  
Modèle: D44p1.0-101

## 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 améliorer vos heures de sommeil.

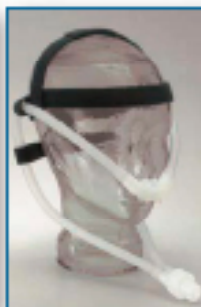
**PLUS**  
DeVilbiss introduit trois nouveaux masques pour compléter le nouvel IntelliPAP™.



Simple® Masque nasal d'air. Offre une ventilation maximale. Le design unique® assure les points de pression sur le nez et le confort de nuit.



Smart® Masque nasal avec ventilation maximale. Un design unique® assure une ventilation maximale avec un confort optimal.



Humidif® Le masque avec humidification intégrée. Le design unique® assure le confort et l'efficacité de nuit. Masque auto-ajustable pour DeVilbiss.

**DeVilbiss®**  
HEALTHCARE

DeVilbiss Canada  
Montréal:  
Toronto:  
Colombie Britannique:  
[www.sunrisemedical.ca](http://www.sunrisemedical.ca)

614.267.0727 1.888.548.8688  
905.680.2459 1.800.263.8390  
604.480.1589 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](http://www.covidien.com)

COVIDIEN et COVIDIEN sont des marques ou services de COVIDIEN SA. © 2014 COVIDIEN SA. Tous droits réservés.