



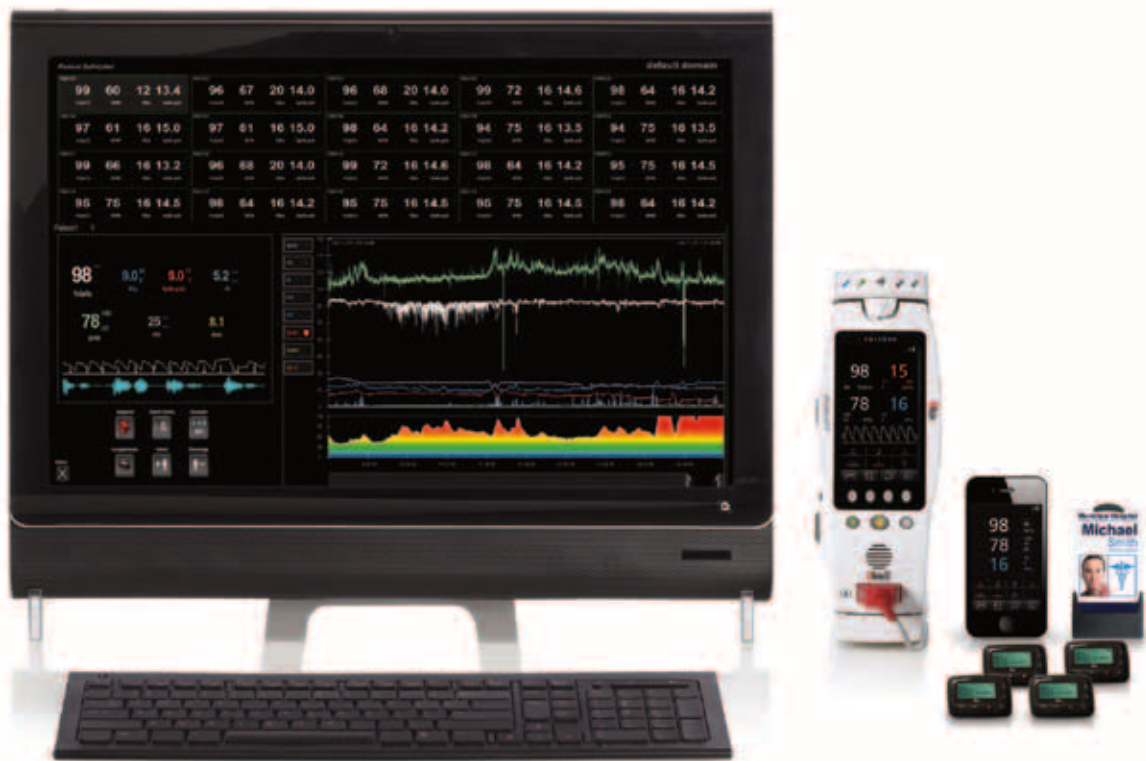
l'inhalo

Revue de
l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
volume 28, numéro 4, janvier 2012



dossier **la simulation haute fidélité**
ventilation protectrice — mise à jour

Le monitoring au service des soins généraux



Le système Patient SafetyNet

Le système qui aide les cliniciens à améliorer les résultats cliniques.

L'administration d'analgésiques contrôlée par les patients et une observation directe des patients limitée augmentent le risque d'événements sentinelles au service des soins généraux. Grâce au système de monitoring à distance et de notification clinique Patient SafetyNet™ de Masimo, vous avez l'esprit tranquille puisque des alertes précises sont immédiatement envoyées aux cliniciens appropriés depuis l'oxymètre de pouls Masimo SET®, l'appareil de référence en oxymétrie de pouls. De plus, ce système flexible et rentable s'intègre à votre système informatique. Le système Patient SafetyNet et l'oxymètre de pouls Masimo SET ont permis à un important hôpital universitaire de réduire d'environ 50 % les transferts aux soins intensifs et de 65 % le délai d'intervention du personnel soignant.¹

Le système Patient SafetyNet est désormais offert avec le système de surveillance rainbow Acoustic Monitoring™ afin d'obtenir une fréquence respiratoire précise, d'améliorer la tolérance des patients et de bénéficier d'un meilleur niveau de sécurité.

www.masimo.com

1 888-336-0043

© Masimo Corporation, 2011. Tous droits réservés

↓ **65%**
DE CODES DE DÉTRESSE ET D'ALERTES
D'INTERVENTION EN MOINS

↓ **48%**
DE TRANSFERTS VERS L'UNITÉ DE SOINS
INTENSIFS EN MOINS

✓ **135**
JOURS EN UNITÉ DE SOINS INTENSIFS
ÉVITÉS CHAQUE ANNÉE



¹Taenzer AH et al. Anesthésiologie. 2010;112(2):282-287. *Certaines fonctionnalités du système Patient SafetyNet de Masimo ne sont pas agréées selon l'article 510 (k) de la FDA.



ECMO et autotransfusion : c'est réglé!

Pouvez-vous croire qu'il a fallu plus de quatre ans pour arriver à un dénouement positif dans ce dossier? Eh bien oui! Remarquez que ce n'est pas celui qui s'étire le plus en longueur! Je songe, bien sûr, au dossier de la réforme de la formation initiale qui, depuis près de quatorze ans, repose toujours sur la table à dessin!

Mais la politique étant ce qu'elle est, le traitement de ces dossiers reste souvent complexe et fastidieux.

Permettez-moi de vous dire que l'obtention des activités en lien avec l'ECMO et l'autotransfusion a nécessité beaucoup de discussions, de représentations et de négociations. Nous étions à mille lieues de croire que l'on nous obligerait à recourir à un règlement d'autorisation d'activités de la part du Collège des médecins (CMQ) pour obtenir le droit d'exercer ces activités que, par ailleurs, nous exerçons depuis de nombreuses années.

Pour ceux qui s'en souviennent, ces activités devaient faire partie du décret d'intégration des perfusionnistes cliniques à l'OPIQ; intégration qui ne s'est jamais concrétisée pour des motifs que je préfère ne pas évoquer ici. En bref, après avoir fait face à beaucoup de résistance et d'obstacles, nous avons tout de même obtenu la légitimité de continuer à exercer ces activités et cela, grâce à la collaboration de nos collègues du CMQ. La collaboration, l'interdisciplinarité ainsi que le bien-être et la sécurité des patients ont bien sûr été nos chevaux de bataille. Ces valeurs qui ont guidé nos actions et nos représentations ont été entendues. Comme quoi, de temps à autre, il faut passer de la « théorie » de ces concepts à l'application concrète!

Ainsi, pour la collaboration et l'appui témoignés, je désire remercier toutes les personnes qui ont été, de près ou de loin, impliquées dans ce dossier et qui, je l'espère, se reconnaîtront. Oui, c'est réglé! Et cela me donnera une raison de plus de festoyer pendant cette période propice aux réjouissances!

Je vous souhaite à tous un beau Noël et une année des plus extraordinaires! ❄️

Josée Prud'Homme
Directrice générale et Secrétaire

ASP Médical	31	Masimo	2
Association pulmonaire canadienne	11	McArthur Medical Sales	5
Biron Soins du sommeil	15	RIIRS	19
Maquet-Dynamed	48	UQAT	37

index des annonceurs

sommaire

3	Éditorial
4	Avant-propos
6	Mot de la présidente
	DOSSIER LA SIMULATION HAUTE FIDÉLITÉ
8	La simulation haute fidélité : nouvelle approche d'enseignement en inhalothérapie
12	Un pour tous et tous pour un : les défis de la simulation pour les équipes interdisciplinaires
	FINANCES
18	Retraite, planification fiscale et successorale
	ACTUALITÉS
20	La Semaine québécoise pour un avenir sans tabac 2012
22	Inhalothérapeutes et pompiers : un travail COopératif
24	Le congrès en images
28	Johanne Fillion honorée du prix <i>Mérite du CIQ</i> 2011
29	À L'AVANT-SCÈNE
	SOINS CRITIQUES
30	Ventilation protectrice chez les patients sans SDRA
	FORMATION CONTINUE
38	S'autoévaluer dans un contexte professionnel... Sur quoi s'appuyer et par où commencer
44	Babillard
46	Questionnaire détachable pour la formation continue

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

Présidente

Céline Beaulieu, inh., B.A.

Administrateurs

Réjean Duchesne, inh., Brigitte Fillion, inh., Mélyny Grondin, inh., Roselyne Héty, inh., Jean-Claude Lauzon, inh., Francine LeHoullier, inh., Elaine Paré, inh., Karine Pellerin, inh., Annie Quenneville, inh., Isabelle Truchon, inh., Jocelyn Vachon, inh., Michèle Vincent Félix, inh.

Administrateurs nommés par l'Office des professions

Laurier Boucher, Louise Lafrenière, Marie-Christine Larouche, Guy Simard

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF (ADMINISTRATIF)

Présidente

Céline Beaulieu, inh., B.A.

1^{re} vice-présidente

Francine LeHoullier, inh.

2^e vice-présidente

Michèle Vincent Félix, inh.

Trésorière

Brigitte Fillion, inh.

Administrateur nommé par l'Office des professions

Laurier Boucher

PERMANENCE

Directrice générale et Secrétaire

Josée Prud'Homme, M. A. P., Adm.A.

Adjointe à la direction générale

M^{re} Andrée Lacoursière

Coordonnatrice à l'inspection professionnelle

Martine Gosselin, inh., B. Sc.

Coordonnatrice aux communications

Line Prévost, inh.

Coordonnatrice au développement professionnel

Marise Tétreault, inh.

Coordonnatrice aux technologies de l'information

Francine Beaudoin

Secrétaire de direction

Clémence Carpentier

Secrétaire à l'inspection professionnelle

Marie Andrée Cova

Secrétaire à l'accueil et services aux membres

Soraya Bashonga

Syndic

Joëlle Larivière, inh., B. Sc.

COMMUNICATIONS

Responsable

Line Prévost, inh.

Collaborateurs

Pierre-Alexandre Bouchard, inh., Andrée-Anne Boutin, M^{re} Andrée Lacoursière, Roxanne L.-L'Archevêque, D^r François Lelouche, Bernard Marin, D^r François Marquis, Andrée-Ann Parent, Pascal Rioux, inh., Marise Tétreault, inh.

Tarif d'abonnement

40 \$ par an pour les non-membres

30 \$ par an pour les étudiants

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2012

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

Fusion Communications & Design inc.

Photos des membres de l'OIQ et du congrès en images

Pilar Macias, photographe

Impression

JB Deschamps

Publicité

Communications Publi-Services inc.

Jacques Galarneau, conseiller 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 721

Montréal (Québec) H3G 1R8

Tél.: (514) 931-2900 • 1 800 561-0029

Téléc.: (514) 931-3621

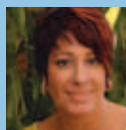
Courriel: info@opi.qc.ca

Envoi de publication: contrat n° 400 647 98

Le genre masculin employé dans ces textes désigne aussi bien les femmes que les hommes.

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

avant-propos



« Par dessus tout, la simulation doit prendre sa place comme une des composantes d'un plus grand cadre, soutenue par la recherche, la technologie, la pratique clinique, le professionnalisme et l'éducation, et soutenant ceux-ci à son tour. »

Roger Kneebone, chirurgien anglais

Nouvelles technologies éducatives, environnements interactifs d'apprentissage par ordinateur, simulation pédagogique haute fidélité, etc. Pas de doute, les mouvances pédagogiques actuelles encouragent le développement d'outils d'enseignement visant à confronter le plus rapidement possible les étudiants à la complexité de leur future pratique professionnelle. Outre les laboratoires pratiques, les mises en situation, les discussions de cas, les stages cliniques qui sont des méthodes de formation que nous connaissons bien, qui sont toujours d'actualité — et largement utilisées dans le programme d'inhalothérapie —, les simulations, lorsque bien dirigées, peuvent bonifier un programme basé sur l'approche par problèmes. Ne diminuant en rien l'importance des formations en milieux cliniques auprès des patients, elles s'intègrent, selon les besoins, avec les autres approches pédagogiques. En effet, la simulation permet un apprentissage sans risque d'erreur néfaste pour le patient et peut être incluse dans un programme pédagogique complet à la condition, nous apprend le D^r Marquis en pages 12-16, que les objectifs pédagogiques soient au préalable bien identifiés. L'intérêt de recourir à la simulation en santé est appréciable en ce qui a trait au savoir-faire, en particulier devant l'émergence rapide de nouvelles technologies, et au savoir-être.

D'aucuns croient que la simulation en santé est une pratique récente. S'il est vrai que l'utilisation de simulateurs haute technologie est en effet assez récente, c'est en 1960 que fût créé le premier « simulateur » destiné à l'enseignement des techniques de réanimation : *Ressuci Anne*, mannequin conçu par le Norvégien Åsmund S. Lærdal, et dont le visage a été modelé sur le masque mortuaire d'une jeune fille tirée des eaux de la Seine. C'est aussi au cours des années 1960 qu'a été introduit par le neurologue américain Howard S. Barrows, le recours aux patients standardisés pour l'évaluation médicale. Ces deux approches se classent dans la catégorie des simulations médicales.

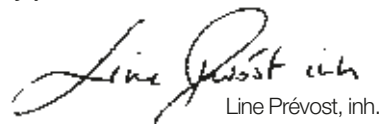
De nos jours, nombre d'étudiants en sciences de la santé complètent leur cursus théorique par des mises en situation très proche de la réalité clinique. Ils s'exercent au bon geste thérapeutique sur des humanoïdes sophistiqués et préprogrammés pour reproduire fidèlement les symptômes et les réactions humaines selon le cas étudié : réanimation cardiorespiratoire, gestion d'un polytraumatisé, etc. Leurs interventions sont filmées et évaluées par les experts lors d'une séance de rétroaction au cours de laquelle erreurs et lacunes sont analysées. Ce type d'apprentissage peut s'effectuer de façon individuelle ou en groupe.

Les inhalothérapeutes, comme professionnels de la santé et important maillon d'une équipe interdisciplinaire œuvrant dans un but commun, à savoir la prestation des meilleurs soins de santé possible, sont conscients de l'importance d'un travail d'équipe efficient. Le recours à la simulation haute fidélité permet ainsi l'apprentissage, pour chaque membre d'une équipe, de compétences essentielles (les habiletés techniques mais aussi la communication, la pratique collaborative, l'autonomie, la capacité d'analyse, le *leadership* et le *followership*) dans un but de performance d'ensemble ; compétence déterminante lors de situation d'urgence où les rôles de chacun doivent déjà être connus et reconnus.

Récemment, avait lieu à Montréal, le 4^e Sommet de simulation, événement dédié à l'éducation médicale axée sur la simulation. Le D^r François Marquis, directeur médical du centre de simulation CASSAT de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, qui y animait un atelier, a accepté de décrire dans un article original les grands principes pédagogiques qui régissent la simulation médicale. Pour compléter le dossier de cette édition, le Cégep de l'Outaouais relate leur expérience d'enseignement avec un simulateur haute fidélité en inhalothérapie.

Respectant la tradition, dans cette édition qui suit le congrès, vous retrouverez aussi au fil des pages, les faits saillants qui ont marqué l'événement de l'automne 2011.

Et cette année, pas de montée de lait (ma parole, je deviens zen) ! Simplement des souhaits chaleureux de santé, bonheur et prospérité. De très joyeuses fêtes à tous !


Line Prévost, inh.
Coordonnatrice aux communications

SenTec Digital Monitoring System

Monitoring non invasif et continu :

- Tension du dioxyde de carbone (pCO₂)
- Saturation (SpO₂)
- Pouls (PR)



Le Système de Monitoring Digital SenTec (SDMS) avec son capteur V-Sign™ permet un monitoring continu, non invasif et en temps réel de la pression partielle de dioxyde de carbone (pCO₂) dans le sang, de la saturation en oxygène (SpO₂) et du pouls. Le capteur V-Sign™ se positionne facilement sur le lobe de l'oreille ou – pour du monitoring de la pCO₂ seulement – sur un site conventionnel de mesure de la pCO₂. Le SDMS répond rapidement et avec précision aux changements de niveau de la pCO₂, et/ou de la SpO₂ du patient.

sentec

Fabrication

SenTec AG
Ringstrasse 39
4106 Therwil
Switzerland
www.sentec.ch

Information ou démonstration

McArthur Medical Sales Inc.
1846 5th Concession West
Rockton, ON L0R 1X0
T+800.996.6674 F+ 519.622.1142
mmsi@mcarthurmedical.com
www.mcarthurmedical.com

Distribution au Canada

MMSI
MCARTHUR
MEDICAL SALES INC.



Nouveau prix reconnaissance Roméo-Soucy

A l'occasion de la tenue du banquet de clôture au congrès de l'OPIQ, en septembre dernier, plusieurs prix ont été décernés à des inhalothérapeutes s'étant démarqués et impliqués de façon exemplaire dans leur pratique professionnelle. Au fil des années et grâce à l'implication de fidèles partenaires, quatre prix reconnaissance se sont ajoutés à la remise du prix *Mérite du CIQ*, portant à cinq le total de récompenses décernées annuellement. Cette année, à la suite du décès de D^r Roméo Soucy, considéré à juste titre père fondateur de la première école d'inhalothérapie au Québec, l'Ordre a voulu le remercier en nommant un prix en son honneur afin de souligner, à titre posthume, l'engagement et la vision qu'il avait de cette nouvelle profession qu'était à l'époque l'inhalothérapie. Ainsi, le conseil d'administration a accepté à l'unanimité la proposition de la directrice générale pour l'attribution d'un nouveau prix *Roméo-Soucy*, mettant en évidence l'importante contribution d'un inhalothérapeute au rayonnement de la profession, soit par une réalisation distinctive ou par une implication particulière à un événement ponctuel dans le secteur de l'enseignement aux étudiants, aux pairs ou à la clientèle.

C'est à Madame Soucy, que nous avons eu le bonheur de recevoir, qu'est revenu l'honneur de remettre ce tout premier trophée récompense. Nous lui exprimons d'ailleurs notre gratitude pour sa disponibilité et son consentement à l'utilisation du nom de son conjoint.

Pour cette première remise, le CA a désigné deux enseignants du Collège de Rosemont, en raison de leur implication déterminante d'abord dans l'élaboration du *Programme de formation d'appoint à l'intention des personnes formées à l'étranger* puis dans l'implantation de ce programme menant à l'obtention d'une attestation d'études collégiales pour une première cohorte, qui a terminé en mai 2011. Merci et bravo à **Pierrette Morin** et **Jocelyn Vachon**! Merci aussi à tous les collaborateurs qui ont pris part à ce magnifique projet qui, en réduisant le délai pour l'obtention d'un permis de pratique en inhalothérapie, facilite l'intégration des nouveaux arrivants à la société.

Poursuivons avec un bref descriptif des autres prix décernés cette année.

Le prix *Mérite du CIQ* est remis à un inhalothérapeute qui s'est distingué principalement par son implication et ses réalisations dans le développement de l'Ordre ou dans sa contribution au rayonnement de la profession, soit au niveau provincial, national ou international. La lauréate 2011 est **Madame Johanne Fillion**, inhalothérapeute, enseignante au Collège de Rosemont et maintenant retraitée active! Je vous invite à prendre connaissance en page 28 de l'imposant parcours professionnel qui lui a valu cette reconnaissance.

Le *Prix Elaine-Trottier 2011*, décerné à un inhalothérapeute pour une réalisation particulière ou pour son implication à un événement ponctuel et profitable pour la pratique professionnelle, est allé à **Monsieur Yves Campbell**, pour sa participation dans un premier temps, à l'élaboration du contenu d'un guide clinique à l'intention des inhalothérapeutes afin de soutenir

leurs interventions auprès des usagers fumeurs, et dans un deuxième temps, au développement de trois scénarios qui ont servi à la création de vignettes cliniques vidéo illustrant trois mises en situation dans le cadre de la formation *Intervenir auprès de vos patients fumeurs : le rôle de l'inhalothérapeute* offerte sur le Campus OPIQ.

La Mention d'honneur pour la *Semaine de l'inhalothérapeute* est attribuée soit à un inhalothérapeute ou à une équipe pour souligner les initiatives locales d'activités de promotion de notre profession au grand public. L'équipe du **CHU Sainte-Justine** est la gagnante 2011 et nous les remercions chaleureusement pour leur contribution au rayonnement de notre profession.

Lors d'une plénière intégrée dans le programme scientifique du congrès, nous présentons une joute où chaque collègue est représenté par un « champion » choisi parmi les stagiaires de l'année scolaire en cours, qui s'affronte dans un concours amical nommé *Place à la relève*. Ils sont évalués selon trois compétences : le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Cette année, trois maisons d'enseignement participaient : le Collège Ellis, le Cégep de Sainte-Foy et le Collège Vanier. Félicitations à toutes les participantes pour leur courage et la qualité des présentations. L'édition 2011 du concours a été remportée par **Andrée-Anne Boutin**, **Roxanne Latraverse-L'Archevêque** et **Andrée-Ann Parent** du Collège Ellis.

Rendez-vous en pages 24-26 pour voir quelques clichés de ces remises de prix.

Nous tenons à souligner la collaboration financière de plusieurs organismes à ces prix et nous les remercions de leur appui fort apprécié :

- **La Personnelle, assurances générales**, qui s'associe au **Conseil interprofessionnel du Québec**, en commanditant la production et la remise de la médaille symbolisant le prix *Mérite du CIQ*;
- **La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec** pour le soutien financier aux prix *Elaine-Trottier* et *Place à la relève*, chacun étant associé à une bourse de 2000 \$;
- **La Fédération de la santé et des services sociaux – Confédération des syndicats nationaux** pour la bourse de formation continue de 2000 \$ associée à la Mention d'honneur de la Semaine de l'inhalothérapeute.

Félicitations à tous les lauréats 2011! Et un merci tout spécial au comité organisateur du congrès pour l'excellence de leur travail et qui, sous la direction de Josée Prud'Homme, a fait de cet événement un grand succès. En terminant, je vous offre mes meilleurs vœux pour l'année 2012.

Céline Beaulieu, inh., B.A.
présidente



The new Roméo-Soucy acknowledgement award

Last September, during the closing banquet of OPIQ's convention, many awards were given to respiratory therapists who distinguished themselves and got involved in an exemplary way in their professional practice.

Throughout the years, and thanks to the involvement of loyal partners, four acknowledgement awards were added to the *Mérite du CIQ* award ceremony, bringing the total to five prizes awarded annually. This year, with the passing of Dr. Roméo Soucy, justly considered the founding father of the first respiratory therapy school in Québec, the Ordre wanted to thank him by naming an award in his honour in order to highlight, posthumously, the involvement and the vision he brought to the new profession of respiratory therapy. So, the board unanimously passed the general manager's proposition of awarding the new *Roméo-Soucy* prize to a respiratory therapist whose contribution shines a light on the profession, either by a distinctive realization or by his/her involvement to a particular teaching event for students, colleagues or clients.

The honour of giving away this first ever acknowledgement prize went to Mrs. Soucy, whom we had the pleasure of welcoming. We are thankful for her availability and for agreeing to name the award after her husband.

For this first award, the board chose two teachers from Collège de Rosemont for the important role they played in the elaboration of the *Programme de formation d'appoint à l'intention des personnes formées à l'étranger* and then, for setting up this program so that the first group of students, who finished in May 2011, would graduate and obtain their AEC program diploma. Thank you and congratulations to **Pierrette Morin** and **Jocelyn Vachon**. A thank you also goes to all the collaborators who took part in this wonderful project which, by reducing the time required to obtain the permit for practicing respiratory therapy, facilitates the newcomers' integration to our society.

Let us continue with a brief recap of the other prizes awarded this year.

The *Mérite du CIQ* prize is given to a respiratory therapist who distinguished himself/herself mainly by his/her involvement and achievements in the development of the Ordre or in his/her contribution in promoting the profession, either on the provincial, national or international stage. The 2011 winner is Mrs. **Johanne Fillion**, respiratory therapist, teacher at Collège de Rosemont and now actively retired! Learn more about the impressive professional journey that won her this recognition.

The 2011 *Prix Élane-Trottier*, given to a respiratory therapist for a particular realization or for being involved in a singular event beneficial to the professional practice, went to Mr. **Yves Campbell** for his participation in elaborating the content of a clinical guide to assist respiratory therapists who want to interact with their clientele of smokers and also for his role in the development of screenplays used in the production of three clinical video vignettes showing real-life situations, now available on the

Campus OPIQ's course entitled *Intervenir auprès de vos patients fumeurs: le rôle de l'inhalothérapeute*.

The *Semaine de l'inhalothérapeute*'s honourable mention is given either to an individual or a team of respiratory therapists who promote our profession's local activity initiatives to the general public. The team from the **CHU Sainte-Justine** is the 2011 winner and we warmly thank them for shining a bright light on our profession.

In the scientific program of the convention, during an integrated plenary session, we put together a game where each college, represented by the "champion" of their class of trainees, compete in a friendly contest called *Place à la relève*. They are evaluated on three skills: knowledge, know-how and social skills. This year, three schools participated: Collège Ellis, Cégep de Sainte-Foy and Vanier College. Congratulations to all the contestants for their courage and the quality of their presentations. The contest's 2011 edition was won by **Andrée-Anne Boutin**, **Roxanne Latraverse-L'Archevêque** and **Andrée-Ann Parent** from Collège Ellis.

To see photos of this event, go to pages 24-26.

We would like to emphasize the financial collaboration of many organizations in awarding these prizes and we thank them for their much appreciated support:

- **La Personnelle, assurances générales**, in partnership with the **Conseil interprofessionnel du Québec**, for sponsoring the production and awarding of the medal symbolizing the *Mérite du CIQ* prize;
- The **Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec** for the financial support to the *Élane-Trottier* and *Place à la relève* prizes, each accompanied by a \$2,000 grant;
- The **Fédération de la santé et des services sociaux – Confédération des syndicats nationaux** for the continuing education grant of \$2,000 that goes to the winner of the *Mention d'honneur de la Semaine de l'inhalothérapeute*.

Congratulations to all the 2011 winners! And a special thank you goes to the convention's organizing committee for their excellent work and who, under the leadership of Josée Prud'Homme, made this event a great success. In closing, I would like to offer you my best wishes for 2012. ❄️

Céline Beaulieu, inh., B.A.
president

La simulation haute fidélité :

nouvelle approche
d'enseignement en inhalothérapie



par **Pascal Rioux**, inh., enseignant et responsable de la coordination du programme Techniques d'inhalothérapie, Cégep de l'Outaouais.

Alors que le monde de l'enseignement en inhalothérapie subit présentement des moments de turbulences (dossier de la formation initiale, places de stage limitées, compressions budgétaires au collégial, etc.), le Cégep de l'Outaouais, duquel émergera la première cohorte d'étudiants en juin prochain, n'y échappe pas et retrouve ses manches afin d'innover dans la formation initiale d'inhalothérapeutes en exposant ses étudiants à la simulation haute fidélité.

As the world of respiratory therapy education is experiencing turbulence (initial training, limited internship availability, college budget cuts, etc.), Cégep de l'Outaouais, which will graduate its first group of students next June, is no exception to the rule and "rolls up its sleeves" in order to be innovative in the respiratory therapists' initial training approach by exposing their students to high accuracy simulation.

Effectuons tout d'abord un tour d'horizon du programme de formation initiale en inhalothérapie au Québec. Toutes les maisons d'enseignement au Québec travaillent avec un devis ministériel datant de 1997, et toutes doivent s'y conformer afin de développer les treize compétences prescrites dans les 2115 heures de formation spécifiques prévues au cursus. Ces 2115 heures sont réparties en cours théoriques, en laboratoires et en stages cliniques. Toutes les instances impliquées dans le dossier de la formation initiale (ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ministère de la Santé et des Services sociaux, OPIQ et cégeps) s'entendent pour dire que le nombre d'heures de formation est insuffisant pour atteindre le niveau de pratique clinique des inhalothérapeutes d'aujourd'hui.

Partout au Québec, nous observons présentement un accroissement du nombre d'étudiants inscrits au programme d'inhalothérapie. Étrangement toutefois, la capacité d'accueil des milieux cliniques demeure fixe. Tous les établissements d'enseignement vivent donc avec la difficulté d'offrir à leurs étudiants des milieux de stage leur permettant, soit l'acquisition, soit le développement de certaines compétences spécifiques telles que : effectuer les manœuvres de réanimation cardiorespiratoire chez l'enfant et le nouveau-né; adapter l'intervention clinique en fonction de l'évaluation et des réactions physiologiques; planifier des solutions face à différents problèmes, etc. ●●●



Source : www.laerdal.com



Source : SimBaby™ www.laerdal.com

- • • Pour toutes ces raisons, le Cégep de l'Outaouais a choisi d'investir dans l'apprentissage par simulation haute fidélité afin de compenser à une exposition clinique restreinte et ainsi atteindre certaines compétences spécifiques. Dans l'article qui suit, je partage notre expérience vécue avec le simulateur *SimBaby*™.

Dans un premier temps, démystifions les types de simulation pouvant être utilisés en enseignement.

- **Jeux de rôles :** simulation effectuée à l'aide d'acteurs. L'*acteur* peut être interprété par des étudiants ou par des professionnels. Ce type de simulation est utile pour développer des compétences telles que la communication ou le professionnalisme. Cette technique est d'ailleurs reprise dans un cours traitant de la relation d'aide. Ce type de simulation s'utilise également pour pratiquer des techniques d'administration d'oxygénothérapie et d'aérosolthérapie.
- **Simulation basse fidélité :** simulation faite à l'aide de mannequin reproduisant le plus fidèlement possible l'anatomie humaine. Par exemple, les têtes d'intubation qui servent à l'apprentissage des techniques de maintien de la perméabilité des voies respiratoires (voir photo 1).
- **Simulation haute fidélité :** simulation réalisée à l'aide de mannequin programmable reproduisant des manifestations physiologiques réalistes. Avec ce type de simulation, l'étudiant est en mesure de développer des aptitudes d'action-réaction, car le mannequin « réagit » physiologiquement aux gestes cliniques posés. Nous pouvons, par exemple, programmer le mannequin de façon à reproduire une cyanose péri-buccale. Lorsque l'étudiant administrera de l'oxygène, le mannequin perdra alors sa coloration bleutée et une augmentation de la saturation en oxygène consécutive de cet acte sera perçue. Ce type de simulation est utile dans la gestion de cas complexes, lors d'une réanimation cardiorespiratoire par exemple.

Peu importe le type de simulation utilisé en enseignement, il importe de bien orchestrer la simulation. Il faut en premier lieu en déterminer l'objectif. Par la suite, le choix du type de simulation s'imposera. Il est essentiel de reproduire la simulation dans un environnement le plus authentique possible. Pour en savoir plus sur l'organisation d'une séance de simulation, reportez-vous au texte du Dr François Marquis en pages 12-16.

Au Cégep de l'Outaouais, les jeux de rôles et la simulation basse fidélité sont au menu comme aides à l'enseignement aux étudiants, lors des cours donnés en laboratoire. Nous avons de plus fait l'acquisition d'un simulateur haute fidélité afin d'aider nos étudiants à développer certaines compétences reliées à la clientèle pédiatrique (voir photos 2 et 3). Avec une clientèle étudiante chez qui l'univers technologique prend de plus en plus de place, l'utilisation d'un mannequin programmable constitue une valeur ajoutée en termes de motivation.

Nous avons vécu notre première expérience au cours de la session d'hiver 2011. Les étudiants en étaient à la quatrième session du programme, dans le cadre du cours *Soins d'inhalothérapie en néonatalogie et pédiatrie*. Les séances de simulation ont eu lieu dans le cadre du cours en laboratoire, avec un nombre réduit d'étudiants (sept par groupe). Du groupe, trois étudiants participaient à la simulation, les autres agissant comme observateurs. Chacun avait un rôle bien défini :

- le premier étudiant exécutait des gestes cliniques ;
- le deuxième étudiant procédait aux manœuvres techniques (rassembler le matériel nécessaire) ;
- le troisième étudiant, en retrait de l'action, faisait part à ses deux autres collègues, de son analyse de la situation.

Dans l'auditoire, les quatre autres étudiants observateurs devaient analyser les gestes posés par chacun des participants. Leur rôle est essentiel lors de la période de rétroaction suivant la simulation.

L'étape à ne pas négliger lors d'exercice de simulation est la période de rétroaction. C'est un moment d'analyse et de justification des actions posées. À l'aide d'observations et de commentaires constructifs, la mise en situation vécue est décortiquée dans ses moindres détails autant par les étudiants ayant participé à la simulation que par les observateurs. Par exemple, l'étudiant est questionné sur le choix de l'action posée ou sur sa capacité

3



Source: Laboratoire au Cégep de l'Outaouais

d'exécution d'une technique précise en respectant les notions théoriques apprises préalablement en classe. « On prend du recul relativement aux gestes posés et nos collègues nous donnent de bons conseils », commente une étudiante ayant participé à l'expérience. « La participation de tous les élèves est intéressante et constructive », dit une autre. L'enseignant, quant à lui, agit à titre de modérateur lors de la période de rétroaction.

À la suite d'un petit sondage sur l'expérience avec la simulation haute fidélité, ce commentaire d'une étudiante résume bien l'expérience de chacun.

« Même si de prime abord, certains étudiants ne semblaient pas à l'aise d'interagir avec le *SimBaby*™, après quelques essais, ils se sont rendu compte à quel point cela permettait d'acquérir des compétences essentielles, telles que la rapidité d'exécution, l'efficacité lors de situations critiques et la gestion du stress. »

— Marie-Soleil, étudiante en techniques d'inhalothérapie du Cégep de l'Outaouais

Plusieurs recherches sont en cours afin d'évaluer les avantages de l'utilisation de la simulation haute fidélité dans l'enseignement des programmes de santé. Notre expérience, quant à elle, nous prouve que l'investissement vaut la peine et cela permet à nos étudiants de développer des compétences spécifiques dans un environnement stimulant et réaliste. Et pour reprendre le slogan d'une publicité populaire : « Des inhalothérapeutes compétents, ça n'a pas de prix et pour le reste, il y a... » ❄

Pour en apprendre davantage sur la simulation haute fidélité :

<http://www.laerdal.com/ca/>

<http://www.meti.com/>

<http://www.healthteameducation.ca/index.php/about>

<http://signup.patientsafetyinstitute.ca/French/initiatives/simulation/Pages/default.aspx>



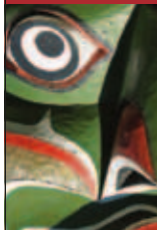
2012

26 – 28 avril 2012

poumon.ca/crc



Hôtel Westin Bayshore
Vancouver (Colombie-Britannique)

CONGRÈS CANADIEN SUR LA SANTÉ RESPIRATOIRE



Un pour tous et tous pour un : les défis de la simulation pour les équipes interdisciplinaires

par **D^r François Marquis**, intensiviste, hôpital Maisonneuve-Rosemont ; codirecteur du secteur Évaluation et Éthique de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et directeur médical du centre de Simulation CASSAT, hôpital Maisonneuve-Rosemont.

La simulation – sous toutes ses formes – est sur toutes les lèvres. Comme plusieurs méthodes « en vogue », elle attire des gens bien intentionnés, mais pas toujours au fait de la mécanique pédagogique permettant de l'utiliser à son plein potentiel. De plus, dès que l'on s'intéresse à former des équipes interdisciplinaires, certaines particularités émergent, qui doivent être considérées pour que l'expérience soit des plus profitables à tous les participants.

Certains thèmes méritent une réflexion approfondie de la part des pédagogues désirant utiliser la simulation pour former des équipes interdisciplinaires. L'objectif de cet article est d'amorcer une réflexion et de permettre au lecteur de s'approprier quelques principes de base qui pourront lui servir à la lecture d'articles plus approfondis. De plus, il est important de comprendre que si l'évaluation de l'activité de simulation et de son impact n'est pas abordée ici, il s'agit d'un aspect si essentiel qu'un article complet devrait y être consacré.

Simulation—in all its manifestations—is on everyone's lips. Like many “in vogue” approaches, it attracts people who mean well but are not necessarily familiar with the educational skills needed to use this approach to its full potential. Furthermore, as soon as we begin forming interdisciplinary teams, peculiarities emerge some of which must be addressed if we want to make this experience profitable to all participants.

Some topics require serious considerations from teachers willing to use simulation to train interdisciplinary teams. The objective of this article is to spark the thinking process about simulation and to allow the reader to get acquainted with some basic principles that will assist in the understanding of in-depth articles. It is also important to understand that if the assessment and impact of the activity of simulation is not taken up here, it is because this subject is of such importance that an entire article should be dedicated to it.

« En organisant une activité de simulation pour des équipes, on cherche définitivement à favoriser une approche inter, voire transdisciplinaire. Cependant, il faut se rappeler qu'au-delà de la somme des individus qui la composent, l'équipe a des besoins propres qui devront être définis en fonction de sa composition et des buts à atteindre. »

Bien que par définition, une équipe soit composée au minimum de deux personnes, les équipes qui sont entraînées lors de simulations sont habituellement composées de trois ou quatre personnes, notamment dans le milieu médical où l'on associera souvent des participants provenant d'horizons différents. Outre le nombre d'individus qui la compose, certains éléments permettent de démarquer l'équipe du simple regroupement¹.

D'abord, une équipe possède souvent une histoire commune, un passé. Bien que cette dernière particularité ne soit pas absolument obligatoire, le fait qu'une équipe interagisse dynamiquement dans un but commun l'est. Cependant, toutes les équipes ne partagent pas les mêmes caractéristiques et nous pouvons distinguer des types d'équipe, chacune ayant différentes compositions possibles.

La première distinction doit être faite entre l'équipe multidisciplinaire et l'équipe interdisciplinaire. Dans la première, chaque membre de l'équipe fonctionne au meilleur de ses compétences, pour atteindre l'objectif commun, mais en silo². Si l'un des membres n'arrive pas à atteindre ses objectifs spécifiques, l'atteinte du but est compromise et il est peu probable qu'un autre membre de l'équipe soit en mesure d'y pallier. Dans l'équipe interdisciplinaire, chaque membre est spécialiste de son domaine d'expertise, tout en connaissant assez des autres domaines pour être en mesure d'assister et de compléter les autres pour que le but commun soit atteint. L'atteinte de ce niveau nécessite l'aplanissement de la hiérarchie et présuppose une excellente communication. À l'extrême, une équipe ayant un fonctionnement transdisciplinaire abolira presque la hiérarchie et les rôles pour atteindre le but commun^{3,4}. Un exemple serait l'équipe d'ACLS bien entraînée où tous les membres peuvent assumer le rôle de leader lors d'une réanimation cardiaque.

En organisant une activité de simulation pour des équipes, on cherche définitivement à favoriser une approche inter, voire transdisciplinaire. Cependant, il faut se rappeler qu'au-delà de la somme des individus qui la composent, l'équipe a des besoins propres qui devront être définis en fonction de sa composition et des buts à atteindre⁵.

Les besoins sont de plusieurs natures, mais ils peuvent être regroupés en trois sous-ensembles : normatifs, démontrés ou ressentis. Les besoins normatifs sont plus aisés à identifier : ils sont dictés par les organismes d'agrément et habituellement bien décrits. Les besoins ressentis seront verbalisés directement par les

participants lorsqu'on leur demande, par exemple, ce qu'ils espèrent retirer de leur activité de formation ou encore en les questionnant sur les habiletés que l'on devrait chercher à améliorer. Les besoins démontrés apparaissent plus difficiles à cerner, car ils sont énoncés par des experts ayant une bonne connaissance de la situation et après une étude de besoin.

Cette étape essentielle est souvent improvisée, quand elle n'est pas simplement escamotée. Elle devrait toujours être réalisée avant de créer le programme pédagogique. Une fois le programme établi et les objectifs pédagogiques cernés, on sélectionne le meilleur outil pédagogique permettant leur atteinte. Rappelez-vous qu'il existe plusieurs types de simulation et qu'il s'agit d'un moyen, non d'une fin¹.

Il ne faut pas se décourager lorsque l'on parle d'étude de besoin ; la plupart d'entre nous en font tous les jours. Il suffit d'être un peu plus rigoureux et d'en noter les résultats. En résumé : il s'agit d'évaluer la distance entre la situation actuelle et celle à atteindre. Une bonne technique vise à utiliser plusieurs sources d'information pour trianguler* les besoins. Ainsi, en révisant la littérature à la suite d'une série d'entrevues générées par la rétrospection d'un incident critique, il sera aisé de cerner des besoins démontrés.

Il importe de répartir les besoins selon ces trois catégories. D'abord, la norme étant incontournable, s'y conformer devient essentiel. Ensuite, si les besoins démontrés sont ceux qui méritent qu'on s'y attarde pour une amélioration réelle de la pratique, ils ne sont que rarement en accord avec les besoins ressentis. Or, l'atteinte des besoins ressentis et la qualité de la rétroaction constituent le meilleur gage d'appréciation de l'activité. Toute activité de simulation qui ne rejoint pas, ne serait-ce qu'en partie, les besoins ressentis des participants, laissera à ces derniers l'impression que l'activité n'a pas été vraiment bénéfique. D'un autre côté, ne répondre qu'aux besoins ressentis ne permet pas toujours de répondre à un besoin spécifique et urgent.

L'analyse de la composition des équipes permet aussi de se centrer sur les besoins prioritaires. En effet, la composition de certaines équipes peut être stable ou non, tout comme les rôles que les individus y tiennent. La plupart de nos équipes interdisciplinaires ont des rôles stables, mais des compositions variables⁶. Sans développer davantage, il est évident qu'avec ce type d'équipe, on visera l'amélioration des processus globaux et systémiques ainsi qu'une standardisation du travail⁷. Les équipes ont aussi des

...

* Utilisation de trois sources d'information.



« Toute activité de simulation qui ne rejoint pas, ne serait-ce qu'en partie, les besoins ressentis des participants, laissera à ces derniers l'impression que l'activité n'a pas été vraiment bénéfique. D'un autre côté, ne répondre qu'aux besoins ressentis ne permet pas toujours de répondre à un besoin spécifique et urgent. »

... besoins propres, que l'on ne satisfait pas nécessairement au niveau individuel. Si certains, comme la communication et le *leadership* sont plutôt bien connus et acceptés, d'autres doivent aussi être considérés. Ainsi, apprendre à bien suivre les indications du *leader* (notion de *followership*) est un élément essentiel, surtout dans notre milieu de travail où des gens plus habitués à donner des instructions qu'à suivre celles des autres peuvent être amenés à travailler ensemble^{6,8}. Le simulateur peut ainsi faire réaliser à ces individus qu'accepter que quelqu'un d'autre soit le *leader* ne veut pas nécessairement dire qu'il est le meilleur, mais simplement qu'il ne peut y avoir qu'un *leader* et que cette personne est compétente pour l'être.

Dans le même ordre d'idée, une communication efficace peut s'effectuer autrement qu'en boucle fermée. Elle est donc susceptible d'être initiée de façon pertinente, mais par tous les individus de l'équipe. Cela demande de reconsidérer la hiérarchie. De fil en aiguille, une équipe ayant aplani la hiérarchie et le travail en silo développera une plus grande vigilance. Chaque membre devient responsable de communiquer ses observations et ses suggestions pour faciliter la prise en charge globale et l'atteinte des buts fixés. En travaillant à développer une vision commune (modèles cognitifs communs) qui mènera à une standardisation de la prise en charge et une efficacité supérieure, les équipes acquerront une meilleure adaptabilité devant l'imprévu ainsi qu'une palette de comportements alternatifs^{4,6}.

Une fois les besoins bien identifiés, on cherchera à les combler. La simulation se présente sous plusieurs formes : de l'étude de cas et du jeu de rôle au mannequin contrôlé par ordinateur dans une pièce reproduisant une salle d'opération dans ses moindres détails^{1,6}. Cependant, rappelez-vous que le terme « haute fidélité » est souvent galvaudé.

Ainsi, une simulation reproduisant l'appel téléphonique d'un patient à l'inhalothérapeute du service d'oxygénothérapie à domicile ou à la clinique d'asthme ne nécessite rien de plus qu'un

téléphone ! Pas de mannequin, pas d'ordinateur. Cependant, par sa nature, cette simulation peut être extrêmement fidèle. Cet exemple démontre que la perception de la fidélité globale se trouve à la confluence de trois fidélités : physique, conceptuelle et émotionnelle¹. La première est conditionnelle au réalisme des lieux, des outils et des accessoires. Le mannequin, aussi perfectionné soit-il, est habituellement ce qui atténue le plus la fidélité physique. La fidélité conceptuelle se définit par la facilité avec laquelle l'équipe associe la situation simulée avec sa réalité ; on l'intensifie en adaptant des situations réelles⁹. Finalement, la fidélité émotive se caractérise par l'authenticité des émotions vécues par les participants.

Lorsqu'ils sont bien utilisés, les simulateurs à immersion complète (synonyme de haute fidélité) excellent en matière de fidélité conceptuelle et émotive et les accessoires ou les décors compensent la faible fidélité physique du mannequin. Par contre, des solutions simples comme l'utilisation d'acteurs ou la pratique sur les lieux de travail permettent d'augmenter la fidélité d'une simulation¹⁰. Par exemple, pratiquer l'intubation sur une simple tête d'intubation (un simulateur dit « à tâche partielle ») dans une salle de cours sera très différent de la même activité réalisée au cœur des soins intensifs, alors que les participants doivent préparer et utiliser le matériel sur les lieux. À travers les scénarios, on déterminera des moments clés durant lesquels les participants auront la possibilité d'atteindre ou non les objectifs spécifiques (qui serviront de base à la rétroaction), ainsi que des opportunités d'insérer des indices pour moduler la difficulté des scénarios proposés⁹.

La performance des équipes requiert une observation étroite⁵. Il y aura d'autant plus d'éléments pertinents à observer qu'il y a de participants. Il n'est pas rare qu'outre la personne qui contrôle le mannequin, cela nécessite deux personnes pour bien voir et noter tout ce qui est pertinent.

Les enregistrements vidéo peuvent être d'un grand secours jouant le rôle de témoin impartial et permettant aux participants de voir et d'entendre ce qu'ils ont fait, non pas ce qu'ils se rappellent avoir fait. Mais s'ils permettent le suivi longitudinal de la performance^{5,8,9,11}, ils comportent quelques inconvénients. L'utilisation abusive détruit le rythme de la rétroaction et dilue les messages pertinents dans une myriade d'observations probablement pertinentes, mais secondaires. Idéalement, seuls les extraits relatifs aux messages clés devraient être présentés.

L'utilisation d'enregistrements permet d'aborder deux aspects cruciaux de la simulation : le contrat pédagogique et les aspects éthiques. Le premier se résume ainsi :

« Si les formateurs reconnaissent les participants comme des professionnels compétents et motivés qui investissent temps et efforts pour s'améliorer, les participants admettent que les simulations sont créées pour favoriser les erreurs et identifier les faiblesses. Les deux parties reconnaissent que ce qui se déroule dans le simulateur y demeure, et cela concerne aussi l'interaction entre les participants. »

Concernant les aspects éthiques, il ne faut pas oublier que la conservation des enregistrements s'apparente à la création d'une banque de données, laquelle exige un encadrement juridique entériné par un comité d'éthique à la recherche. Les participants devraient signer un formulaire d'information et de consentement⁹. Puisque nous sommes ici dans un paradigme de formation, ces enregistrements ne devraient jamais être montrés à des supérieurs ou utilisés dans un but de certification. La simulation peut être

utilisée à cette fin, mais les participants doivent clairement être avisés *a priori* du caractère normatif de l'activité. Il est évident que les enregistrements ne doivent jamais être utilisés dans des démonstrations publiques. En résumé, ce qui se passe dans le simulateur y reste.

La rétroaction représente la partie essentielle et le moment le plus délicat de la simulation^{9,12}. Si des équipes extrêmement fonctionnelles sont en mesure d'animer leur propre rétroaction avec peu ou pas d'intervention extérieure, la plupart d'entre elles demanderont le triple du temps passé en simulation pour la rétroaction⁹.

Cette rétroaction doit être animée par des gens chevronnés qui, idéalement, ont une expérience appréciable acquise de préférence lors de simulations individuelles, avant de se lancer dans la rétroaction de groupe. Inutile de vouloir tout régler d'un coup. Le groupe devra sortir de la séance avec un ou deux messages clés et idéalement, chaque individu en retiendra un élément personnel. Les réussites méritent autant d'attention que les points à améliorer, car souvent les équipes n'ont pas conscience des mécanismes ayant permis une excellente performance.

Bien qu'il soit impossible dans le cadre de cet article d'analyser en profondeur des techniques de rétroaction, il importe de se rappeler que la personne dirigeant la rétroaction est là pour faciliter la prise de conscience, par l'équipe, des points importants^{5,9}. Elle devra reconnaître et s'adapter aux différents types d'apprenants présents dans l'équipe pour que la rétroaction soit utile à chacun¹¹. Les erreurs les plus fréquentes demeurent

...

LES SOINS DU SOMMEIL VOUS INTÉRESSENT?

Biron-*Soins du sommeil*, chef de file dans le diagnostic et le traitement des troubles du sommeil au Québec, est à la recherche d'inhalothérapeutes motivés à rejoindre une équipe dynamique et en pleine croissance.

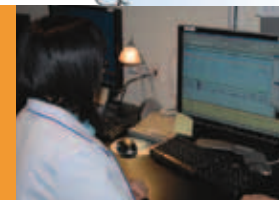
Vous êtes intéressés par ce domaine d'expertise? **Nous désirons vous rencontrer!**

Les candidats retenus se verront offrir une formation sur mesure afin de débiter leur nouvelle carrière dans un cadre valorisant la qualité des soins et le travail d'équipe.

Veuillez faire parvenir votre CV au service des ressources humaines soit par courrier électronique à rh@groupebiron.ca, par télécopieur au **514 315-9998** ou encore par courrier au : 4105-F boul. Matte, Brossard, Qc, J4Y 2P4

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le www.groupebiron.ca

Biron
Soins du sommeil



*« Un point important à se rappeler lorsque l'on fait de la simulation
avec une équipe : l'activité (et la rétroaction) s'effectue... pour l'équipe. »*

... l'utilisation de questions fermées et le facilitateur qui se lance dans un monologue ou un cours théorique. Celui-ci doit s'imaginer dans le rôle de l'accompagnateur et non pas celui de l'expert. Il laissera de l'espace à tous et utilisera judicieusement le silence¹¹. À la fin, les faits doivent être clairs, les principes, les concepts et leurs interrelations compris de tous et les impacts, identifiés. En bref, les participants doivent être en mesure de partager et de comprendre leurs schémas cognitifs et d'en apprécier l'incidence sur leur pratique^{9,11}.

Si la rétroaction est supervisée par deux personnes, l'une doit clairement être le *leader* et l'autre l'assistera au besoin dans l'utilisation, par exemple, des enregistrements. Idéalement, un troisième observateur se tiendra silencieux dans un coin (ou la rétroaction sera filmée) pour offrir une rétroaction aux facilitateurs après le départ de l'équipe⁹.

Un point important à se rappeler lorsque l'on fait de la simulation **avec une équipe : l'activité (et la rétroaction) s'effectue... pour l'équipe¹¹**. Ainsi, si les erreurs se manifestent à travers un individu, il est essentiel de se rappeler qu'il s'agit probablement d'une erreur de processus et il faut s'attarder non pas à trouver le coupable, mais à cerner la solution qui empêchera la répétition de l'erreur. Paradoxalement, chaque individu doit aussi repartir avec des objectifs concrets, pour éviter l'impression d'avoir fait fonction « d'acteur » dans un scénario visant l'amélioration des autres ou d'un corps professionnel particulier.

On peut donc résumer la démarche en disant qu'une fois la nature de l'équipe cernée et les besoins analysés, il est possible de créer un programme pédagogique dont l'une des modalités d'enseignement retenues pourrait être la simulation. Un scénario visant à atteindre quelques objectifs spécifiques pourra alors être défini, idéalement en se basant sur une ou plusieurs situations réelles⁹. En plus des objectifs personnels à chacun des participants, il sera essentiel de viser l'amélioration de la performance globale de l'équipe en travaillant sur les habiletés propres à celle-ci. Pour s'en assurer, une démarche rigoureuse de rétroaction sera utilisée, laquelle pourra inclure des séquences vidéo tout en gardant à l'esprit les précautions d'usage et les limitations de celles-ci. Idéalement, des démarches supplémentaires de mesure d'impact et d'amélioration de la rétroaction seront appliquées pour poursuivre la boucle d'amélioration des activités de simulation^{13,14}.

La simulation pour des équipes interdisciplinaires, ce n'est pas sorcier. Il faut avoir une approche systématique et ne pas oublier que si l'équipe est indissociable des membres qui la composent, elle les transcende. Bonne simulation ! ❄

Cet article a été créé en lien avec un atelier donné le 4 novembre dernier, dans le cadre du SimSummit 2011 organisé par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada. Les docteurs Pierre Cardinal et François Marquis étaient les animateurs de cette activité. Le Dr Cardinal est intensiviste à l'hôpital d'Ottawa et éducateur sénior pour le Collège royal. Le Dr Marquis est intensiviste à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont. Il est codirecteur du secteur Évaluation et Éthique de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et le directeur médical du centre de Simulation CASSAT à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont. Il est possible de rejoindre l'auteur à l'adresse suivante : f.marquis@umontreal.ca

Références

1. BEAUBIEN, J.M. et D.P. BAKER. The use of simulation for training teamwork skills in health care: how low can you go? *Qual Saf Health Care*, 2004. 13 Suppl 1: p. i51-6.
2. ANGELINI, D.J. Interdisciplinary and interprofessional education: what are the key issues and considerations for the future? *J Perinat Neonatal Nurs*, 2011. 25(2): p. 175-9.
3. HALL, P. et L. WEAVER. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Med Educ*, 2001. 35(9): p. 867-75.
4. KILGORE, R.V. et R.W. LANGFORD. Reducing the failure risk of interdisciplinary healthcare teams. *Crit Care Nurs Q*, 2009. 32(2): p. 81-8.
5. CANNON-BOWERS, J.A. Recent advances in scenario-based training for medical education. *Curr Opin Anesthesiol*, 2008. 21(6): p. 784-9.
6. ANDREATTA, P.B., A.S. BULLOUGH et D. MARZANO. Simulation and team training. *Clin Obstet Gynecol*, 2010. 53(3): p. 532-44.
7. DEVITA, M.A. et COLL. Improving medical crisis team performance. *Crit Care Med*, 2004. 32(2 Suppl): p. S61-5.
8. CLARK, E.A. et COLL. Team training/simulation. *Clin Obstet Gynecol*, 2010. 53(1): p. 265-77.
9. ARAFEH, J.M., S.S. HANSEN et A. NICHOLS. Debriefing in simulated-based learning: facilitating a reflective discussion. *J Perinat Neonatal Nurs*, 2010. 24(4): p. 302-9; quiz 310-1.
10. KNEEBONE, R. et COLL. The human face of simulation: patient-focused simulation training. *Acad Med*, 2006. 81(10): p. 919-24.
11. FANNING, R.M. et D.M. GABA. The role of debriefing in simulation-based learning. *Simul Healthc*, 2007. 2(2): p. 115-25.
12. BHANJI, F. et COLL. Part 16: education, implementation, and teams: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 2010. 122(18 Suppl 3): p. S920-33.
13. MANSEY, T. Team performance assessment in healthcare: facing the challenge. *Simul Healthc*, 2008. 3(1): p. 1-3.
14. ROSEN, M.A. et COLL. Measuring team performance in simulation-based training: adopting best practices for healthcare. *Simul Healthc*, 2008. 3(1): p. 33-41.



Nouvelles dispositions réglementaires

visant à encadrer la pratique des inhalothérapeutes en matière de fonctionnement de l'équipement d'assistance pulmonaire ou circulatoire par membrane extracorporelle (ECMO) et de l'équipement d'autotransfusion

par **M^e Andrée Lacoursière**, adjointe à la direction générale

Le 13 octobre dernier entraient en vigueur le **Règlement modifiant le Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute** et le **Règlement sur les activités de formation des inhalothérapeutes pour opérer et assurer le fonctionnement de l'équipement d'assistance pulmonaire ou circulatoire par membrane extracorporelle et de l'équipement d'autotransfusion**.

Ces règlements prévoient l'autorisation ainsi que les modalités d'encadrement de quatre (4) nouvelles activités aux inhalothérapeutes.

Quelles sont les nouvelles activités

- 1 opérer et assurer le fonctionnement de l'équipement d'assistance pulmonaire ou circulatoire par membrane extracorporelle, selon une ordonnance;
- 2 opérer et assurer le fonctionnement de l'équipement d'autotransfusion, selon une ordonnance;
- 3 exercer une surveillance clinique de la condition des personnes reliées à un équipement d'assistance pulmonaire ou circulatoire par membrane extracorporelle;
- 4 exercer une surveillance clinique de la condition des personnes reliées à un équipement d'autotransfusion.

Il ne s'agit pas à proprement parler de *nouvelles* activités puisque plusieurs d'entre vous exercent déjà ces activités depuis de nombreuses années. Les nouvelles dispositions nous permettent tout simplement de dissiper toute ambiguïté quant à leur portée et de permettre à l'Ordre de mieux encadrer la pratique de ces activités.

Qui est visé par ces nouvelles activités

Tout inhalothérapeute, qui exerçait déjà l'une de ces activités au 13 octobre 2011 ou encore, tout inhalothérapeute qui a l'intention de commencer à exercer l'une ou l'autre de ces activités après cette date, est maintenant tenu d'obtenir de l'Ordre une attestation de formation afin d'être habilité à les exercer.

Pour ce faire, ils doivent remplir le formulaire prévu à cet effet. Ces formulaires sont disponibles sur le site de l'Ordre à l'adresse suivante : www.opiq.qc.ca/publications/formulaires.

Comment obtenir une dispense de formation

Si vous exercez déjà en ECMO ou si vous opérez déjà un auto-transfuseur, vous pouvez obtenir une dispense de suivre la formation prévue. L'inhalothérapeute doit démontrer qu'il a réussi une formation dont le contenu permet l'atteinte de certains objectifs prévus aux annexes I et II, selon le cas, du *Règlement sur les activités de formation des inhalothérapeutes pour opérer et assurer le fonctionnement de l'équipement d'assistance pulmonaire ou circulatoire par membrane extracorporelle et de l'équipement d'autotransfusion*.

L'annexe I prévoit les objectifs spécifiques qui doivent être maîtrisés par l'inhalothérapeute afin d'exercer en ECMO. L'inhalothérapeute doit posséder notamment des connaissances en accès vasculaires, en conduite clinique de la ventilation, en pharmacologie, en physiologie, en hémofiltration, en conduite clinique pour l'assistance pulmonaire ou circulatoire par membrane extracorporelle veino-veineuse et veino-artérielle, en instrumentation, en prise en charge et surveillance clinique, para-clinique et technique d'un système d'assistance pulmonaire ou circulatoire par membrane extracorporelle; finalement des connaissances en hémostase chez l'enfant et des interactions du sang avec une surface artificielle sont essentielles.

Quant à l'annexe II, il prévoit les objectifs spécifiques qui doivent être maîtrisés par l'inhalothérapeute afin d'opérer et d'assurer le fonctionnement de l'équipement d'autotransfusion. L'inhalothérapeute doit notamment pouvoir décrire les composantes et les principes de fonctionnement de l'équipement d'autotransfusion, résoudre les problèmes techniques liés à l'équipement d'autotransfusion, effectuer les contrôles de qualité, appliquer les politiques et procédures sur la transfusion sanguine en vigueur dans l'établissement et connaître et appliquer le protocole d'autotransfusion de l'établissement.

Si vous avez des questions relatives à l'application de ces règlements, consultez le site de l'Ordre ou communiquez avec moi à l'adresse suivante : adjoint.dg@opiq.qc.ca. ❄️

Radiation du Tableau des membres

Madame Lyne Beauchamp (89057) et madame Michèle Bourdages (75090) ont été radiées du Tableau des membres pour non-paiement de la cotisation.



Retraite, planification fiscale et successorale

par **Bernard Marin**, conseiller financier, ScotiaMcLeod

L'heure de la retraite a sonné, et votre principale préoccupation consiste probablement à vous demander si vos économies suffiront à combler les besoins de cette partie de votre vie, que l'on espère aussi longue que possible. C'est aussi le moment de songer à ce que vous désirez léguer à vos héritiers. La première chose à faire consiste à rédiger votre testament. Un testament constitue la pierre angulaire de tout plan successoral. Dans le cas d'un décès intestat (sans laisser de testament), divers problèmes peuvent survenir. D'abord, étant donné que vous n'aurez pas de représentant, la cour provinciale devra en désigner un, ce qui risque de prendre du temps. Mais ce qui est important de savoir, c'est que le gouvernement provincial prendra en charge la liquidation de votre succession et décidera de la répartition de votre actif parmi les membres de votre famille selon les règlements en vigueur. La façon la plus simple d'éviter que la distribution de votre succession n'échappe à vos volontés est de rédiger un testament.

Bien que vous puissiez le rédiger vous-même, vous devriez préparer votre testament avec un avocat ou un notaire afin de vous assurer qu'il est conforme aux règles juridiques. Votre conseiller financier pourra aussi vous guider en ce qui concerne les questions financières.

Au moment de la rédaction de votre testament, vous devez nommer un liquidateur ou une liquidatrice (la personne désignée pour administrer le testament). Il s'agit d'une décision très importante puisque le liquidateur est chargé de distribuer vos biens conformément à vos dernières volontés énoncées dans votre testament. Les responsabilités du liquidateur exigent de la disponibilité et peuvent s'avérer compliquées, d'où l'importance de choisir avec soin la personne à qui vous confierez cette tâche.

Pouvez-vous léguer votre patrimoine dès maintenant?

Bien que vous puissiez transmettre votre patrimoine de votre vivant, cela risque toutefois de soulever certaines difficultés. Premièrement, les biens légués ne vous appartiennent plus et vous

Retirement has arrived and your main concern is probably to ask yourself if your savings will be enough to cover your needs during this new chapter of your life, hopeful that it will be as long as possible. It is also the time to think about what you want to leave behind to your heirs. Making your will is the first thing to do. The will is the cornerstone of your estate planning. To die intestate (without leaving a will) could bring many problems. First, since no executor has been named, the provincial court will appoint one. This takes time. But the important thing to know is that the provincial government will be in charge of liquidating your estate and also decide, according to the rules in place, how your assets will be divided between each member of your family. The easiest way to avoid that your estate be divided against your will is, well, to make a will.

n'y avez donc plus accès. Deuxièmement, la transmission de votre patrimoine de votre vivant peut entraîner des incidences fiscales négatives, car du point de vue de l'impôt, le bien donné est considéré comme ayant été vendu et peut donc générer un gain en capital imposable.

L'une des façons d'éviter de perdre le contrôle de son patrimoine consiste à établir une fiducie, chargée d'administrer des biens ou de l'argent au nom d'un bénéficiaire. C'est le fiduciaire (vous pouvez être le fiduciaire) qui administre les biens. Les fiducies sont des outils très utiles en planification successorale. Il est préférable de les établir avec l'aide d'un avocat.

Si vous possédez une entreprise, il existe des règles précises qui vous permettent de la léguer à vos enfants de votre vivant, tout en gardant les rênes et en réduisant les incidences fiscales. Cependant, cette stratégie étant assez complexe, nous vous recommandons d'en discuter avec un conseiller fiscal compétent.

«[...] la transmission de votre patrimoine de votre vivant peut entraîner des incidences fiscales négatives, car du point de vue de l'impôt, le bien donné est considéré comme ayant été vendu et peut donc générer un gain en capital imposable.»

Retraite et fiscalité

Même à la retraite, on n'échappe pas à l'impôt. Toutefois, le traitement fiscal change puisque les sources de revenus sont différentes. Si vous avez plus de 65 ans, divers autres éléments sont pris en compte, notamment les crédits d'impôt. Ainsi, en tant que personne à la retraite, vous pourriez être admissible au crédit en raison de l'âge, au crédit pour revenu de pension, au crédit pour frais médicaux de même qu'au crédit pour conjoint, pour n'en nommer que quelques-uns. Votre conseiller pourra vous aider à élaborer une stratégie de revenu de retraite qui vous évitera de devoir renoncer à ces précieux avantages. Lorsque vient le temps de préparer votre déclaration de revenus, assurez-vous de transiger avec un conseiller compétent et bien au fait des questions fiscales propres aux personnes à la retraite afin de tirer parti de tous les privilèges fiscaux mis à leur disposition.

Qui ne connaît pas le dicton affirmant que les deux seules certitudes de la vie sont « la mort et les impôts ». Mais tout le monde ne sait pas à quel point ces deux certitudes sont liées. Comme les conséquences fiscales d'un décès sont complexes et multiples, il importe de bien les connaître pour effectuer une planification efficace.

Lorsqu'une personne meurt, elle est considérée comme liquidant tous ses biens à leur juste valeur marchande. Sans planification adéquate, votre succession pourrait faire face à une lourde facture fiscale. Le fait de léguer ses biens au conjoint constitue le meilleur moyen de minimiser les répercussions fiscales au décès. Il y a alors roulement (soit un transfert libre d'impôt immédiat) des biens au conjoint. Si vous avez un conjoint (époux, conjoint de fait ou conjoint de même sexe) au moment de votre décès, vous ou votre représentant pouvez transférer vos biens à votre conjoint, ce qui permet de reporter l'impôt jusqu'au décès de ce dernier. Vous devriez consulter votre conseiller au sujet de l'utilisation de la règle de roulement.

Votre conseiller financier pourra également vous renseigner au sujet des dispositions fiscales relatives à votre résidence principale et, plus particulièrement, sur l'exemption pour résidence principale.

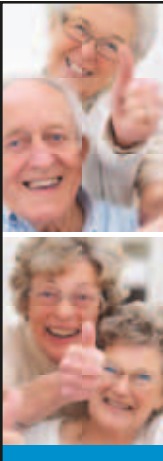
Si vous n'avez pas de conjoint et que vous prévoyez devoir payer des impôts à votre décès, vous pourriez souscrire une assurance vie dont votre succession sera la bénéficiaire. À votre décès, votre représentant aura ainsi suffisamment d'argent pour régler votre note d'impôt. En l'absence d'une assurance vie, il pourrait être obligé de vendre vos biens pour acquitter l'impôt exigible au décès. Un agent d'assurance saura vous aider à trouver

le produit correspondant le mieux à vos besoins ainsi qu'à votre budget.

Les dons de bienfaisance constituent un excellent moyen non seulement d'aider des causes, mais aussi de bénéficier de réductions d'impôt. Ces dons donnent droit à des crédits d'impôt, et les dons faits par testament permettent de réduire votre dernière ponction fiscale.

N'hésitez pas à parler à votre conseiller qui vous fournira plus de renseignements à ce sujet. ❄️

Source : *Fonds Dynamique, zoom sur la vie.* www.dynamic.ca



FUTURS RETRAITÉS

Le RIIRS 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 RIIRS

- donne une voix collective et entretient un sentiment d'appartenance;
- s'occupe de la défense des droits de ses membres, offre des services-conseils et, par le biais d'un assureur, des services d'assurance, participe aux grands débats publics;
- établit des liens avec des organismes axés sur le mieux-être des retraités;
- publie l'Écho du RIIRS, journal d'information.

Le RIIRS est présent dans chaque région du Québec.

Pour vous prévaloir du privilège de transfert de votre assurance vie, il est essentiel que vous deveniez membre du RIIRS dans les 60 jours suivant la date de votre prise de retraite.

Informez-vous dès aujourd'hui en nous contactant :
Regroupement interprofessionnel des intervenants retraités des services de santé
Tél. : 418 626-0861 • S.F. : 1 800 639-9519
info@riirs.org • www.riirs.org



La Semaine québécoise pour un avenir sans tabac 2012

La *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*, qui se déroule du 15 au 21 janvier 2012, met en évidence l'ampleur du problème du tabagisme dans notre société puisqu'il affecte 1,5 million¹ de fumeurs québécois dont 100 000 élèves du secondaire². Avec une triste moyenne de 28 décès par jour³, le tabagisme demeure la première cause de mortalité évitable au Québec. Profitons de cette semaine thématique pour changer les choses!

Chaque geste compte

En cette *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*, nous pouvons tous participer en décrivant l'ampleur du tabagisme aux personnes qui fument dans notre entourage et en soutenant celles-ci dans leurs démarches pour cesser de fumer. Pour connaître d'autres pistes d'action, visionner les publicités de la Semaine ou pour se procurer le matériel promotionnel de la campagne 2012, visitez le site mondesansfume.ca.

Parce que chacun peut contribuer à l'atteinte d'un monde sans fumée!



Références

- 1 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2010).
- 2 Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, Institut de la statistique du Québec (2008).
- 3 Mortalité et années potentielles de vie perdues en raison du tabagisme au Canada en 2002, Santé Canada.



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.

amitié • joie • projets • paix
prospérité
santé
bonheur
amour
réussite

nos meilleurs vœux pour 2012



opiq

Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec





L'équipe gagnante du concours *Place à la relève* 2011 composée (de gauche à droite) de Roxanne Latraverse-L'Archevêque, Andrée-Anne Boutin, Andrée-Ann Parent

© Pilar Macias, photographe

Inhalothérapeutes et pompiers : un travail COopératif!

par **Andrée-Anne Boutin, Roxanne L.-L'Archevêque et Andrée-Ann Parent**,
étudiantes en 3^e année, Techniques d'inhalothérapie, Collège Ellis de Trois-Rivières

Notre décision de participer, cette année, au concours Place à la relève est venue de notre désir, dans un premier temps, de conscientiser la population à la profession d'inhalothérapeute, et dans un deuxième temps, de nous impliquer au niveau de la formation continue des services de sécurité-incendie de notre région.

Cet article se veut un résumé des démarches et moyens entrepris pour mener à bien un tel projet.

Au cours de notre formation, nous avons souvent parlé d'un gaz sournois, mais sans jamais approfondir le sujet, du moins, pas autant que nous l'aurions désiré. Comme nous souhaitions un projet à la fois concret et constructif, nous avons pensé joindre l'utile à l'agréable : démystifier le monoxyde de carbone et conscientiser la population aux dangers de l'intoxication au CO avec l'aide des agents de formation actifs que sont les pompiers.

Nous avons produit un jeu-questionnaire auquel se sont soumis quelques braves pompiers volontaires. Notre constat : l'information transmise sur le terrain concernant le CO était, parfois négligée, parfois banalisée. Une recherche approfondie sur le monoxyde de carbone s'ensuivit, menant à la création d'un document de référence vulgarisé que nous avons utilisé afin de perfectionner leurs acquis.

Nous espérons que la lecture de ce qui suit vous convaincra de l'efficacité d'un travail coopératif entre deux communautés professionnelles afin d'*élargir nos horizons*, aspect particulièrement important dans ce projet. Par nos formations antérieures (baccalauréat en biologie médicale, certificat en psychologie), nous avons l'habitude de travailler en équipe multidisciplinaire. Et, comme le travail clinique d'un inhalothérapeute implique l'interdisciplinarité, nous en sommes venues à la conclusion qu'il s'agissait là d'une excellente façon d'amorcer une interaction avec des professionnels provenant d'autres milieux.

L'intoxication au monoxyde de carbone

Le monoxyde de carbone est un gaz inodore, incolore, insipide et non irritant pouvant altérer l'état de santé et causer des intoxications graves. Il existe différentes sources de monoxyde de carbone dont plusieurs restent insoupçonnées (incendies, appareils fonctionnant avec un moteur à combustion, appareils

de chauffage, fumée de tabac, etc.). Plus de 54 % des événements et décès sont causés par des moteurs à combustion.

Il existe différentes variétés d'appareils permettant la détection du monoxyde de carbone. Certains détectent la concentration présente dans l'air ambiant tandis que d'autres s'utilisent auprès des victimes lorsqu'une intoxication au CO est suspectée.

Il est inutile d'utiliser un saturomètre sur la personne intoxiquée, car le monoxyde de carbone sera perçu comme de l'oxygène. Le taux de saturation obtenu sera donc faussé et non valable. Il est préférable d'utiliser un appareil analysant le taux de carboxyhémoglobine. Il existe toutefois un saturomètre, mis en marché par Masimo, capable d'effectuer la différenciation entre ces deux types d'hémoglobine.

Les symptômes d'intoxication au CO les plus courants pouvant être ressentis dès la présence de 35 ppm de CO dans l'air ambiant sont des maux de tête, des nausées, des étourdissements, des vertiges, des douleurs angineuses, des troubles visuels, une augmentation de la fréquence cardiaque, des hallucinations, des convulsions et une perte de conscience. Parfois, la victime peut même présenter des symptômes de grippe, de dépression et de fatigue chronique. Ces manifestations peuvent survenir en quelques minutes seulement et causer la mort. La victime pourra aussi souffrir de séquelles tardives telles que des troubles de mémoire, de la personnalité et de l'humeur.

La physiopathologie de l'intoxication au monoxyde de carbone est encore méconnue, mais nous savons dorénavant que des liaisons avec les protéines du sang (carboxyhémoglobine $\rightarrow$ hypoxie cellulaire) et avec des cytochromes (synthèse inefficace de l'ATP $\rightarrow$ anoxie et apoptose cellulaire) figurent parmi les effets toxiques induits par le monoxyde de carbone.

L'oxygénothérapie à haut débit et l'oxygénothérapie hyperbare s'avèrent des traitements efficaces contre l'intoxication au monoxyde de carbone. En effet, l'oxygène accélère la dissociation du CO avec l'hémoglobine et diminue la demi-vie biologique de la carboxyhémoglobine tout en améliorant l'oxygénation tissulaire.



Production de la brochure

La première partie du travail fut de rencontrer des pompiers de différentes régions pour leur poser des questions plus ou moins pointues sur le monoxyde de carbone. Ayant ainsi constaté que certaines notions étaient moins bien maîtrisées, l'idée nous est venue de leur fournir un document de référence.

Afin de produire un outil de qualité contenant des informations véridiques, pertinentes et contemporaines, nous avons

réalisé une recension des écrits sur le sujet dans différents médias : encyclopédies, manuels scolaires, documents légaux, documents ministériels et gouvernementaux, parutions scientifiques, etc. Cette revue de la littérature a mené, avec toute l'information amassée, à la production d'une brochure destinée

SAVIEZ-VOUS QUE ?

Il n'existe malheureusement aucune loi québécoise quant à l'installation de détecteur de monoxyde de carbone dans les résidences.
Il s'agit d'une réglementation municipale!

aux pompiers dans laquelle nous avons vulgarisé l'information concernant l'intoxication au monoxyde de carbone. Conscientes que ces derniers possèdent déjà une formation concernant le monoxyde de carbone, nous trouvions malgré tout pertinent de leur fournir cet outil leur permettant, à leur tour, de répondre adéquatement aux interrogations de la population lors de leur prochaine campagne de sensibilisation.

Après qu'ils aient lu la brochure, nous les avons rencontrés une seconde fois afin de les questionner à nouveau. Nous avons alors constaté que des notions, *a priori* nébuleuses, étaient maintenant mieux assimilées et interprétées, ce qui à nos yeux constituait une réussite!

Rencontres et pourparlers avec les services de sécurité-incendie

Après avoir rencontré le chef du service de la Ville de Bécancour ainsi que ses formateurs et le maire et apporté, à leur suggestion, quelques modifications à la brochure pour en faciliter la compréhension, nous avons été en mesure d'établir un partenariat. Notre document fera désormais partie de l'arsenal éducatif distribué aux pompiers de la municipalité.

Nous avons également rencontré la direction du service des incendies de la Ville de Saint-Mathieu-du-Parc qui s'est montrée très intéressée par notre projet. Notre brochure fait déjà l'objet d'une formation complémentaire pour leurs pompiers et servira à informer la population locale dans le cadre de l'activité « portes ouvertes » de la ville. Nous sommes présentement en discussion afin de leur offrir une formation plus complète, proposée pour assurer la continuité de notre projet multidisciplinaire. Des négociations sont aussi en cours avec une troisième municipalité près de Trois-Rivières afin d'établir un nouveau partenariat. ❄️

Remerciements

Toute cette aventure ne s'est pas faite sans aide! Nous remercions nos professeurs, qui nous ont appuyées et encouragées, ainsi que le Collège Ellis. Les Villes de Bécancour et de Saint-Mathieu-du-Parc et leurs services de sécurité-incendie pour leur participation. Merci aussi aux pompiers qui ont accepté de se prêter au jeu des questionnaires. Et finalement, merci à l'OPIQ pour nous avoir donné la chance de présenter ce projet qui nous tient à cœur.

Bibliographie

BOUTIN, A.-A., L'ARCHEVEQUE, R. ET PARENT, A.-A. Trois-Rivières, 2011. *Monoxyde de carbone et intoxication : revue de littérature*. 13 p.

Pour consulter la recension des écrits : <http://campus.opiq.qc.ca/onglet Répertoire/Dossier Soins cardiorespiratoires généraux/document: Monoxyde de carbone et intoxication>.

Concours Place à la relève 2011



Encore une fois cette année, le concours a donné lieu à d'excellentes présentations. Félicitations aux participantes!



Le jury composé de Céline Beaulieu, présidente, Céline Deschênes, prix *Mérite du CIQ 2010* et Michel Mailhot, vice-président de la FIQ, délibère... Et le gagnant est...



L'équipe du Collège Ellis composée d'Andrée-Anne Boutin, Andrée-Ann Parent et Roxanne Latraverse-L'Archevêque remporte la bourse de 2000 \$ offerte par la FIQ, que nous remercions pour son implication.

Les Olympiades de l'intubation CAREstream

La 1^{re} édition des Olympiades de l'intubation a été menée de main de maître par Jocelyn Vachon faisant ici démonstration de son savoir-faire, avec l'aide de son assistante Catherine O'Brien.



Huit équipes se sont affrontées dans diverses mises en situation.

Certaines pouvant compter sur des partisans enthousiastes!

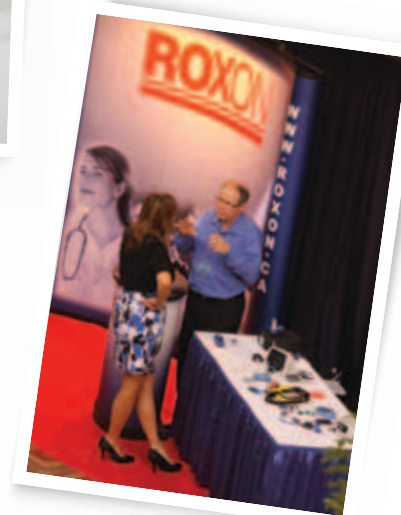


Le congrès en images POUR ÉLARGIR NOS HORIZONS

Salon des exposants 2011



Quelques-uns des
63 partenaires participant
à cette 38^e édition du
congrès annuel de l'OPIQ.
Merci à tous!



© Pilar Macias, photographie

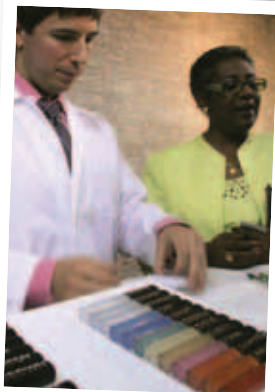
Alain Jacob, directeur des ventes et Mario Ancil, représentant des ventes chez CAREstream pour l'Est du Canada démontrent ici leur habileté à manier le *Glidescope*®.



Le tandem gagnant, composé de Michel Dussault et Marc Delisle, s'est vu remettre une inscription gratuite pour le congrès 2012.



Cocktail de la présidente et banquet de clôture



Plus de 400 personnes ont assisté à l'événement mondial de l'année! Le *hit* de la soirée : sans contredit le *glossbar* qui fabriquait sur place des *gloss* sur mesure selon le goût de chacun!

© Pilar Macias, photographie

Remise des prix — Félicitations!



Prix *Mérite du CIQ 2011* remis à madame Johanne Fillion (voir texte en page 28).



Son implication en cessation tabagique a valu à Yves Campbell le *Prix Élane-Trottier 2011*, assorti d'une bourse de 2000 \$, remis par madame Régine Laurent, présidente de la FIQ.



Cette année, l'OPIQ remettait un nouveau prix *Roméo-Soucy*, lié à une réalisation en particulier ou à une implication à un événement ponctuel dans le secteur de l'enseignement. Les récipiendaires 2011 sont Pierrette Morin et Jocelyn Vachon, enseignantes au Cégep de Rosemont et responsables du programme AEC pour les personnes formées à l'étranger. Ils ont reçu leur prix des mains de madame Thérèse Soucy, épouse de feu D^r Roméo Soucy, fondateur du programme des techniques d'inhalothérapie.



M. Daniel Charrette, vice-président, Fédération de la santé et des services sociaux, région du Bas-Saint-Laurent, remet la plaque souvenir de la Mention d'honneur pour la *Semaine de l'inhalothérapeute 2011* ainsi que la bourse de formation continue de 2000 \$ à mesdames Nicole Laberge et Isabelle Fleury représentant l'équipe du CHU Sainte-Justine.

Le groupe *ManyMore* a une fois de plus *cassé la baraque* et nous a fait danser jusqu'aux petites heures du matin!



POUR ÉLARGIR NOS HORIZONS



MERCI À NOS PARTENAIRES

COMPAGNIES

AstraZeneca Canada
Associated Health Systems-AHS
Baxter Canada
Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée /
Pfizer Canada Inc.
BOMImed Inc.
BRAEBON Medical Corporation
Cardinal Health Canada
CAREstream Medical Ltd.
Covidien
Draeger Medical Canada Inc.
Dufort et Lavigne Ltée
FIQ
Fisher & Paykel Healthcare
Fresenius-Kabi
FSSS-CSN
GE Santé
GlaxoSmithKline
Grass Technologies
Groupe Biron - Soins de santé
Groupe Santé Paramédic
IKARIA Canada Inc.
Invacare Canada
Karl Storz Endoscopy Canada Ltd.

COMPAGNIES

La Capitale Assurances générales
Laboratoire Abbott
Manthamed
Maquet/Dynamed Inc.
Masimo Canada Inc.
McArthur Medical Sales Inc.
Medigas
Merck Canada
Nycomed Canada Inc.
PendoPharm
Philips Respironics
Québec Transplant
Radiometer Canada
RESMED
Roxon Medi-Tech Ltée
Santé Canada,
Programme Santé environnementale
Santé Canada, Programme Canada Vigilance
Smiths Medical Canada Ltd.
Southmedic Inc.
Synergie Santé Environnement
Trudell Medical Marketing Ltée
UQAT
VitalAire Canada Inc.

Dans l'ordre habituel, mesdames Monique Laurin, ancienne présidente et amie, Johanne Fillion, récipiendaire du prix *Mérite du CIQ 2011*, Nathalie Rodrigue, vice-présidente du Conseil interprofessionnel du Québec et Céline Beaulieu, présidente de l'OPIQ.



Profession : inhalothérapeute Johanne Fillion honorée du prix *Mérite du CIQ 2011*

par **Line Prévost**, coordonnatrice aux communications, OPIQ

C'est avec un réel bonheur que j'ai appris la nomination de Johanne au prix *Mérite du CIQ 2011*. Bien sûr, elle fut d'abord pour moi et pour beaucoup d'autres aspirants à la profession, « madame Fillion », enseignante et monitrice clinique au Cégep de Rosemont. Lorsqu'à mon tour, des années plus tard, j'enseignai et supervisai des stages cliniques à ce même collège, c'est en grande partie sous sa supervision puisqu'elle y coordonna avec brio les activités du département des Techniques d'inhalothérapie et anesthésie pendant neuf ans. Source d'inspiration pour moi et pour plusieurs collègues, je l'ai, dès lors, considérée comme un mentor. Par la suite, ayant quitté l'enseignement au profit d'une nouvelle orientation professionnelle, nos chemins se sont à nouveau croisés. C'est ainsi que, au fil de nos collaborations professionnelles et après l'avoir côtoyée, à titre d'employée de l'Ordre, je me permets maintenant de l'appeler simplement Johanne, ce qui n'enlève rien à l'estime et au respect que je témoigne à cette femme d'exception.

Son imposant parcours professionnel témoigne de son intérêt jamais démenti pour l'enseignement sous toutes ses formes et remonte au tout début de sa carrière, après l'obtention de son diplôme en 1972. Se passionnant pour l'acquisition et le transfert de connaissances et de compétences, elle participe, depuis 1996, au développement du contenu des activités de formation continue proposées par l'Ordre aux membres et siégeait, jusqu'à tout récemment encore, au comité de la formation continue. Membre du comité responsable du développement et de la mise en place de l'épreuve synthèse commune à tous les programmes provinciaux de techniques en inhalothérapie, elle participe aussi à la création du profil des compétences de l'Ordre apportant ainsi une contribution tangible au développement des programmes d'enseignement, notamment à l'égard du rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes, dossier toujours d'actualité.

Son expertise en développement des compétences est aussi mise à profit lorsque Johanne développe pour l'OPIQ, à l'intention des candidats formés à l'étranger, des outils et des modalités accessibles en ligne sur un site Internet dédié à la reconnaissance des acquis et des compétences, visant à mieux informer les personnes immigrantes et à mieux reconnaître leur formation et leur acquis expérientiel. Le candidat est ainsi à même d'évaluer où il se situe par rapport aux exigences et être en mesure d'apprécier les efforts qu'il devra fournir pour l'obtention éventuelle de son permis québécois. En suite logique, elle participe ensuite au développement d'un programme de formation d'appoint qui permettra aux candidats formés à l'étranger de compléter beaucoup plus rapidement les cours et les stages de mise à niveau. Le programme *Intégration à la profession d'inhalothérapeute* se veut en effet une formation intensive adaptée aux personnes immigrantes ayant déjà exercé la profession d'inhalothérapeute dans leur pays d'origine ou ayant exécuté des activités s'y rapportant. Bouclant la boucle, elle a créé cette année le contenu nécessaire au développement d'un outil leur permettant d'effectuer une demande d'équivalence en ligne.

Bien qu'elle ait dédié sa carrière à l'enseignement, vous êtes à même de constater que Johanne s'implique à l'Ordre depuis de nombreuses années. Membre active et siégeant au Conseil d'administration de juin 1999 à septembre 2011, elle en devient la vice-présidente en 2001 et en 2007, elle assume la tâche de présidente durant un intérim de six mois. Bien qu'officiellement à la retraite de l'enseignement, elle demeure toujours très engagée puisqu'elle offre maintenant son expertise à titre de conseillère en formation.

Johanne, au nom de tes pairs, des administrateurs, de la direction générale et en mon nom personnel, je salue ta curiosité, ton dynamisme, ta rigueur et ton implication. Félicitations pour cette reconnaissance professionnelle pleinement méritée ! Bonne continuation dans tes projets ! ❄️

à l'avant-scène

Johanne Fillion

À l'instar de plusieurs revues et dans un format que nous désirons distrayant, nous vous offrons par le biais de cette chronique, l'occasion de mieux connaître un pair.

Occupation : consultante en évaluation et formation sur mesure.

Lieu de travail : mon bureau.

Statut : inhalothérapeute retraitée.

Bu : je bois un verre de vin rouge au repas du soir. J'aime d'un vin qu'il soit sec et goûteux. Mon apéro préféré est le martini vodka-olive et rien de mieux qu'un rhum brun, vieux de 23 ans et plus, lorsque la température est sous zéro.

Lu : j'ai une préférence pour les romans basés sur des recherches historiques ou anthropologiques, sans oublier les romans policiers. Actuellement, je lis le dernier tome de la saga *Les enfants de la terre* de Jean M. Auel.

Vu : je visionne de plus en plus de films québécois, particulièrement les comédies... Le plus récent est *Starbuck*. J'ai beaucoup de retard à rattraper...

Voulu : visiter le continent africain... un projet envisagé.

Reçu (cadeau, conseil, etc.) : un hommage auquel je ne m'attendais pas et qui m'a beaucoup émue.

Sur une île déserte, vous apportez : plusieurs livres, du vin et de l'eau, des lunettes et crèmes solaires, des vêtements légers, un tuba et un canif. À condition de ne pas y rester aussi longtemps que Robinson Crusoé!

Un voyage inoubliable : je pourrais dire mes voyages en Europe, mais cet été, j'ai découvert l'île de Terre-Neuve, impressionnante par sa nature grandiose, sa flore et sa faune, son histoire, sa culture musicale, ses icebergs à la dérive, les randonnées pédestres en montagne et la rencontre de gens sympathiques et accueillants. De bonnes raisons pour y retourner!

Votre plus belle réussite

personnelle : l'aménagement de mon jardin que j'ai transformé au gré des années et de mon imagination en zones

de détente, de lecture, en sous-bois séparés par des plates-bandes de vivaces et de fines herbes. J'aime m'y retrouver l'été.

Votre plus belle réussite

professionnelle : il y en a deux.

La première fut ma contribution au développement du département d'inhalothérapie en doublant le nombre de laboratoires d'enseignement permettant aux étudiants de s'exercer dans des locaux représentant chacun des principaux secteurs d'activités, ce qui a permis d'augmenter le nombre d'étudiants admis et les postes d'enseignants de façon très significative. La deuxième en tant que consultante, c'est d'avoir contribué à la production d'un programme de formation pour les personnes formées à l'étranger.

Un remède quand tout semble

difficile : se changer les idées... en écoutant de la musique, en regardant un film, en lisant ou tout simplement en allant prendre l'air.

Un objectif à atteindre : actuellement, je m'entraîne pour courir 5 km... bientôt.

Un conseil à donner aux jeunes

inhalothérapeutes : se faire confiance, ne pas avoir peur d'exprimer ses opinions, démontrer ses connaissances auprès des autres professionnels et être fier d'être inhalothérapeute.

Si vous n'étiez pas

inhalothérapeute, vous seriez :

enseignante et je suis chanceuse d'avoir pu pratiquer ces deux professions.

Le bonheur pour vous, c'est quoi ?

C'est être entourée des personnes que j'aime, c'est faire plaisir aux autres et me faire plaisir dans les petits gestes du quotidien, c'est aimer et être aimé. ❄️

Alors, vous avez le goût de vous avancer à l'avant-scène ?

Communiquez avec moi à line.prevost@opiq.qc.ca.





Ventilation protectrice chez les patients sans SDRA

(syndrome de détresse respiratoire aigu)

par **François Lellouche**, MD, Ph. D., Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Université Laval, Québec; **Pierre-Alexandre Bouchard**, inh., Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Université Laval, Québec; **Jed Lipès**, MD FRCP (C), *Clinical fellow, critical care medicine*, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Université Laval, Québec.

Introduction

Le concept de la ventilation protectrice existe depuis maintenant plus de 20 ans dans le cadre des œdèmes dits « lésionnels » : le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) ou sa forme moins sévère *acute lung injury* (ALI). La ventilation protectrice réfère à l'utilisation d'un volume courant (V_c) entre 4-8 ml/kg de poids idéal théorique (PIT). Le volume courant physiologique chez les mammifères et l'humain est de 6 ml/kg de PIT¹. Des données animales et humaines ont montré que la ventilation mécanique pouvait induire des lésions pulmonaires, avec le concept de lésions pulmonaires induites par la ventilation (LPIV)²⁻⁴. Plusieurs études randomisées ont montré que l'utilisation d'un petit volume courant est associée à un meilleur pronostic en cas d'ALI-SDRA⁵⁻⁹. En écho à ces données, les volumes courants utilisés aux soins intensifs ont progressivement diminué, dans

les deux dernières décennies, principalement chez les patients atteints d'ALI ou SDRA¹⁰⁻¹¹. Toutefois, des données récentes démontrent que la ventilation mécanique peut également induire une inflammation locale et systémique chez les patients sans ALI ou SDRA. Nous passerons en revue les preuves concernant l'utilisation de volume courant réduit dans le SDRA, la physiopathologie des lésions pulmonaires aiguës, les preuves actuelles concernant la ventilation protectrice chez les patients sans lésion pulmonaire, ainsi que les obstacles à l'utilisation de la ventilation protectrice.

Les lésions pulmonaires induites par la ventilation chez les patients avec SDRA

Si la ventilation mécanique peut parfois sauver la vie dans les cas de détresse respiratoire aiguë, elle n'est pas sans conséquence pour

« Les principaux facteurs de risques de barotraumatisme sont l'utilisation de volumes courants élevés et une pression de plateau élevée supérieure à 30 cmH₂O. »

autant. Dans les cas d'ALI ou de SDRA, il existe une dégénérescence de l'architecture pulmonaire habituelle, une perte des unités pulmonaires fonctionnelles et une augmentation de la perméabilité capillaire entraînant l'œdème pulmonaire, ayant comme résultat clinique des poumons rigides, non compliants et hétérogènes^{12,13}. Les réglages du ventilateur peuvent donc produire de multiples effets locaux et systémiques conduisant ainsi aux lésions pulmonaires induites par la ventilation (LPIV)¹³⁻¹⁴. Les principaux facteurs de risques de barotraumatisme sont l'utilisation de volumes courants élevés et une pression de plateau élevée supérieure à 30 cmH₂O^{13,15-22}.

Ces changements physiopathologiques proviennent de l'effet direct des pressions alvéolaires élevées conduisant au barotrauma, des dommages causés par la surdistension pulmonaire conduisant au volutrauma, du phénomène de cisaillement à la suite de l'ouverture et fermeture répétitives des alvéoles résultant en un biotrauma, qui peut engendrer des lésions pulmonaires et ainsi provoquer une défaillance multiviscérale, qui est la cause la plus commune de mortalité chez les patients en SDRA²³⁻²⁵.

Historique des volumes courants élevés

L'utilisation de volumes courants élevés découle de publications anciennes. En particulier, une étude de Bendixen publiée en 1963, dans le *New England Journal of Medicine*²⁶ révélait que l'utilisation de volumes courants élevés durant l'anesthésie engendrait moins d'atélectasie, moins d'acidose et améliorait l'oxygénation en comparaison avec l'utilisation de bas volumes courants. Subséquemment, les livres d'anesthésie ont recommandé une utilisation de volumes courants entre 10 et 15 ml/kg et même au-delà, initialement pour éviter les atélectasies, les désaturations et l'acidose²⁷. Suivant la description originale du SDRA par Ashbaugh en 1967²⁸, plusieurs études ont été réalisées chez cette population avec une variété de volumes courants allant de 10-24 ml/kg²⁹⁻³². Dans les années 1970-1980, les premières données sur les effets délétères des volumes courants élevés ont été démontrées chez les animaux^{14,33,34}. Quelques années plus tard, dans les années 1990 et 2000, des études randomisées chez l'humain ont démontré les bénéfices de l'utilisation de faibles volumes courants bien que les données initiales étaient contradictoires^{5-8, 35-39}. Amato et coll.⁶ et surtout l'ARDS network⁵ ont finalement démontré la supériorité de 6 vs 12 ml/kg de poids idéal, avec une réduction de la mortalité dans cette population. Les recommandations actuelles sont d'utiliser des volumes courants de 6 ml/kg de poids idéal théorique pour la prise en charge des patients avec un SDRA ou un ALI⁴⁰. Actuellement, la ventilation



ON CHANGE LA FAÇON DE MARCHER DES GENS



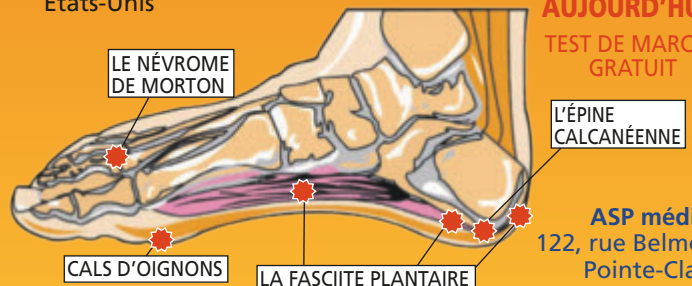
SEMELLES de massage

- ✓ Lavables
- ✓ Peuvent être portées avec des orthèses
- ✓ Fabriquées aux États-Unis

SOULAGEMENT DES DOULEURS DE CES SYMPTÔMES ET AUTRES :

- ✓ Pieds douloureux et fatigués
- ✓ Douleurs lombaires
- ✓ Douleurs de hanche et genoux
- ✓ Neuropathie
- ✓ Mauvaise circulation sanguine
- ✓ Fibromyalgie

ESSAYEZ-LES AUJOURD'HUI !
TEST DE MARCHÉ GRATUIT

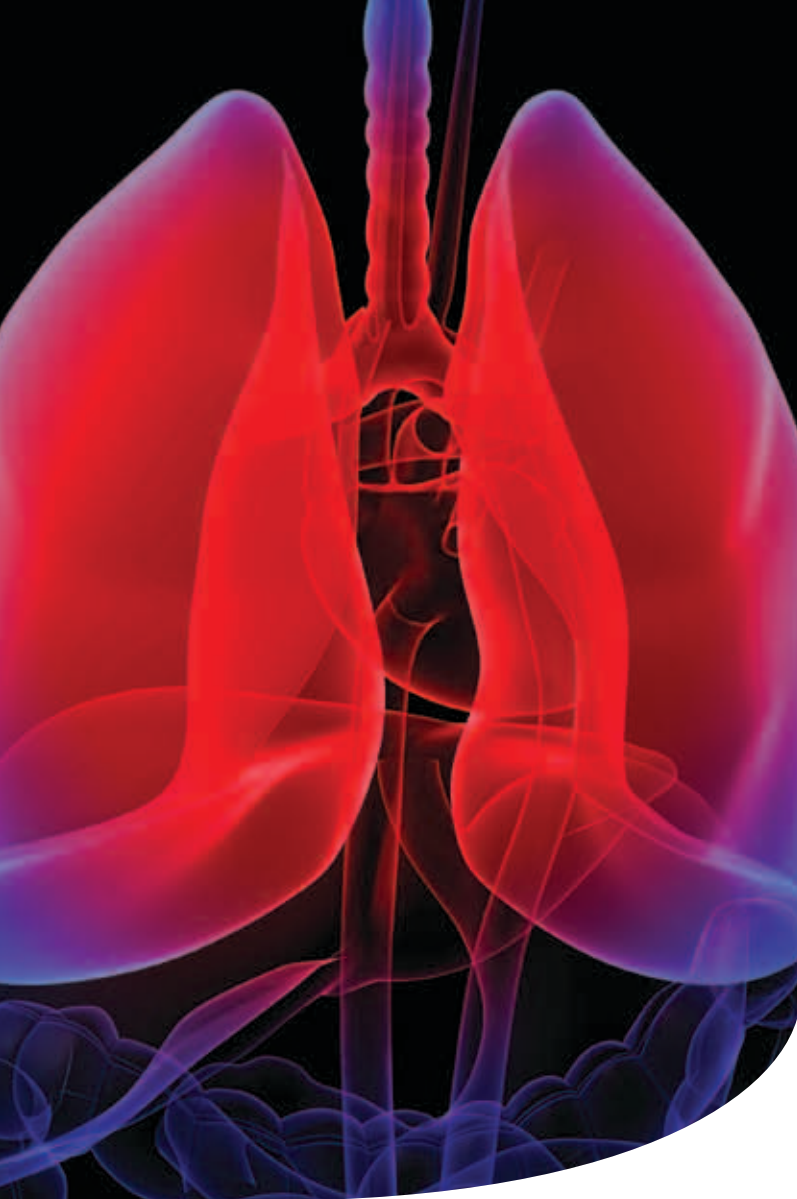


AUCUN ÉCHANTILLON DISPONIBLE

yvandumoulin@gmail.com

ASP médical
122, rue Belmont
Pointe-Claire
514 771-8449

Points de distribution disponibles sur www.aspmedical.ca



« [...] près de 25 % des patients sous ventilation mécanique développent un ALI, dans les cinq jours suivant le début du support respiratoire. »

protectrice dans le SDRA associe des petits volumes courants en utilisant le poids idéal et non le poids réel comme référence^{40,41}, une PEP élevée^{35,37,42-45}, une réduction de la FiO₂ pour éviter les atelectasies de dénitrogénéation^{46,47} associée à une tolérance de SpO₂ à 88-92 %^{40,48}, l'utilisation de fréquences respiratoires élevées jusqu'à 30-35/min et la réduction de l'espace mort pour limiter l'acidose respiratoire^{49,50}. Les effets de la ventilation à faible volume courant chez les patients sans lésion pulmonaire aiguë ou SDRA sont moins bien connus.

La ventilation protectrice chez les patients sans lésion pulmonaire

Beaucoup d'auteurs suggèrent que le développement d'un œdème pulmonaire lésionnel (ALI ou SDRA) est souvent multifactoriel, avec la présence concomitante de plusieurs facteurs favorisants souvent rencontrés aux soins intensifs : pneumonie infectieuse ou

table 01

Table 1. Impact de la stratégie ventilatoire après une chirurgie (à l'exception de la chirurgie cardiaque)

Abréviations : ERC = étude randomisée contrôlée, VM = ventilation mécanique, IRA = insuffisance respiratoire aiguë.

Les volumes courants sont en ml/kg de PIT sauf si précisé.

Références (année)	Type de patient (n)	Vc – PEP ml/kg cmH ₂ O	Résultats principaux
Fernandez (2006) observationnelle	Pneumonectomie 170	Vc 8,3 vs 6,7	18 % IRA en postopératoire Vc et balance facteurs de risque d'IRA
Michelet (2006) ERC	Œsophagectomie 52	Vc 9/9 – PEP 0 Vc 9/5 – PEP 5	↓ marqueurs inflammatoires ↑ oxygénation, ↓ durée VM
Lee (1990) ERC	Patient postopératoire 103	Vc 12 vs 6	Tendance à ↓ les infections pulmonaires et ↓ durée VM
Wrigge (2000) ERC	Chirurgie électorale 39	Vc 15 – PEP 0 Vc 6 – PEP 0 Vc 6 – PEP 10	Pas de différence sur les marqueurs inflammatoires 1 h après la chirurgie
Wrigge (2004) ERC	Chirurgie abdominale et thoracique 64	Vc 12-15 – PEP 0 Vc 6 – PEP 10	Pas différence sur les marqueurs inflammatoires 3 h après la chirurgie
Choi (2006) ERC	Chirurgie prolongée 40	Vc 12 – PEP 0 Vc 6 – PEP 10	↓ activation de la coagulation après 5 h de VM
Weingarten (2010) ERC	Chirurgie abdominale majeure 40	Vc 10 – PEP 0 Vc 6 – PEP 12	Améliore la mécanique respiratoire et l'oxygénation Pas différence dans les biomarqueurs

chimique (aspiration), septicémie, polytraumatisme, transfusions de produits sanguins, circulation extracorporelle, etc. Des lésions induites par la ventilation sont des facteurs d'agressions supplémentaires pouvant conduire à un ALI ou un SDRA⁵¹. Par conséquent, des patients sans œdème lésionnel lors de leur admission peuvent développer secondairement un ALI ou un SDRA s'ils sont exposés à ces facteurs de risque, dont une ventilation traumatique.

Gajic et coll. a montré que près de 25 % des patients sous ventilation mécanique développent un ALI, dans les cinq jours suivant le début du support respiratoire. Dans cette étude, les femmes avaient des volumes courants plus élevés (11,4 vs 10,4 ml/kg PIT), développaient plus fréquemment un ALI (29 % vs 20 %, $p < 0,068$). Dans l'analyse multivariée, l'utilisation de Vc supérieurs à 6 ml/kg PIT était un facteur de risque de développer un ALI (augmentation du risque de 1,3 pour chaque ml > 6 ml, $p < 0,001$)⁵².

Le même auteur a montré que 6,2 % des patients développaient un SDRA après 48 heures de ventilation mécanique. L'analyse multivariée révélait que l'utilisation d'un volume courant supérieur à 700 ml augmentait le risque relatif de développer un SDRA de 2,7 fois ($p < 0,001$)⁵³.

Dans une étude randomisée multicentrique publiée en 2010, Determann et coll. ont comparé des Vc de 10 vs 6 ml/kg PIT chez 152 patients de soins intensifs médico-chirurgicaux⁵⁴. Les patients ont été randomisés dans les 36 heures suivant l'initiation de la ventilation mécanique. L'étude a été arrêtée prématurément puisque plus de patients ont développé un ALI dans le groupe Vc

10 ml/kg (13,5 % vs 2,6 %, $p = 0,01$). Le risque relatif de développer un ALI avec une ventilation conventionnelle était de 5,1 fois (IC 95 %, 1,2 à 22,6). Le taux plasmatique d'IL-6 (témoin de l'inflammation systémique) était significativement plus bas dans le groupe des petits volumes courants.

Les recommandations actuelles pour la gestion des donneurs d'organes suggèrent d'administrer des volumes courants de 10 à 12 ml/kg^{56,57}. Une étude randomisée contrôlée multicentrique a comparé chez 118 patients avec des poumons sains (potentiellement des donneurs d'organes), une ventilation conventionnelle (10-12 ml/kg PIT avec une PEP de 3-5 cmH₂O) à une ventilation protectrice (6-8 ml/kg PIT avec une PEP de 8-10 cmH₂O)⁵⁵. Les résultats ont révélé une augmentation importante du nombre de patients chez lesquels les poumons ont été prélevés (27 % vs 54 %, $P = 0,004$).

Chez des populations à haut risque chirurgical, la plupart des études ont montré des résultats favorables à l'utilisation prophylactique de la ventilation protectrice (table 1)⁵⁸⁻⁶¹. Certaines études sont un peu moins convaincantes⁶²⁻⁶³.

Les patients de chirurgie cardiaque semblent être une population à risque plus élevé du développement de l'ALI-SDRA (table 2)⁶⁴⁻⁶⁶. D'autres études ont révélé des réductions similaires des marqueurs inflammatoires avec la ventilation protectrice, mais avec certains résultats contradictoires⁶⁷⁻⁶⁹. Un article récent de Sundar et coll. a randomisé des patients qui ont subi une chirurgie cardiaque élective pour recevoir un volume courant de 6 vs 10 ml/kg PIT. Les patients recevant un faible volume courant étaient plus susceptibles d'être extubés six heures après la

Table 2. Impact de la stratégie ventilatoire après une chirurgie cardiaque

Abréviations : ERC = étude randomisée contrôlée, VM = ventilation mécanique, LBA = lavage bronchoalvéolaire, PAC = pontage aortocoronarien. Les volumes courants sont en ml/kg de PIT sauf si précisé PR (poids réel).

Références (année)	Type de patient (n)	Vc – PEP ml/kg cmH ₂ O	Résultats principaux
Koner (2004) ERC	PAC 44	Vc 10 – PEP 0 Vc 6 – PEP 0	Aucune différence sur l'inflammation ↑ de l'oxygénation avec PEP
Wrigge (2005) ERC	PAC 44	Vc 6 – PEP 10 Vc 12 (PEP 7) Vc 6 (PEP 9)	↓ TNF dans LBA
Reis Miranda (2005) ERC	PAC 62	Vc 6-8 – PEP 5 Vc 4-6 – PEP 10	↓ plus rapide des cytokines pro-inflammatoires
Zupancich (2005) ERC	PAC 40	Vc 10-12 (PR) – PEP 2-3 Vc 8 (PR) – PEP 10	↓ des cytokines pro-inflammatoires après PAC
Sundar (2011) ERC	PAC, Valves 149	Vc 10 – PEP ≥ 5 Vc 6 – PEP ≥ 5	↓ du nombre de patients ventilés après 6 h Moins de ré-intubation
Lellouche (2006) observationnelle	PAC, Valves 3434	Vc < 10 vs 10-12 vs > 12	Vc traditionnel et élevé : ↑ dysfonction d'organe et ↑ la durée de séjour en USI

*« La fréquence du SDRA est souvent sous-estimée en pratique clinique
et par conséquent, de nombreux patients qui pourraient tirer profit
de cette thérapie ne reçoivent pas un traitement approprié. »*

... chirurgie et moins souvent réintubés. Il n'était pas clair si ces effets étaient liés à une stratégie de ventilation protectrice ou à une augmentation de la commande respiratoire par l'effet des faibles volumes courants induisant une augmentation de la PaCO_2 et des pH plus bas⁷⁰. Nous avons évalué les conséquences des volumes courants utilisés en postopératoire de chirurgie cardiaque pour pontages ou valves chez 3434 patients. Les volumes courants ont été divisés en trois catégories : bas (< 10 ml/kg PIT), traditionnel (10-12 ml/kg PIT) ou élevé (> 12 ml/kg PIT). L'analyse multivariée a montré que les volumes courants ou traditionnels étaient des facteurs de risque indépendants d'avoir une ventilation mécanique prolongée (OR 2,4, $p = 0,001$), une instabilité hémodynamique (OR 1,8, $p = 0,007$) et une durée prolongée de séjour aux soins intensifs (OR 1,8, $p = 0,045$). De plus, les facteurs de risque pour l'utilisation de volumes courants élevés étaient l'obésité ($\text{IMC} > 30$) (OR 6,2, $p < 0,0001$) et le sexe féminin (OR 4,3, $p < 0,0001$)⁷¹. Les données pour les chirurgies électives sont plus controversées⁷²⁻⁷⁴.

Obstacles à l'utilisation de la ventilation protectrice

Bien que des données convaincantes aient été accumulées chez l'animal et chez l'homme, la ventilation protectrice n'est pas assez largement utilisée⁷⁵. Pourquoi les cliniciens n'utilisent-ils pas la ventilation protectrice ? C'est probablement la résistance aux changements (utilisation de fréquences respiratoires et de PEP élevées, acceptation d'un certain degré d'acidose et d'hypoxémie nécessaires) qui l'explique⁷⁶. Afin de maintenir une ventilation minute suffisante lors de la ventilation protectrice, il est souvent

nécessaire d'augmenter la fréquence respiratoire par rapport aux fréquences « habituelles » et parfois, à plus de 30 cycles/min. Cela peut induire de l'auto-PEP, avec de possibles conséquences hémodynamiques⁷⁶. Toutefois, en raison des courtes constantes de temps chez les patients avec ALI-SDRA, ce risque est limité en dessous de 30 cycles/min⁷⁷. En dehors des patients avec ALI ou SDRA l'augmentation de fréquence respiratoire est plus modérée.

Quelques considérations physiologiques liées à l'hypercapnie sont à connaître et incluent les effets négatifs potentiels de l'acidose sur l'hémodynamique cardiovasculaire, la vasoconstriction pulmonaire avec hypertension pulmonaire secondaire, ainsi que la vasodilatation cérébrale et une élévation de la pression intracrânienne⁴⁹.

Dans la situation spécifique de faibles volumes courants et de fréquences respiratoires élevées, le système d'humidification des gaz utilisés avec le ventilateur est particulièrement important et peut être un facteur majorant l'acidose respiratoire si l'espace mort instrumental est augmenté. Afin de réduire la sévérité de l'hypercapnie, la réduction de l'espace mort peut être facilement réalisée en utilisant un humidificateur chauffant au lieu d'un échangeur de chaleur et d'humidité, comme indiqué dans plusieurs études⁷⁹⁻⁸².

Une saturation en oxygène supérieure à 95 % est souvent visée, mais une hypoxémie relative devrait être tolérée chez les patients avec l'ALI-SDRA⁴⁸. Il est recommandé de viser une SpO_2 cible de 88-92 % dans cette population afin de réduire les niveaux de FiO_2

table 03

Table 3. Recommandations pour l'instauration de la ventilation protectrice après l'intubation

Abréviations: Vc = volume courant, PIT = poids idéal théorique, HME = filtre échangeur de chaleur et d'humidité.

	Patients sans facteur de risque de développer un LPIV-SDRA *	Patients avec facteur de risque de développer un LPIV-SDRA *
Vc (ml/kg de poids idéal théorique et non du poids réel)	< 10	6-8
Fréquence respiratoire (/min)	= 15 (si pas d'auto-PEP)	= 20 (si pas d'auto-PEP)
PEP (cmH ₂ O)	= 5	= 8
FiO₂ (%)	< 60 % **	< 60 % **
SpO₂ cible	92-96	92-96
Humidification	HME*** Humidificateur chauffant si acidose respiratoire malgré augmentation FR	HME*** Humidificateur chauffant si acidose respiratoire malgré augmentation FR

* Facteur de risque pour développer LPIV-ARDS incluent : septicémie et SIRS, trauma, transfusions, pontage aortocoronarien, etc.

** Pour éviter les atelectasies de dénitrogénéation. La cible de SpO_2 devrait être réduite à 88-92 % si nécessaire pour maintenir des FiO_2 basses.

*** Hétérogénéité des HME doit être connu⁸³.

pour éviter les atelectasies de dénitrogénéation^{46,47}. L'utilisation de niveaux PEP plus élevés chez les patients non hypovolémiques devrait être considérée pour éviter le dérecrutement lié aux faibles volumes courants²⁶.

Il existe d'autres raisons limitant l'application de la ventilation protectrice chez les patients avec ou sans lésions pulmonaires. La fréquence du SDRA est souvent sous-estimée en pratique clinique^{75,84} et par conséquent, de nombreux patients qui pourraient tirer profit de cette thérapie ne reçoivent pas un traitement approprié. À cet effet, il est important de rappeler qu'un patient avec une PaO_2 à 100 mmHg avec 40 % de FiO_2 a le critère gázométrique d'ALI ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 = 250$). Par ailleurs, il est reconnu que cela prend plusieurs années pour faire appliquer en clinique les résultats de la recherche, un processus appelé transfert des connaissances^{85,86}. En effet, malgré les preuves montrant que la stratégie de la ventilation protectrice est associée à une amélioration du pronostic, les cliniciens utilisent encore couramment des $\text{Vc} > 10$ ml/kg PIT⁸⁶⁻⁸⁸. Les études montrant la meilleure utilisation de la ventilation protectrice ont été réalisées dans les centres participant à des études sur la ventilation mécanique⁸⁹, mais cela ne reflète pas la « vraie vie », où la ventilation protectrice chez les patients SDRA est encore moins appliquée avec succès⁹⁰.

Une autre limitation est l'utilisation du poids réel au lieu du poids idéal théorique dans le calcul du volume courant, conduisant à une surestimation des volumes. Le PIT chez l'homme est égal à 50 (45 chez la femme) $+ 0,91 \times (\text{taille [cm]} - 152,4)^5$. Dans de nombreux cas, la taille des patients n'est pas connue⁴¹. De plus, l'estimation visuelle de la hauteur et du poids du patient est connue pour être imprécise⁹¹⁻⁹³. De nouveaux dispositifs tels que les applications sur les téléphones intelligents (c.-à-d. iAnthropometer USI, iAnthropometer II) sont des outils prometteurs⁹⁴. Ils permettent de calculer la taille des patients en fonction de la taille de segments de membres (main, avant-bras, jambe) et d'en dériver automatiquement au PIT et ainsi, obtenir les volumes courants en fonction du PIT.

Mise en œuvre d'une ventilation protectrice

La ventilation protectrice peut être instaurée chez la majorité des patients au travers de protocoles ou avec des systèmes automatisés de ventilation. L'application de la ventilation protectrice n'est pas encore recommandée pour tous, mais les données récentes vont dans cette direction. Schultz et coll. recommande l'utilisation d'un volume courant de 6 ml/kg de PIT chez les patients atteints d'ALI-SDRA ou avec des facteurs de risque⁹⁵, tels que les transfusions, les polytraumatismes, toute septicémie ou toute chirurgie à haut risque. Chez les autres patients ventilés mécaniquement, cet auteur recommande l'utilisation de volumes courants inférieurs à 10 ml/kg de PIT dès l'initiation de la ventilation mécanique. La ventilation protectrice doit toujours inclure de petits volumes courants, des fréquences respiratoires et des niveaux de PEP plus élevés, et une réduction de l'espace mort en utilisant des



humidificateurs chauffants pour les patients sévèrement atteints (table 3).

Les systèmes automatisés pour la ventilation mécanique sont une autre façon d'administrer la ventilation protectrice. Dans une étude préliminaire, nous avons évalué le système IntelliVent® (Hamilton Medical, Bonaduz, Suisse) après une chirurgie cardiaque⁹⁶. Nous avons montré que les volumes courants ont été automatiquement réduits à des niveaux inférieurs à 10 ml/kg de PIT après quelques minutes de ventilation mécanique et la fréquence respiratoire augmentée automatiquement pour maintenir une ventilation minute stable. Ces systèmes en boucle fermée sont très prometteurs, mais plus d'évaluations cliniques sont requises avant de généraliser leur utilisation⁹⁷⁻¹⁰⁰.

Conclusion

Il existe des preuves solides que la ventilation protectrice peut réduire la morbidité et la mortalité chez les patients ayant un œdème lésionnel (ALI ou SDRA). Depuis peu, des données concordantes suggèrent qu'une stratégie de ventilation protectrice chez les patients ayant des poumons sains peut réduire l'inflammation locale et systémique, les dysfonctions d'organes et les œdèmes lésionnels acquis. Les patients des soins intensifs peuvent être exposés à plusieurs types d'agressions pouvant conduire à un œdème lésionnel. Actuellement, seule une minorité

• • •

des patients reçoivent une ventilation protectrice. Les données récentes devraient renverser cette tendance pour que la ventilation protectrice soit utilisée chez la majorité des patients dès l'initiation de la ventilation mécanique. Nous recommandons l'utilisation d'une stratégie associant de faibles volumes courants, une fréquence respiratoire et des niveaux de PEP modérément augmentés chez tous les patients ayant un risque d'œdème lésionnel... Ce qui correspond à la majorité des patients aux soins intensifs.



Références

- (NDLR en raison d'un espace restreint et avec l'autorisation des auteurs, voici la liste partielle des références utilisées. Pour la liste complète veuillez vous référer au Répertoire du Campus OPIQ).
- TENNEY SM, REMMERS JE. Comparative quantitative morphology of the mammalian lung: Diffusing area. *Nature*, 1963; 197: 54-6.
 - WEBB HH, TIERNEY DF. Experimental pulmonary edema due to intermittent positive pressure ventilation with high inflation pressures: Protection by positive end-expiratory pressure. *Am Rev Respir Dis*, 1974; 110: 556-65.
 - DREYFUSS D, SOLER P, BASSET G, SAUMON G. High inflation pressure pulmonary edema: Respective effects of high airway pressure, high tidal volume, and positive end-expiratory pressure. *Am Rev Respir Dis*, 1988; 137: 1159-64.
 - THE ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME NETWORK. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*, 2000, May 4; 342(18): 1301-8.
 - ESTEBAN A, ANZUETO A, FRUTOS F, ALÍ A, BROCHARD L, STEWART TE, et AL. Characteristics and outcomes in adult patients receiving mechanical ventilation: a 28-day international study. Mechanical Ventilation International Study Group. *JAMA*, 2002 Jan 16; 287(3): 345-55.
 - DREYFUSS D, SAUMON G. 1998. Ventilator-induced Lung Injury Lessons from Experimental Studies. *Am J Respir Crit Care Med*, Vol. 157, p. 294-323.
 - WEG JG, ANZUETO A, BALK RA, WIEDEMANN HP, PATTISHALL EN, SCHORK MA, WAGNER LA. The relation of pneumothorax and other air leaks to mortality in the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*, 1998, Feb 5; 338(6): 341-6.
 - BENDIXEN HH, HEDLEY-WHITE J, LAVER MB. Impaired oxygenation in surgical patients during general anesthesia with controlled ventilation. A concept of atelectasis. *N Engl J Med*, 1963, Nov 7; 269: 991-6.
 - ASHBAUGH DG, BIGELOW DB, PETTY TL, LEVINE BE. Acute respiratory distress in adults. *Lancet*, 1967, Aug 12; 2(7511): 319-23.
 - WEBB HH, TIERNEY DF. Experimental pulmonary edema due to intermittent positive pressure ventilation with high inflation pressures. Protection by positive end-expiratory pressure. *Am Rev Respir Dis*, 1974, Nov; 110(5): 556-65.
 - MEADE MO, COOK DJ, GUYATT GH, SLUTSKY AS, ARABI YM, COOPER DJ, et COLL. Lung Open Ventilation Study Investigators. Ventilation strategy using low tidal volumes, recruitment maneuvers, and high positive end-expiratory pressure for acute lung injury and acute respiratory distress syndrome: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2008, Feb 13; 299(6): 637-45.
 - MERCAT A, RICHARD JC, VIELLE B, JABER S, OSMAN D, DIEHL JL, et AL. Expiratory Pressure (Express) Study Group. Positive end-expiratory pressure setting in adults with acute lung injury and acute respiratory distress syndrome: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2008, Feb 13; 299(6): 646-55.
 - HICKLING KG, WALSH J, HENDERSON S, JACKSON R. Low mortality rate in adult respiratory distress syndrome using low-volume, pressure-limited ventilation with permissive hypercapnia: a prospective study. *Crit Care Med*, 1994, Oct; 22(10): 1568-78.
 - RICHARD JC, MAGGIORE SM, JONSON B, MANCEBO J, LEMAIRE F, BROCHARD L. Influence of tidal volume on alveolar recruitment. Respective role of PEP and a recruitment maneuver. *Am J Respir Crit Care Med*, 2001, Jun; 163(7): 1609-13.
 - BRIEL M, MEADE M, MERCAT A, BROWER RG, TALMOR D, WALTER SD, SLUTSKY AS et COLL. Higher vs lower positive end-expiratory pressure in patients with acute lung injury and acute respiratory distress syndrome: systematic review and meta-analysis. *JAMA-Review*, 2010, Mar 3; 303(9): 865-73.
 - DÉRY R, PELLETIER J, JACQUES A, CLAVET M, HOUE J. Alveolar collapse induced by denitrogenation. *Can Anaesth Soc J*, 1965, Nov; 12(6): 531-57.
 - ABOAB J, JONSON B, KOUATCHET A, TAILLE S, NIKLASON L, BROCHARD L. Effect of inspired oxygen fraction on alveolar derecruitment in acute respiratory distress syndrome. *Intensive Care Med*, 2006, Dec; 32(12): 1979-86.
 - MORÁN I, BELLAPART J, VARI A, MANCEBO J. Heat and moisture exchangers and heated humidifiers in acute lung injury/acute respiratory distress syndrome patients. Effects on respiratory mechanics and gas exchange. *Intensive Care Med*, 2006, Apr; 32(4): 524-31.
 - GAJIC O, DARA SI, MENDEZ JL, ADESANYA AO, FESTIC E, CAPLES SM, et AL. Ventilator-associated lung injury in patients without acute lung injury at the onset of mechanical ventilation. *Crit Care Med*, 2004, Sep; 32(9): 1817-24.
 - GAJIC O, FRUTOS-VIVAR F, ESTEBAN A, HUBMAYR RD, ANZUETO A. Ventilator settings as a risk factor for acute respiratory distress syndrome in mechanically ventilated patients. *Intensive Care Med*, 2005, Jul; 31(7): 922-6.
 - DETERMANN RM, ROYAKKERS A, WOLTHUIS EK, VLAAR AP, CHOI G, PAULUS F et AL. Ventilation with lower tidal volumes as compared with conventional tidal volumes for patients without acute lung injury: a preventive randomized controlled trial. *Crit Care*, 2010; 14(1): R1.
 - ZUPANCICH E, PAPARELLA D, TURANI F et AL. Mechanical ventilation affects inflammatory mediators in patients undergoing cardiopulmonary by-pass for cardiac surgery: a randomized clinical trial. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2005; 130: 378-83.
 - LELLOUCHE F, DIONNE S, SIMARD S, BUSSIÈRES J, DAGENAIS F. Traditional and high tidal volumes are associated with prolonged mechanical ventilation and organ failure after cardiac surgery. *Am J Respir Crit Care Med*, 2010, 181: A6883.
 - APPLE. 2011. iAnthropometer ICU 1. [En ligne] (<http://itunes.apple.com/ca/app/iAnthropometer-icu-1/id428778012?mt=8>) (consulté en septembre 2011).
 - SCHULTZ MJ, HAITSMA JJ, SLUTSKY AS, GAJIC O. What tidal volumes should be used in patients without acute lung injury? *Anesthesiology Review*. 2007, Jun; 106(6): 1226-31.
 - LELLOUCHE F, BOUCHARD PA, WYSOCKI M, FISET J, LAUBSCHER T, NOVOTNI D, LOPEZ R, BRÜHSCHWEIN F, DURISH G, L'HER E. Prospective randomized controlled study comparing conventional ventilation versus a fully closed-loop ventilation (IntelliVent®) in post cardiac surgery ICU patients. *Am J Respir Crit Care Med*, 2010, 181: A6035.



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.

L'Ordre y était

- 3^e Symposium sur l'adhésion au traitement;
- Colloque annuel RQAM – Édition 2011 événement conjoint avec la 10^e conférence annuelle sur l'asthme et l'éducation (ASED-10) du Réseau canadien pour les soins respiratoires (RCSR);
- Comité directeur du forum des syndicats;
- Conférence CMQ et Cabinet Clyde & Co *Le loup est aux portes!*;
- Alliance nationale des organismes de réglementation: AGA et Alliance Business;
- Colloque annuel de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (ACMDP);
- RQAM, l'assemblée générale des membres;
- Collège des médecins: petit-déjeuner conférence sur la gestion des risques en matière civile;
- CIQ: assemblée générale des membres; Déjeuner conférence: L'éthique au sein des entreprises et des organisations;
- CIQ: Assemblée des membres/Réseau canadien des associations d'organismes de réglementation – conférence annuelle;
- Rencontre avec les responsables des services d'insalothérapie – dossier ECMO et autotransfusion;
- Réunion du conseil d'administration du CQTS;
- Rencontre du comité des directeurs de l'inspection du Forum de l'inspection professionnelle du CIQ;
- Rencontre du Comité des experts du Réseau RISQ-H du CIRANO;
- CIQ: formation sur l'éthique dans les organisations;
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Sommet de simulation 2011.



FORMATION À DISTANCE

Développez vos connaissances cliniques avec...

LE CERTIFICAT EN INHALOTHÉRAPIE : ANESTHÉSIE ET SOINS CRITIQUES



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

LE CERTIFICAT EN INHALOTHÉRAPIE : ANESTHÉSIE ET SOINS CRITIQUES

SCL1416	Phénomène de la douleur
SCL2703	Anesthésie et types de chirurgie
SCL2706	Inhalothérapie dans des contextes d'urgence
SCL2707	Le patient en soins intensifs
SCL2711	Défaillances aiguës : prise en charge clinique
SCL3101	Ventilation et intubation difficiles (1 cr)
SCL3102	Technologies avancées en ventilation mécanique I (1 cr)
SCL3103	Technologies avancées en ventilation mécanique II (1 cr)
SCS2217	Pharmacothérapie I
COM2708	Communication, intervention et éthique

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



**Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue**

Renseignez-vous!

1 877 870-8728, poste 2610
sc-sante@uqat.ca **uqat.ca**



S'autoévaluer dans un contexte professionnel... Sur quoi s'appuyer et par où commencer

par **Marise Tétreault**, inh., coordonnatrice au développement professionnel, OPIQ

*« Le savoir dicte le savoir-faire,
mais la qualité de celui-ci dépend du savoir-être. »*

Victor Levant, 1997.

La compétence est composée de trois dimensions : les connaissances, les habiletés et les attitudes. Si les connaissances font souvent référence au savoir, les habiletés, quant à elles, réfèrent au savoir-faire — l'expérience acquise dans un domaine (Teasdale, 2011) —, tandis que l'attitude renvoie généralement au savoir-être (Héroux, 2009).

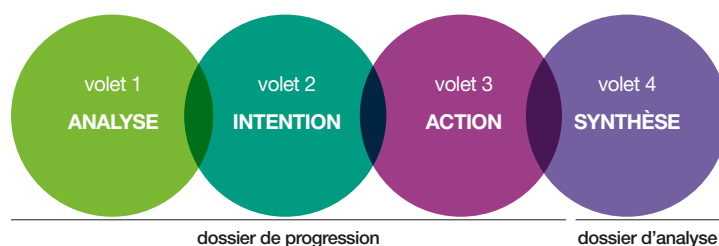
Ce qu'est l'autoévaluation

L'autoévaluation est un « processus par lequel un sujet doit porter un jugement qualitatif à l'égard de différents aspects de son

apprentissage, de son travail ou de ses attitudes en les comparant aux attentes qui lui avaient été exprimées » (OQLF, 2011).

Ainsi, constituant le tout premier volet de la démarche réflexive (illustration I), l'autoévaluation dans un contexte professionnel viendra donc s'appuyer à la fois sur la pratique professionnelle de l'inhalothérapeute (c.-à-d. les activités exercées) et sur la perception de celui-ci, quant à sa maîtrise des compétences requises dans l'exercice de l'inhalothérapie au Québec.

Illustration I: démarche réflexive (Roy, 2009)



Volet I Analyse	Autoévaluation : réflexion et bilan à l'égard notamment des compétences à maîtriser, des acquis à consolider et s'il y a lieu, des lacunes professionnelles à combler.
Volet II Intention	Sélection d'objectifs reflétant des intentions d'apprentissage qui découlent directement de l'analyse réflexive préalablement effectuée.
Volet III Action	Participation à des activités de formation ciblées qui répondent aux intentions d'apprentissage précédemment fixées.
Volet IV Synthèse	Réflexion synthèse du parcours effectué en relation notamment avec les résultats souhaités et ceux obtenus sur une période donnée.

Comment s'autoévaluer

Parce que la démarche réflexive s'inscrit comme une pratique émergente au sein des professionnels de la santé et qu'il n'est pas aussi simple qu'on le croit de s'autoévaluer avec justesse, voici un modèle d'autoévaluation en deux étapes.

Utilisant comme toile de fond les compétences requises à l'exercice de l'inhalothérapie au Québec (OPIQ, 2003), ce modèle s'adresse à tous les inhalothérapeutes, et ce, sans égard aux secteurs d'activité où ils exercent leurs activités professionnelles.

Bonne autoévaluation !

Étape 1. Réflexion à l'égard de ma pratique professionnelle (c.-à-d. activités que j'exerce dans la cadre de mes fonctions d'inhalothérapeute).

1. Je passe d'abord en revue :
 - 1.1 le poste que j'occupe
 - ma description de tâches;
 - les exigences ou niveaux de responsabilité liés à ma fonction;
 - les particularités, le cas échéant.
 - 1.2 mon profil :
 - le ou les secteur (s) d'activité où j'exerce : unités de soins, urgences, soins intensifs, épreuves diagnostiques, assistance anesthésique, soins et services respiratoires à domicile, etc.;
 - la pratique clinique : clientèle régulière ou particulière (nouveau-né ou pédiatrie, douleur chronique, etc.), application de protocoles, etc.;
 - la pratique paraclinique : gestion, enseignement (étudiants), etc.

Aux fins d'autoévaluation relative à sa maîtrise des compétences professionnelles et en l'absence d'exigence particulière, l'inhalothérapeute peut se référer à l'un ou l'autre des profils des compétences suivants pour s'autoévaluer :

- a) *Compétences* relatives à l'entrée dans la pratique. Ordre professionnel des inhalothérapeutes respiratoire (OPIQ), 2003.
- b) Thérapie respiratoire — Profil national des compétences (PNC). Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire (ANORTR), 2011.

Toutefois, lorsqu'il se réfère au Profil national des compétences (PNC) de l'ANORTR, **l'inhalothérapeute qui exerce ses activités cliniques au Québec doit, en tout temps, tenir compte du champ d'exercice et des activités qui lui sont réservées ici au Québec.**

À titre d'exemple : « Être capable d'effectuer une ponction artérielle radiale, brachiale et fémorale » figure parmi les compétences du PNC de l'ANORTR (2011, p. 17). Toutefois, **seule la ponction artérielle radiale est une activité clinique permise aux inhalothérapeutes qui exercent au Québec, et ce, sous certaines conditions**^{8,9}.

exemple 1

Je suis **inhalothérapeute clinicien** depuis 3 ans dans un centre hospitalier québécois. J'exerce mes activités cliniques au service des urgences, aux soins intensifs et aux différentes unités de soins (étages) auprès d'une clientèle adulte ainsi qu'en assistance anesthésique auprès d'une clientèle principalement adulte, mais parfois pédiatrique (≥ 1 an).

À la suite de ma réflexion sur **ma pratique professionnelle**, j'ai déterminé que :

- a) j'ai besoin d'une **meilleure compréhension** de la relation entre la nutrition et la fonction respiratoire pour mes interventions auprès des patients ventilo-assistés aux soins intensifs ;
- b) j'ai besoin d'en **connaître davantage** au sujet de la prise en charge des voies aériennes pédiatriques, car même si ce n'est pas fréquent, j'ai parfois des jeunes enfants (≥ 1 an) au bloc opératoire pour des chirurgies ORL et j'ai peu d'expérience clinique pédiatrique ;
- c) je souhaite **développer les aptitudes** nécessaires en counselling pour intervenir efficacement auprès de tous mes patients fumeurs.

2. Je dresse une liste à l'égard, notamment de :

- 2.1 mes derniers questionnements de nature clinique : modalité thérapeutique ? Nouvel appareillage ? Etc. ;
- 2.2 mes domaines d'intérêts professionnels (actuels ou émergents) : recherche clinique, enseignement auprès d'une clientèle en particulier, etc.

De cette première réflexion, je retiens les sujets qui méritent d'être révisés afin de déterminer mes besoins d'apprentissage (volet II de la démarche réflexive).

Étape 2. Réflexion à l'égard de ma perception quant à ma maîtrise des compétences requises dans l'exercice de l'inhalothérapie au Québec.

NB : toujours tenir compte du « poste que j'occupe » et de « mon profil » (voir 1^{re} étape) en répondant aux questions de la 2^e étape.

1. Dans un premier temps, je consulte la documentation disponible relative aux compétences requises à l'exercice de l'inhalothérapie au Québec (tableau I). Par la suite, je détermine quelles sont les compétences (et éléments de compétence) pertinentes à ma pratique professionnelle (c.-à-d. aux activités que j'exerce dans le cadre de mes fonctions d'inhalothérapeute).

Tableau I : parmi la documentation relative aux compétences requises dans l'exercice de l'inhalothérapie au Québec.

www.opiq.qc.ca sous Publications > les onglets Outils cliniques, guides, normes et profil des compétences et Lois et Règlements.

<http://www.nartrb.ca/fr/documents/2011PNCFrenchfinal.pdf>

Compétences relatives à l'entrée dans la pratique, OPIQ, 2003 :

- compétences (générales et spécifiques) requises à l'entrée dans la pratique de l'inhalothérapie ;
- connaissances requises à l'entrée dans la pratique de l'inhalothérapie ;
- habiletés (savoir-faire), attitudes et comportements (savoir-être) requis à l'entrée dans la pratique de l'inhalothérapie.

Ponction artérielle radiale : Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute ;

Assistance pulmonaire ou circulatoire par membrane extracorporelle (ECMO) : Règlement modifiant le Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute.

Règlement sur les activités de formation des inhalothérapeutes pour opérer et assurer le fonctionnement de l'équipement d'assistance pulmonaire ou circulatoire par membrane extracorporelle et de l'équipement d'autotransfusion.

Thérapie respiratoire — Profil national des compétences, ANORTR, 2011.

2. Pour chaque compétence (ou élément de compétence) retenue, je détermine :

2.1 dans quelle mesure (ma perception) est-ce que je maîtrise cette compétence (ou élément de compétence) ?

a) Maîtrisée ?

- Je suis capable de...
- Je fais preuve d'érudition dans le domaine de...
- Je possède les connaissances et habiletés requises à l'exercice de mes fonctions ;
- J'adopte les attitudes et comportements attendus.

b) À perfectionner ?

- J'ai besoin d'améliorer mes compétences, habiletés ou attitudes et comportements à l'égard de...
- J'ai besoin de mettre à jour mes connaissances au sujet de...

c) À acquérir ?

- J'ai besoin d'apprendre...
- J'ai besoin de prendre connaissance de...

2.2 Dans quelle mesure le perfectionnement ou l'acquisition de cette compétence (ou élément de compétence) pourrait-il m'aider à améliorer la qualité de ma pratique professionnelle ou à m'adapter à un changement (nouvelle activité clinique ou clientèle, nouvel appareillage, etc.) dans ma pratique ?

De cette deuxième réflexion, je retiens les sujets qui méritent d'être révisés afin de déterminer mes besoins d'apprentissage (volet II de la démarche réflexive).

exemple 2

Je suis **inhalothérapeute clinicien** depuis plus de 10 ans dans un centre hospitalier québécois. J'exerce mes activités cliniques principalement au service des urgences, aux soins intensifs ainsi qu'au laboratoire de physiologie respiratoire, et ce, auprès d'une clientèle adulte seulement.

Compétences (ou éléments de compétence) retenues :

1. Maintenir l'assistance ventilatoire optimale

↳ **Assurer la qualité de la ventilation mécanique invasive et non invasive** (OPIQ, 2003, p. 18-19)

Question : dans quelle mesure (ma perception) est-ce que je maîtrise cette compétence (ou élément de compétence) ?

- a) Maîtrisée ?
- b) À perfectionner ?
- c) À acquérir ?

Réponse (autoévaluation) :

J'ai besoin d'**AMÉLIORER** mon interprétation des résultats de certains tests sanguins (FSC, PPT, INR, etc.), car je ne comprends pas toujours bien la relation entre le résultat obtenu et le sevrage ventilatoire de mes patients aux soins intensifs.

2. Maintenir l'assistance ventilatoire optimale

↳ **Effectuer les manœuvres de réanimation cardiorespiratoire** (OPIQ, 2003, p. 18)

Question : dans quelle mesure (ma perception) est-ce que je maîtrise cette compétence (ou élément de compétence) ?

- a) Maîtrisée ?
- b) À perfectionner ?
- c) À acquérir ?

Réponse (autoévaluation) :

J'ai besoin de **METTRE À JOUR** mes connaissances à l'égard des nouvelles lignes directrices en réanimation cardiorespiratoire.

3. Effectuer la ponction artérielle radiale^{8,9}

Question : dans quelle mesure (ma perception) est-ce que je maîtrise cette compétence (ou élément de compétence) ?

- a) Maîtrisée ?
- b) À perfectionner ?
- c) À acquérir ?

Réponse (autoévaluation) :

J'ai besoin d'**ACQUÉRIR** cette compétence (ou élément de compétence) puisque j'aurai bientôt à effectuer cette nouvelle activité clinique et que je n'ai pas la certification requise par l'OPIQ.

exemple 3

Je suis **inhalothérapeute clinicien** depuis 5 ans et j'exerce mes activités cliniques dans un CLSC où j'assure, en contexte multidisciplinaire, le suivi à domicile d'une clientèle adulte (MPOC, troubles respiratoires du sommeil [TRS], etc.).

Compétences (ou éléments de compétence) retenues :

1. Communiquer efficacement dans son contexte professionnel

↳ **Enseigner à l'usager et à son entourage, la prévention, les soins et l'utilisation des équipements requis** (OPIQ, 2003, p. 9)

Question : dans quelle mesure (ma perception) est-ce que je maîtrise cette compétence (ou élément de compétence) ?

- a) Maîtrisée ?
- b) À perfectionner ?
- c) À acquérir ?

Réponse (autoévaluation) :

J'ai besoin de **PERFECTIONNER** ma façon d'enseigner aux membres de la famille (ou aidant naturel) de mes patients en raison de leur implication, souvent directe, dans la prestation de soins respiratoires à domicile.

2. Déterminer et instaurer les plans de soins (OPIQ, 2003, p. 22)

↳ **Identifier les besoins de l'usager**
↳ **Assurer le suivi optimal des soins**

Question : dans quelle mesure (ma perception) est-ce que je maîtrise cette compétence (ou éléments de compétence) ?

- a) Maîtrisée ?
- b) À perfectionner ?
- c) À acquérir ?

Réponse (autoévaluation) :

Je **SUIS CAPABLE** d'adapter la fréquence de mes visites à domicile selon les besoins (compréhension, enseignement, etc.) et la condition clinique (stabilité cardiorespiratoire, application de protocole, etc.) de mes patients atteints d'un TRS (ou la famille/aidant naturel, le cas échéant).



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.

À propos des objectifs d'apprentissage

Si chaque objectif répond à un besoin, il est aussi lié aux connaissances (savoir), aux habiletés (savoir-faire) ou aux attitudes et comportements (savoir-être) et, parce que la formulation d'objectifs n'est pas, à première vue, aussi évidente à faire qu'elle n'y paraît, l'acronyme mnémonique de S.M.A.R.T. peut être utilisé pour la formulation de vos objectifs d'apprentissage.

Acronyme mnémonique de S.M.A.R.T.^{12, 13}

Spécifique	Objectif défini avec jugement et précision. <i>Note: ne doit pas être formulé de manière vague et générale.</i>
Mesurable	Objectif mesurable en terme de temps et de perception d'amélioration de la pratique professionnelle.
Acceptable/Approprié	Objectif pertinent, car en relation avec la fonction que j'occupe et ma pratique professionnelle. <i>Note: exceptionnellement et selon mes besoins, il est possible que mon objectif s'inscrive dans un cadre plus étendu que la fonction que j'occupe.</i>
Réaliste	Objectif atteignable, car il tient compte de facteurs critiques tels que les ressources et le temps disponibles.
Temps	Objectif défini dans le temps.

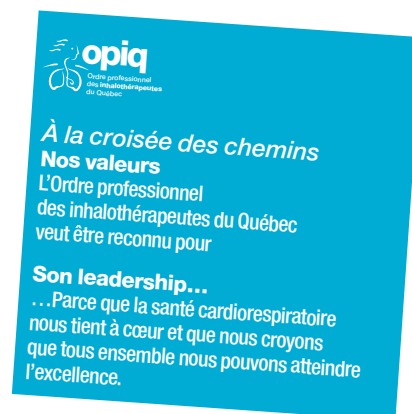
Et après

Une fois l'autoévaluation complétée (étapes 1 et 2), pourquoi ne pas prendre quelques minutes pour définir des objectifs d'apprentissage qui me permettront de cibler des activités de formation continue répondant vraiment à mes besoins? Après tout, il ne me reste que quelques mois* pour compléter le nombre minimal d'heures (30h) requis aux fins d'application du *Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*. Alors vaut mieux que ces activités de formation me soient professionnellement bénéfiques autant qu'accessibles et intéressantes! ❄

* Période de référence actuelle^{10,11} : du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2012.

Références bibliographiques

- 1 LEVANT, VICTOR. 1997. Le savoir, savoir-faire et le savoir-être en psychothérapie. [En ligne] [http://www.gestalttherapy.net/writers/know_fre.pdf] (page consultée le 20 février 2010).
- 2 TEASDALE, CHANTAL. 2001. Êtes-vous compétent? [En ligne] [http://www.ornhi.org/votre_emploi/fiche_lapresse.aspx?p=241014] (page consultée le 20 février 2010).
- 3 HÉROUX, ALAIN. 2009. Résumé du projet d'étude : exploration de la dimension savoir-être du leadership. [En ligne] [http://www.canot-kayak.qc.ca/doc/pdf/00000947_Alain_H%C3%A9roux_R%C3%89SUM%C3%89_projet_recherche_recrutement_20090511.pdf] (page consultée le 20 février 2010).
- 4 OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE. *Le grand dictionnaire terminologique. Autoévaluation*. [En ligne] [http://www.granddictionnaire.com/btml/ra/r_motclet/index1024_1.asp] (page consulté le 30 septembre 2011).
- 5 ROY, SAM. 2009. *Le portfolio professionnel*. Projet Orbité. Connexence Inc.
- 6 ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. 2003. *Compétences relatives à l'entrée dans la pratique*.
- 7 ALLIANCE NATIONALE DES ORGANISMES DE RÉGLEMENTATION EN THÉRAPIE RESPIRATOIRE (ANORTR). 2011. *Thérapie respiratoire. Profil national des compétences*. «Procédures vasculaires invasives», p. 17.
- 8 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. 2005. Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute. [En ligne] [http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/AProposOrdre/Reglements/~media/Files/ReglementsFR/2005_reglem%20inhalotheapeute.ashx?101119] (page consultée le 30 septembre 2011).
- 9 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. 2011. Règlement modifiant le Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute. [En ligne] [http://www.opiq.qc.ca/pdf/loisreglement/ReglementModifiantReglementActiviteProf.pdf] (consulté le 19 octobre 2011).
- 10 ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. 2004. Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. [En ligne] [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_26/C26R172.HTM] (consulté le 26 juillet 2010).
- 11 ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. 2011. Règlement modifiant le Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. [En ligne] [http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Reglements_recents/GOQ%20-%20INHALO%20-%20formation%20continue%20-%20mai11.pdf] (consulté le 19 octobre 2011).
- 12 SERVICE PUBLIC FÉDÉRAL — PERSONNEL ET ORGANISATION. Belgique, 2007. Formuler des objectifs SMART. [En ligne] [http://www.fedweb.belgium.be/fr/binaries/cd_fichechef7_formuler_des_objectifs_smart_tcm119-17969.pdf] (consulté le 26 juillet 2010).
- 13 ORIS CONSEIL—CAPITAL RH. France. La fixation des objectifs SMART. [En ligne] [http://www.capitalrh.fr/La-fixation-des-objectifs-SMART_a51.html] (consulté le 26 juillet 2010).





AGIR DE FAÇON RESPONSABLE

C'est ça, être membre d'un
ordre professionnel.

340 000 MEMBRES RESPONSABLES

ACUPUNCTEURS / ADMINISTRATEURS AGRÉÉS / AGRONOMES / ARCHITECTES / ARPENTEURS-
GÉOMÈTRES / AUDIOLOGISTES / AUDIOPROTHÉSISTES / AVOCATS / CHIMISTES /
CHIROPRATICIENS / COMPTABLES AGRÉÉS / COMPTABLES EN MANAGEMENT ACCRÉDITÉS
/ COMPTABLES GÉNÉRAUX ACCRÉDITÉS / CONSEILLERS EN RESSOURCES HUMAINES AGRÉÉS
/ CONSEILLERS EN RELATIONS INDUSTRIELLES AGRÉÉS / CONSEILLERS ET CONSEILLÈRES
D'ORIENTATION / DENTISTES / DENTUROLOGISTES / DIÉTÉTISTES / ERGOTHÉRAPEUTES /
ÉVALUATEURS AGRÉÉS / GÉOLOGUES / HUISSIERS DE JUSTICE / HYGIÉNISTES DENTAIRE
/ INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS / INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES / INGÉNIEURS /
INGÉNIEURS FORESTIERS / INHALOTHÉRAPEUTES / INTERPRÈTES AGRÉÉS / MÉDECINS / MÉDECINS
VÉTÉRINAIRES / NOTAIRES / OPTICIENS D'ORDONNANCES / OPTOMÉTRISTES / ORTHOPHO-
NISTES / PHARMACIENS / PHYSIOTHÉRAPEUTES / PODIATRES / PSYCHOÉDUCATEURS ET
PSYCHOÉDUCATRICES / PSYCHOLOGUES / SAGES-FEMMES / TECHNICIENNES ET TECHNI-
CIENS DENTAIRE / TECHNOLOGISTES MÉDICAUX / TECHNOLOGUES EN IMAGERIE MÉDICALE
ET EN RADIO-ONCOLOGIE / TECHNOLOGUES PROFESSIONNELS / TERMINOLOGUES AGRÉÉS
/ THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX / THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE /
TRADUCTEURS AGRÉÉS / TRAVAILLEURS SOCIAUX / URBANISTES

WWW.PROFESSIONS-QUEBEC.ORG

Info-Internet

<http://www.elodoc.com/>



Elodoc: l'encyclopédie médicale du Québec!

Elodoc, c'est une encyclopédie médicale en ligne gratuite et ouverte à tous et à toutes. Elodoc permet d'obtenir des informations médicales certifiées.

Tous les articles dans les différentes sections ont été écrits par une équipe de professionnels de la santé. Si vous ou vos patients avez des questions par rapport à des maladies, des chirurgies ou des examens, rendez-vous alors aux sections *Maladies*, *Chirurgies* et *Tests Cliniques* sous la rubrique *Ma santé*.

Ce qui différencie Elodoc des autres sites médicaux, c'est la possibilité de participer à des forums médicaux et des groupes support et d'interagir avec d'autres utilisateurs. Soyez rassurés, car l'Équipe Elodoc veille à ce que les informations médicales échangées sur le site soient véridiques et ce, même dans les forums médicaux. D'ailleurs, dans ces forums, l'Équipe Elodoc n'offre aucune consultation, mais informe ou oriente l'utilisateur si besoin est. Au-delà de l'interactivité que vous y trouverez, Elodoc vous offre une plateforme unique qui vous permet d'en savoir plus par rapport à vos maladies et s'efforce aussi à vous tenir à jour et au courant de l'actualité médicale. Découvrez cette section et soyez à jour sur le monde de la santé. Plus particulièrement pour le Québec (sous la rubrique pour le Québec), si vous cherchez un médecin de famille, le site donne les numéros de téléphone des guichets de patients orphelins ce qui facilitera les démarches. Sachez aussi le temps d'attente dans les urgences du Québec et pour les différentes chirurgies.

Elodoc, c'est l'encyclopédie médicale par excellence!



Calendrier des événements

- Semaine québécoise pour un avenir sans tabac du 15 au 21 janvier 2012;
- Mercredi sans fumée, le 18 janvier 2012;
- Jour de la Terre, le mardi 22 avril 2012;
- Congrès canadien sur la santé respiratoire, 26-28 avril 2012, Vancouver;
- Journée de l'inhalothérapeute, le 19 mai 2012;
- 53rd Annual McGill Anesthesia Update, du 25-27 mai 2012 à l'hôtel Marriott Château Champlain de Montréal;
- La mise à jour de McGill en anesthésie pour inhalothérapeutes, cours dédié à la mémoire de D^r Richard Wahba, le samedi 26 mai 2012;
- Semaine de l'inhalothérapeute, du 30 septembre au 6 octobre 2012;
- Congrès annuel de l'OPIQ, les 19 et 20 octobre 2012 à l'hôtel Hilton Lac-Leamy de Gatineau.

Thèmes et dates de tombée

- L'éthique
15 janvier 2012
- Traumatisme crânien
1^{er} avril 2012
- Fibrose kystique
1^{er} juillet 2012

POUR ÉLARGIR NOS HORIZONS



Félicitations à nos lauréats 2011

Johanne Fillion, inh., Proforma, récipiendaire du prix *Mérite du CIQ*

Yves Campbell, inh., PNAVD de l'Institut thoracique du CUSM, pour le *Prix Elaine-Trottier*

Pierrette Morin, inh. et **Jocelyn Vachon**, inh., enseignants au Cégep de Rosemont, récipiendaires du prix *Roméo-Soucy*.

Avis de décès

Nous désirons vous informer du décès de madame Claire Mercier (74085), inhalothérapeute, Cégep de Sainte-Foy. Nos sincères condoléances à sa famille, ainsi qu'à ses amis et collègues.

Quatre gagnants d'une inscription au congrès 2012

Félicitations à madame *Manon Faucher* (85053), messieurs *Marc Delisle* (91062) et *Michel Dussault* (76019) pour le gain d'un coupon cadeau offert par l'OPIQ donnant droit à une inscription gratuite au 39^e congrès qui aura lieu au Hilton du Lac-Leamy à Gatineau, les 19 et 20 octobre 2012.

Madame Brigitte Grenier (95082) a aussi gagné une inscription gratuite au prochain congrès, gracieuseté de FSQ-CSQ.



À venir prochainement sur le *campusopiQ* le CARNET WEB DE L'ÉTUDIANT STAGIAIRE

Ayant pour base conceptuelle des histoires de cas cliniques pertinentes à l'exercice de l'inhalothérapie, différents textes rédigés par des étudiants stagiaires du Cégep de l'Outaouais seront publiés (sous forme de billet Web) par l'OPIQ dans une version « adaptée » d'un carnet Web (blogue).

Voilà donc un nouveau contexte d'apprentissage et de partage de connaissances contemporain pour l'ensemble des inhalothérapeutes.

Surveillez les annonces de l'OPIQ pour connaître la date de diffusion du premier billet et le lieu de rencontre virtuelle!

billardopiQ



Bourse d'excellence 2011

L'OPIQ octroie une bourse à un étudiant de chaque maison d'enseignement qui offre le programme Techniques d'inhalothérapie et anesthésie. L'attribution de la bourse est basée sur des critères établis par chaque collège. Le montant de cette bourse est de 400 \$ et elle est attribuée à une personne s'étant démarquée au cours de sa formation.

Félicitations aux finissants 2011 qui se sont mérités une bourse d'excellence de l'OPIQ:

Annie-Kim Carrière-Feeney (11023) du Cégep de Chicoutimi

Pascale St-François (11148) du Cégep de Sherbrooke

Paulo Elizardo (11202) de Vanier College

Sandra Sénéchal (11030) du Cégep de Sainte-Foy

Pierre-Marc Doyon (11192) du Collège Ellis



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.

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 *Un pour tous et tous pour un: les défis de la simulation pour les équipes interdisciplinaires* dans *l'inhalo*, Vol. 28, N° 4, janvier 2012, (pages 12-16).

1) Se disent des besoins, dictés par les organismes d'agrément, à prendre en considération lors de la mise en place d'une activité de simulation.

- a) Légaux
- b) Administratifs
- c) Ressentis
- d) Normatifs
- e) Démontrés

2) Quel est le nom de l'étape essentielle à la création d'un programme pédagogique, mais qui est souvent mal préparée ou carrément omise ?

- a) Étude de cas
- b) Étude de besoin
- c) Étude démographique
- d) Étude de rôles
- e) Aucune de ces réponses

3) Quelles sont les erreurs les plus fréquemment rencontrées lors de rétroaction de groupe ?

- 1) Utilisation de questions fermées
 - 2) Présentation d'un cours théorique par le facilitateur
 - 3) Utilisation des enregistrements vidéo dans des démonstrations publiques
 - 4) Utilisation des enregistrements vidéo dans un but de certification
 - 5) Amélioration de la performance globale de l'équipe
- a) 1 et 2
 - b) 1, 3 et 4
 - c) 1, 2 et 4
 - d) 4 et 5
 - e) 1, 2, 3, 4 et 5

VRAI OU FAUX

- 4) À l'intérieur d'une équipe interdisciplinaire, chaque membre y fonctionne au meilleur de ses compétences pour atteindre l'objectif commun, mais en silo.
- 5) Pour une équipe, la simulation favorise le développement d'une plus grande vigilance en raison du travail effectué pour aplanir la hiérarchie et le travail en silo entre ses membres.
- 6) La simulation peut être utilisée aux fins de certification, conditionnellement à ce que les participants en soient explicitement informés au préalable.
- 7) Lors d'une simulation, la rétroaction n'est pas toujours nécessaire et peut être escamotée si on manque de temps.
- 8) En simulation, on doit travailler à l'amélioration de la performance globale de l'équipe, tout en considérant les objectifs personnels des participants.
- 9) Si les enregistrements vidéo s'avèrent fort utiles lors d'une simulation, la conservation de ceux-ci doit être légalement très bien encadrée.
- 10) En simulation, la fidélité conceptuelle peut être intensifiée par l'adaptation de situations réelles.

Détachez et postez à l'adresse ci-dessous avant le 1^{er} mars 2012

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 721**
Montréal (Québec) H3G 1R8

réponses :

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



Appel de conférences – Congrès 2012

19 et 20 octobre, Hilton Lac-Leamy

Nous travaillons déjà à l'organisation de la prochaine édition !

Le comité organisateur souhaite poursuivre la démarche entreprise l'an dernier où, tout en soulignant l'aspect tridimensionnel de notre profession — clinique, humain et technique —, de nouvelles perspectives, de nouveaux panoramas, différents points de vue vous ont été présentés.

Ainsi, tout sujet permettant aux inhalothérapeutes de parfaire leurs connaissances, de réfléchir sur leur pratique, de sortir de leur zone de confort, de se dépasser, nous intéresse !

Surprenez-nous ! Nous attendons vos propositions avec impatience !

Vous connaissez une personne qui a une conférence dynamique à proposer ?

Transmettez-lui ce message. Pas de conférence à proposer ?

Vos suggestions de sujets ou de conférenciers sont les bienvenues !

Veuillez les adresser à line.prevost@opiq.qc.ca

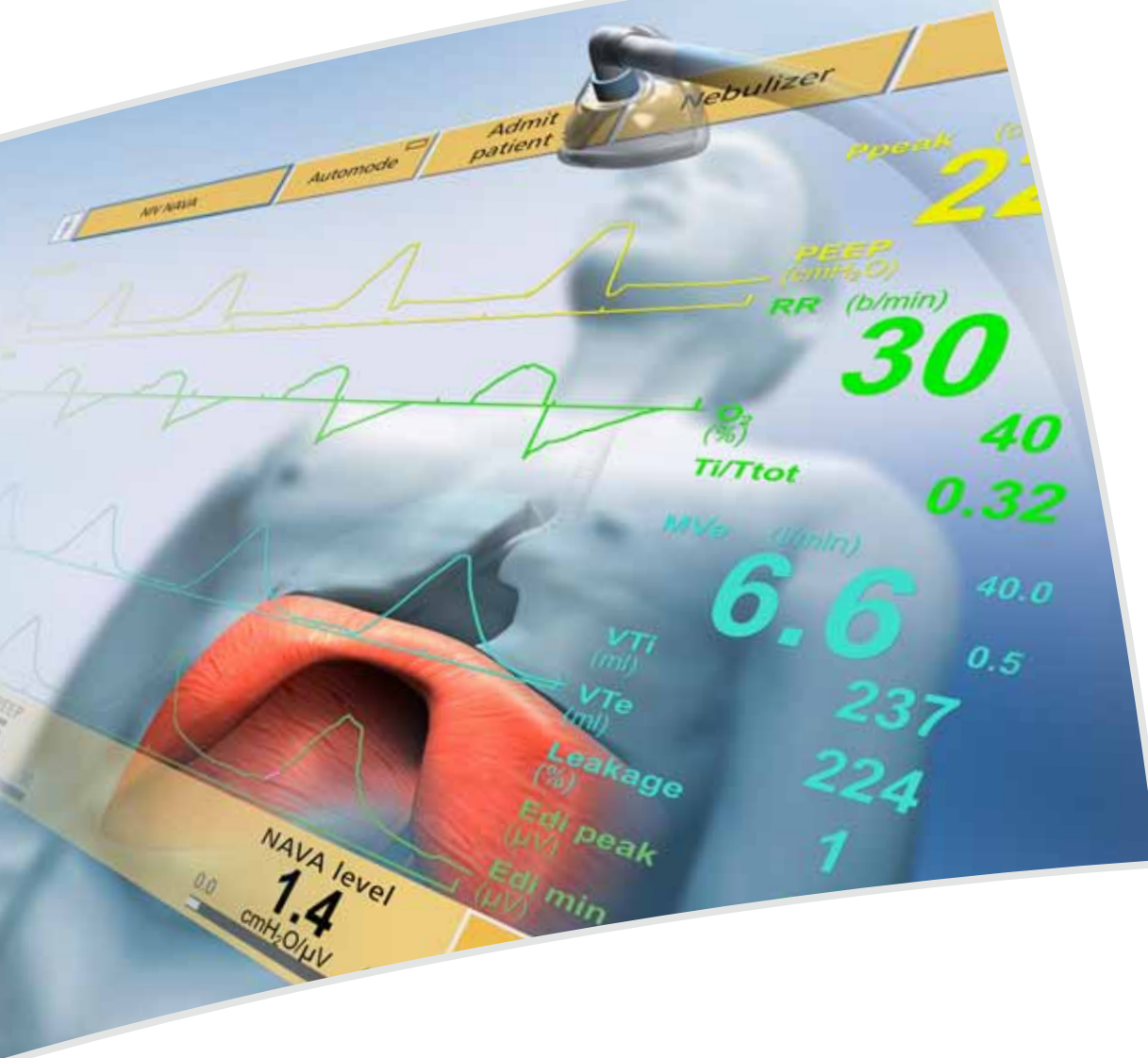
L'appel de propositions est maintenant ouvert et se termine le 27 janvier 2012.

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

**LE SERVO-i® AVEC LE NAVA® VNI
POUR FAVORISER TOUT LE POTENTIEL
DE LA SYNCHRONIE**

MAQUET
GETINGE GROUP

SOINS INTENSIFS



Le NAVA VNI fonctionne par contrôle neural :

l'assistance ventilatoire est couplée à la demande neurale et est fonctionnelle peu importe les fuites provenant de l'interface patient. Le déclenchement de la ventilation et l'arrêt de cycle ne sont pas affectés par les fuites. Chaque effort du patient, indépendamment du type d'interface, est évalué et obtient une réponse adéquate et efficace, qu'il s'agisse de patients adultes ou des plus petits nouveau-nés.

Edi* - ce nouveau signe vital respiratoire

permet une surveillance constante des besoins respiratoires, et ce, en toute circonstance et avec tout mode de ventilation, même en période d'attente après l'extubation.

NAVA – le contrôle neural de la ventilation

mécanique – est l'innovation unique de MAQUET ayant permis une synchronie réelle avec le rythme respiratoire du patient, tant pour les adultes que pour les enfants et les nouveau-nés. Le NAVA VNI va plus loin encore en libérant tout le potentiel de cette synchronie entre le patient et le ventilateur, et ce, de façon non invasive.

Pour obtenir de plus amples renseignements, visitez www.maquet.com/nava.

**SERVO-i – POUR DONNER PLUS DE FORCE À
L'EFFORT HUMAIN**

*Activité électrique du diaphragme

235 Shields Court
Markham, Ontario
Canada L3R 8V2
Toll Free: (800) 227-7215
Tel: (905) 752-3300
Fax: (905) 752-3342
sales@maquet-dynamed.com
www.maquet.com