



# l'inhalo

juillet 2016

**LA PÉDAGOGIE  
DE LA SIMULATION :  
L'ARRIÈRE-SCÈNE**

**ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE**  
vendredi 21 octobre 2016 à 8 h



**L'accès à ce contenu publicitaire  
est réservé aux professionnels de la santé.**



## L'été, c'est fait pour bouger!

**J'**essaie toujours de faire en sorte que l'éditorial de l'édition de juillet soit plus léger. L'été invite à cette légèreté. On a envie de lever le pied, de ralentir le rythme, de se laisser simplement réchauffer par le Soleil et bercer par le temps qui passe. Prendre congé de ses obligations quelques jours, quelques semaines, pour recharger ses batteries. En revanche, la température clémente aidant, on a le goût de bouger : golf, tennis, randonnée, vélo, qu'importe, pourvu qu'on soit dehors!

Cela m'amène à vous parler de trois des quatre axes d'intervention prioritaires et complémentaires faisant partie de nos orientations stratégiques pour les cinq prochaines années, les 3 P : *protection du public, promotion de la santé et prévention de la maladie*. Ces axes mobilisent l'équipe de la permanence qui doit en assurer la réalisation et guident nos actions, présentes et à venir.

Les inhalothérapeutes, à l'instar de tous les professionnels de la santé, doivent être des vecteurs-promoteurs de santé. Agir en amont et aider nos patients à mieux vivre avec leur maladie en insistant sur l'importance d'adopter

de saines habitudes de vie, relève aussi de notre responsabilité. Nous avons souvent tendance à sous-estimer la portée des informations et des conseils que nous prodiguons. C'est certain, ça ne change pas le monde, sauf que... souvent, ces derniers engagent une réflexion au terme de laquelle il y a une prise de conscience qui débouche parfois sur un ou plusieurs changements permanents au profit d'une meilleure qualité de vie.

« Bouger, bien s'alimenter, cesser de fumer », la triade fondamentale de la promotion de la santé maintes fois répétée au bénéfice de nos patients et de la population en général, nous concerne aussi! Alors, cet été, on bouge!

Profitez du beau temps pour sortir, faire le plein d'énergie et vous ressourcer!

L'automne arrivera bien assez vite... Je vous invite d'ailleurs à notre congrès annuel au Hilton du Lac-Leamy, où la promotion de la santé et la prévention de la maladie seront sources d'action, dans tous les sens du terme. Un rendez-vous à ne pas manquer!

Bon été!



**Josée Prud'Homme**



Directrice générale et Secrétaire



|   |           |
|---|-----------|
| <b>Éditorial</b>  | <b>3</b>  |
| <b>Avant-propos</b>                                       | <b>4</b>  |
| <b>Mot du président</b>                                   | <b>6</b>  |
| Dossier   |           |
| <b>La pédagogie de la simulation : l'arrière-scène</b>    | <b>8</b>  |
| <b>Chronique : déontologie</b>                            |           |
| La note professionnelle au dossier : pour qui, pour quoi? | <b>14</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Finances</b>   | <b>16</b> |
| <b>Lecture d'un article scientifique : mode d'emploi</b><br>(4 <sup>e</sup> partie) | <b>18</b> |
| <b>D'ordre juridique</b>  | <b>22</b> |
| <b>Entrecroisé</b>  | <b>23</b> |
| <b>Babillard</b>  | <b>24</b> |
| <b>Questionnaire</b>  | <b>27</b> |





# AVANT-PROPOS

Il n'y a pas à dire, la simulation a la cote ! À l'image du pilote qui s'exerce sur un simulateur de vol avant de piloter un « vrai » avion, les différents candidats aux professions médicales et paramédicales s'exercent et s'entraînent désormais sur des mannequins haute-fidélité qui respirent, parlent, s'inquiètent, se plaignent, accouchent, saignent, « ressentent », comme de vrais patients ! Simuler pour mieux soigner. Remarquez que ce n'est pas nouveau comme concept. Déjà, en 1758, Angélique du Coudray formait les aspirantes sages-femmes en utilisant un mannequin, dit « [la machine](#) », fait de bois, de tissus et de coton, pour reproduire le bassin d'une femme enceinte. Comme le dit si bien le dicton : c'est en forgeant que l'on devient forgeron. Il faut pratiquer encore et encore, pour acquérir de l'expérience et une bonne maîtrise d'exécution. Est-ce que cette approche pédagogique permet de mieux soigner ? Chose certaine, elle favorise le développement du jugement clinique et décisionnel, d'habiletés de communication et d'interaction (relationnelles) entre les divers intervenants.

Dans cette édition, deux professeurs du Cégep de Sainte-Foy vous emmènent à l'arrière-scène d'une simulation haute-fidélité et le quatrième volet consacré à la lecture d'un article scientifique s'intéresse à l'introduction.

Nous amorçons aussi une série sur les notes au dossier signé par monsieur Bernard Cadieux, syndic, et ses collaborateurs.

## Congrès 2016

Nous mettons le point final au programme scientifique, surveillez vos courriels, les inscriptions en ligne commencent très bientôt ! Bien qu'elle ait quitté ses fonctions, il y a quelques semaines pour retourner à l'enseignement, permettez-moi de souligner et de saluer le travail accompli par madame Éline Paré qui, depuis deux ans, se chargeait du volet scientifique du congrès. Éline entretiendra quand même une collaboration ponctuelle avec nous en continuant à écrire pour la revue et à produire l'entrecroisé. Les administrateurs et toute la permanence se joignent à moi pour lui souhaiter une bonne continuité et la meilleure des chances dans ses projets.

Bon été à tous !

**Line Prévost, inh., réd. a.**



Coordonnatrice aux communications

## VERSION INTERACTIVE

Repérez ces icônes qui indiquent des liens



courriel



texte hyperlié



page hyperliée



## l'inhalo

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

### Président

Jocelyn Vachon, inh., DESS en enseignement collégial

### Administrateurs

Isabelle Alain, inh., Josée Boudreau, inh., Geneviève Chevrier, inh., Roselyne Héту, inh., Sylviane Landry, inh., Francine LeHouillier, inh., Nathalie Lehoux, inh., Karine Pellerin, inh., Annie Quenneville, inh., B. Sc., Julie Roy, inh., France St-Jean, inh., Isabelle Truchon, inh.

### Administrateurs nommés par l'Office des professions

Laurier Boucher, Anne-Marie Hébert, Lucie Lafontaine, Jean-Pierre Tremblay

### MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF (ADMINISTRATIF)

#### Président

Jocelyn Vachon, inh., DESS en enseignement collégial

#### 1<sup>re</sup> vice-présidente

Francine LeHouillier, inh.

#### 2<sup>e</sup> vice-présidente

Isabelle Truchon, inh.

#### Trésorière

Annie Quenneville, inh., B. Sc.

#### Administrateur nommé par l'Office des professions

Jean-Pierre Tremblay

### PERMANENCE

#### Directrice générale et Secrétaire

Josée Prud'Homme, Adm. A., M. A. P.

#### Adjointe à la direction générale

M<sup>re</sup> Andrée Lacoursière, DESS droit et politiques de la santé

#### Coordonnatrice à l'inspection professionnelle

Sandra Di Palma, inh.

#### Coordonnatrice aux communications

Line Prévost, inh., réd. a.

#### Coordonnatrice au développement professionnel

Marise Tétreault, inh., M.A.

#### Coordonnatrice aux technologies de l'information

Francine Beaudoin

#### Chargée de projet

Éline Paré, inh., Ph. D. en pédagogie

#### Secrétaire de direction

Clémence Carpentier

#### Secrétaire à l'inspection professionnelle

Marie Andrée Cova

#### Adjointe administrative au Tableau des membres

Catherine Larocque

#### Syndic

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

### COMMUNICATIONS

#### Responsable

Line Prévost, inh., réd. a.

#### Collaborateurs

Joëlle Allen, inh., Bernard Cadieux, inh., M. Sc., M.A.P., M<sup>re</sup> Magali Courmoyer-Proulx, Sandra Di Palma, inh., M<sup>re</sup> Andrée Lacoursière, Louise Michaud, inh., Éline Paré, inh., Ph. D., Marise Tétreault, inh., M.A.

#### ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2016

Tous droits de reproduction réservés.

Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.

Bibliothèque et Archives Canada

ISSN 2368-3112

#### Conception graphique, réalisation, révision,

correction et traduction

Fusion Communications & Design inc.

#### Photos des membres de l'OPIQ

Manon Prud'Homme, Photo Gariépy

#### Publicité

CPS Média

Jean-Philippe Thibault, conseiller publicitaire

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

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

Courriel: [jpthibault@cpsmedia.ca](mailto:jpthibault@cpsmedia.ca)

#### Publication trimestrielle

de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 721

Montréal (Québec) H3G 1R8

Tél.: (514) 931-2900 • 1 800 561-0029

Téléc.: (514) 931-3621

Courriel: [info@opiq.qc.ca](mailto:info@opiq.qc.ca)

Envoi de publication: contrat n° 400 647 98

Le genre masculin employé dans ces textes

désigne aussi bien les femmes que les hommes.

*l'inhalo* n'est associé à aucune publicité

apparaissant dans ses pages.



## Un double bronchodilatateur AMLA/BALA à prise uniquotidienne pour le traitement de la MPOC<sup>1</sup>

### Indications et utilisation clinique:

ULTIBRO<sup>MD</sup> BREEZHALER<sup>MD</sup> (maléate d'indacatérol et bromure de glycopyrronium) est une association médicamenteuse contenant un  $\beta_2$ -agoniste à longue durée d'action (BALA) et un antagoniste muscarinique à longue durée d'action (AMLA), qui est indiquée, à raison d'une prise par jour, pour le traitement bronchodilatateur d'entretien à long terme de l'obstruction des voies respiratoires chez les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), y compris la bronchite chronique et l'emphysème.

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse [www.novartis.ca/MonographieUltibro](http://www.novartis.ca/MonographieUltibro) pour obtenir des renseignements importants sur :

- Les contre-indications dans l'asthme, en présence d'une hypersensibilité grave aux protéines du lait ou d'une hypersensibilité à toute composante d'ULTIBRO<sup>MD</sup> BREEZHALER<sup>MD</sup>
- Les mises en garde et précautions les plus importantes relatives à la mortalité liée à l'asthme
- Les autres mises en garde et précautions pertinentes concernant des épisodes aigus de bronchospasme; le traitement d'une MPOC qui se détériore de façon marquée; l'utilisation en concomitance avec d'autres BALA ou AMLA; l'utilisation chez les patients qui présentent un glaucome à angle fermé ou une rétention urinaire, ou qui sont aux prises avec des troubles cardiovasculaires (en particulier, insuffisance coronarienne, infarctus du myocarde aigu, arythmie et hypertension), qui ont des antécédents connus d'allongement de l'intervalle QTc, qui présentent des facteurs de risque de torsades de pointes, ou qui prennent des médicaments dont on sait qu'ils allongent l'intervalle QTc; les patients aux prises avec des troubles convulsifs ou une thyrotoxicose; les patients qui répondent de manière particulièrement marquée aux amines sympathomimétiques ou qui sont atteints d'insuffisance rénale grave ou d'insuffisance hépatique grave; le risque d'hypokaliémie, d'hyperglycémie, de réactions d'hypersensibilité immédiate, dont l'œdème angioneurotique, l'urticaire et l'éruption cutanée; le risque de bronchospasme paradoxal; l'utilisation durant le travail, la grossesse/l'allaitement et l'accouchement
- Les conditions d'utilisation clinique, effets indésirables, interactions médicamenteuses et directives relatives à la posologie et l'administration

Vous pouvez également obtenir la monographie du produit en appelant le Service d'information médicale au 1-800-363-8883.

 **NOVARTIS**  
PHARMA

Novartis Pharma Canada inc.  
Dorval (Québec) H9S 1A9  
[www.novartis.ca](http://www.novartis.ca)  
☎ 514.631.6775 ☎ 514.631.1867

**Référence:** 1. Monographie d'ULTIBRO<sup>MD</sup> BREEZHALER<sup>MD</sup>.  
Novartis Pharma Canada inc., le 18 août 2014.

ULTIBRO et BREEZHALER sont des marques déposées.  
Monographie du produit offerte sur demande.  
PRO/ULT/0050F

© Novartis Pharma Canada Inc. 2016

 MEMBRE DE  
MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA



UNE FOIS PAR JOUR   
Pr **ultibro**<sup>MD</sup>  
**breezhaler**<sup>MD</sup>  
maléate d'indacatérol/bromure de  
glycopyrronium en poudre pour inhalation





## MOT DU PRÉSIDENT

# À vos marques, prêt ? Partez !

**E**n janvier dernier, je vous informais que le Conseil d'administration de l'OPIQ entreprenait un exercice de planification stratégique. C'est maintenant chose faite, l'exercice de consultation auprès de diverses instances (permanence, administrateurs, groupe d'inhalothérapeutes provenant de tous les secteurs d'activité) ayant pris place au cours de l'hiver dernier. Par la suite, nous avons dressé un plan stratégique quinquennal (2016-2021), incluant la vision et les valeurs de l'Ordre, ainsi que quatre grands axes d'orientation. Si ce n'est déjà fait, je vous invite à consulter [la page qui lui est dédiée](#) sur le site Web de l'OPIQ pour en prendre connaissance.

Évidemment, nous ne pouvons pas réinventer la roue en ce qui concerne la mission d'un ordre professionnel, qui est et demeurera la protection du public. Cette dernière passe par la supervision de l'exercice des membres et par le développement professionnel dans le but d'offrir des soins sécuritaires et de qualité. Ce ne sont pas là les seuls rôles de l'OPIQ. En effet, la prévention de la maladie et la promotion de la santé cardiorespiratoire font partie intégrante de la mission de notre ordre.

D'ailleurs, intensifier nos actions dans ce sens, en privilégiant une approche préventive et collaborative avec d'autres professionnels de la santé, constitue l'une des orientations stratégiques retenues par le Conseil d'administration.

Il existe parfois une confusion entre les vocables promotion et prévention. La promotion consiste en l'ensemble d'activités qui visent à améliorer la santé par l'éducation et au moyen d'interventions organisationnelles, économiques et politiques afin de favoriser des changements comportementaux propices à la santé<sup>1</sup>. La prévention inclut les mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telles que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences<sup>2</sup>.

Bien que l'implication des inhalothérapeutes dans les centres d'enseignement sur l'asthme, la MPOC et dans les centres d'arrêt tabagique (CAT) témoigne de l'importance que nous accordons à la promotion de la santé et à la prévention des maladies cardiorespiratoires, je crois que nous pouvons pousser nos actions un peu plus loin. Nos contacts quasi quotidiens avec les patients et la relation professionnelle privilégiée qui s'établit nous placent dans une position de choix pour parler de saines habitudes de vie avec eux et les inciter à faire de bons choix pour leur santé. Ils exerceront ainsi un meilleur contrôle sur leur maladie, auront une meilleure qualité de vie et éviteront les exacerbations nécessitant une hospitalisation, avec les conséquences que l'on connaît. La prévention s'effectue aussi dans l'action ! Vous avez sûrement entendu parler du partenariat de trois ans entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le Grand défi Pierre Lavoie. Dans le cadre de ce partenariat, les médecins de famille sont invités à « prescrire » des cubes énergie à leurs patients. Le but : favoriser l'adoption de saines habitudes de vie et prévenir les risques de maladies liées au mode de vie (p. ex. diabète type II, certains types de cancers, maladies cardiovasculaires). Alors, pourquoi ne pas contribuer nous aussi à motiver nos patients à bouger en prêchant par l'exemple ? Si c'était « prescrit par les médecins, motivés par les inhalothérapeutes » ?

L'OPIQ a décidé de s'impliquer à fond pour positionner l'axe de promotion de la santé et de prévention de la maladie au cœur même de la pratique des inhalothérapeutes. Une partie du programme scientifique du prochain congrès s'articule d'ailleurs autour du thème *Promotion, prévention : sources d'action et s'ouvrira* par une conférence de Pierre Lavoie sur le pouvoir de l'engagement. D'autres actions sont en cours d'élaboration. Et puisqu'il est question d'engagement et d'action, la permanence a formé un *Cube de marche Les Actions Air* qui, une fois semaine, invite les gens intéressés à profiter de leur heure de lunch pour bouger un peu, à marcher 45 minutes au centre-ville et cumuler trois cubes énergie !

Alors à go, on marche ! C'est « POUMON » bien ! 




**Jocelyn Vachon, inh., DESS en enseignement collégial**  
Président

1. L'ASSOCIATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE DU CANADA (AFMC). (s. d.) Glossaire — Notions de santé des populations. [En ligne] [\[http://phprimer.afmc.ca/Glossaire\]](http://phprimer.afmc.ca/Glossaire) (consulté le 11 avril 2016).
2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 1999. Glossaire de la promotion de la santé. [En ligne] [\[http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf\]](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf) (consulté le 11 avril 2016).

|                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| Banque Nationale                    | 17    |
| La Capitale<br>assurances générales | 13    |
| Merck                               | 2, 28 |





# A WORD FROM THE PRESIDENT

## On your marks, get set? Go!

Last January, I announced that OPIQ's board of directors was beginning a strategic planning exercise. It is now done, the exercise of consulting various bodies (permanent staff, administrators, groups of respiratory therapists from all sectors of activity) was held this past winter. We then drew up a five-year strategic plan (2016-2021), including the Ordre's vision and values, as well as four main lines guiding our strategic orientation. If you have not already done it, I invite you to [consult the page that is dedicated to it](#) on OPIQ's web site to learn more about it.

Of course, we cannot reinvent the wheel regarding the mission of a professional order which is, and will remain, protecting the public. The latter encompasses supervising the practice of its membership and the professional development with the objective of providing safe and quality care. These are not the only functions OPIQ plays. In fact, disease prevention and cardiorespiratory health promotion are an integral part of our Ordre's mission.

Besides, intensifying our actions in this direction, by favouring a preventive and collaborative approach with other health care professionals, constitutes one of the main lines of the strategic orientation upheld by the board of directors.

Sometimes, there is confusion between the words promotion and prevention. Promotion consists of a group of activities aimed at improving health through education and organizational, economic, and political interventions in order to encourage changes conducive to healthy behaviours<sup>1</sup> (our translation). Prevention includes measures aimed not only at avoiding the manifestation of a disease such as minimizing risk factors but, furthermore, to stop the progress and reduce the consequences associated with the disease<sup>2</sup> (our translation).

Even though the involvement of respiratory therapists in asthma and COPD education centres and Quit Smoking centres shows the importance that we place on health promotion and prevention of cardiorespiratory diseases, I believe that we can make our actions go further. Our almost daily contacts with patients and the privileged professional relationship that we share with them places us in a position of choice to talk about healthy life habits with our patients and to engage them in making healthier choices. This way, they will exercise a better control over their disease, have a better quality of life and avoid excesses requiring hospitalization, and the consequences related to it. Prevention is also done through action! Surely, you have heard of the three-year partnership between the *Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)* and the *Grand défi Pierre Lavoie*. Within this partnership, family physicians are invited to «prescribe» energy cubes to their patients. The objective: encourage the adoption of healthy life habits and prevent the risks of diseases associated with lifestyle (for example, type 2 diabetes, some types of cancer, cardiovascular diseases). So, why shouldn't we also motivate our patients to move by preaching by example? What if it was «prescribed by physicians and motivated by respiratory therapists»?

OPIQ has decided to get thoroughly involved in order to place health promotion and disease prevention at the heart of the respiratory therapy practice. Part of the scientific programme of our upcoming convention is structured around the theme of *Promotion, prévention : sources d'action* and with the keynote address given by Pierre Lavoie on the power of commitment. Other actions are in progress. And since we are talking of commitment and action, the permanent staff has put together a walking club called *Cube de marche Les Actions Air* who, once a week, invites people interested in making the most of their lunch hour, to move around, to walk during 45 minutes in the downtown area and accumulate three energy cubes!

So, at go, we walk! To promote LUNG-term health!




**Jocelyn Vachon, inh., DESS en enseignement collégial**  
President

1. L'ASSOCIATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE DU CANADA (AFMC). (s. d.) Glossaire — Notions de santé des populations. [En ligne] [<http://phprimer.afmc.ca/Glossaire>] (consulté le 11 avril 2016).
2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 1999. Glossaire de la promotion de la santé. [En ligne] [[http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf)] (consulté le 11 avril 2016).

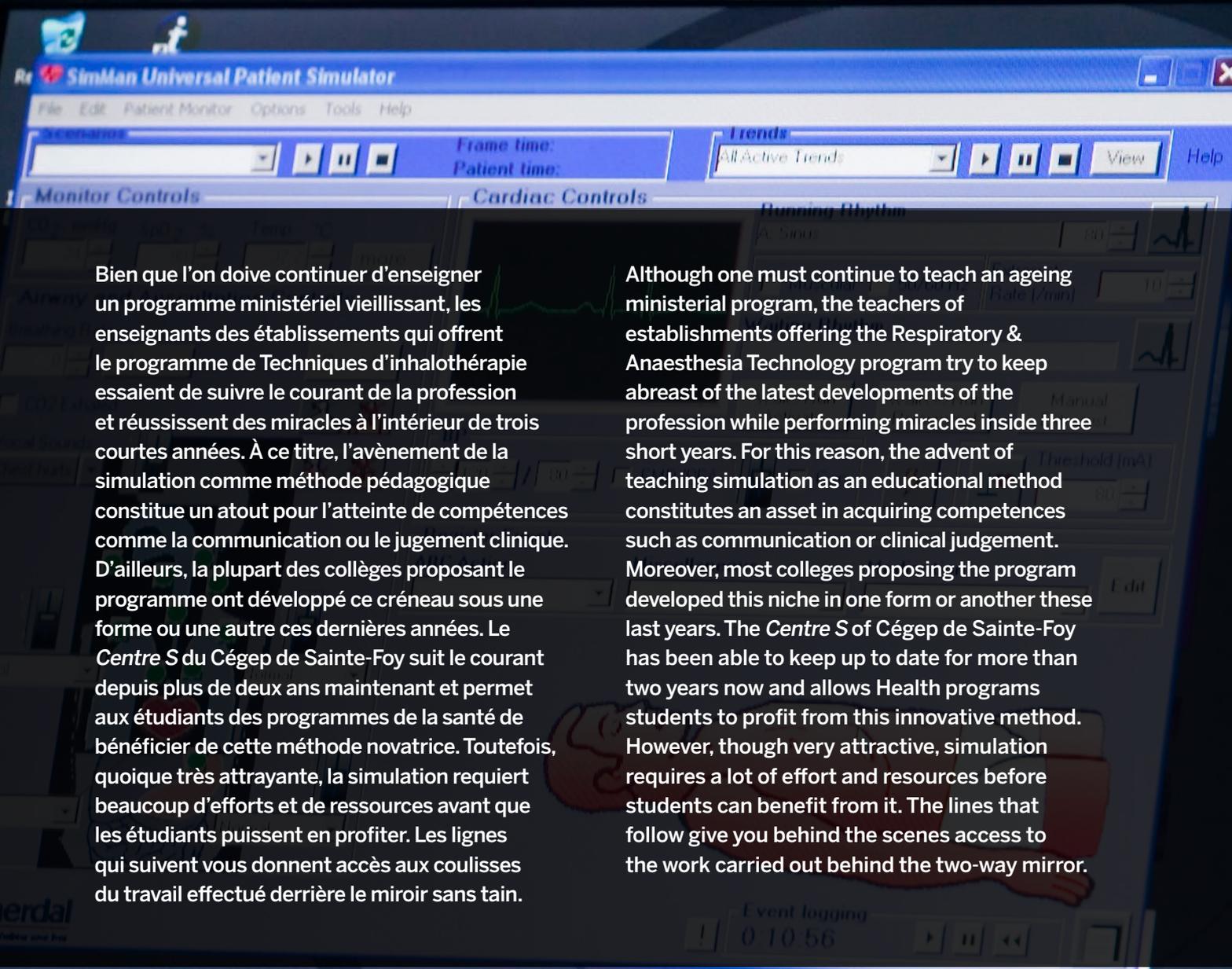
|          |    |
|----------|----|
| Novartis | 5  |
| RIIRS    | 11 |
| UQAT     | 20 |

compétence

10

# La pédagogie de la simulation: l'arrière-scène

par **Louise Michaud**, inh., B. Éd., enseignante au Cégep de Sainte-Foy, en collaboration avec **Joëlle Allen**, inh., B. multidisciplinaire, enseignante au Cégep de Sainte-Foy et responsable du Centre S.



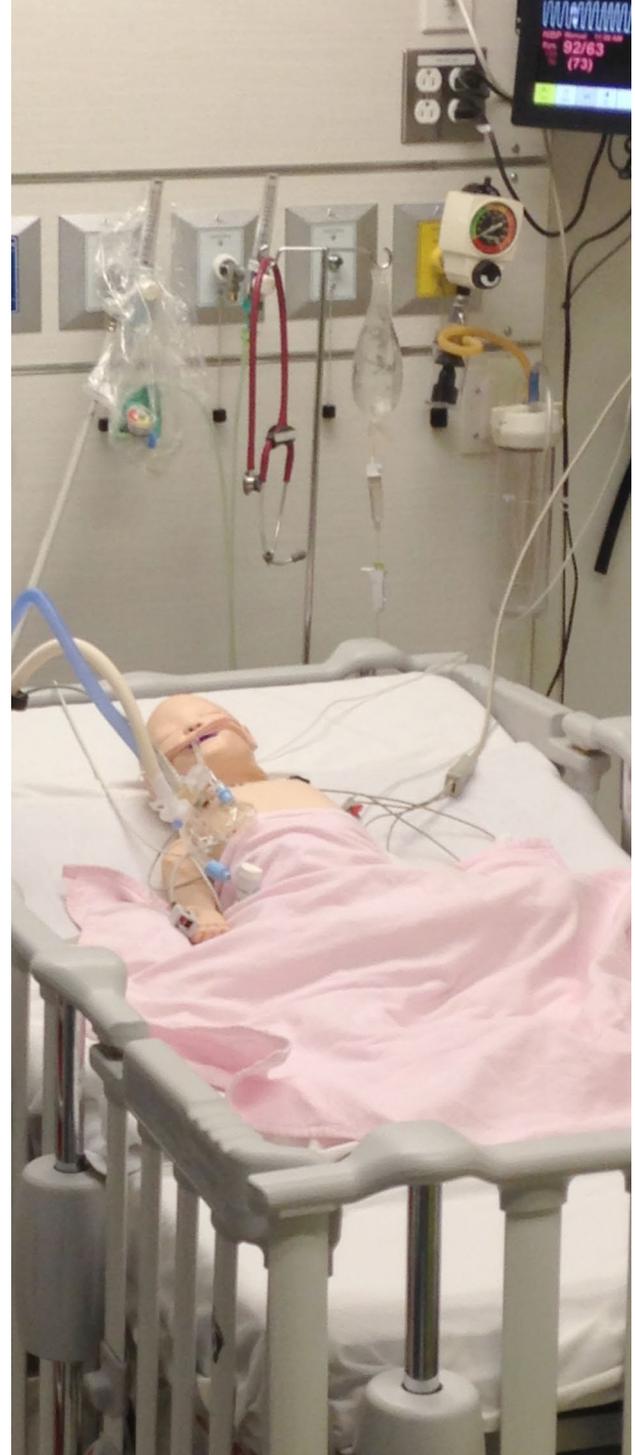
Bien que l'on doive continuer d'enseigner un programme ministériel vieillissant, les enseignants des établissements qui offrent le programme de Techniques d'inhalothérapie essaient de suivre le courant de la profession et réussissent des miracles à l'intérieur de trois courtes années. À ce titre, l'avènement de la simulation comme méthode pédagogique constitue un atout pour l'atteinte de compétences comme la communication ou le jugement clinique. D'ailleurs, la plupart des collèges proposant le programme ont développé ce créneau sous une forme ou une autre ces dernières années. Le Centre S du Cégep de Sainte-Foy suit le courant depuis plus de deux ans maintenant et permet aux étudiants des programmes de la santé de bénéficier de cette méthode novatrice. Toutefois, quoique très attrayante, la simulation requiert beaucoup d'efforts et de ressources avant que les étudiants puissent en profiter. Les lignes qui suivent vous donnent accès aux coulisses du travail effectué derrière le miroir sans tain.

Although one must continue to teach an ageing ministerial program, the teachers of establishments offering the Respiratory & Anaesthesia Technology program try to keep abreast of the latest developments of the profession while performing miracles inside three short years. For this reason, the advent of teaching simulation as an educational method constitutes an asset in acquiring competences such as communication or clinical judgement. Moreover, most colleges proposing the program developed this niche in one form or another these last years. The Centre S of Cégep de Sainte-Foy has been able to keep up to date for more than two years now and allows Health programs students to profit from this innovative method. However, though very attractive, simulation requires a lot of effort and resources before students can benefit from it. The lines that follow give you behind the scenes access to the work carried out behind the two-way mirror.

**M**oi j'enseigne, mais eux, apprennent-ils? (St-Onge, 1987, p. 14). C'est la question que tout enseignant devrait se poser avant de préparer un cours, peu importe la matière enseignée ou le niveau des étudiants auxquels il s'adresse. Enseigner à de futurs professionnels de la santé comporte son lot de défis, dont celui entre autres de trouver les meilleures méthodes d'enseignement pour favoriser l'apprentissage, mais surtout la rétention, afin de s'assurer que nos diplômés sont bien outillés pour exceller dans la profession choisie. Même si le programme d'enseignement se fait vieux et que l'OPIQ travaille depuis longtemps à rehausser la formation initiale, nous suivons les nouveautés et tentons d'innover. À ce titre, la simulation arrive à point nommé. D'ailleurs, dans le [numéro d'avril dernier de la revue](#), les étudiantes de Rosemont, gagnantes du concours *Place à la relève 2015*, ont exprimé à quel point l'expérience en simulation avait été stimulante et bénéfique pour elles. De plus, vous aurez peut-être remarqué le développement, à plus ou moins grande échelle, de laboratoires de simulation, tant dans les centres hospitaliers que dans les établissements d'enseignement collégial et universitaire. Cette approche novatrice a réellement essaimé ces dernières années dans les divers domaines de la santé. Elle semble pouvoir révolutionner les méthodes d'enseignement, tant pour la formation de base que pour la formation continue. D<sup>r</sup> François Marquis soulignait d'ailleurs, dans [un article de janvier 2012](#), l'apport significatif de la simulation dans la formation d'équipes interdisciplinaires et insistait sur la préparation préalable afin que ces formations soient efficaces et répondent aux besoins réels. En effet, il ne suffit pas de se procurer un mannequin relié à de l'équipement sophistiqué et d'investir dans des infrastructures coûteuses, encore faut-il s'assurer que la simulation soit mise à profit pour les bonnes raisons. Le présent article se veut donc à la fois, un témoignage d'enseignants qui travaillent au développement de l'utilisation de la simulation à des fins pédagogiques, mais aussi le dévoilement de l'arrière-scène, c'est-à-dire ce que sous-tend réellement cette méthode pédagogique, ses avantages certes, mais aussi ses limites.

Comme enseignants, notre but premier est de permettre à l'étudiant de mettre en pratique les connaissances acquises durant les cours et ateliers, pour résoudre des situations contextuelles. Peu importe la méthode ou le moyen utilisé, ce qui doit primer, c'est un transfert efficace des apprentissages. D'autant plus que la simulation comme méthode d'enseignement est en accord avec les principes des plus récents courants pédagogiques. En effet, pour bien réagir dans l'action, l'étudiant doit recourir à ses connaissances antérieures (constructivisme) alors qu'il interagit avec les autres (socioconstructivisme) et l'environnement simulé. Lors d'un scénario en simulation, les étudiants se sentent plus impliqués dans leurs apprentissages, ce qui peut constituer une source de motivation supplémentaire. De plus, selon Fanning et Gaba (2007, p. 115) *[t]he combination of actively experiencing something, particularly if it is accompanied by intense emotions, may result in long-lasting learning*<sup>1</sup>. Ces intenses émotions doivent par contre être bien gérées dès la fin de l'expérience afin de ne pas envoyer de mauvais message aux apprenants.

1. L'expérience vécue, surtout si elle s'accompagne d'émotions intenses, peut entraîner un apprentissage durable. (Notre traduction.)



Marie-Michèle Coudé, reproduction autorisée.

Par ailleurs, malgré le fait que la simulation soit parfois utilisée pour pallier un manque d'exposition à des situations plus rares (p. ex. réanimation cardiorespiratoire, protocole de transfusion massive, etc.), elle apparaît comme une méthode efficace pour mieux préparer les étudiants à ce qui les attend en stage. C'est la prémisse des travaux entrepris au Cégep de Sainte-Foy pour implanter la simulation.

### Ce qu'est la « haute-fidélité »

D'entrée de jeu, il importe de revenir sur l'appellation « haute-fidélité », expression galvaudée qui peut laisser croire que tout ce qui est de fidélité moindre est révolu et n'a plus sa place dans les programmes d'enseignement. Dans l'utilisation du mot « fidélité », il faut comprendre le degré de réalisme qu'on peut donner à une situation pour permettre un transfert efficace des apprentissages pour les apprenants qui y sont exposés. Ainsi, dans un scénario d'apprentissage destiné à des étudiants de deuxième année en Techniques d'inhalothérapie chez qui l'on veut développer des

« [...] malgré le fait que la simulation soit parfois utilisée pour pallier un manque d'exposition à des situations plus rares (p. ex. réanimation cardiorespiratoire, protocole de transfusion massive, etc.), elle apparaît comme une méthode efficace pour mieux préparer les étudiants à ce qui les attend en stage. »

compétences relatives à la communication et au professionnalisme, le recours à des patients standardisés (ou acteurs) sera beaucoup plus bénéfique pour la fidélité que l'utilisation d'un mannequin, aussi perfectionné soit-il. En fait, la simulation dite « haute-fidélité » réfère plutôt à l'immersion clinique simulée, et c'est dans cette dernière que l'on veut accroître le plus possible le niveau de réalisme. Mais est-ce toujours nécessaire ?

### Analyse des besoins et conception pédagogique

Avant de décider d'utiliser l'immersion clinique simulée et tout ce qu'elle requiert comme infrastructures et équipements, les enseignants doivent passer par un processus rigoureux, qui implique d'abord l'établissement d'une problématique découlant d'une analyse des besoins de formation. Ces besoins peuvent être normatifs (p. ex. dictés par un référentiel de compétences), démontrés par des experts du domaine (p. ex. un groupe d'enseignants cliniques observe une lacune chez les stagiaires) ou encore, il peut s'agir de besoins ressentis verbalisés par des étudiants en apprentissage.

Ensuite, il faut valider que la simulation se révèle l'approche indiquée pour répondre à la problématique identifiée. Bien qu'essentiels à la formation, le cours magistral et le laboratoire s'avèrent des méthodes pédagogiques où le raisonnement de l'étudiant est plus difficile à vérifier. Le fait qu'elle implique pour l'étudiant de recourir à ses connaissances antérieures pour les transposer dans une situation concrète et réaliste confère à la simulation un certain avantage. Mais encore faut-il l'exposer à la bonne situation.



Figure 1. *The simulation matrix*, tirée de Chiniara et collab., 2013, p. e1382. Reproduite avec autorisation.

D'ailleurs, le modèle de Ken Brisbin (voir figure 1) (Chiniara, 2013, p. e1382) permet de classer les diverses situations possibles dans quatre quadrants, selon la fréquence (*O*: *opportunity*) à laquelle elles peuvent être rencontrées dans la pratique et la sévérité (*A*: *acuity*) potentielle d'une situation ou d'une suite d'événements et les impacts éventuels pour le patient. À chacune de ces caractéristiques, on ajoute la probabilité forte (*High*) ou faible (*Low*) selon que la situation soit, par exemple, très fréquente (*HO*: *high opportunity*) et peu sévère (*LA*: *low acuity*). Il en résulte alors quatre (4) combinaisons possibles: *HALO*, *HAHO*, *LALO* ou *LAHO*. Ces dernières se retrouvent dans les quadrants de la matrice de simulation et la « zone de simulation » est mise en évidence, ciblant ainsi les situations

pour lesquelles la simulation par immersion clinique s'avérerait profitable pour l'acquisition de compétences. Notons qu'il existe, selon les besoins exprimés ou une situation donnée, des exceptions à la règle dans l'utilisation de la matrice.

Finalement, si la simulation est indiquée, il convient alors de choisir la modalité appropriée pour développer les compétences identifiées au départ. Il est important de préciser qu'à ce stade, les choix de modalités vont de la simple simulation procédurale, en passant par le patient standardisé, la simulation informatique, l'immersion clinique simulée ou encore une formule hybride. Par exemple, on peut utiliser un mannequin dit de « basse fidélité » (comme *Resusci Anne*® de Laerdal) pour pratiquer le massage cardiaque, faire de la simulation procédurale pour pratiquer la technique d'aspiration endotrachéale ou encore utiliser la simulation informatisée pour vérifier l'acquisition d'algorithme de prise de décisions ou l'application d'un protocole.

### La conception du scénario: prévoir l'imprévisible

Le choix fait, le vrai travail commence, c'est-à-dire la conception pédagogique. Dans notre établissement, grâce à une collaboration étroite avec le *Centre Apprentiss* de l'Université Laval, nous avons eu accès à leur

FUTURES RETRAITÉES

Le RIIRS est pour toutes les infirmières et infirmiers, infirmières et infirmiers auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes **RETRAITÉS**, sans égard aux champs d'activités et aux fonctions occupées au cours de leur carrière.

**Le RIIRS**

- entretient un sentiment d'appartenance par la participation à des activités;
- fournit le soutien aux membres concernant l'amélioration de leur qualité de vie;
- donne une voix collective à ses membres en participant aux grands débats publics;
- établit des liens avec des organismes axés sur le mieux-être des retraités;
- publie l'Écho du RIIRS, journal d'information.

Le RIIRS est présent dans chaque région du Québec.

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

**Informez-vous dès aujourd'hui en nous contactant :**

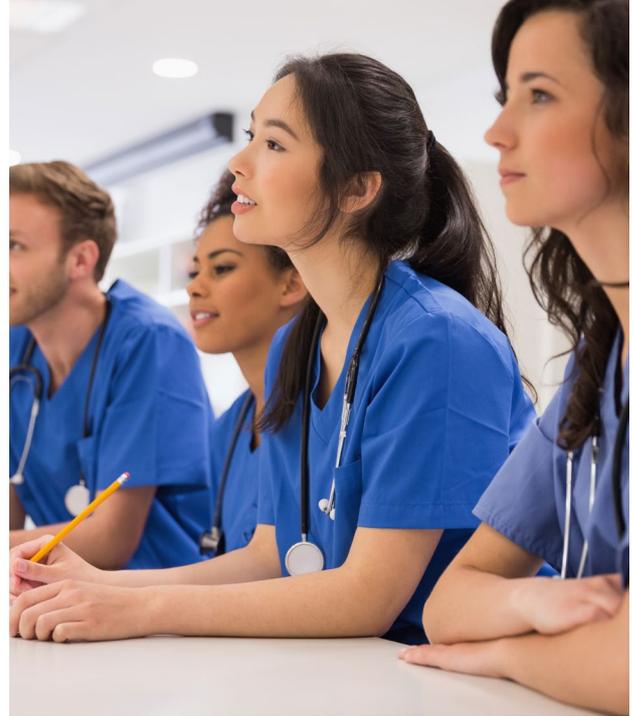
**Regroupement interprofessionnel des intervenants retraités des services de santé**

Tél. : 418 626-0861 • S.F. : 1 800 639-9519  
info@riirs.org • www.riirs.org

••• modèle de conception pédagogique et l'avons adapté à nos besoins. Dans cet outil doit être consigné tout ce qui est lié au scénario que nous voulons préparer. Une fois établis les objectifs de formation et les compétences à développer, il faut décrire brièvement le scénario, choisir un moment pour la séance de mise à l'essai (appelée « pilotage »), puis prévoir précisément les temps du scénario, composés d'un côté des comportements à observer et de l'autre, des éléments déclencheurs qui feront avancer la situation. À cette étape, il faut anticiper tout ce que les étudiants feront — ou pourraient faire —, et s'assurer que notre mise en scène tient la route, qu'elle est réaliste et surtout réalisable dans une période de temps raisonnable. Par exemple, si nous voulons vérifier les compétences en surveillance du patient pendant l'amorce de la ventilation, nous pourrions modifier à distance les paramètres hémodynamiques du patient (chute de la pression artérielle ou désaturation marquée) et observer si l'étudiant (ou l'équipe) réagit au changement de façon sécuritaire et cohérente et avise l'équipe médicale. Mais que faire si l'apprenant ne réagit pas comme nous le voudrions ? Il sera alors important de rapidement corriger le tir et provoquer un autre élément déclencheur, sinon, le temps prévu s'écoulera et rien ne pourra être retenu de l'expérience. C'est pourquoi il faut toujours prévoir des plans B, C et parfois D pour garantir le bon déroulement du scénario. Dans l'exemple préalablement décrit, il nous faudra peut-être accentuer les modifications et faire retentir les alarmes du moniteur, ou encore faire intervenir un autre participant avec qui l'on est en contact à l'aide d'une oreillette. Une fois ces éléments anticipés, en collaboration avec le technicien en simulation, on établit la liste complète du matériel requis pour la réalisation du scénario spécifique, de même que toutes les consignes relatives à la programmation du mannequin, le cas échéant. Quand tout est prêt et fonctionnel, la mise à l'essai permettra d'établir la concordance des éléments déclencheurs et des modifications à faire et aussi de peaufiner les derniers détails.

### Pour une expérience réussie et sans douleur

Le jour J est arrivé, les derniers ajustements sont faits, les étudiants ont été avisés des principaux éléments à réviser avant la simulation pour faciliter leur préparation, et nous sommes maintenant prêts à accueillir notre premier groupe. Afin que tous les participants puissent contribuer aux discussions du débriefage à la fin, on privilégie les groupes de dix au maximum. On prévoit du temps pour la visite des lieux et les informations importantes à connaître au préalable. Par exemple, on peut les informer que si le patient doit être intubé, le tube doit être lubrifié avec le produit fourni pour ne pas endommager l'équipement. On prend aussi le temps d'expliquer au groupe les buts de la simulation, on crée une atmosphère détendue et on les assure du caractère formatif, mais également confidentiel de l'exercice. En effet, dans notre établissement, nous n'utilisons pas la simulation pour l'évaluation sommative ou la sanction des études, notre but premier étant l'apprentissage et la consolidation des connaissances avant les stages cliniques, ou parfois pour uniformiser l'exposition d'une cohorte aux mêmes situations cliniques. Par ailleurs, la confidentialité constitue un enjeu majeur en simulation. Les apprenants doivent sentir qu'ils sont respectés dans leurs limites et que personne ne les jugera sur leur performance pour un usage ultérieur. Par conséquent, tous les étudiants signent une entente de confidentialité à deux volets : un premier pour la confidentialité liée à leur performance et celle des autres



durant les activités de simulation, et un second pour les sujets des scénarios. Nous voulons ainsi éviter qu'une situation qui a pris temps et énergie à préparer soit dévoilée aux autres étudiants et ne soit d'aucune utilité ensuite. On dit alors que le cas est « brûlé ». C'est également à ce moment-là que l'étudiant donne son accord pour être filmé durant sa performance et pour que les vidéos servent, dans un but pédagogique, lors de la rétroaction (débriefage).

### L'après: l'importance de la rétroaction

Pour les étudiants et les enseignants, l'expérience de la simulation culmine avec la période de débriefage, étape incontournable qui permet à la simulation de prendre tout son sens. Pour D<sup>r</sup> Gilles Chiniara du *Centre Apprentiss* de l'Université Laval, « la simulation est un prétexte au débriefage ». En principe, le temps accordé à cette partie de l'activité devrait constituer minimalement une fois et demie à deux fois celui consacré à la simulation elle-même, et ne devrait en aucun cas être escamoté. C'est pendant cette période que l'enseignant devient un facilitateur des échanges et guide le groupe d'étudiants (ceux qui ont vécu le scénario et ceux qui les ont observés de loin par vidéo ou derrière une vitre sans tain) vers une compréhension commune des concepts impliqués dans le scénario.

Plusieurs techniques de débriefage existent, mais peu importe celle empruntée, trois étapes apparaissent nécessaires : le déversement émotif, les interactions des apprenants suite aux extraits vidéos et face aux boucles « affirmations et questionnements » du responsable et finalement, la synthèse des éléments essentiels du scénario. Cette étape doit susciter la réflexion chez les étudiants et c'est d'eux que doivent surgir les réponses aux questionnements rencontrés, car lorsque les étudiants arrivent pour l'activité de simulation, ils ont déjà en tête tous les éléments théoriques et pratiques essentiels pour résoudre la situation. Le débriefage sert à valider le raisonnement sous-jacent à l'acte. Cette période de discussion doit aussi permettre de comprendre pourquoi l'étudiant a posé le geste observé ou n'a pas réagi comme prévu. C'est à ce moment que les enseignants se heurtent à bien des surprises. En effet, dans la situation citée préalablement, l'étudiant qui ne réagit pas aux modifications hémodynamiques du patient pendant l'amorce d'une ventilation peut tout simplement ne pas avoir vu la variation de la pression artérielle, ou il peut l'avoir observée sans pour autant avoir jugé nécessaire d'en aviser l'équipe. Ou encore, il peut avoir observé la modification, mais ne pas s'être senti à l'aise de communiquer l'information à l'équipe. Ces justifications aux

comportements observés en simulation entraîneront une élaboration de stratégies distinctes et adaptées aux situations. Un autre enjeu consiste au développement des mêmes compétences à travers des performances qui diffèrent d'un groupe à l'autre. Le défi des enseignants réside donc dans leur capacité à bien cibler les apprentissages et ainsi assurer une reproductibilité dans la formation. Ainsi, le débriefage ne consiste pas simplement à énoncer ce qui a bien été et les lacunes observées et d'émettre des commentaires constructifs ; il existe tout un spectre de possibilités à considérer pour s'assurer que l'expérience permet aux apprenants d'en retirer des acquis significatifs pour la suite de leur formation.

Enfin, bien que notre expérience en simulation n'en soit qu'à ses débuts, force est de constater les multiples avantages découlant de l'utilisation de cette méthode. Toutes les équipes d'enseignants se sont retroussés les manches pour s'approprier des bases de la simulation, mais il reste encore bien des avenues à explorer dans ce domaine, et ce, autant pour la formation initiale que pour la formation continue. Ne perdons pas de vue que la meilleure simulation ne pourra remplacer complètement l'exposition clinique concrète pour les futurs diplômés. 

#### Références

CHINIARA, G. et collab. avec le Canadian Network For Simulation In Healthcare, Guidelines Working Group, 2013. «Simulation in healthcare: A taxonomy and a conceptual framework for instructional design and media selection». *Medical Teacher*, vol. 35, n° 8, p. e1380-e1395. [En ligne] [<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/0142159X.2012.733451>] (consulté le 1<sup>er</sup> juin 2016).

CHINIARA, G. Mars 2015. Présentations et documents distribués lors des formations en débriefage. *Centre Apprentiss*, Faculté de médecine, Université Laval.

CHINIARA, G. 2015. «Simulation et théories de l'apprentissage». Document du cours *PUN-7009 Simulation en sciences de la santé*, Université Laval, session hiver 2016.

FANNING, R.M. et D.M. GABA. 2007. «The role of debriefing in simulation-based learning». *Simulation in healthcare*, vol. 2, n° 2, p. 115-125. [En ligne] [<http://multibriefs.com/briefs/aspeorg/Debriefing2.pdf>] (consulté le 6 mai 2016).

MARQUIS, F. Janvier 2012. «Un pour tous et tous pour un: les défis de la simulation pour les équipes interdisciplinaires». *l'inhalo*, vol. 28, n° 4, p. 12-16.

HAMSTRA, S.J. et collab. 2014. «Reconsidering fidelity in simulation-based training». *Academic medicine*, vol. 89, n° 3, p. 387-392.

ST-JEAN, A. et M.-M. COUDÉ. Avril 2016. «La simulation clinique haute-fidélité». *l'inhalo*, vol. 33, n° 1, p. 14-17.

ST-ONGE, M. 1987. «Moi j'enseigne, mais eux, apprennent-ils?». *Pédagogies collégiales*, numéro pilote, p. 14-16.

## CONCOURS 10 000 \$ pour changer de décor avec La Capitale



EXCLUSIF AUX  
MEMBRES



#### 2 FAÇONS DE PARTICIPER :

- Demandez-nous une soumission d'assurance ou
- Laissez-nous vos dates d'échéance

N'oubliez pas que nous vous réservons jusqu'à :

**24%** DE RABAIS EXCLUSIF  
ADDITIONNEL  
sur vos assurances auto, habitation  
et véhicules de loisirs en tant que  
membre de l'OPIQ.

Participez maintenant!  
**1 855 441-6015**  
[changez.lacapitale.com/opiq](http://changez.lacapitale.com/opiq)

  
**La Capitale**  
Assurances générales

La Capitale assurances générales inc., cabinet en assurance de dommages. En tout temps, seul le contrat d'assurance précise les clauses et modalités relatives à nos protections. Certaines conditions et exclusions s'appliquent. 1. Détails et règlement disponibles au [changez.lacapitale.com/opiq](http://changez.lacapitale.com/opiq). Le concours se déroule du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2016. Un chèque de 10 000 \$ sera remis au gagnant. Aucun achat requis. Le gagnant devra répondre à une question d'habileté mathématique.



## La note professionnelle au dossier: pour qui, pour quoi ?



par **Bernard Cadieux**, inh., M. Sc., M. A. P., syndic, OPIQ.

**L**a note professionnelle au dossier, une banalité ou un acte professionnel significatif? La réponse à cette question devrait être, pour tous, l'évidence même. Bien qu'une majorité s'entende pour souligner l'importance de la note au dossier, nous rencontrons trop souvent une note d'observation et de suivi clinique qui s'avère non pertinente, incomplète et maintes fois incompréhensible.

Cette première chronique sur des thèmes entourant la rédaction des notes et la tenue de dossier met la table à plusieurs autres qui vous seront proposées dans les mois à venir. Les sujets, découlant de situations rencontrées par le Bureau du syndic et le comité d'inspection professionnelle (CIP), seront abordés en considérant le contexte juridique en se référant à plusieurs publications issues d'autres ordres professionnels. Ces articles s'inscrivent ainsi dans une perspective de conscientisation des inhalothérapeutes afin de leur permettre de saisir les enjeux et les problématiques liés à la tenue de dossier. Ils viennent aussi supporter la démarche de la révision de la formation offerte en ligne par l'OPIQ.

### Mais pour qui, pour quoi ?

Question fondamentale si elle en est une, la note clinique s'avère fréquemment constituer un élément de preuve qu'un soin ou un service a été donné à un patient.

Afin de bien illustrer l'importance de la rédaction de notes, nous reprenons librement ici des éléments soulevés par le Collège des médecins en 2013 dans le texte *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier*. Bien qu'il ait été rédigé à l'intention des médecins, nous y recourons pour proposer six raisons militent pour une bonne tenue de dossiers. Il faut donc retenir que la note clinique consiste en :

#### 1. Un aide-mémoire essentiel pour le professionnel

- La note est le reflet fidèle des actes cliniques (soins et services) posés auprès des patients. Elle permet aussi de comprendre les réactions de ces derniers (efficacité). Elle atteste de l'évolution de l'état clinique.

## 2. Un outil de communication pour l'équipe de soins interdisciplinaire

- La note consigne au dossier les éléments pertinents à l'intervention réalisée auprès du patient et devient l'outil de suivi pour chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire qui y ont accès. En ce sens, elle offre une communication optimale des renseignements à tous en vertu des règles et lois en vigueur tout en respectant les droits des patients.

## 3. Un reflet des compétences

- Un dossier bien tenu et des notes complètes permettent d'évaluer la compétence des professionnels impliqués.

## 4. Un élément de protection juridique

- On ne saurait trop insister sur ce point. La note clinique constitue une obligation légale, réglementaire et déontologique. Elle est d'ordinaire la preuve que les actes ont été réalisés auprès des patients. La qualité de la note vient documenter l'ensemble des interventions et le niveau de précision et de pertinence tout en permettant de décrire la chronologie des actes posés et de mesurer leurs conséquences. Il est malheureusement trop souvent bien difficile de comprendre ces éléments à la seule lecture des notes, car elles sont couramment illisibles, imprécises, incomplètes, non pertinentes et parfois contradictoires lorsque comparées à celles d'un autre membre de l'équipe interdisciplinaire. À cet égard, il importe de se rappeler qu'une note mal rédigée et incomplète est malheureusement prétexte à des poursuites et que la jurisprudence souligne à répétition que **ce qui n'est pas écrit est généralement présumé ne pas avoir été fait...**

## 5. Une attestation de services rendus

- Une note bien rédigée fait office de témoin de la consultation et de la démarche clinique. La note s'avère particulièrement utile en pratique privée pour justifier la facturation et, à cet égard, il est d'usage de tenir un dossier par lieu de pratique.
- La note témoigne de la sécurité et de la qualité des soins et services offerts. Il est important d'inscrire les données de façon chronologique, diligente et contemporaine afin d'assurer la continuité, la sécurité et la qualité des interventions.

## 6. Un outil pour l'enseignement et la recherche

- Une note de qualité devient un document utile pour l'enseignement et le reflet d'une pratique exemplaire. Malheureusement, **les acquis pédagogiques semblent s'estomper une fois la pratique professionnelle bien engagée**. Les analyses de dossiers par le CIP ou le syndic mettent couramment en relief une note au dossier beaucoup trop sommaire, voire parfois absente.

## Conclusion

Nous ne saurions trop insister sur le fait que la note professionnelle est le témoin d'une prestation professionnelle optimale, sécuritaire et de qualité. À cet égard, nous croyons que nul ne doit invoquer, ce peu importe le support utilisé (dossier papier, numérisation, informatique, etc.), le manque de temps pour expliquer une note incomplète ou même l'absence d'une note.

Dans les mois à venir, nous vous proposerons des écrits qui visent la révision et l'actualisation de la pratique professionnelle. En respect des standards attendus et visant une nécessaire uniformité parmi les inhalothérapeutes, les futurs articles traiteront de la note dans son ensemble tout en considérant des sujets d'actualité tels que la signature électronique, la note tardive et l'encadrement des notes des stagiaires en inhalothérapie.

En prévision de la prochaine chronique qui portera sur les obligations déontologiques, réglementaires et légales reliées à la note et pour bien illustrer son importance, nous vous laissons sur l'image suivante : la note est un peu la **POLICE** de nos actes en ce sens qu'elle doit être **P**ertinente, **O**bjective, **L**isible, **I**nformative, **C**oncise et **E**xplicit. 

## Les collaborateurs à la rédaction des articles sur la rédaction des notes et la tenue de dossiers

Maître Magali Cournoyer-Proulx, avocate associée, Lavery, de Billy  
Sandra Di Palma, coordonnatrice à l'inspection professionnelle  
Sylvie Gagnon, vice-présidente du comité d'inspection professionnelle  
Marise Têtreault, coordonnatrice au développement professionnel  
Line Prévost, coordonnatrice aux communications  
Bernard Cadieux, syndic



## Références

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. 2013. *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier*. Montréal, © Collège des médecins, 56 p. [En ligne] [<http://www.cmq.org/publications-pdf/01-2013-04-01-fr-redaction-et-tenue-des-dossiers-milieu-extrahospitalier.pdf>] (consulté le 12 juin 2016).

BRASSARD, Y. 2000. *Notes d'observation: quand la pertinence fait loi*. [En ligne] [[http://www.infressources.ca/ep/depotdocuments/Les\\_notes\\_d\\_observation-quand\\_la\\_pertinence\\_fait\\_loi.pdf](http://www.infressources.ca/ep/depotdocuments/Les_notes_d_observation-quand_la_pertinence_fait_loi.pdf)] (consulté le 12 juin 2016).

CHAPADOS, C. et L. GIGUÈRE KOLMENT. Janvier-février 2012. «Savoir consigner ses notes d'observation au dossier». *Perspective infirmière*, vol. 9, n° 1, p. 45-49. [En ligne] [[http://www.waig.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/perspective\\_infirmieres\\_2012\\_vol09\\_no1/15\\_Notes\\_observation.pdf](http://www.waig.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/perspective_infirmieres_2012_vol09_no1/15_Notes_observation.pdf)] (consulté le 12 juin 2016).



## Faut-il rembourser son hypothèque plus vite ?

par le service de rédaction, Banque Nationale

**M**ême si les taux n'ont jamais été aussi bas, ce n'est peut-être pas une bonne stratégie d'investissement de payer son hypothèque rapidement. Avec des taux d'intérêt plus bas que jamais et la valeur incertaine des propriétés, agir ainsi est probablement plus noble que sage.

C'est ce qu'indique un dossier récent du quotidien financier américain *The Wall Street Journal* au sujet de cette nouvelle urgence à payer son hypothèque, remarquée aux États-Unis.

Selon ce dossier, plusieurs indicateurs laissent suggérer qu'il s'agit d'une tendance émergente. Par exemple :

- durant le premier trimestre de 2011, 75 % de ceux qui ont refinancé leur hypothèque ont effectué un paiement supplémentaire au moment de la signature afin de réduire leur solde ;
- ceux qui refinancent leur hypothèque optent pour des amortissements plus courts et des paiements mensuels plus élevés, ce qui les libérera de leurs dettes en 15 ans ;
- 28 % des emprunteurs qui ont renouvelé leur hypothèque, en février, ont choisi un amortissement sur 15 ans, ce qui est presque le double de ceux qui le faisaient il y a deux ans.

D'autres indicateurs semblent démontrer que les personnes qui approchent de la retraite semblent préoccupées par l'élimination de leurs dettes, dans le contexte de l'après-récession. Plus de 50 % des personnes âgées de 50 à 64 ans ont réduit leur solde hypothécaire, leurs dettes de cartes de crédit et d'autres types de dettes.

Cependant, au moment où les taux d'intérêt sont à leur plus bas, les experts sont d'avis qu'il n'est peut-être pas une bonne idée de payer son hypothèque avant terme.

Voici quelques exemples qui illustrent pourquoi agir ainsi n'est peut-être pas la meilleure façon d'agir :

- si un propriétaire de maison investit 250 \$ par mois pendant 15 ans, à un taux de 7 %, il récolterait près de 80 000 \$. C'est bien mieux que de rembourser son hypothèque en 15 ans, qui permettrait d'économiser environ 57 000 \$ ;
- rembourser son hypothèque avant terme peut causer des problèmes de liquidités, surtout au moment de la retraite.

Conséquemment, les conseillers financiers recommandent aux propriétaires de maison de rembourser leur hypothèque plus rapidement seulement si les conditions suivantes sont remplies :

- ils ont un fonds d'urgence en argent d'au moins 6 à 12 mois ;
- ils peuvent compter sur d'autres formes d'épargne et prévoient demeurer dans leur maison pour au moins de 5 à 10 ans ;
- le solde à payer est suffisamment petit pour que son remboursement n'affecte pas leurs autres objectifs financiers. ☀

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

# Un programme financier pour votre vie après le travail



La Banque Nationale a un programme financier<sup>1</sup> adapté aux **inhalothérapeutes** qui donne accès à des privilèges sur un ensemble de produits et de services, tels que :

- › Le compte bancaire<sup>2</sup> en \$ CA ou en \$ US;
- › La carte de crédit Platine MasterCard<sup>MD</sup> Banque Nationale<sup>3</sup>;
- › Les solutions de financement comme la marge de crédit<sup>3</sup> et le Tout-En-Un<sup>MD1, 3</sup>;
- › Les solutions de placement et de courtage offertes par nos filiales.

[bnc.ca/specialistesante](http://bnc.ca/specialistesante)  
Adhésion en succursale



Réalisons vos idées

1 Le programme financier de la Banque Nationale constitue un avantage offert aux spécialistes de la santé (audiologistes, denturologistes, ergothérapeutes, hygiénistes dentaires, inhalothérapeutes, opticiens, orthophonistes, pharmacologues, physiothérapeutes, psychologues, sages-femmes, technologues médicaux et technologues en radiation médicale), qui détiennent une carte Platine MasterCard de la Banque Nationale et qui sont citoyens du Canada ou résidents permanents canadiens. Une preuve de votre statut professionnel vous sera demandée. 2 Compte bancaire avec privilège de chèques. 3 Financement octroyé sous réserve de l'approbation de crédit de la Banque Nationale. Certaines conditions s'appliquent. <sup>MD</sup> MasterCard est une marque déposée de MasterCard International Inc. Usager autorisé: Banque Nationale du Canada. <sup>MD1</sup> Tout-En-Un Banque Nationale est une marque déposée de la Banque Nationale.

# Lecture d'un article scientifique: mode d'emploi

## L'introduction 4<sup>e</sup> partie



par **Élaine Paré**, inh., Ph.D., enseignante, Cégep de Sherbrooke.

**C**ette quatrième partie est consacrée à l'introduction d'un article scientifique. D'entrée de jeu, je présente la traduction de cette section dont vous trouverez la version originale à l'adresse : <http://rc.rcjournal.com/content/56/10/1500.full.pdf+html>. Suivront la description et les caractéristiques habituelles d'une introduction ainsi qu'une analyse succincte. La dernière section aborde les normes de citation des références.

### A. Traduction

#### Introduction

La ventilation mécanique est régulièrement utilisée dans les unités de soins intensifs afin de supporter la fonction respiration et de protéger les voies aériennes des patients dont la condition est critique. Il est difficile de déterminer quels patients toléreront le retrait du support ventilatoire ainsi que l'extubation. Un échec au sevrage se traduit souvent par une fatigue<sup>1,2</sup> respiratoire menant à une réintubation<sup>3,4</sup>. L'échec à l'extubation est associé à une mortalité élevée, un prolongement de la ventilation mécanique, un séjour prolongé à l'unité des soins intensifs ainsi qu'à un transfert dans les unités de soins prolongés<sup>5,6</sup>. Traditionnellement, la procédure de sevrage de la ventilation mécanique et l'extubation commençaient à la suite de l'évaluation du médecin, selon les résultats des gaz artériels et de l'observation de la condition clinique du patient. Cette méthode requiert de l'expérience clinique. De plus, il est pratiquement impossible de reproduire les résultats et d'évaluer la fatigue musculaire<sup>7,8</sup>.

Plusieurs prédicteurs de succès de l'arrêt du support ventilatoire ont été validés. Lorsqu'il s'agit de prédire la réussite d'un sevrage de la ventilation mécanique, ces prédicteurs possèdent une bonne sensibilité, mais une faible spécificité<sup>9</sup>. Yang et Tobin<sup>10</sup> ont proposé l'indice CROP:

$$CROP = [C_{dyn} \times P_{imax} \times (P_{aO_2}/P_{AO_2})]/f$$

dans lequel  $C_{dyn}$  représente la compliance dynamique,  $P_{imax}$  la pression inspiratoire maximale,  $P_{aO_2}$  est la pression partielle alvéolaire en oxygène et  $f$  la fréquence respiratoire. L'indice CROP possède la même spécificité que les prédicteurs individuels<sup>a</sup>. Quelques études ont démontré la grande spécificité du rapport entre la pression d'occlusion après 0.1 seconde du début de l'inspiration et la  $P_{imax}$  afin de prédire le succès d'un essai en ventilation spontanée<sup>3,11</sup>. Il a été établi que la  $P_{0,1}$  est un indice fiable qui indique la réponse du centre respiratoire<sup>12</sup>, et qu'il possède une sensibilité et une spécificité suffisantes qui fournissent une meilleure indication pour entreprendre le sevrage de la ventilation mécanique<sup>13</sup>. Nous avons conçu l'indice CORE de cette façon:

$$CORE = [C_{dyn} \times (P_{imax}/P_{0,1}) \times (P_{aO_2}/P_{AO_2})]/f$$

L'objectif de cette étude préliminaire était de comparer la capacité des indices CORE et CROP, de la  $P_{0,1}$  et de l'indice de respiration superficielle rapide (*Rapid Shallow Breathing [RSB]*) à prédire le succès ou l'échec d'un essai de ventilation spontanée. Nous émettons l'hypothèse que l'ajout de la  $P_{0,1}$  à l'indice CROP augmente la prédiction de succès ou d'échec lors d'un essai de ventilation spontanée; ce qui réduit le nombre d'échecs et facilite la sélection précoce des candidats. Nous n'avons pas étudié l'incidence des indices CORE et CROP, de la  $P_{0,1}$  ou de l'indice de respiration superficielle rapide sur le succès d'une extubation.

a Un prédicteur individuel est un facteur qui ne comporte qu'un seul paramètre. La  $P_{0,1}$  par exemple.

Résumé  
de la revue  
de littérature  
scientifique

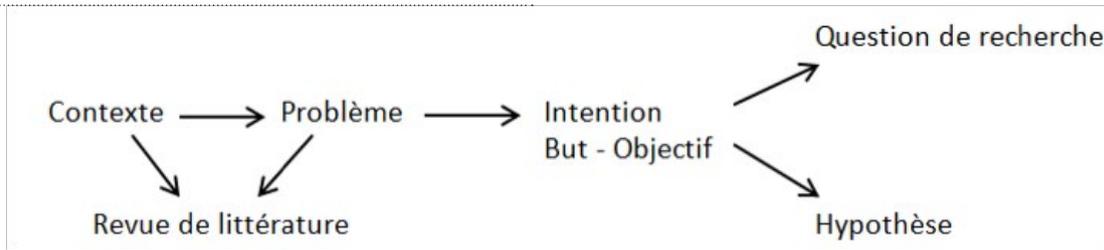
But  
ou objectif

Hypothèse

Contexte  
et justification  
de la recherche  
(pertinence)

Problème

Figure 1. L'introduction.



## B. Caractéristiques de l'introduction et analyse succincte

### 1. Caractéristiques

L'introduction d'un article scientifique se divise habituellement en 4 à 6 parties<sup>1,2</sup>. S'il est question de quatre (4) parties, nous retrouverons la description du contexte général dans lequel prend place le problème, la revue de littérature entourant le problème, le but et les objectifs de la recherche et la formulation de la question de recherche ou de l'hypothèse<sup>1</sup>. Fovet-Rabot<sup>2</sup> (2012) énumère six (6) parties à l'introduction; quatre (4) sont identiques à celles énumérées précédemment. Elle suggère la division du contexte en un contexte général et spécifique et ajoute à la toute fin une partie attirée au plan de l'article. L'introduction peut comprendre de 400 à 600 mots et citer jusqu'à une quinzaine de références<sup>2</sup>.

Cette section de l'article répond aux questions « quoi » et « pourquoi »<sup>3</sup>. Le « quoi » consiste en une description du contexte du problème, alors que le « pourquoi » démontre la pertinence de conduire une recherche qui traite du problème ou d'un de ses aspects. La réponse à ces deux questions requiert, de la part des chercheurs, une consultation (revue) de la littérature qui retrace les écrits les plus récents sur le sujet de l'étude. Le lecteur est alors en mesure de prendre connaissance des résultats d'autres recherches et d'évaluer l'originalité de celle qui est proposée<sup>3</sup>. L'introduction se termine par la formulation de l'intention ou de l'objectif de la démarche. À ce moment, les chercheurs formulent une question ou une hypothèse de recherche (voir figure 1).

### 2. Analyse

L'article utilisé en exemple comporte quatre (4) parties et environ 450 mots. Le premier paragraphe décrit un contexte de soins intensifs où le regard des chercheurs se pose sur la difficulté à prédire quels patients toléreront un sevrage de la ventilation mécanique ainsi que l'extubation.

C'est aussi dans cette section que la **pertinence de l'étude** est démontrée. À cet effet, un **résumé de la revue de littérature** est présenté afin d'exposer les plus récents écrits liés au problème et à son contexte.

Dans cet article, les auteurs montrent les conséquences qu'entraîne un échec au sevrage et à l'extubation en s'appuyant sur l'information trouvée dans la littérature. Ils exposent les limites des paramètres considérés traditionnellement pour prendre la décision d'entreprendre un sevrage de la ventilation mécanique. Par la suite, ils présentent différents indices validés utilisés pour prédire le succès ou l'échec d'un arrêt de la ventilation mécanique. Leurs avantages et leurs limites, traduits en matière de sensibilité et de spécificité, sont discutés. Tous ces aspects font partie de la description du contexte du problème afin de justifier la pertinence de leur démarche en s'appuyant sur la littérature.

L'énoncé **du but ou de l'objectif de la recherche** fait partie des derniers points traités dans l'introduction avant d'annoncer les **questions ou les hypothèses de recherche**. Les auteurs souhaitent

ajouter un paramètre supplémentaire, la  $P_{0,1}$  à l'indice CROP déjà existant afin d'en augmenter la spécificité et la sensibilité, ce qui donnera lieu au nouvel indice CORE.

Dans le cas qui nous concerne, l'introduction se termine par la formulation d'une hypothèse où les auteurs émettent que ce nouvel indice augmentera la capacité de prédiction de l'échec ou du succès d'un essai de ventilation spontanée.

## C. Normes de citation des références dans le texte et dans la bibliographie

Chaque domaine de recherche (sciences humaines, médecine, génie, physique, etc.) possède ses normes de rédaction et, de ce fait, ses règles de citation des références. Cet article respecte les normes de citation de l'*American Medical Association*<sup>4</sup>. Les chiffres en exposant<sup>1,2</sup> sont des renvois aux auteurs à l'origine de la phrase ou de la partie de phrase concernée. Ces auteurs se retrouvent en bibliographie selon l'ordre d'apparition des citations dans le texte. La liste complète des références de l'article pris en exemple sera fournie lors du dernier article de cette série.

Voilà en quoi consistent les principales caractéristiques de l'introduction d'un article scientifique. Le prochain article sera consacré à la méthode utilisée par les chercheurs afin de vérifier l'hypothèse proposée. Il sera, entre autres, question du respect des règles d'éthique, du choix des participants, du protocole de recherche et de l'analyse statistique utilisée.

### Remerciements

Je remercie grandement monsieur Stéphane Delisle de la permission accordée pour utiliser cet article à des fins pédagogiques ainsi que pour la révision de son contenu.

**Commentaires et questions :** [elaine.pare@cegepshebrooke.qc.ca](mailto:elaine.pare@cegepshebrooke.qc.ca)

### Références

- 1 FORTIN, M.-F. 2010. *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, Chenelière Éducation, 632 p.
- 2 FOVET-RABOT, C. 2012. *Rédiger l'introduction de l'article scientifique, en 5 points*. Montpellier, France, CIRAD, 2 p. [En ligne] [<http://coop-ist.cirad.fr/content/download/4831/36281/version/1/file/Rediger-introduction-article-scientifique.pdf>] (consulté le 24 mars 2016).
- 3 LEBRUN, J.-L. 2007. *Guide pratique de rédaction scientifique*. Les Ulis, France, EDP Sciences, 194 p.
- 4 ST. CATHERINE UNIVERSITY LIBRARIES. 2015. *Citing Sources using AMA Citation Style*. [En ligne] [<http://librarystcate.edu/sites/default/files/sites/citingwriting/citeAMA.pdf>] (consulté le 23 mars 2016).



**FORMATION**  
**À DISTANCE**

**OFFERT À TEMPS COMPLET ET TEMPS PARTIEL À DISTANCE**

**CERTIFICAT EN INHALOTHÉRAPIE : ANESTHÉSIE ET SOINS CRITIQUES**

- Un certificat unique, offert en exclusivité aux inhalothérapeutes, qui permet d'approfondir vos connaissances cliniques et qui vous permet d'obtenir une reconnaissance universitaire;
- Une formation élaborée par des anesthésistes et des cliniciens chevronnés;
- Des cours diversifiés touchant différents thèmes du travail des inhalothérapeutes : la douleur, les contextes d'urgence, les soins intensifs, les défaillances aiguës, la ventilation et l'intubation difficiles, les technologies avancées en ventilation mécanique, la pharmacothérapie, etc.

**Les titulaires d'un DEC en inhalothérapie se verront reconnaître deux cours.**

**INFORMATION**  
1 877 870-8728 poste 2610  
sc-sante@uqat.ca  
uqat.ca/distance

**UQAT**  
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC  
EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

## L'ORDRE Y ÉTAIT

- Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) :
  - assemblée régulière ;
  - assemblée générale annuelle ;
  - comité de formation des syndics ;
  - comité directeur du forum des syndics ;
  - journée des syndics ;
- Symposium des leaders en santé ;
- Symposium McGill sur les soins de première ligne ;
- Colloque du Collège des médecins du Québec (CMQ) ;
- Alliance nationale des organismes de réglementation de la thérapie respiratoire (ANORTR) ;
  - comité des registraires ;
  - comité des présidents ;
- Congrès annuel de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires ;
- Banquet du congrès de l'OPTIMROEPMQ ;
- C.A. et assemblée générale annuelle des membres du Conseil québécois sur la santé et le tabac (CQTS) ;
- Rencontre CMQ-ODQ-OPIQ : comité de travail pour le document à l'intention des patients (apnée obstructive du sommeil) ;
- 84<sup>e</sup> congrès de l'ACFAS (colloque 633) — *Usages d'Internet et d'applications mobiles et transformations de la relation soignant-soigné* ;
- Mise à jour de McGill en anesthésie pour inhalothérapeutes – cours dédié à la mémoire du D<sup>r</sup> Richard Wahba.



## Assemblée générale annuelle des membres de l'OPIQ

21 octobre 2016 à 8 h

### Avis de convocation

Juin 2016

Cher(e)s membres,

Vous êtes convoqué(e)s à la prochaine assemblée générale annuelle des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec qui aura lieu **le vendredi 21 octobre 2016 à 8 h**, au Hilton Lac-Leamy, à Gatineau.

Veillez prendre note que conformément à l'article 7 de la *Politique sur les assemblées générales de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, adoptée par le Conseil d'administration de l'OPIQ, vous pouvez amener une proposition à l'assemblée générale. L'article 7 se lit comme suit :

*« Sauf s'il y a consentement de tous les membres présents à l'assemblée, une proposition sur un sujet qui n'est pas inscrit à l'ordre du jour doit parvenir par écrit, au siège social de l'Ordre, à l'attention du secrétaire au moins 5 jours francs avant la tenue d'une assemblée. »*

Au plaisir de vous y rencontrer.

Acceptez, cher(e)s membres, l'expression de nos salutations distinguées.

La Secrétaire,

  
Josée Prud'Homme, inh., Adm. A., M. A. P.

## Assemblée générale annuelle des membres de l'OPIQ

21 octobre 2016 à 8 h

### Ordre du jour

1. Constatation du quorum et ouverture de l'assemblée;
2. Lecture et adoption de l'ordre du jour;
3. Lecture et adoption du procès-verbal de l'assemblée générale annuelle du 6 novembre 2015;
4. Affaires découlant du procès-verbal de l'assemblée générale annuelle du 6 novembre 2015;
5. Présentation du rapport annuel 2015-2016;
6. Nomination de l'auditeur indépendant;
7. Cotisation 2017-2018;
8. Divers;
9. Levée de l'assemblée.

La Secrétaire,



Josée Prud'Homme, inh., Adm. A., M. A. P.



## D'ORDRE JURIDIQUE

### Avis de radiation du droit d'exercice

**A**VIS est par les présentes donné, que lors de sa séance du 20 juin 2016, le comité exécutif de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec a prononcé en vertu de l'article 51 du *Code des professions*, la radiation de **monsieur Bastien Pierre** (numéro de membre 11-161) du Tableau de l'Ordre considérant que d'après le rapport de l'examen médical ordonné en vertu de l'article 48 du *Code des professions*, monsieur Bastien Pierre présente un état de santé incompatible avec l'exercice de l'inhalothérapie.

La décision du comité exécutif étant exécutoire le jour de sa signification à l'inhalothérapeute concerné, la radiation de Monsieur Pierre est donc exécutoire depuis le 22 juin 2016.

Le présent avis est donné en vertu des articles 182.9 du *Code des professions*.

La Secrétaire de l'Ordre

**Josée Prud'Homme**, Adm. A., M. A. P.



## D'ORDRE JURIDIQUE

### Avis de radiation temporaire (dossier 40-15-037)

**A**VIS est par les présentes donné que **monsieur Sylvain Taillon** (numéro de membre 91083), inhalothérapeute ayant eu son domicile professionnel au 1001, boulevard Décarie, à Montréal, a plaidé coupable devant le conseil de discipline de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec le 5 mai 2016, aux infractions suivantes :

**Chef n° 1** Au cours du mois d'avril 2015, alors qu'il exerçait sa profession dans un établissement de santé de Montréal, s'est procuré illégalement une substance narcotique (Sufentanil) appartenant à son employeur, faisant ainsi défaut de s'acquitter de ses obligations professionnelles avec intégrité, posant, au surplus un geste dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession, commettant par là une infraction aux dispositions des articles 10, 16 et 38 (1.1) du *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec* ;

**Chef n° 2** Le 12 mai 2015, alors qu'il exerçait sa profession dans un établissement de santé de Montréal, s'est procuré illégalement une substance narcotique (Fentanyl) appartenant à son employeur, faisant ainsi défaut de s'acquitter de ses obligations professionnelles avec intégrité, posant au surplus, un geste dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession, commettant par là une infraction aux dispositions des articles 10, 16 et 38 (1.1) du *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec* ;

**Chef n° 3** Le 13 mai 2015, alors qu'il exerçait sa profession dans un établissement de santé de Montréal, s'est procuré illégalement à plus d'une reprise une substance narcotique (Sufentanil)

appartenant à son employeur dont une quantité était destinée à un patient, et ce, aux fins de consommation personnelle, faisant ainsi défaut de s'acquitter de ses obligations professionnelles avec intégrité, posant au surplus, un geste dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession, commettant par là une infraction aux dispositions des articles 10, 16 et 38 (1.1) du *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*.

Le 5 mai 2016, le conseil de discipline a imposé à monsieur Taillon des périodes de radiation temporaire de 30 mois du Tableau de l'Ordre à l'égard de chacun des chefs et prenant effet le **5 mai 2016**.

Le conseil a également imposé à l'intimé une limitation temporaire de son droit de pratique pour une durée de cinq (5) ans débutant à compter de sa réinscription au tableau de l'Ordre, pendant laquelle l'intimé ne pourra accéder, administrer ou manipuler des préparations narcotiques et anesthésiques ou autres drogues contrôlées et substances ciblées.

L'intimé a également été condamné au paiement des déboursés ainsi qu'aux frais de publication d'un avis dans un journal circulant dans la localité du domicile professionnel de l'intimé.

L'intimé ayant renoncé au délai d'appel, la décision du conseil est exécutoire à compter du **5 mai 2016**.

Le présent avis est donné en vertu des articles 156 et 180 du *Code des professions*.

Montréal, 23 juin 2016.

**Andrée Lacoursière**, avocate  
Secrétaire du conseil de discipline

# ENTRECROISÉ

par **Élaine Paré**, inh., Ph. D. en pédagogie,  
enseignante cégep de Sherbrooke.

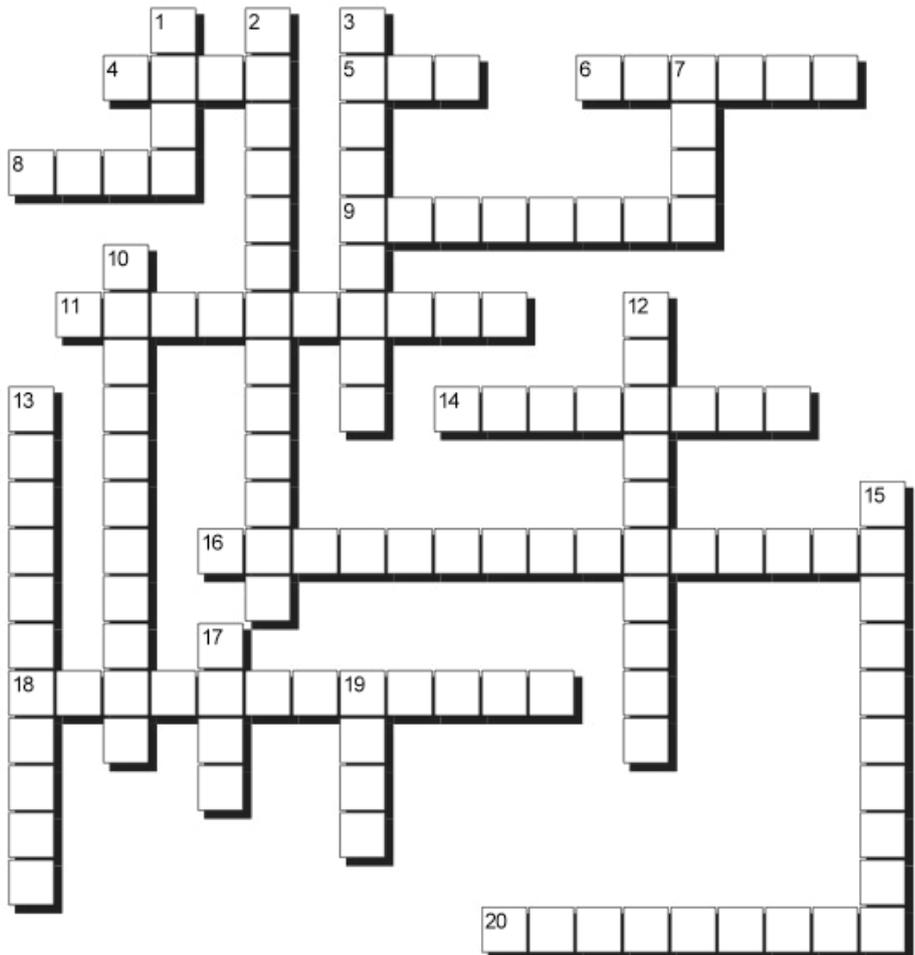
**Veillez imprimer cette page pour remplir la grille de l'entrecroisé.**  
Selon l'application utilisée pour la lecture, l'entrecroisé peut être  
rempli à l'écran.

Bonjour à toutes et à tous. Voici  
l'entrecroisé de votre été! Les mots sont  
tirés des articles intitulés respectivement  
*La pédagogie de la simulation : l'arrière-  
scène* et *Lecture d'un article scientifique :  
mode d'emploi 4. L'INTRODUCTION*.  
Je vous souhaite un superbe été!



## Références

- 1 FORTIN, M.-F. 2010. *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, Chenelière Éducation, 632 p.
- 2 DE VILLERS, M.-É. (2003). *Multidictionnaire de la langue française*. Montréal: Québec Amérique. 1542 p.
- 3 WANGER, J. (1997). *Exploration fonctionnelle pulmonaire. Une approche pratique*. Paris: Masson - Williams & Wilkins. 273 p.



## Horizontalement

- 4 *High acuity high opportunity*.
- 5 Abréviation de l'expression qui désigne l'indice utilisé afin de prédire le succès d'une extubation qui incorpore la fréquence respiratoire et le volume courant.
- 6 Caractère de ce qui a été vérifié. Par exemple, lors de la vérification de la description des événements et de leurs significations.
- 8 *High acuity low opportunity*.
- 9 Situation écrite que devront vivre les étudiantes et les étudiants lors de la simulation.
- 11 Caractère de ce qui convient, de ce qui est approprié ou judicieux.
- 14 Clinique, il constitue lui aussi une des compétences particulièrement étudiées lors de la simulation clinique.

- 16 Condition essentielle de succès de l'apprentissage par simulation pour laquelle les étudiantes et les étudiants s'engagent avant d'entreprendre l'enseignement par simulation.
- 18 Elle se situe au début du texte et répond aux questions « quoi? » et « pourquoi? » en rapport à la recherche traitée.
- 20 Supposition. Dans un contexte de recherche, il s'agit d'un énoncé de relations anticipées entre des variables qui seront étudiées.

## Verticalement

- 1 *Low acuity high opportunity*.
- 2 Une des compétences transversales particulièrement étudiées lors de la simulation clinique.
- 3 But de la simulation clinique qui s'adresse aux apprentissages faits en classe.
- 7 *Low acuity low opportunity*.

- 10 Capacité d'un instrument de mesure ou d'un test à déceler correctement la présence d'un état (p. ex. la présence d'une maladie).
- 12 Représente la capacité d'étirement du poumon. Variation de volume par unité de variation de pression.
- 13 Capacité d'un instrument ou d'un test à reconnaître correctement l'absence d'un état (p. ex. l'absence d'une maladie).
- 15 Période de rétroaction qui suit la simulation.
- 17 Nouvel indice de prédiction d'échec ou de réussite d'essai de ventilation spontanée qui incorpore la compliance, l'oxygénation, la fréquence respiratoire (*rate*) et de l'effort respiratoire.
- 19 Indice pouvant être utilisé afin de prédire l'échec ou la réussite d'essai de ventilation spontanée. Il tient compte de la compliance, la fréquence respiratoire (*rate*) et de l'effort respiratoire ( $P_{0,1}$ ).



Solution à la page 26  
commentaires [elaine.pare@cegepsherbrooke.qc.ca](mailto:elaine.pare@cegepsherbrooke.qc.ca)



## Formation continue

### Des nouvelles du Campus OPIQ

#### DEUX (2) NOUVELLES ACTIVITÉS DE FORMATION

##### OPIQ-1001. *La sécurité du circuit médicament.*

##### *Attention aux courts-circuits*

Auteure : Maude Villeneuve, B. Pharm, M. Sc.

**Description :** cette formation, présentée lors du congrès annuel de l'OPIQ (automne 2015), aborde le circuit médicament et l'implication des inhalothérapeutes dans celui-ci. De même, elle apporte des recommandations visant à améliorer la sécurité du circuit médicament.

Note : le circuit médicament se définit comme étant « tous les processus relatifs aux médicaments, allant de la rédaction de l'ordonnance jusqu'à la surveillance clinique post administration. »

##### OPIQ-1002. *Utilisation sécuritaire des dispositifs médicaux*

Auteurs : Philippe Laporte et Mohcine El Garch du Groupe GBM Montérégie du CISSS Montérégie-Centre.

**Description :** cette formation, présentée lors du congrès annuel de l'OPIQ (automne 2015), aborde la sécurité et la gestion des risques et des incidents liées aux dispositifs médicaux utilisés en inhalothérapie.

#### MISE À JOUR DE DEUX (2) ACTIVITÉS DE FORMATION

##### OPIQ-207. *Syndrome respiratoire aigu posttransfusionnel*

(et sa version anglaise)

##### OPIQ-208. *Transfusion related acute lung injury (TRALI).*

##### OPIQ-405. *L'auscultation pulmonaire*

(et sa version anglaise)

##### OPIQ-504. *Pulmonary auscultation*

Note : la formation a également été bonifiée par l'ajout d'une nouvelle séance d'étude de cas cliniques.

#### Retrait de deux (2) activités de formation

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

##### OPIQ-102. *Introduction à la polysomnographie*

##### OPIQ-105. *Polysomnographie II*

Déjà inscrit, mais la formation n'est pas terminée ? Vous avez jusqu'au **20 septembre 2016** pour réussir les activités de formation auxquelles vous êtes déjà inscrit. Après cette date, ces activités seront mises en consultation seulement et **aucun remboursement** ne sera accordé.

Cela dit, ces sujets sont traités dans le guide de pratique clinique *Les troubles respiratoires du sommeil* qui offre quatre (4) questionnaires de formation continue pouvant être remplis en ligne sur le *Campus OPIQ*. Des frais s'appliquent.

## Répertoire de documents (bibliothèque)

### UNE NOUVELLE SECTION INTITULÉE *SUPERVISION DE STAGIAIRES A ÉTÉ CRÉÉE POUR LES INHALOTHÉRAPEUTES QUI ENCADRENT DES ÉTUDIANTS ET DES ÉTUDIANTES DANS LE CADRE DE LEUR PRATIQUE.*

À partir de votre page d'accueil, sous l'onglet « Communauté », choisir « Les répertoires de documents » et ouvrir « Supervision de stagiaires ».

Cette section se subdivise en plusieurs sujets qui ont été déterminés en consultant les inhalothérapeutes membres de l'ordre à l'aide d'un sondage à ce propos. Cette section ne compte que deux subdivisions pour le moment, mais elle est appelée à être enrichie au fil du temps.

#### Articles originaux

CARDINAL, D., COUTURIER, L., SAVARD, J., TREMBLAY, M. et DESMARAIS, M. 2014. « La supervision de stagiaires : un art qui s'apprend », *Reflets*, vol. 20, n° 1, printemps 2014.

**Résumé :** *L'Art de superviser des stagiaires* est un programme de formation du CNFS — volet Université d'Ottawa visant à outiller les superviseurs qui accompagnent des stagiaires dans leur processus de professionnalisation. Ces ateliers, offerts en ligne ou en présentiel aux professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant dans les communautés francophones minoritaires au Canada, abordent des thèmes comme l'évaluation du rendement et la gestion de conflits. Des données recueillies par questionnaires indiquent qu'à la suite de la formation, les superviseurs se sentent plus à l'aise et intègrent dans leurs tâches de supervision des stratégies et des outils d'encadrement.

#### Caractéristiques générationnelles des stagiaires

RANDSTAD CANADA. 2015. *De Y à Z. Le guide sur la nouvelle génération d'employés.*

**Résumé :** l'entreprise Randstad Canada, spécialisée dans le recrutement de personnel, a publié les résultats de son sondage à propos des caractéristiques des générations Y et Z dont le but est but d'aider les employeurs à comprendre ce qui motive et inspire les générations Y et Z.

### UN NOUVEAU DOCUMENT A ÉTÉ DÉPOSÉ DANS LA SECTION « PRÉSENTATIONS DE L'OPIQ »

Titre : *Utilisation d'Internet et d'applications mobiles de santé dans la pratique clinique des inhalothérapeutes : résultat d'un sondage Vox Populi*  
Objet : présentation faite dans le cadre du 84<sup>e</sup> congrès de l'ACFAS (colloque 633) — *Usages d'Internet et d'applications mobiles et transformations de la relation soignant-soigné* (13 mai 2016).

**Résumé de communication :** afin d'en savoir davantage sur l'usage d'Internet et d'applications mobiles de santé dans la pratique des inhalothérapeutes, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) a interrogé ses membres en septembre 2014 au sujet de leur utilisation en pratique clinique et de leur expérience auprès des patients (ou de leurs proches) recherchant de l'information relative à la santé ou aux thérapies cardiorespiratoires.

Les objectifs de cette communication étaient de présenter les résultats de cette étude documentant la perspective des inhalothérapeutes (n : 416) à l'égard :

- 1) des types d'information qu'ils recherchent dans le cadre de leurs activités cliniques ;
- 2) des types d'information recherchés par les individus vivant avec une maladie cardiorespiratoire ;
- 3) des transformations de la relation inhalothérapeute-patient ;
- 4) de l'intégration d'Internet et d'applications mobiles de santé dans leur pratique clinique.

# Guide de pratique clinique Les troubles respiratoires du sommeil

Volet diagnostique

**Fascicule I. Évaluation préétude du sommeil** (probabilité clinique) (mise à jour avril 2016)

**Fascicule II. Épreuves diagnostiques du sommeil** Volet diagnostique

**Fascicule III. Options thérapeutiques, co-interventions et hygiène du sommeil**

**Fascicule IV. Prise en charge thérapeutique**

Note : il est possible de remplir un questionnaire en ligne aux fins de formation continue des membres de l'Ordre, et ce, pour chacun des fascicules. Des frais s'appliquent.

## Information relative à la navigation

**Note : pour une meilleure expérience de navigation, il est conseillé de télécharger le document.**

1. À partir des pages 5 ou 6 de l'introduction, il est possible de choisir le fascicule que vous voulez consulter en cliquant sur le titre du fascicule

Page 5

|                     |  |
|---------------------|--|
| Volet diagnostique  | <b>Fascicule I.</b> <a href="#">Évaluation préétude du sommeil (probabilité clinique)</a>            |
|                     | <b>Fascicule II.</b> <a href="#">Épreuves diagnostiques du sommeil</a>                               |
| Volet thérapeutique | <b>Fascicule III.</b> <a href="#">Options thérapeutiques, co-interventions et hygiène du sommeil</a> |
|                     | <b>Fascicule IV.</b> <a href="#">Prise en charge thérapeutique</a>                                   |

Page 6

**FASCICULE I**  
Évaluation préétude du sommeil (probabilité clinique)

Évaluation de la conscience  
Évaluation de l'insomnie  
Évaluation de la probabilité clinique d'apnée obstructive du sommeil  
Évaluation multidimensionnelle du sommeil

**FASCICULE II**  
Épreuves diagnostiques du sommeil

Épreuves diagnostiques hors laboratoire

- Test d'apnée nocturne de pouls à haut échantillonnage
- Polygraphie cardiorespiratoire du sommeil (adulte)
- Actigraphie
- Timing automatique

Épreuves diagnostiques en laboratoire

- Polysomnographie complète/nuit partagée (adulte/enfant)
- Polygraphie cardiorespiratoire du sommeil en laboratoire (enfant)
- Test titré de latence à l'endormissement
- Test de maintien de l'éveil
- Test d'attention OSLER
- Test de simulation de la conduite

**FASCICULE III**  
Options thérapeutiques, co-interventions et hygiène du sommeil

Options thérapeutiques

- Assistance ventilatoire
- Orthèse d'avancement mandibulaire
- Interventions chirurgicales et non chirurgicales
- Pharmacothérapie

Co-interventions

- Poids santé
- Exercice physique
- Thérapie positionnelle
- Alcool et substances récréatives
- Tabagisme

Hygiène du sommeil

**FASCICULE IV**  
Prise en charge thérapeutique

Évaluation du patient

- Anamnèse
- Évaluation clinique

Éducation thérapeutique du patient (ETP)

- Évaluation du niveau d'éducation du patient (diagnostic éducatif)
- Phases d'un programme d'ETP
- Thématiques des sessions éducatives d'ETP

Évaluation motivationnelle (EM)

- Objectifs de l'EM
- Évaluation de la motivation du patient

Assistance ventilatoire par pression positive

- Ordonnance médicale
- Désensibilisation du patient
- Amorçage de la thérapie par pression positive
- Suivi du patient

2. Il est possible de naviguer à l'intérieur de chaque fascicule à l'aide des flèches situées en bas de page droite ou en cliquant sur un hyperlien.





**questionnaire** • veuillez prendre note que nous n'acceptons plus de questionnaire en format papier, **vous devez le remplir sur le Campus OPIQ** pour obtenir votre heure de formation continue.

<http://campus.opiq.qc.ca>



Questions relatives au texte:

**La pédagogie de la simulation: l'arrière-scène** (L. Michaud et J. Allen, Cégep de Sainte-Foy).

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

- 01 Parmi les quatre combinaisons de situations du modèle de Brisbin (figure 1), laquelle est la moins susceptible d'être l'objet d'une simulation?
- a) LAHO
  - b) HALO
  - c) LALO
  - d) HAHO
- 02 Parmi les éléments suivants, lequel ne constitue pas un objectif de la déclaration de confidentialité signée par les étudiants?
- a) Assurer une discrétion sur les performances des coéquipiers
  - b) Assurer la pérennité des scénarios
  - c) Assurer une discrétion sur ses performances personnelles
  - d) Assurer le secret des méthodes de débriefage
- 03 Le débriefage est constitué de toutes ces parties sauf une, laquelle?
- a) Déversement émotif par les participants
  - b) Détails des erreurs commises
  - c) Réflexion des participants sur les événements de la simulation
  - d) Dégagement du raisonnement sous-jacent aux gestes posés
  - e) Utilisation des extraits vidéo
- 04 Avant de réaliser un scénario d'apprentissage en simulation avec des apprenants, toutes ces étapes sont nécessaires sauf une, laquelle?
- a) Analyse des besoins
  - b) Conception pédagogique
  - c) Présentation d'extraits vidéo d'autres équipes
  - d) Regroupement du matériel
  - e) Mise à l'essai du scénario (pilottage)
- 05 En quoi la simulation est-elle en accord avec le courant pédagogique du socioconstructivisme?
- a) Elle permet aux étudiants de partager leurs connaissances avec les autres.
  - b) Elle permet aux étudiants d'utiliser leurs connaissances antérieures en interaction avec les autres apprenants et l'environnement simulé.
  - c) Elle permet aux étudiants de travailler en équipe dans un environnement réaliste.
  - d) Elle permet aux étudiants d'observer les autres agir pour bâtir leurs connaissances.
- 06 VRAI ou FAUX  
Selon Fanning et Gaba (2007), un apprentissage réalisé pendant une action qui provoque une émotion intense chez l'apprenant permet une meilleure rétention des notions à long terme.
- 07 VRAI ou FAUX  
La fidélité d'une simulation est associée au degré de réalisme qu'on peut donner à une situation afin de permettre un transfert des apprentissages efficace.
- 08 VRAI ou FAUX  
Les besoins en simulation peuvent provenir d'un référentiel de compétences, être démontrés par des experts du domaine ou être verbalisés par des étudiants et des enseignants.
- 09 VRAI ou FAUX  
Le pilotage (mise à l'essai) ne sert qu'à peaufiner des détails.
- 10 VRAI ou FAUX  
Avant d'exposer les étudiants à la simulation, il est important de cibler les notions théoriques et pratiques à réviser pour qu'ils puissent se préparer à l'activité.



**L'accès à ce contenu publicitaire  
est réservé aux professionnels de la santé.**

21  
22 **octobre** 2016

promotion • prévention • sources d'action



**Lucille**  
72 ans  
ex-fumeuse



**Philippe**  
7 ans  
asthmatique

42<sup>e</sup> congrès annuel de l'OPIQ  
au Hilton Lac-Leamy, Gatineau

