# l'inhalo

mai 2018

DOSSIER

## LES COMPÉTENCES

### Un inhalothérapeute en mission humanitaire à Haïti

opiq
Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

volume numéro
35.1

# INHALOTHÉRAPEUTES RECHERCHÉS

Possibilité de mandats temporaires ou de placements permanents

CODE BLEU

PLACEMENT EN SANTÉ

- Cliniques privées
- Centres hospitaliers
- Centres d'hébergement
- Maintien à domicile
- Autres mandats

Bonus lors de référencement de personnel et/ou lors d'un transfert d'agence. Certaines conditions s'appliquent.

Accès à un portail web vous permettant de faire vous-même votre horaire!

Salaires avantageux allant jusqu'à 45$/h
Assurances collectives accessibles

Code Bleu Placement en Santé : UN MONDE DE POSSIBILITÉS!

cv@codebleu.ca
1-877-343-BLEU

PARTOUT AU QUÉBEC

CODEBLEU.CA

# ÉDITORIAL

## L'ordonnance, en toutes circonstances

Les ordonnances suscitent, encore et toujours, de nombreux questionnements de la part des inhalothérapeutes et des employeurs. Le *Code des professions* définit le terme « ordonnance » comme : « une prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être, de même que les contre-indications possibles. L'ordonnance peut être individuelle ou collective[1] ».

L'ordonnance constitue la condition qui permet aux professionnels d'exercer certaines activités réservées, et ce, peu importe le lieu. Rappelons que 6 de nos 7 activités réservées sont assujetties à une ordonnance.

Le bloc opératoire demeure le milieu clinique qui semble présenter le plus de difficultés. Les ordonnances s'avèrent souvent imprécises, incomplètes, voire absentes, c'est-à-dire qu'elles ne figurent nulle part au dossier du patient. Certes, l'anesthésiologiste peut avoir transmis verbalement l'ordonnance à l'inhalothérapeute, mais elle doit être sans équivoque et, surtout, inscrite au dossier.

Quel inhalothérapeute n'a jamais reçu une ordonnance verbale de maintenir la pression artérielle ou la curarisation à un certain niveau ? Ces ordonnances définissent une cible thérapeutique. Par contre, elles doivent être accompagnées d'une conduite à tenir. La position du Collège des médecins est claire à ce sujet : « une ordonnance visant à ajuster un médicament ou un traitement doit contenir un protocole, soit une description des procédures, méthodes, limites, contre-indications ou normes applicables pour une condition clinique particulière[2] ».

Nous savons que, pour toutes sortes de raisons, de tels protocoles ne sont pas légion, mais il n'en demeure pas moins que le cadre légal le prescrit. La solution réside dans le dialogue entre les inhalothérapeutes et les anesthésiologistes afin de trouver des moyens de satisfaire aux exigences légales et règlementaires de nos deux ordres professionnels.

La collaboration professionnelle appelle la confiance et le soutien mutuels. La mise en place d'ordonnances individuelles et collectives constitue une occasion de marquer un temps d'arrêt et de réfléchir aux meilleures stratégies pour, d'une part, répondre aux impératifs légaux de nos pratiques cliniques respectives et, d'autre part, travailler en synergie au bénéfice des patients.

Comme nous avons décidé de ne plus publier la revue pendant la période estivale, je vous souhaite un été plein de beaux moments et — surtout ! — ensoleillé.

**Josée Prud'Homme**
Directrice générale et Secrétaire

1. *Code des professions*, RLRQ, c. C-26, art. 39.3.
2. COLLÈGE DES MÉDECINS. Mai 2017. *Les ordonnances collectives — Guide d'exercice*, p. 7 [http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2017-05-01-fr-ordonnances-collectives.pdf?t=1524062572881].

**Éditorial** 3

**Avant-propos** 4

**Mot du président** 5

Dossier
**Les compétences**
Passe-moi le dico… à nouveau ! 7
Entre le référentiel et les standards… maitrisons nos compétences ! 9
Compétence B. Communiquer efficacement dans un contexte professionnel 13
Les compétences numériques… vous connaissez ? 19

**D'ordre juridique** 23

**Actualités**
Un inhalothérapeute en mission humanitaire à Haïti 25
Humanitarian mission in Haiti 27

**Finances** 29

**Déontologie / inh. : 3 lettres responsables**
Compétent ? Bien sûr… Négligent ? Mais voyons donc ! 31

**Évènements « C'est *poumon* bien ! »** 36

**Babillard** 37

**Questionnaire** 38


**sommaire**

# AVANT-PROPOS

## *L'apprentissage est le père de la compétence.*

— Simon de Bignicourt, 1755

Yves Lenoir[1], titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur l'intervention éducative, établit une distinction entre ***la*** compétence (c'est-à-dire être compétent) et ***une*** compétence. Selon lui, lorsqu'on dit d'une personne qu'elle est compétente, nous portons un jugement, une appréciation : qu'elle détient les compétences requises pour exercer décemment sa profession.

Une compétence vise l'efficacité, elle s'accomplit dans l'action et dans un contexte spécifique. Elle se caractérise par la mise en relation de plusieurs connaissances ou savoirs et elle mobilise différentes ressources — cognitives, affectives, sociales, procédurales, etc. — qu'il faut maitriser.

Tout exercice professionnel résulte de la maitrise de plusieurs compétences, interreliées et indissociables les unes des autres. C'est pourquoi l'Ordre a adopté une approche par compétences pour le développement et le maintien des compétences des inhalothérapeutes. Il a d'ailleurs produit les documents *Standards de pratique, un gage de compétence* et *Référentiel des compétences requises à l'entrée dans la profession*, à paraitre sous peu. Cette édition aborde le thème de la compétence sous plusieurs angles. J'adresse mes remerciements aux auteurs des différents articles pour leur précieuse collaboration, particulièrement à Pierrette Morin, inhalothérapeute-conseil à l'admission, pour son premier texte et à Marco Zaccagnini, inhalothérapeute, qui partage l'expérience vécue lors d'une mission en Haïti.

L'équipe de la permanence accueille, depuis la mi-février, Me Andréanne LeBel, au poste de directrice des affaires juridiques. Dans le cadre de ses nouvelles fonctions, Me LeBel conseillera les différentes instances de l'OPIQ et les membres sur l'application des lois, des règlements et divers aspects légaux. Elle signe ici sa première chronique *D'ordre juridique*. Nous lui souhaitons la plus cordiale bienvenue.

### Congrès 2018

Découvrez en page 39 le visuel de la 44e édition qui aura lieu les 26 et 27 octobre prochain à l'Hôtel Bonaventure Montréal. Inscrivez la date à votre agenda et surveillez nos annonces sur les médias sociaux pour ne rien manquer !

Puisque l'édition de juillet ne sera plus publiée, je vous souhaite un bel été… s'il peut arriver !

**Line Prévost, inh., B.A., réd. a.**
Coordonnatrice aux communications

1. LENOIR, Y. (s. d.). *Être compétent, détenir des compétences : au cœur de la réforme du système d'enseignement québécois*. Université de Sherbrooke, 9 p. [https://www.usherbrooke.ca/crcie/fileadmin/sites/crcie/fichiers/Articles_et_chapitres/Textes_disponibles/YL-Competence_s_.pdf].

**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., M. Éd.

**Administrateurs**
Josée Boudreault, inh., Geneviève Chevrier, inh., Roselyne Hétu, inh., Sylviane Landry, inh., Nathalie Lehoux, inh., Cédric Mailloux, inh., Karine Pellerin, inh., Dominique Plante, inh., Annie Quenneville, inh., B. Sc. (trésorière), France St-Jean, inh., Gabrielle St-Pierre, inh., Isabelle Truchon, inh. (1re vice-présidente)

**Administrateurs nommés par l'Office des professions**
Anne-Marie Hébert, Lucie Lafontaine, Alain Martineau, Jean-Pierre Tremblay

PERMANENCE

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

**Directrice des affaires juridiques**
Me Andréanne LeBel

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

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

**Coordonnatrice aux communications**
Line Prévost, inh., B.A., réd. a.

**Coordonnatrice au développement professionnel**
Marise Tétreault, inh., M.A.

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

**Inhalothérapeute-conseil**
Pierrette Morin, inh., DESS en enseignement

**Adjointe exécutive**
Clémence Carpentier

**Adjointe administrative aux affaires juridiques**
Anie Gratton

**Adjointe administrative à l'inspection professionnelle**
Marie Andrée Cova

**Intérim - Adjointe administrative au Tableau des membres**
Poste vacant

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

COMMUNICATIONS

**Responsable**
Line Prévost, inh., B.A., réd. a.

**Collaborateurs**
Bernard Cadieux, inh., M. Sc., M.A.P., Me Magali Cournoyer-Proulx, Sandra Di Palma, inh., C. Adm., Me Andréanne LeBel, Pierrette Morin, inh., DESS en enseignement, Marise Tétreault, inh., M.A., Marco Zaccagnini, inh., AACC, M. Sc. (c)

**ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2018**
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**
Graphe Studio

**Publicité**
CPS Média
Dominic Desjardins, conseiller publicitaire
43, avenue Filion, Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R0
Tél. : (450) 227-8414 • Téléc. : (450) 227-8995
Courriel : ddesjardins@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

Envoi de publication : contrat no 400 647 98

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

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

# MOT DU PRÉSIDENT

## Épuisement professionnel : sujet chaud !

Pratique clinique qui se complexifie et attentes élevées, travail en accéléré pour suffire à la demande sans cesse grandissante, ressources dominées par les exigences organisationnelles, sentiment de devoir faire plus avec moins, vous connaissez ? On comprend que les inhalothérapeutes, qui désirent répondre aux plus hauts standards d'exercice, se montrent anxieux, stressés, dépassés et vulnérables.

Au cours des dernières semaines, nous avons reçu quelques appels de membres inquiets quant à leur responsabilité professionnelle. Qu'il s'agisse d'exercer certaines activités, pour lesquelles ils disent manquer de connaissances et de formation, ou encore parce qu'épuisés et obligés de faire un énième quart de travail supplémentaire, ils ne se sentent pas à la hauteur des attentes et craignent l'erreur.

Le nombre de personnes au bord de l'épuisement professionnel dans le secteur de la santé ne cesse de croitre selon bon nombre d'articles et de reportages sur le sujet ces derniers mois. Surcharge de travail, temps supplémentaire obligatoire (TSO), pression organisationnelle, etc. : peu importe les causes, l'épuisement professionnel résulte d'un déséquilibre entre les tâches à accomplir et les moyens dont nous disposons pour les réaliser. Dans un article paru dans *Le Devoir* en 2015[1], on rapportait une nette recrudescence des troubles de la santé mentale qui occasionnent un taux élevé d'incapacité au travail. Ce phénomène s'est intensifié au cours de dix dernières années. Ainsi, l'organisation du travail et le stress engendré sont-ils — encore et plus que jamais — des sujets chauds !

Un fait nouveau nous inquiète aussi, car une pénurie de main-d'œuvre en inhalothérapie se profile en filigrane. Plusieurs facteurs y concourent : nombreux départs à la retraite, abandon de l'exercice pour réorientation de carrière, le milieu de la santé ne répondant plus aux attentes, difficultés grandissantes pour les maisons d'enseignement d'attirer une clientèle dans les programmes collégiaux, avec une incidence directe sur le faible taux de diplômés et corollairement sur l'offre de services. Le cercle vicieux guette !

Nous sommes au fait de la situation vécue par nos membres sur le terrain. Nous suivons de près l'actualité des dernières semaines. Bien que le rôle de l'Ordre ne soit pas de s'immiscer dans l'organisation du travail, nous sommes préoccupés par l'impact éventuel de l'épuisement professionnel des inhalothérapeutes et du manque chronique de ressources sur la prestation de soins sécuritaires et, conséquemment, sur la protection du public.

Nous gardons espoir qu'une nouvelle positive concernant le rehaussement de la formation initiale au niveau universitaire pourrait pallier l'insuffisance de ressources en suscitant un intérêt nouveau pour la profession. Croyez bien qu'appuyé dans ses démarches par le Collège des médecins, précieux allié, l'OPIQ fait tout ce qui est en son pouvoir pour mener ce dossier à la conclusion souhaitée.

Le printemps, bien qu'il tarde à arriver, offre l'occasion du renouveau. Si tout va bien, c'est donc sous peu que les inhalothérapeutes se verront reconnaitre l'activité d'évaluation de la condition cardiorespiratoire des patients symptomatiques et la prescription de médicaments* pour la cessation tabagique. Et, printemps oblige, je demeure optimiste quant à une éventuelle annonce sur la formation initiale…

** À l'exception du bupropion et de la varénicline.*

**Référence**


1 HARVEY, R. « Augmentation de l'incapacité au travail ». *Le Devoir*, édition du 23 mai 2015 [https://www.ledevoir.com/societe/science/440531/troubles-de-sante-mentale-augmentation-de-l-incapacite-au-travail].


**Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.**
Président


| | |
|---|---|
| Banque Nationale | 30 |
| Code Bleu Placement en Santé | 2 |
| La Capitale assurances générales | 11 |
| RIIRS | 12 |
| UQAT | 22 |


**index des annonceurs**

# A WORD FROM THE PRESIDENT

## Professional burnout : a hot topic !

Clinical practice becoming more complex with higher expectations, working in fast-forward mode to meet the ever increasing demand, resources dominated by organization requirements, the feeling of having to do more with less, ever heard about it ? One understands why respiratory therapists who want to meet the highest standards of practice seem anxious, stressed out, overwhelmed, and vulnerable.

In the past weeks, we have received calls from some members worried about their professional responsibility. That it concerns the practice of certain activities, for which they mention missing the knowledge and training, or because being fatigued and obligated to do an umpteenth overtime work shift, they do not feel up to expectations and they are afraid of making a mistake.

The number of people on the verge of professional burnout in the health sector keeps going up according to many articles and reporting on the subject in the last months. Work overload, mandatory overtime, organization pressure, etc. : whatever the causes, professional burnout results from an imbalance between the tasks to accomplish and the means at our disposal to accomplish them. A 2015 article published in *Le Devoir*[1] reported a net upsurge in mental health-related problems responsible for a higher rate of work disability. This phenomenon has intensified over the last ten years. That is why work organization, and the stress it induces, are still, more than ever, hot topics !

A new fact also worries us because a workforce shortage in respiratory therapy is looming. There are multiple contributing factors : many retirements, professional career change, the health sector does not live up to expectations, increasing difficulty for learning institutions to attract a clientele toward collegiate programs thus having a direct impact on low graduation rates and, consequently, on the service offer. The vicious cycle threatens !

We are aware of the real-life situation our members experience on the ground. For the past weeks, we have been closely following the news. Even though the OPIQ does not interfere in the organization of work, we are concerned about the potential impact of professional burnout on respiratory therapists and the chronic deficiency of resources needed to provide safe services, and thus, to protect the public.

We hope that positive news about raising the initial training to the university level could offset the resources inadequacy by sparking a new interest in the profession. Know that with this process backed by our precious ally, the *Collège des médecins*, you can believe that the OPIQ is doing all in its power to lead this issue toward the conclusion we are all hoping for.

Spring, even with its late arrival, presents a chance for renewal. If all goes well, respiratory therapits will soon be recognized for the activity of cardiorespiratory condition assessment of symptomatic patients and for the prescription of tobacco cessation medication*. And, since this is spring, I remain hopeful about a possible announcement regarding the initial training…

* *Except bupropion and varenicline.*

**Reference**


1 HARVEY, R. « Augmentation de l'incapacité au travail ». *Le Devoir*, édition du 23 mai 2015 [https://www.ledevoir.com/societe/science/440531/troubles-de-sante-mentale-augmentation-de-l-incapacite-au-travail].



**Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.**
President

compétence B

# Passe-moi le dico… à nouveau !

par **Marise Tétreault**, inh., M.A. (communication et santé),
coordonnatrice au développement professionnel, OPIQ.

***Parce qu'il est essentiel qu'un langage commun et de sens uniforme soit utilisé d'un inhalothérapeute à l'autre, voici un mini lexique sur le thème des compétences.***

# Compétences

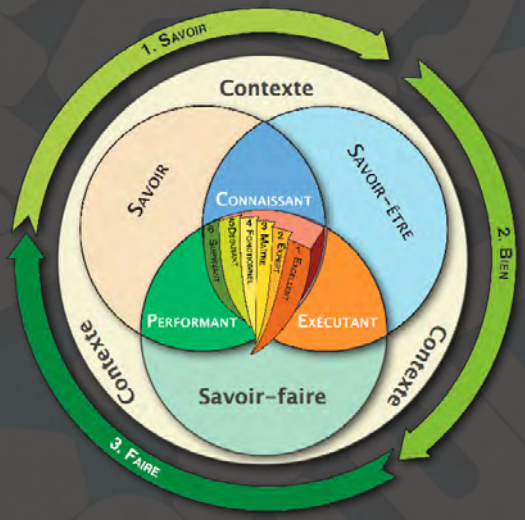
| Sujet | Définition |
|---|---|
| **Compétence**[1] | Un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations. |
| **Compétence professionnelle**[2] | La compétence professionnelle est la disposition à mobiliser ses ressources, ses aptitudes, ses capacités et ses habiletés dans le but de résoudre des problèmes liés à des évènements prévisibles ou fortuits dans un contexte professionnel. |
| | Ensemble reconnu, éprouvé et intégré de représentations et de ressources (savoir, savoir-être et savoir-faire) mobilisées par une personne (opérations mentales) dans divers contextes. (Inspiré de Le Boterf (1994) et de Boudreault (2004). |
| **Savoir**[3] | Représente les connaissances que l'apprenant devra utiliser pour comprendre et expliquer la situation de travail, les circonstances, les évènements et les tâches à réaliser. |
| **Savoir-agir**[4] | Ce sont les variétés de ressources internes et externes. En d'autres mots, ce sont les savoirs, savoir-faire et savoir-être. |
| **Savoir-être**[5] | Spécifie les **attitudes**, **comportements** ou **qualités** que l'apprenant devra manifester lors de la réalisation de ses tâches professionnelles. |
| **Savoir-faire**[6] | Spécifie les protocoles, **directives**, **instructions**, **procédures**, **méthodes**, **techniques**, **façons de faire ou pratiques** que l'apprenant devra réaliser, pour réussir ses activités professionnelles selon le seuil d'entrée sur le marché du travail. |

**Références**

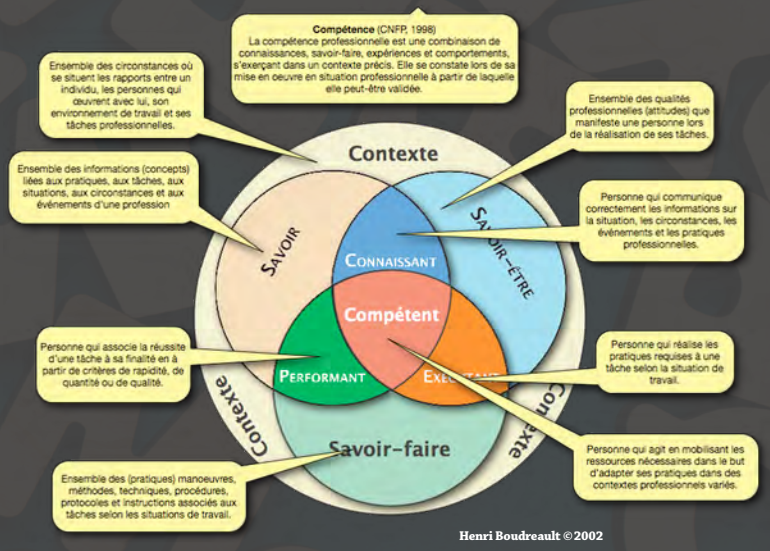

1. TARDIF, J. 2007. *L'évaluation des compétences – Documenter le parcours et le développement*. Chenelière Éducation, p. 22.
2. BOUDREAULT, H. 2013. «Glossaire». Site Internet *Formation professionnelle* [www.supor.org/glossaire/c.html].
3. BOUDREAULT, H. (s. d.). *Glossaire – S* [https://didapro.me/glossaire-2/s/]. Cité dans P. Morin, *Référentiel de compétences de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, 2018, à paraitre.
4. MORIN, P. Cette définition provient de plusieur sources.
5. *Ibid.*
6. *Ibid.*
7. BOUDREAULT, H. 2013. «Représentations». Site Internet *Formation professionnelle* [http://www.supor.org/representations/].


## Représentations de la compétence (H. Boudreault)[7]

### Compétence

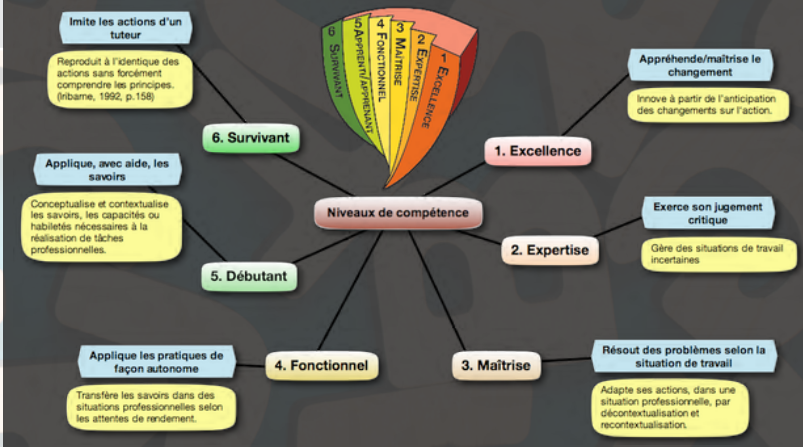



### Compétence professionnelle




### Les niveaux de compétence

**Où est le seuil d'entrée sur le marché du travail ?**



# Entre le référentiel et les standards… maitrisons nos compétences !

par **Pierrette Morin**, inh., DESS en enseignement au collégial, inhalothérapeute-conseil à l'admission
et **Marise Tétreault**, inh., M.A., coordonnatrice au développement professionnel, avec la collaboration
de **Sandra Di Palma**, inh., C. Adm., coordonnatrice à l'inspection professionnelle, OPIQ.

## Prémisse

**Pour être compétent, il faut « savoir sélectionner les éléments nécessaires dans le répertoire des ressources, les organiser et les employer pour accomplir une activité professionnelle, résoudre un problème ou réaliser un projet (Montmollin, 1984) ». De même, il faut aussi savoir s'adapter continuellement pour demeurer compétent.**

**Considérant la complexité grandissante des situations cliniques, les multiples changements organisationnels, l'essor de l'interdisciplinarité et des nouvelles technologies, l'approche par compétences s'avère une avenue incontournable pour soutenir l'amélioration de la pratique professionnelle de tous les inhalothérapeutes.**

**Par conséquent, l'OPIQ travaille à la mise à jour du document *Compétences relatives à l'entrée dans la pratique* qu'il remplacera. Ainsi, l'Ordre possèdera un nouveau *Référentiel des compétences* qui sera le reflet de la pratique contemporaine de l'inhalothérapie. De plus, après avoir pris un virage vers une approche par compétences pour le développement et le maintien des compétences de ses membres, l'Ordre publiait en 2017 des standards de pratique et intégrait l'autoévaluation par compétence dans le processus d'inspection professionnelle.**

### *Référentiel des compétences requises à l'entrée dans la profession**

À première vue, ce sujet peut paraitre rébarbatif, mais il n'en est rien. Ce court article présente les objectifs et les finalités de la formation d'inhalothérapeute, c'est-à-dire les compétences acquises et maitrisées par l'étudiant à l'entrée dans la profession qui lui donnent accès à son droit de pratique. Les douze compétences, qui composent le référentiel, sont inspirées de *Compétences relatives à l'entrée dans la pratique* (OPIQ, 2003) et du *Référentiel national des compétences* (2016), pour permettre une adéquation entre les deux documents et pour favoriser la mobilité de la main-d'œuvre. Tout au long de ce processus, nous avons eu le souci de définir et moduler les compétences aux réalités d'une pratique contemporaine de la profession. Le nouveau référentiel propose donc une approche différente. À la différence du document précédent, ce modèle ne s'appuie pas sur les divers secteurs d'activités, mais présente plutôt toutes les tâches planifiées et exécutées selon l'organisation du travail d'un inhalothérapeute, peu importe le milieu clinique. Ainsi, puisqu'un inhalothérapeute mobilise la majorité des douze compétences lors d'un quart de travail, l'on conçoit aisément qu'elles sont indissociables les unes des autres.

Nous vous proposons un exercice fort simple pour vous aider à comprendre la structure du référentiel. Pensez à votre journée de travail, lisez attentivement le tableau qui suit et posez-vous la question : est-ce que je fais appel à ces compétences durant mon quart de travail ? Pour chaque énoncé, en y réfléchissant bien, vous prendrez conscience que vous recourez à la plupart de celles-ci, lors des nombreuses tâches effectuées pendant la journée.

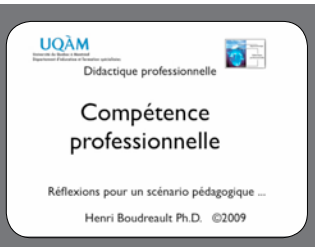
* Document à paraitre en juin 2018.

« [...] l'approche par compétences s'avère une avenue incontournable pour soutenir l'amélioration de la pratique professionnelle de tous les inhalothérapeutes. »

| | Titre de la compétence |
|---|---|
| A | Agir avec professionnalisme |
| B | Communiquer efficacement dans un contexte professionnel |
| C | Évaluer la condition cardiorespiratoire |
| D | Faire preuve de raisonnement clinique et de pensée critique |
| E | Déterminer et instaurer un plan d'intervention thérapeutique |
| F | Appliquer les modalités d'utilisation des divers dispositifs médicaux |
| G | Appliquer les mesures préventives d'asepsie, de santé et de sécurité |
| H | Administrer des médicaments ou autres substances |
| I | Optimiser l'assistance ventilatoire |
| J | Planifier et réaliser des interventions liées à l'assistance anesthésique et à la sédation-analgésie |
| K | Effectuer des épreuves de la fonction cardiorespiratoire |
| L | Exécuter des fonctions administratives |

Cette approche permet ainsi que chaque inhalothérapeute s'y reconnaisse et qu'il s'approprie les douze compétences décrites. Nous souhaitons aussi que tous les futurs candidats à la profession comprennent que l'apprentissage de la profession ne s'effectue pas en silo, mais plutôt dans l'action, qui sollicite de multiples compétences. C'est la base même de l'approche par compétences.

Actuellement en préparation pour l'édition, le référentiel sera publié au mois de juin. Cet outil permettra de faire la démonstration de ce qu'est l'inhalothérapeute compétent ; nous espérons qu'il sera utile pour tous : membres de l'OPIQ, candidats à la profession, professionnels, gestionnaires, enseignants ou patients.




Pour en savoir davantage sur **la compétence professionnelle**

https://didapro.me/videos/competence-professionnelle/

### *Des standards de pratique, un gage de compétence*

Servant d'assise à la pratique professionnelle de tous les inhalothérapeutes, les standards de pratique ont pour objectif d'assister chaque inhalothérapeute dans l'évaluation de ses compétences et, ultimement, dans l'amélioration de sa pratique professionnelle. Pour ce faire, une autoévaluation par compétence a été intégrée au processus d'inspection professionnelle.

Treize (13) standards de pratique ont été déterminés afin d'encadrer la pratique professionnelle d'aujourd'hui.

| | LES STANDARDS DE PRATIQUE ET LES COMPÉTENCES : UN TOUT |
|---|---|
| 1 | COMPÉTENCE 1. COMMUNIQUER EFFICACEMENT DANS SON CONTEXTE PROFESSIONNEL |
| 2 | COMPÉTENCE 2. APPLIQUER LES MODALITÉS D'UTILISATION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX |
| 3 | COMPÉTENCE 3. APPLIQUER LES MESURES PRÉVENTIVES D'ASEPSIE, DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ |
| 4 | COMPÉTENCE 4. PRÉPARER, ADMINISTRER, AJUSTER DES MÉDICAMENTS OU AUTRES SUBSTANCES |
| 5 | COMPÉTENCE 5. ÉVALUER LA CONDITION CARDIORESPIRATOIRE |
| 6 | COMPÉTENCE 6. EFFECTUER DES ÉPREUVES DIAGNOSTIQUES DE LA FONCTION CARDIORESPIRATOIRE |
| 7 | COMPÉTENCE 7. PRODIGUER DES SOINS CARDIORESPIRATOIRES GÉNÉRAUX |
| 8 | COMPÉTENCE 8. OPTIMISER L'ASSISTANCE VENTILATOIRE |
| 9 | COMPÉTENCE 9. EFFECTUER L'ASSISTANCE ANESTHÉSIQUE |
| 10 | COMPÉTENCE 10. DÉTERMINER ET INSTAURER LES PLANS DE SOINS |
| 11 | COMPÉTENCE 11. DÉTERMINER ET INSTAURER DES PROCESSUS DE GESTION |
| 12 | COMPÉTENCE 12. APPLIQUER LES MESURES PROPRES AU DOMAINE DE LA RECHERCHE |
| 13 | COMPÉTENCE 13. AGIR AVEC PROFESSIONNALISME |
| | APPRENDRE DE SES PRATIQUES |

**Illustration 1**. Chaque standard est représenté par un chiffre et une couleur

Chaque standard est représenté par un chiffre et une couleur. Ils sont associés aux compétences requises à la pratique.

**5** ÉVALUER LA CONDITION CARDIORESPIRATOIRE

COMPÉTENCE

| 5.1 Surveiller la condition clinique des patients (suite) | |
|---|---|
| Exercer un jugement clinique optimal. | • Reconnaître la présence et la sévérité des désordres cardiorespiratoires.<br>• Repérer les différents problèmes.<br>• Anticiper les différents problèmes ou complications pouvant survenir.<br>• Prendre les décisions qui s'imposent selon la situation.<br>• Proposer des solutions ou des améliorations. |
| **5.2 Établir l'intervention clinique** | |
| Procéder efficacement aux interventions cliniques auprès du patient. | • Intégrer l'information pour planifier une intervention clinique.<br>• Proposer des solutions ou des améliorations. |
| Évaluer l'efficacité des interventions cliniques. | • Évaluer avant et après l'intervention.<br>• Adapter judicieusement l'intervention clinique en fonction de l'évaluation et des réactions physiologiques du patient. |

Les modalités d'application désignent les activités concrètes liées à chaque exigence attendue dans la pratique clinique quotidienne des inhalothérapeutes. Lorsque l'on se questionne à savoir si l'on répond à une exigence, il est possible de regarder les différentes modalités d'application afin de répondre à la question. Ces dernières ne sont pas limitatives.

Chaque standard regroupe plusieurs éléments. Ces derniers présentent des sous-catégories du standard descriptif général de la compétence.

Les exigences correspondent à ce que l'inhalothérapeute doit faire dans sa pratique afin de répondre aux éléments du standard; on pourrait remplacer ces énoncés par une question.

PLUS DE
220 000 $
EN PRIX À GAGNER

Participez dès maintenant!
partenaires.lacapitale.com/opiq
1 855 441-6015

La Capitale
Assurances générales

Cabinet en assurance de dommages. | **1**. Détails et règlement disponibles au partenaires.lacapitale.com/opiq. Le concours se déroule du 1er juillet 2017 au 31 octobre 2018. La valeur des 10 prix varie entre 1 474 $ et 43 800 $. Chacun des véhicules à gagner est assorti d'une protection Airmedic à vie valant environ 9 500 $ et, si admissible, d'un crédit d'assurance de 500 $. La valeur totale des prix est de 222 474 $. Toutes les valeurs indiquées incluent les taxes. Aucun achat requis. Chaque gagnant devra répondre à une question d'habileté mathématique. Images à titre indicatif seulement. Les prix remis peuvent varier.

« Les standards de pratique et les compétences professionnelles forment un tout complémentaire et indissociable qui contribue au développement professionnel des inhalothérapeutes du Québec. »

Comme l'indique l'illustration 1 à la page précédente, chaque standard est représenté par un chiffre et une couleur et il se décline en trois composantes :

- **l'élément(s)** : descriptif général ;
- **l'exigence** : ce que l'inhalothérapeute doit faire dans sa pratique ;
- **les modalités d'application** : actions attendues dans la pratique (liste non exhaustive).

Interreliés, ils s'adressent à tous les inhalothérapeutes, et ce, peu importe le milieu ou le contexte de pratique. En d'autres mots, ils doivent être mis en pratique dans **toutes les situations cliniques** rencontrées par l'inhalothérapeute dans l'exercice de ses fonctions, indépendamment du milieu d'exercice.

*Note : ce document sera harmonisé avec le* Référentiel des compétences requises à l'entrée dans la profession *à sa publication en juin 2018.*

## Conclusion

Les compétences professionnelles sont un savant mélange de connaissances, d'habiletés, d'attitudes et de jugement. Elles commandent aussi une capacité à les appliquer dans une situation clinique donnée, et ce, sans égard au milieu ni au contexte où sont exercées les activités professionnelles de l'inhalothérapeute.

C'est parce qu'il est convaincu que l'excellence découle de la maitrise des compétences et que tous les inhalothérapeutes ont à cœur de prodiguer des soins et des services sécuritaires et de qualité, que l'OPIQ a pris un virage vers une approche par compétences pour le développement et le maintien des compétences de ses membres. Les standards de pratique et les compétences professionnelles forment un tout complémentaire et indissociable qui contribue au développement professionnel des inhalothérapeutes du Québec.

### Références

DI PALMA, S. 2017. *Standards de pratique, un gage de compétence* (document de référence pour l'outil d'autoévaluation). Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec.

DI PALMA, S. 2017. «Standards de pratique, un gage de compétence». Conférence présentée dans le cadre du 43e congrès annuel de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, les 13 et 14 octobre au Fairmont Le Manoir Richelieu.

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. À paraitre en 2018. *Référentiel des compétences requises à l'entrée dans la profession.*

FUTURES RETRAITÉES

Le RIIRS est pour toutes les infirmières et infirmiers, infirmières et infirmiers auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes **RETRAITÉES**, 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 :***

riirs

**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

compétence B

# Compétence B. Communiquer efficacement dans un contexte professionnel

par **Marise Tétreault**, inh., M.A. (communication et santé), coordonnatrice au développement professionnel, OPIQ.

Une communication efficace améliore la santé des patients. Elle est aussi un élément de renforcement pour la sécurité des patients. De même, une communication de qualité peut améliorer la collecte de données et accroit aussi l'observance au traitement et les résultats cliniques. Ainsi, les habiletés de communication verbales, non verbales et écrites s'inscrivent-elles aujourd'hui parmi les compétences essentielles à la pratique clinique de tout inhalothérapeute puisqu'elles exercent une influence positive sur l'état de santé du patient.

Compte tenu de l'ampleur du sujet et de l'impossibilité de couvrir ici tout ce qui concerne cette compétence, nous vous proposons néanmoins les trois rubriques suivantes :

1. *La communication, le principal outil de travail de l'inhalothérapeute*
2. *Mieux communiquer pour mieux soigner… en français* as well as in English !
3. *Collaboration interprofessionnelle et amélioration de la sécurité*

Bonne lecture !

## 1 *La communication, le principal outil de travail de l'inhalothérapeute*[1]

Si la communication se veut d'abord un outil de collecte et de transmission d'informations, de conseils et de recommandations, elle est aussi une occasion de connaitre et de comprendre la perspective du patient en contexte d'approche centrée sur ce dernier. De même, la communication s'avère un excellent moyen de promotion de la santé, de prévention de la maladie et d'éducation avec les patients et leurs proches.

Pour « être compétent » en communication, il faut, entre autres, connaitre et appliquer les règles générales de bonne pratique clinique et de conversation sociale (étiquette) ainsi que les principes de base en communication verbale et non verbale et de l'écoute active. Alors que pour communiquer efficacement, il faut nécessairement savoir s'exprimer dans un langage clair et simple et s'assurer que le patient a bien compris. En échange, le patient doit pouvoir et savoir poser des questions s'il n'a pas bien compris. Si cela peut paraitre simple en théorie, cela peut s'avérer plus difficile à mettre en pratique clinique. En effet, certains patients peuvent éprouver de la gêne ou des craintes quand vient le temps de s'exprimer ou de poser des questions simples. Un niveau insuffisant de littératie en santé chez un patient représente aussi un risque non négligeable de communication moins efficace.

### À propos de la littératie en santé

- Bien que relativement récent en promotion de la santé et prévention de la maladie, le concept de littératie en santé gagne en importance en contexte de santé publique.
- Selon les plus récents résultats d'évaluation des compétences, 50 % des adultes (16-65 ans) québécois n'atteignent pas le seuil de compétence minimal de 3 (sur une échelle de 1 à 5) en littératie et en numératie.
- Ce résultat laisse croire qu'un grand nombre de Québécois éprouvent de la difficulté à accéder, comprendre et utiliser l'information de manière à promouvoir, maintenir et améliorer leur santé.

### Pour en savoir davantage

- Guide de pratique clinique : *Parler, écouter, écrire : l'art de communiquer en santé* (OPIQ, 2015, p. 21 à 35)
- Formation : OPIQ-3001 : Soignons (aussi) nos communications ! (*Campus OPIQ*, avril 2018)

Pour le patient, l'utilité d'un examen, les causes d'un problème de santé ou les signes de détérioration de sa maladie peuvent être difficiles à comprendre. Parce qu'il est impossible d'être bien compris sans bien communiquer, tant l'inhalothérapeute que le patient peuvent recourir à différentes stratégies. Parmi celles-ci soulignons le programme *Ask me 3* ® créé pour les patients par l'*Institute for Healthcare Improvement*.

Conçu par des experts en littératie en santé, ce programme novateur invite au dialogue en proposant au patient de poser trois questions simples lorsqu'il rencontre son professionnel de la santé. Les réponses à ces trois questions l'aideront à mieux comprendre et à mieux prendre soin de sa santé.

## 2 *Mieux communiquer pour mieux soigner… en français* as well as in English!

Bien qu'au Québec la langue française s'utilise dans nos conversations quotidiennes, l'anglais demeure la langue dominante au Canada. De même, elle est l'une des langues les plus mondialement parlées par les touristes qui nous visitent. Pour ces raisons, les inhalothérapeutes francophones doivent parfois baragouiner l'anglais au travail alors que d'autres devront se débrouiller en français le temps de quelques rencontres cliniques.

Parce qu'il est impossible de bien soigner sans bien communiquer, différents outils linguistiques sont disponibles en français et en anglais pour l'inhalothérapeute qui souhaite améliorer ses compétences en communication. Parmi ceux-ci, soulignons, sans s'y limiter :

***Formations linguistiques***

- Anglais pour le domaine de la santé (UQAM)
  Cette formation aborde différents aspects de la langue anglaise : compréhension et expression orales, acquisition de vocabulaire lié au domaine de la santé, grammaire, exercices et travaux écrits. Les thèmes professionnels abordés sont : poser des questions ; décrire des symptômes, des conséquences, des processus ; donner des instructions ; reformuler, confirmer ; le corps humain ; le vocabulaire et la terminologie de la médecine ; la consultation, comprendre un bilan médical ; tournures et abréviations, etc.

- *French for the Health Sector* (*McGill University*)
  *This course will help you develop the oral and listening skills you need to communicate confidently and effectively as a healthcare professional working with French speaking patients and relatives and other healthcare professionals. This program features : French language instruction specifically for medical environments, workshops with subject-matter experts and site visits to healthcare institutions shadowing medical professionals.*

- *Caring For Your Patients in French*
  (Soignez vos patients en français)
  Cette formation, offerte en ligne par le Collège Éducacentre, s'adresse aux professionnels de la santé ayant une connaissance du français de niveau intermédiaire ou avancé. Les anglophones qui n'ont pas souvent l'occasion de parler français au travail ou dans leur vie quotidienne peuvent également bénéficier de cette formation. La formation propose de nombreuses activités d'apprentissage reliées à la terminologie médicale (exercices en ligne, écoute et prononciation d'expressions, courtes vidéos en français, etc.). Celles-ci sont organisées en fonction de thématiques relatives au domaine de la santé permettant ainsi d'approfondir ses connaissances en langue française dans un contexte de travail ou de communication avec les patients.

***Site Web***

- Soignez en français, ça me parle
  Créé spécifiquement pour les professionnels de la santé, ce site Web propose de visionner et d'entendre des entrevues entre des patients, qui utilisent un langage populaire pour parler de leur maladie, et des professionnels de la santé qui détailleront leur plan d'action à l'aide d'une terminologie médicale adaptée. Les capsules mises en ligne racontent l'histoire de patients vivant dans les provinces du Canada où ils apprécient se faire soigner en français.

***Voici un exemple***
*La toux d'Agathe*, une Fransaskoise habitant maintenant l'Ontario.

### *Application mobile*

- *Caring For Your Patients in French*/
  Soignez vos patients en français

*These 12 anatomical charts can be of use to health professionals or whoever wishes to acquire an overview of basic human anatomy in French. You can, either navigate the application or do a quick search, or click on the designated body part to listen to the French pronunciation. Body parts are identified in both French and English to facilitate reading and navigation. The development of this application was made possible through a financial contribution from Health Canada.* / Ces 12 planches anatomiques seront utiles aux professionnels de la santé ou à quiconque souhaite acquérir les bases de l'anatomie humaine en français. Vous pouvez soit naviguer sur l'application ou faire une recherche rapide sur un terme spécifique ou cliquer sur une partie du corps humain pour écouter la prononciation française. Les parties du corps sont écrites en français et en anglais afin de faciliter la lecture et la navigation. Le développement de cette application a été rendu possible grâce à une contribution financière de Santé Canada.

### Note importante

- **Cours d'anglais** : aux fins d'application du règlement de formation continue, l'OPIQ reconnait un cours d'anglais (langue seconde) à l'inhalothérapeute qui exerce ses activités cliniques auprès d'une clientèle anglophone. Toutefois, **en plus** de répondre aux exigences du *Règlement*, le contenu du cours doit être majoritairement **orienté vers le domaine de la santé**.

- **Cours de français** : aux fins d'application du règlement de formation continue, l'OPIQ **ne reconnait pas** un cours de français (langue seconde), car les membres d'un ordre professionnel doivent déjà avoir une connaissance appropriée du français **à l'entrée** dans la profession (OQLF).

**Référence**

Capsule d'information 3.1 Activités de formation reconnues (2017).

## 3 Collaboration interprofessionnelle et amélioration de la sécurité

La collaboration interprofessionnelle et l'amélioration de la sécurité des patients sont aussi des compétences qui doivent être maitrisées par les professionnels de la santé.

### *Collaboration interprofessionnelle*

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la collaboration professionnelle survient lorsque plusieurs travailleurs de la santé — issus de formations professionnelles différentes — travaillent avec les patients, les familles et les communautés afin de prodiguer des soins de la meilleure qualité possible (traduction libre)[2].

Le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) a pour sa part défini la collaboration interprofessionnelle comme étant le « processus de développement et de maintien de relations de travail interprofessionnelles avec des apprenants et des professionnels, des personnes/patients ou des clients, la famille ou les proches et la communauté qui permettent l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et des services sociaux. Parmi les éléments de la collaboration, mentionnons le respect, la confiance, la prise de décisions partagée et les partenariats »[3]. De même, dans son *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*, publié en 2010, le CPIS reconnaissait que la pratique efficace de la collaboration interprofessionnelle demandait d'abord un savoir, des habiletés et des attitudes particulières chez les professionnels de la santé.

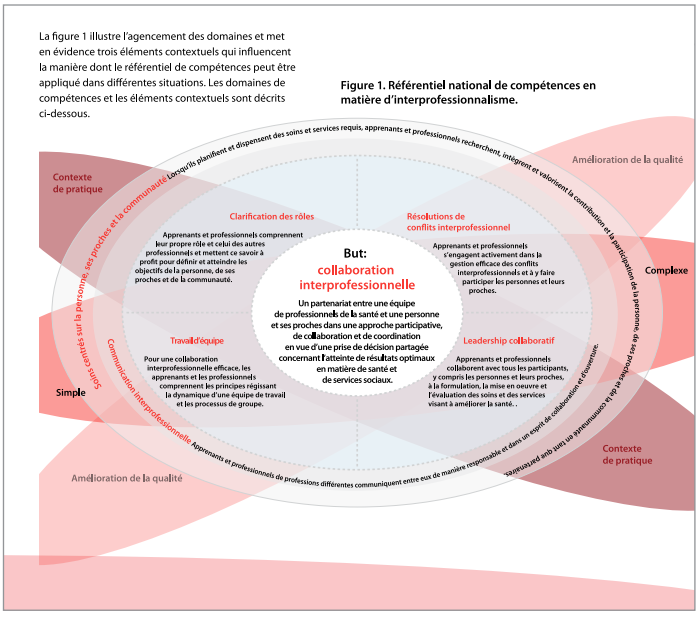
# Compétences

Ainsi, six domaines de compétence ont été identifiés, dont la communication interpersonnelle, afin de faciliter la collaboration interprofessionnelle.

| Nº | Domaine | Définition |
|---|---|---|
| 1 | Communication interpersonnelle | Communiquer avec les intervenants/professionnels de professions différentes de manière responsable et dans un esprit de collaboration et d'ouverture. |
| 2 | Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté | Rechercher, intégrer et valoriser la contribution et la participation du patient/client, de sa famille/ses proches et de la communauté en tant que partenaires dans la planification et la prestation des soins et services requis. |
| 3 | Clarification des rôles | Comprendre son propre rôle et celui des autres intervenants/professionnels et mettre ce savoir à profit pour définir et atteindre les objectifs du patient/client, de sa famille/ses proches et de la communauté. |
| 4 | Travail d'équipe | Comprendre les principes régissant la dynamique d'une équipe de travail en équipe et les processus de groupe. |
| 5 | Leadership collaboratif | Collaborer avec tous les participants, y compris le patient/client et leur famille/proches, à la formulation, la mise en œuvre et l'évaluation de soins et services visant à améliorer la santé. |
| 6 | Résolution de conflits interprofessionnels | S'engager activement dans la gestion efficace des conflits interprofessionnels et y faire participer les patients/clients et leur famille/proches. |

**À savoir**

**La capacité de collaborer est une aptitude évolutive. Chaque compétence s'acquiert tout au long de la vie professionnelle et elle est mise en œuvre dans toute situation d'apprentissage/de pratique professionnelle pertinente.**




Source: Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS), 2010, figure 1, p. 11.

Pour en apprendre davantage, visionner cette capsule *Découvrez les compétences nécessaires à la collaboration interprofessionnelle* par Jean Maziade du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et service sociaux (RCPI).

### *Amélioration de la sécurité des patients*

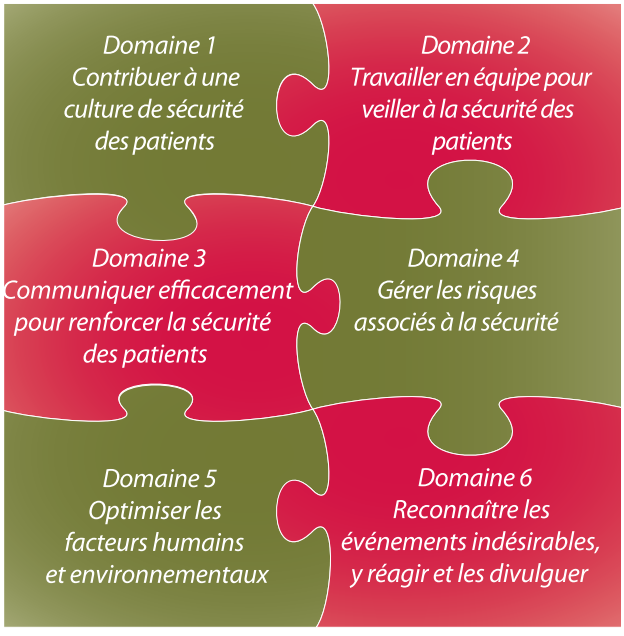
L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), en collaboration avec Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et une vaste équipe d'experts en éducation, a publié en 2008 un document-cadre intitulé *Les compétences liées à la sécurité des patients — L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé*. Les connaissances, les habiletés et les attitudes requises de tous les professionnels de la santé y sont définies.

# Compétences

Six domaines de compétence liés à la sécurité des patients ont été définis, dont la communication efficace[4].

| Nº | Domaine | Définition |
|---|---|---|
| 1 | Créer une culture de sécurité des patients | Prendre l'engagement d'appliquer les connaissances, les compétences et les pratiques liées à la sécurité des patients dans son travail de tous les jours. |
| 2 | Travailler en équipe pour veiller à la sécurité des patients | Travailler en équipes interprofessionnelles pour optimiser la sécurité des patients et la qualité des soins. |
| 3 | Communiquer efficacement pour renforcer la sécurité des patients | Promouvoir la sécurité des patients grâce à des communications efficaces dans le milieu des soins de santé. |
| 4 | Gérer les risques associés à la sécurité | Prévoir les situations qui exposent les patients à des risques afin de pouvoir les reconnaitre et bien les gérer. |
| 5 | Optimiser les facteurs humains et environnementaux | Gérer le lien entre les facteurs humains et environnementaux afin d'optimiser la sécurité des patients. |
| 6 | Reconnaitre les évènements indésirables, y réagir et les divulguer | Reconnaitre la survenue d'un évènement indésirable ou d'un incident évité de justesse et y réagir efficacement pour atténuer le préjudice qu'il cause au patient, faire en sorte qu'il soit divulgué et empêcher qu'il ne se reproduise. |

« [...] la pratique efficace de la collaboration interprofessionnelle demande d'abord un savoir, des habiletés et des attitudes particulières chez les professionnels de la santé, [...] dont la communication interpersonnelle. »




Source: Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), 2008, p. iii.

**Références**


1. LUSSIER T. et C. RICHARD (2005) cités dans Tétreault et collab. 2015, *Parler, écouter, écrire: l'art de communiquer en santé*, © OPIQ, p. 6 [https://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2015/05/e_opiq_guidecomm2014_VF.pdf].
2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2010). *Framework for action on interprofessional education and Collaborative practice*. Genève [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf].
3. CONSORTIUM PANCANADIEN POUR L'INTERPROFESSIONNALISME EN SANTÉ (CPIS). 2010. *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme* [http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf].
4. INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS (ICSP). 2008. *Compétences liées à la sécurité des patients – L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé* [http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/safetyCompetencies/Documents/Les%20Comp%C3%A9tences%20li%C3%A9es%20%C3%A0%20la%20s%C3%A9curit%C3%A9%20des%20patients%20%C3%89dition%20originale.pdf].

compétence B

# Les compétences numériques... vous connaissez ?

par **Marise Tétreault**, inh., M.A. (communication et santé), coordonnatrice au développement professionnel, OPIQ.

## Introduction

Comme nous l'avons lu, dans l'édition d'octobre 2017 de *l'inhalo*, les technologies numériques prennent de plus en plus de place dans notre quotidien, et ce, tant personnel que professionnel. L'essor continu et l'adoption rapide de ces technologies obligent les utilisateurs à développer des compétences numériques et à les maintenir à jour. De ce fait, ces mêmes compétences ne sont plus l'unique apanage des travailleurs du secteur des technologies de l'information et des communications (TIC) puisqu'elles sont désormais recherchées dans plusieurs secteurs d'activité liés au travail.

### Qu'est-ce que les compétences numériques ?[1]

Dans un document portant sur les compétences numériques nécessaires pour soutenir le passage au numérique des PME, publié en 2016 par le Centre facilitant la recherche et l'innovation dans les organisations (CEFRIO), des chercheurs québécois ont proposé deux idées qui ont permis de jeter les bases d'une définition complète et représentative du concept multidimensionnel des compétences numériques.

1. *L'idée de compétences numériques renvoie effectivement aux habiletés techniques des personnes, mais elle tient aussi compte des dimensions collaboratives et cognitives de leurs capacités. Ces trois dimensions — technique, collaborative et cognitive — doivent être évaluées en fonction du contexte organisationnel dans lequel les personnes font l'apprentissage des TIC et les utilisent.*

2. *Compétences numériques et capacité numérique organisationnelle ne sont pas synonymes. Les compétences sont aux individus ce que la capacité est à l'organisation. Cette capacité de l'entreprise de faire usage du numérique est tributaire certes des actifs en place, mais aussi des compétences numériques de ses employés.*

De ces faits, les chercheurs ont ainsi proposé la définition suivante des « compétences numériques » :

*Les compétences numériques représentent la capacité d'un individu à employer ainsi qu'à combiner ses connaissances (son savoir), ses habiletés (son savoir-faire) et ses attitudes (son savoir-être) par rapport aux trois sphères de compétences technologique, sociale et cognitive, afin d'utiliser des technologies de l'information et de communication, nouvelles ou existantes, pour :*

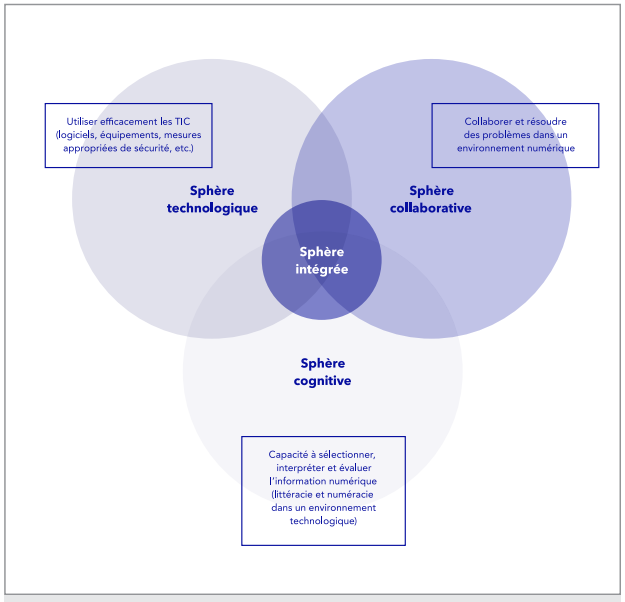
*1) analyser, sélectionner et évaluer de manière critique l'information numérique ;*

*2) résoudre des problèmes et ;*

*3) développer une base de connaissances collaboratives tout en s'engageant dans les pratiques organisationnelles.*

Ainsi, trois grandes familles de compétences forment les compétences numériques :

- ***les compétences techniques*** *: soit la capacité à utiliser efficacement les technologies ;*
- ***les compétences collaboratives*** *: soit la capacité à collaborer et à résoudre des problèmes dans des environnements technologiques ;*
- ***les compétences cognitives*** *: soit la capacité à sélectionner, interpréter et évaluer l'information numérique.*




Source de l'image : CEFRIO, 2016. *Compétences numériques — Des compétences nécessaires pour soutenir le passage au numérique des PME*, p. 10.

### Un manque de compétence qui n'est pas sans conséquence[2]

Les avantages d'être compétent numériquement ne se limitent pas à l'amélioration des résultats du travail et de l'apprentissage en vue de rehausser sa qualité de vie. En effet, la technologie est omniprésente et intégrée dans notre société moderne. De ce fait, les personnes qui présentent des lacunes dans ce domaine sont désavantagées, car elles risquent de ne pas avoir accès aux services gouvernementaux, aux soins de santé, aux renseignements ou à la formation dont elles ont besoin.

« [...] la technologie est omniprésente et intégrée dans notre société moderne et les personnes qui présentent des lacunes dans ce domaine sont désavantagées, car elles risquent de ne pas avoir accès aux services gouvernementaux, aux soins de santé, aux renseignements ou à la formation dont elles ont besoin. »

### Les compétences numériques chez les inhalothérapeutes[3]

Le CEFRIO et le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) ont mené à l'été 2016 une enquête sur les usages du numérique par les membres de douze ordres professionnels (dont l'OPIQ) des domaines de la santé et des relations humaines. Les résultats ont permis de dresser un portrait de leur utilisation de différents appareils (ordinateurs, tablettes numériques, téléphones intelligents) dans leur pratique, de leur évaluation de leurs compétences à utiliser ces outils et des usages qu'ils en font pour rejoindre leur clientèle ou leurs collègues *(voir encadré)*.

### Les compétences numériques chez les natifs numériques (ou «enfants du numérique»)[4]

Des recherches effectuées au Danemark, en Finlande et en Allemagne ont démontré que les milleniums (nés entre 1980 et 2000) ne sont pas aussi compétents sur le plan numérique qu'on le croit. Parmi les résultats obtenus, soulignons ceux-ci :

- *Les écarts les plus importants entre les compétences autoévaluées et les compétences réelles des milleniums ont été constatés au niveau des applications bureautiques, comme les tableurs et les logiciels de présentation. Cela pourrait s'expliquer par la distinction à faire entre le «mode de vie» numérique et les «compétences numériques en milieu de travail».*

Source de l'image: *Tony McNeill from Surbiton, United Kingdom — More digikids*, CC BY-SA 2.0 [https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=40528979].

- *Les jeunes développent, certes, des compétences associées aux médias sociaux, aux jeux, à la musique et à la vidéo en ligne. Cependant, les compétences dont ils ont besoin pour leurs études et leurs futurs emplois resteraient insuffisantes.*

Le rapport synthèse présente les faits saillants des résultats de l'enquête et il est accessible sur le site Web du CEFRIO à l'adresse suivante: [https://cefrio.qc.ca/media/uploader/Rapport-synthse-enquteordre-sprofessionnelsfinal.pdf].

**Références**

1. CEFRIO. 2016. *Compétences numériques — Des compétences nécessaires pour soutenir le passage au numérique des PME* [http://www.cefrio.qc.ca/media/uploader/Cefrio_comp_num-FINAL-simplepage6.pdf].
2. GOUVERNEMENT DU CANADA. 2014. *L'acquisition des compétences numériques de demain* [https://www.ic.gc.ca/eic/site/028.nsf/fra/00041.html].
3. CEFRIO et CIQ. 2016. *Percées du numérique dans la pratique professionnelle en santé et relations humaines* [https://cefrio.qc.ca/media/uploader/Rapport-synthse-enquteordresprofessionnelsfinal.pdf].
4. CEFRIO, 2016. «Compétences numériques des adultes québécois». *NeTendances*, vol. 7, nº 2, p. 9 [http://www.cefrio.qc.ca/media/uploader/Fascicule2016-Comptencesnumriquesdesadultesqubcois-final-5.pdf].

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

- CIQ
  - Comité de la gouvernance
  - Assemblée régulière
  - Forum des syndics — Groupe de travail pour élaborer une formation destinée aux syndics sur l'inconduite sexuelle
  - Rencontre des responsables des dossiers de pratique illégale et usurpation de titres des ordres de la santé
  - Forum des DG
- Rencontre de l'Alliance nationale des organismes de réglementation de la thérapie respiratoire (ANORTR)
- Collège des médecins du Québec
  - Rencontre interdisciplinaire /cessation tabagique et prescription
- FIQ : Rencontre avec les représentants
- Regroupement des ordres de la santé/collaboration professionnelle
- RAMQ : Rencontre des représentants/prescription de médicaments pour la cessation tabagique

## Les prochains congrès

**26-27 octobre 2018**
Hôtel Bonaventure, Montréal

**4-5 octobre 2019**
Hilton Lac-Leamy, Gatineau

**18-19 septembre 2020**
Hôtel Universel, Rivière-du-Loup

## Vous avez à cœur la qualité de la pratique professionnelle ?

L'OPIQ recherche un ou une inhalothérapeute pour un poste d'inspecteur permanent pour soutenir l'équipe de l'inspection professionnelle.

**Intéressé ?** Voyez les exigences ici

# Assemblée générale annuelle des inhalothérapeutes : changements importants

par **Maitre Andréanne LeBel**, directrice des affaires juridiques, OPIQ.

C'est avec grand plaisir que je me suis jointe à la belle équipe de l'OPIQ le 19 février dernier. Croyant fermement que les meilleures idées viennent de vous, lecteurs inhalothérapeutes, je vous invite à m'écrire pour toute proposition de sujets d'ordre juridique à dir.juridique@opiq.qc.ca

Bonne lecture !

## *À go, on vote… différemment !*

### Modifications au *Code des professions*

En devenant inhalothérapeute, vous êtes devenu membre du système professionnel québécois qui vise à encadrer la pratique de certaines professions — dont l'inhalothérapie.

Le système professionnel a pour but d'assurer un service de qualité au public et à protéger ce dernier contre des abus éventuels de la part de professionnels. Il repose sur une loi-cadre : le *Code des professions*. Cette loi, entre autres choses, régit les 46 ordres professionnels chargés de la protection du public. Elle prévoit la création des différentes instances et établit des règles de contrôle de l'exercice des professions, comme l'inspection professionnelle et le bureau du syndic. Elle fixe également les obligations qui s'appliquent à tous les ordres professionnels et à leurs membres.

Le cadre du système professionnel a récemment fait l'objet d'une refonte[1] principalement en ce qui a trait :

- à la gouvernance des ordres professionnels et de l'Office des professions ;
- aux mécanismes d'admission aux professions ;
- au processus disciplinaire.

C'est en vertu du *Code des professions* que tous les membres d'ordres professionnels ont l'obligation d'aviser leur ordre dans les 10 jours après avoir été informés qu'ils font l'objet d'une décision judiciaire ou disciplinaire ou d'un recours en responsabilité professionnelle. Depuis le 8 juillet 2017, les professionnels doivent de plus informer leur ordre, dans ce même délai, lorsqu'ils font l'objet d'une poursuite pour une infraction punissable de 5 ans d'emprisonnement ou plus[2].

Certaines dispositions visent le fonctionnement des ordres professionnels en général, alors que d'autres ont des impacts directs sur les professionnels, notamment celles concernant l'assemblée générale annuelle qui sont abordés ci-dessous.

### Assemblée générale annuelle

Des changements ont été apportés quant aux sujets qui nécessiteront un vote en assemblée générale annuelle (AGA). Ils s'appliqueront lors de la prochaine assemblée, qui se tiendra le 26 octobre 2018 à l'Hôtel Bonaventure à Montréal.

| Avant la tenue de l'AGA | | Pendant l'AGA | Aprés l'AGA |
|---|---|---|---|
| **AU MOINS 30 JOURS AVANT L'AGA** | **PHASE DE CONSULTATION** | **AGA** | **DÉCISION PAR LE CA** |
| Les membres recevront :<br>• L'information relative au montant de la cotisation professionnelle et un projet de résolution, pour commentaires.<br>• Le projet du rapport annuel et une prévision budgétaire pour l'exercice financier visé par la cotisation professionnelle, incluant le détail de la rémunération des administrateurs élus (à être approuvé par les membres lors de l'AGA). | Les membres seront invités à transmettre leurs commentaires. | La Secrétaire de l'Ordre fera rapport de la consultation des membres concernant le montant de la cotisation annuelle. Les membres réunis en assemblée seront ensuite consultés à nouveau. | Les commentaires émis seront considérés par le Conseil d'administration qui adoptera le montant définitif de la cotisation professionnelle lors de sa prochaine réunion. |

Nouveaux articles 85.1, 103.1 et 104 du *Code des professions*.

Ainsi, lors de la prochaine AGA, les inhalothérapeutes :

- approuveront la rémunération des administrateurs élus ;
- nommeront les vérificateurs chargés de vérifier les livres et comptes de l'Ordre ;
- seront **consultés** au sujet du montant de la cotisation annuelle *(voir les détails du nouveau processus à la page précédente)* ;
- prendront connaissance du rapport des activités de l'OPIQ, incluant les états financiers, pour l'année qui vient de se terminer.

Le tableau au bas de la page précédente illustre la façon dont la loi prévoit que **le montant de la cotisation professionnelle sera établi par le Conseil d'administration, après consultation des membres de l'Ordre**.

Il faut comprendre que plusieurs changements répondent entre autres aux préoccupations exprimées dans le rapport de la Commission d'enquête sur l'octroi et la gestion des contrats publics dans l'industrie de la construction (la « commission Charbonneau »). Puisque les ordres professionnels se financent essentiellement par les cotisations annuelles de leurs membres, l'abolition du vote par ceux-ci quant à son augmentation vise à éviter une insuffisance des sommes et ressources nécessaires aux activités des ordres professionnels liées à la protection du public, tels le Bureau du syndic, le comité de discipline et l'inspection professionnelle. Dans le même esprit, les ordres professionnels sont tenus à une reddition de compte accrue envers l'Office des professions quant à la suffisance de leurs activités du point de vue de la protection du public.

Nous espérons vous voir en grand nombre lors de l'assemblée générale annuelle à laquelle vous serez convoqués à la fin de l'été 2018.

1. La plupart des dispositions sont entrées en vigueur le 8 juin 2017. D'autres sont entrées en vigueur depuis ou prochainement, selon le délai nécessaire à leur mise en place prévu par la *Loi modifiant le* Code des professions.
2. Pour déterminer si une infraction est punissable de 5 ans d'emprisonnement ou plus, consultez les dispositions du *Code criminel* ou de la loi qui sont citées dans l'acte d'accusation ou dans la sommation.

# Avis de limitation du droit d'exercice

Avis est par les présentes donné que lors de sa séance du 13 avril 2018, le comité aux instances de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec a, à la suite des recommandations du comité d'inspection professionnelle et en vertu de l'article 55 du *Code des professions*, limité le droit de madame France Rodrigue, inhalothérapeute (85038), travaillant à Shawinigan, d'exercer toute activité professionnelle aux soins critiques et à l'urgence, milieux cliniques dans lesquels elle peut exercer aux seules fins des stages et cours de perfectionnement qui lui ont été imposés.

La décision du comité aux instances étant exécutoire le jour de sa signification à l'inhalothérapeute concernée, la limitation du droit d'exercice de madame Rodrigue est donc en vigueur depuis le 17 avril 2018. Son permis d'exercice sera limité jusqu'à l'atteinte des objectifs des stages et de la réussite des cours de perfectionnement imposés.

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

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

# Un inhalothérapeute en mission humanitaire à Haïti

par **Marco Zaccagnini**, inh., AACC*, B. Sc. S., M. Sc. (c), Hôpital général de Montréal, CUSM.

Comme bon nombre de mes collègues, je me suis toujours senti privilégié de travailler comme inhalothérapeute. Les connaissances et le savoir-faire acquis durant ma formation, appliqués chaque jour à ma pratique professionnelle, m'apportent une profonde satisfaction. Ayant souvent ressenti le besoin de « donner au suivant », j'avais comme objectif professionnel la participation bénévole dans une organisation d'aide humanitaire pour les plus démunis.

Imaginez mon enthousiasme lorsqu'un collègue, inhalothérapeute à Halifax, m'a mis en contact avec *Team Broken Earth (TBE)*, organisme sans but lucratif regroupant des professionnels de la santé, fondé en 2011 par le Dr Andrew Furey, orthopédiste terre-neuvien. Ce dernier, de retour au pays, après avoir participé aux secours urgents portés à la population haïtienne touchée par le séisme de 2010 et se questionnant sur l'impact réel de son aide aux citoyens, se promit d'y retourner avec une équipe médicale compétente et adaptée à la situation. Ainsi, depuis 2010, des équipes médicales provenant d'un bout à l'autre du Canada participent à des missions d'une semaine, partagées en travail clinique auprès de la population et en sessions d'éducation et de formation au profit des professionnels de la santé d'Haïti.

Dès le début, j'ai remarqué qu'il n'y avait aucune équipe québécoise au sein de *TBE*. C'est surprenant lorsqu'on considère que 97 % des Haïtiens canadiens résident au Québec principalement en raison de leur aisance à parler français[1]. Pour moi, ce fait et notre proximité avec cette île militaient en faveur de la création d'un groupe *TBE* à Montréal. Ainsi, après de nombreux échanges avec le Dr Furey et son équipe, par courriels et conférences téléphoniques, on m'autorisa à utiliser la dénomination officielle *Team Broken Earth*. Qu'est-ce que ça veut dire concrètement ? Cela signifie qu'ils offrent tout le soutien logistique nécessaire à la formation d'une équipe. Ils fournissent la plateforme qui comptabilise les dons et délivre les reçus pour fin d'impôt ; ils organisent les vols, l'hébergement sur place, les repas et ils produisent un rapport détaillé des coûts pour connaitre l'allocation précise des contributions financières.

J'ai par la suite présenté le projet et toutes les informations afférentes aux départements d'orthopédie et d'anesthésie de l'Hôpital général de Montréal du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Ils cherchaient justement l'opportunité d'offrir du soutien médical à un pays à faible revenu et Haïti est estimé le pays le plus pauvre de l'hémisphère ouest[2]. Nous avions le sentiment que se concentrer sur les soins orthopédiques serait plus bénéfique considérant l'impact socioéconomique des handicaps causés par le séisme[3]. Dr Furey a visité Montréal pour rencontrer les orthopédistes et leur présenter des conférences sur les soins de santé en Haïti et les étapes-clés de *TBE*.

> « L'expérience médicale et les amitiés acquises font de moi un meilleur professionnel, avec une perspective clinique et émotionnelle différente. »

Pendant le mois précédant notre départ, l'équipe entière a contacté plusieurs donateurs potentiels, commerciaux et privés, dans le but d'obtenir les ressources nécessaires. Nous avons eu la chance de recevoir des dons et de l'équipement, entre autres de la part du CUSM et d'établissements scolaires. Nous avons ensuite rempli des sacs de voyage de 115 litres avec tout l'équipement et nous avons embarqué sur un vol de 4,5 heures en direction de Port-au-Prince, sans un second regard des services frontaliers. La semaine qui suivit fut l'une des plus mémorables à vie !

Après avoir franchi sans incident la douane avec tout l'équipement médical, les représentants de *TBE* sur place nous ont accueillis avec enthousiasme. Le temps de charger notre équipement dans un camion et nous étions en route vers l'Hôpital Bernard Mevs, où nous avons été gentiment reçus à l'unité des bénévoles par les membres du *TBE*. Nous avons alors commencé notre orientation.

L'Hôpital Bernard Mevs est le seul centre de soins intensifs/traumatologie de Port-au-Prince. Il héberge 10-12 lits de soins intensifs néonatals et pédiatriques et 6 lits de soins intensifs adultes avec possibilité de ventilation mécanique. Elle possède un tomodensitomètre et un appareil à rayon X sur place, 3 salles d'opération avec des unités de soins, un service d'urgence de 24 h et une pharmacie. Les services pour les patients externes incluent la médecine familiale, l'obstétrique, la gynécologie, la physiothérapie et les soins de plaies[4].

* Assistant en anesthésie clinique certifié.

En pleine action, Dr David Bracco, anesthésiologiste, Dre Lina Pietropaoli, résidente en anesthésiologie et soins intensifs et Marco Zaccagnini, inhalothérapeute, à droite.

La première équipe médicale de Montréal était composée d'un orthopédiste, d'un neurochirurgien, d'un gynécologue, d'un anesthésiologiste, d'un microbiologiste, d'un inhalothérapeute et de personnel infirmier. Tous les membres de l'équipe, résolus à améliorer la vie des patients haïtiens, convergèrent en une unité dévouée et efficace réalisant 27 interventions en 5 journées opératoires. La variété des cas incluait : le drainage pour des infections de hanches et de genoux, le débridement de fasciite nécrosante, la réparation de tendons, la réparation de fractures du tibia et du fémur, ainsi que l'excision de fibromes utérins et de sarcomes au bras chez les enfants et les adultes.

L'anesthésiologiste et moi faisions fonctionner deux salles d'opération en même temps pour satisfaire la longue liste de patients. Pour pallier le manque d'agent halogéné et pour éviter les complications liées à l'anesthésie générale, nous recourrions à l'anesthésie régionale et neuroaxiale lorsque possible. Les salles d'opération étaient convenablement équipées avec des appareils d'anesthésie et des moniteurs assez récents. Le matériel d'intubation difficile incluait un laryngoscope fiable, une bougie d'Eschman, une sélection de dispositifs supraglottiques, dont des masques laryngés ainsi… qu'un peu de chance ! Nous avons saisi chaque occasion offerte pour transmettre nos connaissances et notre savoir-faire à l'équipe médicale locale. Nous participions aux tournées médicales des soins intensifs et nous avons présenté des exposés cliniques pertinents comme l'ultrasonographie diagnostique au chevet, l'échantillonnage et l'interprétation des gaz artériels ainsi que le sevrage ventilatoire. Les équipes de *TBE* étant très présentes à l'Hôpital Bernard Mevs, les employés sont habitués aux étrangers qui arrivent pour leur prodiguer soins et enseignement. L'équipe *TBE*-Montréal fut particulièrement bien accueillie en raison de notre langue commune. Tout le travail clinique et éducationnel s'est effectué en français, ce qui fut apprécié par tous les Haïtiens.

On me demande souvent pourquoi j'ai participé à cette aventure. Le travail humanitaire est simplement la continuation des soins que je fournis aux patients d'ici. Travailler auprès de la population haïtienne et prendre conscience des difficultés quotidiennes qu'elle doit surmonter m'apprend à apprécier mon milieu clinique, en ce qui concerne les équipements et les installations. Prodiguer des soins médicaux dans cet environnement s'est avéré un défi et a mis à l'épreuve mes connaissances et aptitudes à des degrés variables. J'en retire la satisfaction de savoir que j'ai fait une différence dans la vie de quelqu'un. L'expérience médicale et les amitiés acquises font de moi un meilleur professionnel, avec une perspective clinique et émotionnelle différente.

L'avenir de ce projet repose sur une contribution à la viabilité de la mission de *TBE*. Au plan international, l'Hôpital général de Montréal s'est engagé à visiter Haïti deux fois par an pour faire du travail clinique, présenter des conférences et organiser des ateliers d'apprentissage. Localement, nous désirons intégrer ces deux semaines aux programmes de résidence en anesthésie de McGill pour fournir aux résidents une expérience opératoire pratique, quoiqu'intense. Ils mesureront ainsi la pleine responsabilité des soins prodigués aux patients et seront mis au défi de fournir l'anesthésie appropriée dans un environnement inconnu. Personnellement, j'espère aussi étendre ce projet à d'autres entités du CUSM pour permettre à d'autres inhalothérapeutes, infirmières, résidents et médecins de vivre cette expérience unique. Au moment d'écrire ces lignes, *TBE* Montréal vient tout juste de terminer une mission et en planifie une autre à l'été 2018.

***Si vous souhaitez mettre sur pied votre propre équipe, je vous encourage à me contacter marco.zaccagnini@muhc.mcgill.ca ou zaccagnm@mcmaster.ca ou à visiter le site Internet de TBE pour toutes informations nécessaires*[5].**

*Les photos sont reproduites avec l'aimable autorisation de* Team Broken Earth.

**Références**


1. STATISTICS CANADA. 3 mai 2013. *National Household Survey*, Statistics Canada, catalogue nº 99-010-x2011028.
2. LA BANQUE MONDIALE. Mise à jour 2 octobre 2017. La Banque mondiale en *Haïti — présentation* [http://www.worldbank.org/en/country/haiti/overview].
3. GOSSELIN, R.A., SPIEGEL, D.A., COUGHLIN, R., ZIRKLE, L.G. «Injuries : the neglected burden in developing countries». *Bulletin of the World Health Organization*, 2009 ; 87 (4) : 246. doi : http://dx.doi.org/10.2471/BLT.08.052290.
4. PROJECT MEDISHARE. Mise à jour novembre 2017. *Volunteer information packet — Hospital Bernard Mevs* [http://projectmedishare.org/wp-content/uploads/2017/11/HBM-Volunteer-Information-Packet-_v11.17.pdf].
5. TEAM BROKEN EARTH. (s. d.). *A Canadian Medical Relief Initiative Website* [https://brokenearth.ca].

ENGLISH VERSION

# Humanitarian mission in Haiti

by **Marco Zaccagnini**, RRT/CCAA*, BHSc, MSc (c), Montreal General Hospital, MUHC

As so many of my colleagues, I have always felt privileged to work as a Registered Respiratory Therapist (RRT). The knowledge and skills I acquire through my daily professional practice have provided me with a deep level of satisfaction in my work. I consider myself fortunate regarding my education and the accomplishments that have arisen from it. Still, I have always felt the need to share my skills with those less fortunate. From the beginning, my professional goals included participating in a voluntary and humanitarian capacity for those less fortunate.

Therefore, I was excited when an RRT colleague of mine from Halifax put me in contact with *Team Broken Earth (TBE)*, a non-profit group of Canadian healthcare professionals. Team Broken Earth was conceptualized by Dr Andrew Furey, an orthopedic trauma surgeon from Newfoundland who visited Haiti amidst the 2010 earthquake to participate in emergency relief. Upon returning he questioned *how much* he actually helped the citizens and vowed to return with an appropriate medical team. Since 2010, medical teams from coast-to-coast participate in week-long medical relief missions consisting of clinical work, educational opportunities and hosting symposiums for the healthcare workers of Haiti.

From the beginning I noticed that the organization's presence was lacking in Québec. This really surprised me considering 97% of Canada's Haitian population resides in Québec and choose to do so because of their fluency in the French language.[1] Our close proximity to the island also facilitates and contributes to the importance of creating a Montreal faction of TBE.

I began by exchanging emails and conference calls with Dr Furey and his team. After some back and forth communication, he authorized us to use the official Team Broken Earth name. What exactly does that mean? It means TBE provides all the logistical coordination necessary to facilitate the creation of a team. They provide the platform to accumulate donations and provide tax-deductible receipts. They set up the flights, on-site accommodations, meals and provide a detailed cost breakdown to outline where the monetary contributions are allocated.

> « The medical experience I have gained and the friends I have made has improved my clinical and emotional perspective as a healthcare practitioner. »

After our exchanged emails and his approval, I compiled this information and presented it to the orthopedic and anesthesia departments at the Montreal General Hospital of the McGill University Health Centre (MUHC). They were looking for an opportunity to provide medical relief work to a lower-income country. Haiti is largely considered the poorest in the western hemisphere.[2] The feeling was that our orthopedic focus would be most beneficial considering the magnified socioeconomic impact that injury-related disability has on low-income countries.[3] Dr Furey even flew into Montreal to lecture at orthopedics grand rounds on the topic of healthcare in Haiti and TBE's milestones.

In the months leading to our first trip, the entire team furiously contacted potential private and industry donors to obtain needed medical equipment. We were fortunate enough to receive equipment and monetary donations from the MUHC and educational institutions, amongst others. We then packed our 115 L duffel bags with equipment

Dr David Bracco, anesthesiologist, Dr Ahmed Aoude, resident in orthopedics, Dr Lina Pietropaoli, resident in anesthesiology and intensive care, and Marco Zaccagnini, RRT, on the right.

* Certified Clinical Anesthesia Assistant.

Dr David Bracco, anesthesiologist, Dr Lina Pietropaoli, resident in anesthesiology and intensive care, and Marco Zaccagnini, RRT, with a patient. Below, Dr Bracco and Marco: fist-bump for great results.

and boarded the 4.5-hour direct flight from Montreal to Port-au-Prince, Haiti without a second glance from security. What came next was one of the most memorable work weeks I have ever experienced.

We uneventfully crossed customs with our medical supplies and were enthusiastically greeted by representatives of TBE. They loaded our equipment onto a large truck and took us to Bernard Mevs Hospital where we were kindly welcomed at the volunteer quarters by TBE staff and began our orientation.

Bernard Mevs Hospital is the only critical care/trauma center in Port-au-Prince. It is home to a 10–12 bed PICU/NICU and 6-bed adult ICU with mechanical ventilation capacity. It has an on-site CT scanner and X-ray, 3 operating rooms with inpatient wards, a 24-hour emergency department and pharmacy. Outpatient services include family medicine, obstetrics/gynecology, physical therapy and wound care.[4]

The inaugural Montreal medical team was comprised of orthopedic, neurosurgery, gynecology, infectious diseases, anesthesia and nursing support staff. Each member of the team was dedicated to improving the lives of Haitian patients and immediately converged into a hardworking, efficient unit that performed 27 cases in five operating days. The variety of cases included: draining septic hips and knees, debridement for necrotizing fasciitis, tendon repairs, tibial and femoral fracture repairs, and excision of uterine fibroids and large arm sarcoma in both infants and adults.

The anesthetist and I concurrently ran two operating rooms to accommodate the large patient list we were faced with. Due to a shortage of inhaled anesthetic and to avoid the complications involved with general anesthesia, our perioperative plan included regional and neuraxial anesthesia where applicable. The operating rooms were reasonably well furnished with fairly up-to-date anesthesia machines and monitoring devices. Our advanced airway management tools included a trusty laryngoscope, a bougie, a vast array of supraglottic airways and a little luck. We took every opportunity available to teach local staff our clinical and didactic knowledge. We participated in ICU bedside rounds and presented clinically relevant presentations such as bedside ultrasound diagnostics, ABG sampling/interpretation and practitioner-led ventilator weaning.

Since TBE has had such a presence in Bernard Mevs Hospital, the workers are accustomed to outsiders arriving to teach and provide clinical care. TBE-Montreal was welcomed all the more so because of our mutually shared language. We delivered our work, lectures and care completely in French which was appreciated by all Haitians.

I am often asked why I did it. Humanitarian work is simply an extension of the care I provide for my patients here in Québec. Working and perceiving the situations Haitians live through every day gives me a greater appreciation for the material and commodities, we have in Canada. Providing medical care in this environment has not been without its challenges and has fully tested my medical knowledge and technical skills to varying extremes. The satisfaction occurs from knowing that everything I teach and everything I do have completely changed someone's life. The medical experience I have gained and the friends I have made has improved my clinical and emotional perspective as a healthcare practitioner.

The future of this project lies in contributing to TBE's mission of sustainability. At the international level, the Montreal General Hospital has committed to return to Haiti on a bi-annual basis to work clinically, host formal conferences and organize workshops. At the local level, our goal is to integrate this week of work into the residency programs so that McGill anesthesia can provide a practical yet extremely intense operative experience for trainees. They will learn first-hand what it means to take FULL responsibility for the patient's care and will be challenged to provide the appropriate anesthetic care in an unfamiliar environment. I also hope to extend this project to other units in the MUHC to allow other RRTs, RNs, residents and attending physicians to experience this unique experience in medicine. At the time of writing this article, TBE-Montreal has just completed a return trip with plans for another excursion in the summer of 2018.

***For further information about forming your own team I encourage you to contact me marco.zaccagnini@muhc.mcgill.ca or zaccagnm@mcmaster.ca or to visit the TBE website for all needed information.***[5]

*Photos are reproduced with the kind permission of Team Broken Earth.*

**References**


1. STATISTICS CANADA. 3 mai 2013. *National Household Survey*, Statistics Canada, catalogue No. 99-010-x2011028.
2. THE WORLD BANK. «Haiti. Overview.» [http://www.worldbank.org/en/country/haiti/overview]. Updated Oct. 2, 2017
3. GOSSELIN, R.A., SPIEGEL, D.A., COUGHLIN, R., ZIRKLE, L.G. «Injuries: the neglected burden in developing countries». *Bulletin of the World Health Organization*, 2009; 87 (4): 246. doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.08.052290.
4. PROJECT MEDISHARE. Updated November 2017. *Volunteer information packet — Hospital Bernard Mevs* [http://projectmedishare.org/wp-content/uploads/2017/11/HBM-Volunteer-Information-Packet-_v11.17.pdf].
5. TEAM BROKEN EARTH. (s. d.). *A Canadian Medical Relief Initiative Website* [https://brokenearth.ca].

# L'assurance prêt hypothécaire, utile ou pas ?

par **le service de rédaction**, Banque Nationale.

Puisque l'acquisition d'une propriété apporte son lot de responsabilités, il n'est jamais trop tôt ou trop tard pour découvrir les multiples avantages d'une assurance prêt hypothécaire, une protection qui pourrait vous éviter bien des soucis en cas d'invalidité, de maladie grave ou de décès.

Au Québec, neuf propriétaires sur dix doivent contracter une hypothèque pour acheter leur résidence principale, indique l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, 2016). Comme les Québécois versent une mise de fonds moyenne de 29 % du prix de leur maison, les nouveaux propriétaires emménagent dans leur nouvelle demeure avec une dette initiale moyenne d'environ 130 000 $. Cet emprunt peut cependant augmenter considérablement pour les habitants des grands centres urbains. Par exemple, en mars 2017 dans la grande région de Montréal, le prix moyen d'une maison unifamiliale était de 368 000 $, et celui d'un condo, de 288 000 $, indique la Société canadienne d'hypothèques et de logement.

Vu l'effervescence du marché immobilier au Québec et le maintien au plancher des taux d'intérêt depuis plusieurs années, l'endettement hypothécaire atteint maintenant des sommets, indique l'ISQ. Si un ménage sur deux met 15 à 20 ans pour rembourser son hypothèque, près d'un propriétaire sur six n'y parvient pas avant 30 ans. Toujours selon l'ISQ, près d'un propriétaire sur quatre âgé de 65 ans n'a toujours pas remboursé son hypothèque en arrivant à l'âge de la retraite.

C'est dire comment une dette hypothécaire peut vous suivre une grande partie de votre vie. De là l'importance de protéger la valeur de ce passif au moyen d'une assurance prêt.

## Au-delà de l'assurance vie, assurer les vivants

Personne n'est à l'abri d'une malchance ou d'un malheur : accidents, maladies, décès… En cas de décès, une assurance prêt versera directement le solde assuré de votre prêt hypothécaire à votre institution financière plutôt que de verser l'argent à la succession. Ceci évite des délais et assure que les sommes versées libéreront vos proches d'un fardeau, tout en leur assurant un héritage substantiel : votre propriété payée.

Il est également important de savoir que pendant une période d'arrêt, selon l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), une personne assurée par un régime d'assurances collectives au travail reçoit généralement entre 60 % et 85 % de son salaire. L'assurance prêt invalidité peut alors aider à maintenir votre niveau de vie en couvrant la portion assurée de vos versements hypothécaires. Ce mécanisme diminue vos dépenses et libère des liquidités pour payer les frais d'hospitalisation, soins, médicaments, et déplacements découlant de votre condition médicale. Autre avantage de cette assurance prêt : vous demeurez libre de changer d'emploi sans jamais perdre cette protection.

## Protégez vos économies

Qu'arriverait-il si vous ne pouviez plus travailler pendant un certain temps ? Une personne sans protection financière risque d'épuiser ses économies et ses REER pour maintenir son niveau de vie. Voilà pourquoi le meilleur moment pour adhérer à une assurance invalidité est quand vous êtes en santé.

Cette logique s'applique aussi dans le cas d'une maladie grave. Qui n'a pas un proche qui a souffert d'une crise cardiaque, d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'un cancer, les trois maladies pour lesquelles le plus de réclamations sont payées au Canada ? Étant donné l'augmentation de l'espérance de vie, les probabilités sont plus grandes de souffrir d'un de ces problèmes de santé. À titre d'exemple, alors que deux Canadiens sur cinq souffriront d'un cancer au cours de leur vie, 60 % y survivront pendant au moins 5 ans. Chez les personnes atteintes d'un AVC, ce chiffre grimpe à 75 %.

Or, si vous combattez la maladie, l'important est de pouvoir vous concentrer sur la chose qui compte le plus : guérir. Protéger votre emprunt pourrait vous libérer d'une grande responsabilité en cas de diagnostic de maladie grave. Ainsi, le montant assuré de votre prêt hypothécaire serait payé par l'assureur directement à l'institution financière et vous n'aurez pas à vous en soucier.

Aussi excitant que le projet d'acheter une propriété puisse être, il est recommandé de protéger votre principal actif avec une assurance prêt hypothécaire.

**Découvrez les privilèges offerts aux inhalothérapeutes dans le cadre de nos forfaits exclusifs. Les détails sur bnc.ca/specialistesante.**

© 2018 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés.

BANQUE NATIONALE

Réalisons vos idées[MC]

# On s'occupe de vos finances.

# On vous laisse le soin des patients.

## Économisez jusqu'à **1 035 $*** annuellement.

Adhérez à l'offre exclusive
pour les **spécialistes en sciences de la santé**.

bnc.ca/**specialiste-sante**

* Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Platine, *World Mastercard*[MD] ou *World Elite*[MD] *Mastercard*[MD] de la Banque Nationale. L'économie annuelle potentielle de 1 036 $ est une illustration de ce qui peut être obtenu par un détenteur de l'offre. Elle est basée sur le profil type d'un détenteur de l'offre qui détient ce qui suit : un forfait bancaire équivalent au forfait Le Total[MD]; une carte de crédit *World Elite Mastercard*; une marge hypothécaire Tout-En-Un Banque Nationale[MD] avec un solde annuel courant de 150 000 $; une marge de crédit personnelle avec un solde annuel courant de 25 000 $, le tout avec une bonne cote de crédit auprès des bureaux de crédit. L'économie a été calculée de la manière suivante : absence de frais mensuels liés aux transactions incluses dans le forfait Le Total (économie annuelle de 311 $), plus un rabais annuel de 0,25 % sur le taux de la marge Tout-En-Un (économie annuelle de 375 $), plus un rabais annuel de 2,00 % sur le taux de la marge personnelle (économie annuelle de 500 $), moins le montant des frais annuels liés à la carte de crédit *World Elite Mastercard* pour un an. Ces rabais représentent la différence entre ce que pourrait avoir un client ne faisant pas partie de l'offre, et un client qui en fait partie. Certaines conditions d'admissibilité s'appliquent, pour plus de détails, visitez bnc.ca/specialiste-sante. Il se peut que l'économie potentielle ne représente pas l'économie nette que vous obtiendrez, puisqu'elle varie selon votre situation financière.

[MC] RÉALISONS VOS IDÉES est une marque de commerce de la Banque Nationale du Canada. [MD] MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International Incorporated, employées sous licence par la Banque Nationale du Canada. [MD] LE TOTAL et TOUT-EN-UN BANQUE NATIONALE sont des marques déposées de la Banque Nationale du Canada. © 2018 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés.

# Compétent ? Bien sûr… Négligent ? Mais voyons donc !

par **Bernard Cadieux**, inh., M.A.P., M. Sc., syndic et Maitre **Magali Cournoyer-Proulx**, avec la collaboration de **Pierrette Morin**, inh., DESS en enseignement collégial, inhalothérapeute-conseil à l'admission et **Marise Tétreault**, inh., M.A. (communication et santé), coordonnatrice au développement professionnel.

Grâce aux connaissances spécifiques acquises durant votre formation et à l'expérience professionnelle, vous avez développé les aptitudes et habiletés vous permettant d'exercer votre profession selon les standards les plus élevés.

La mise à jour et le perfectionnement de ces connaissances et habiletés, comme prescrit par le *Code de déontologie des inhalothérapeutes* et le *Règlement sur la formation continue obligatoire*, vous permettent de maintenir à jour votre compétence, véritable pierre angulaire de l'exercice de votre profession.

Puisque vous êtes un inhalothérapeute compétent, êtes-vous automatiquement à l'abri de tout acte de négligence, d'insouciance ou de toute erreur ? Êtes-vous automatiquement absout de tout recours en responsabilité professionnelle ou de plainte disciplinaire ?

La présente chronique a pour objectif de conscientiser les inhalothérapeutes, même les plus compétents, à certains risques liés à la pratique professionnelle. En distinguant les différentes notions et en nous appuyant sur des exemples jurisprudentiels et des citations d'ouvrages reconnus, nous désirons rappeler aux membres que ce n'est pas tout d'être compétent. Encore faut-il mobiliser son savoir-agir avec prudence et diligence.

« Puisque vous êtes un inhalothérapeute compétent, êtes-vous automatiquement à l'abri de tout acte de négligence, d'insouciance ou de toute erreur ? Êtes-vous automatiquement absout de tout recours en responsabilité professionnelle ou de plainte disciplinaire ? »

## Compétence, négligence, insouciance, vigilance… Ça veut dire quoi ?

Vous êtes un professionnel compétent, mais vous avez oublié de faire un traitement. Ou vous avez donné le mauvais médicament. Vous avez omis de vous enquérir de la façon d'utiliser un nouvel appareil. Avez-vous été négligent ? Avez-vous fait preuve d'insouciance ? Avez-vous commis une erreur ? Voici quelques définitions (adaptées de certains dictionnaires [1,2,3]) permettant d'illustrer ces concepts :

| | |
|---|---|
| **Compétence** | *Ensemble de qualités qui permettent à un travailleur de satisfaire aux exigences d'une fonction donnée. La compétence est faite à la fois d'aptitudes, d'attitudes et de connaissances acquises par l'expérience ou la formation dans un domaine particulier.*<br>**Mise en garde** : la connaissance étant le fait de connaitre quelque chose, l'acquisition de connaissances ne devient pas un gage absolu de compétence. Des professionnels ayant suivi une formation sur un sujet donné et n'ayant pas assimilé la matière n'ont pas, dans les faits, la compétence requise pour poser un acte en lien avec ce sujet. |
| **Incompétence** | *Manque de connaissances ou d'habiletés pour faire quelque chose. Qui ne sait pas faire ce que sa profession ou sa fonction exige.* |
| **Négligence** | *Attitude d'une personne dont l'esprit ne s'applique pas à ce qu'elle fait ou devrait faire. Manque d'attention, de vigilance à l'égard des choses, d'évènements. Manque de soin, d'application dans l'exécution d'une tâche. Faute due au manque de rigueur, de soin. Faute consistant à ne pas accomplir un acte qu'on aurait dû accomplir.* |
| **Faute** | *Manquement à la règle morale, à une règle, aux devoirs qui découlent d'un contrat de travail ou d'une activité réglementée. Manquement à une norme. Acte ou omission constituant un manquement à une obligation légale ou conventionnelle dont la loi ordonne la réparation quand il a causé à autrui un dommage matériel, pécuniaire ou moral.* |
| **Erreur** | *Lorsqu'on se trompe.* |
| **Insouciance** | *Nonchalance, qui manque d'ardeur… Qui ne se préoccupe de rien.* |
| **Vigilance** | *Surveillance attentive, sans défaillance.* |
| **Inconscience** | *Absence de jugement, de conscience claire. Qui caractérise un être ou qui se marque dans certains de ses actes.* |
| **Inattention** | *Faute d'étourderie, manque d'attention.* |
| **Distraction** | *Manque d'attention, habituel ou momentané, aux choses dont on devrait normalement s'occuper, l'esprit étant absorbé par un autre objet.* |
| **Inadvertance** | *Défaut d'attention, défaut d'application à quelque chose.* |
| **Oubli** | *Défaillance de la mémoire, portant sur des connaissances ou aptitudes acquises. Fait de ne pas effectuer ce qu'on devait faire.* |

## La compétence : selon quels standards ?

En droit de la responsabilité professionnelle, la compétence d'un professionnel s'apprécie selon le critère du professionnel prudent et diligent, placé dans les mêmes circonstances. C'est-à-dire qu'on doit se demander si le professionnel a exercé avec la compétence et la diligence ordinairement requises de la part d'un praticien moyen ou ordinaire et non le meilleur ou le moins qualifié[4].

Dans le *Référentiel des compétences requises à l'entrée dans la pratique des inhalothérapeutes* à paraitre en juin, l'OPIQ retient la définition de Tardif (2006), à savoir : « la compétence est un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations[5]. »

Comment détermine-t-on si une personne a agi de manière prudente et diligente ? L'auteur Pierre Deschamps[6] propose l'analyse suivante :

> « La principale caractéristique de la personne prudente et diligente est **qu'elle prévoit ce qui est raisonnablement prévisible**. C'est celle qui, non seulement se comporte de façon prudente et diligente et ne nuit pas à autrui, mais également **ne crée pas et ne tolère pas de situations dangereuses sur lesquelles elle exerce un contrôle ou qui puissent constituer un piège**, soit une situation intrinsèquement dangereuse, non apparente et anormale. C'est celle qui **respecte les normes élémentaires de prudence** qui s'imposent à elle ou qui découlent des circonstances. C'est celle qui **informe autrui des dangers cachés** reliés à une activité ou à l'utilisation d'un produit ou d'un objet. La personne raisonnable, c'est également celle qui veille à sa propre sécurité en ne courant pas de risques indus ou encore **en ne commettant pas d'imprudences graves** compromettant sa sécurité. » *(caractères gras ajoutés)*

Il faut aussi savoir que selon les règles de la responsabilité civile, le professionnel a droit à l'erreur comme le rappelle ce même auteur :

> « Le droit de la responsabilité civile admet que l'erreur est humaine et qu'une personne puisse commettre des maladresses qui sont le lot de la condition humaine, de même que de toute activité humaine, sans avoir à en répondre envers autrui. Ainsi, le droit de la responsabilité civile n'exige pas la perfection. Il ne requiert pas de quelqu'un qu'il prévoie toutes les éventualités susceptibles de se produire dans un contexte donné. Ce serait là exiger la perfection, ce que le droit civil n'exige pas de la part d'une personne. On doit donc admettre que des accidents puissent survenir sans qu'il soit possible d'en reporter les conséquences sur une personne. »

Évidemment, le droit à l'erreur présuppose que le professionnel ait agi de manière prudente et diligente et qu'il ait fait preuve de compétence. Le Tribunal doit aussi se placer à l'époque des évènements pour jauger l'existence d'une faute[7]. Il ne doit pas se fier à la vision parfaite que permet le recul[8].

### La compétence et la pratique professionnelle en inhalothérapie

La compétence est LA valeur au cœur de la pratique de toutes les professions réglementées, dont l'inhalothérapie. Les professionnels doivent, dans leur quotidien, agir de manière compétente pour offrir des soins et services sécuritaires et de qualité.

L'OPIQ, lié par son mandat de protection du public, a publié en 2017 un document de référence qui décrit les 13 standards attendus pour une pratique sécuritaire et de qualité. Ces standards, issus des compétences requises par l'inhalothérapeute à l'entrée dans la pratique[9], font référence aux connaissances, aux habiletés, aux attitudes et au jugement nécessaires pour exercer la profession ainsi qu'à la capacité de les appliquer dans une situation clinique donnée[10].

Afin d'assurer le maintien et le développement de leurs compétences professionnelles, les inhalothérapeutes doivent se conformer au règlement relatif à la formation continue obligatoire qui prescrit un minimum de 30 heures de formation pour chaque période de référence de 2 ans[11].

Bien que la définition donnée précédemment parle d'elle-même, la négligence dans la pratique professionnelle de l'inhalothérapie se caractérise par un ensemble de gestes qui peuvent causer un préjudice aux patients qui reçoivent des soins et services, par exemple :

- une évaluation incomplète, inadéquate ou erronée de l'état clinique cardiorespiratoire ;
- un manque de surveillance ou de suivi clinique qui peut s'expliquer par le fait que les professionnels n'appliquent pas, par exemple, les règles associées à une procédure, un protocole de soins ;
- une omission de soins ou de services ;
- le non-respect de protocoles, de procédures ou de règles de bonnes pratiques qui permettent d'offrir des soins et traitements sécuritaires et de qualité qui répondent aux standards de pratique reconnues par la profession.

La négligence peut être sans conséquence apparente, causer de l'inquiétude au patient, ou encore, entrainer des séquelles temporaires ou permanentes, voire causer un décès. À cet égard, il convient de rappeler la nécessité de bien consigner au dossier la condition clinique, tous les actes posés auprès du patient et les réactions du patient aux soins et services, comme prévu dans les normes de tenue de dossier[12].

Les inhalothérapeutes doivent en tout temps faire preuve de jugement professionnel et, au besoin, solliciter l'avis ou l'aide d'un collègue ou d'un autre professionnel habilité. Ils doivent aussi tenir compte des limites de leurs connaissances, de leurs aptitudes et des moyens dont ils disposent. Il faut à tout prix éviter de tomber dans le piège de se laisser guider par la routine et par des automatismes acquis au fil des années. La perte de vigilance dans l'exécution des actes professionnels peut conduire à des situations tragiques. Une mauvaise évaluation de la condition clinique d'un patient et le défaut de poser les actes requis font courir des risques aux patients.

### Illustration

Au cours des dernières années, le conseil de discipline a eu à sanctionner la conduite négligente de certains inhalothérapeutes.

Dans une première affaire[13], une inhalothérapeute s'est vu imposer une période de radiation temporaire d'un mois après avoir admis sa négligence et plaidé coupable au chef d'infraction qui lui reprochait de ne pas avoir pris les mesures ou procédés adéquats pour assurer une bonne fixation du tube endotrachéal, visant à assurer une assistance ventilatoire optimale. L'absence de malice ou de mauvaise intention de la professionnelle n'a pas été jugée comme étant pertinente dans l'évaluation de la sanction à lui imposer. Voici comment le conseil de discipline s'est prononcé à cet égard :

> « Elle admet avoir fait preuve de négligence, à l'égard du patient visé au chef numéro 4 de la plainte, en ne prenant pas l'initiative de le raser afin d'assurer une meilleure fixation du tube endotrachéal.
>
> [...]
> Le procureur de l'intimée a souligné, à quelques reprises, l'absence d'intention fautive ou malveillante de sa cliente au soutien du caractère punitif des sanctions proposées par le procureur de la plaignante, ce à quoi a répliqué celui-ci, à juste titre, que la faute disciplinaire n'est pas une simple faute technique pas plus qu'elle ne doit comprendre un élément de malice ou de mauvaise foi.
>
> En effet, la faute disciplinaire constitue un manquement important aux règles ou aux normes applicables en la matière. La plaignante n'a pas à établir que tous les manquements reprochés à l'intimée procédaient d'une intention coupable, mais qu'ils ont plutôt résulté de sa négligence ou de son manque de connaissance ou de compétence.
>
> [...]
> Le conseil de discipline en retient que dans le présent dossier, les fautes déontologiques reprochées à l'intimée ont constitué un écart suffisamment grave aux normes ou aux règles de l'art en matière de soins cardiorespiratoires généraux qu'il en est résulté une violation des obligations de prudence, de diligence, d'habileté et de compétence qui lui incombaient, et ce, indépendamment d'une preuve de mauvaise foi, de malveillance ou d'intention volontaire de la part du professionnel. »

Dans une autre affaire[14], une inhalothérapeute s'est également vu imposer une radiation temporaire d'un mois pour avoir fait preuve de négligence en ne s'informant pas des techniques pour opérer un nouvel appareil.

Enfin, dans une autre décision qui date de 2006[15], un inhalothérapeute fut condamné au paiement d'une amende de 1 000 $ pour avoir outrepassé les limites des actes professionnels qu'il lui était permis de poser en procédant à une endoscopie bronchique (bronchoscopie) sur une patiente. Dans sa décision, le conseil a reconnu que le professionnel était un inhalothérapeute compétent, mais qu'il avait contrevenu aux normes les plus élevées de la profession et posé un acte dérogatoire à l'honneur ou à la dignité de sa profession :

> « [30] En l'espèce, l'intimé n'a aucun antécédent disciplinaire et il pratique comme inhalothérapeute depuis 13 ans. La preuve documentaire a d'ailleurs révélé qu'il s'agit d'un professionnel compétent, dont l'évaluation faite par son employeur en 2003-2004 révèle un professionnel au-dessus de la moyenne.
>
> [...]
> [32] La version des faits des différentes personnes présentes lors de ces évènements amène le comité à conclure que l'intimé, par sa manœuvre, a possiblement soulagé la patiente et qu'il s'est senti contraint d'agir de la sorte en raison de l'absence d'intervention efficace des personnes en autorité auprès de la patiente. Il avait donc une intention tout à fait louable en tentant de faire ce qu'il jugeait nécessaire pour sauver la patiente. Cependant, il n'en demeure pas moins qu'il ne pouvait procéder lui-même à une bronchoscopie, cet acte étant réservé aux seuls médecins. »

Dans un dossier de responsabilité professionnelle[16], la Cour supérieure a condamné un centre hospitalier et deux de ses inhalothérapeutes à verser une somme de trois millions de dollars à une famille en raison d'importantes séquelles subies par un enfant de 2 ans. Celui-ci a subi des dommages irréversibles au cerveau après avoir manqué d'oxygène, en plus de subir un arrêt cardiaque.

De l'avis du tribunal, les inhalothérapeutes ont commis deux fautes qui constituent la cause de l'arrêt cardiaque et du manque d'oxygène. D'abord, par leur utilisation d'un circuit ventilatoire adulte chez l'enfant en prévision de son transfert par ambulance. L'Hôpital de Dolbeau-Mistassini n'avait jamais auparavant transféré un enfant de 25 mois dans cet état et ne possédait pas de circuit ventilatoire pédiatrique. La Cour conclut comme suit :

> « [274] Les inhalothérapeutes [...] font défaut de s'assurer de ventiler Émilio avec l'équipement adéquat, sachant que le circuit ventilatoire utilisé est un circuit pour adulte et non pour enfant. Ce faisant, elles n'agissent pas en inhalothérapeutes prudentes et diligentes placées dans les mêmes circonstances. »

La deuxième faute retenue est la surveillance fautive de l'enfant par l'une des deux inhalothérapeutes dès après le branchement du respirateur *Crossvent* au tube endotrachéal. La Cour s'exprime comme suit :

> « [282] Les manœuvres d'auscultation, d'observations cliniques et de vérification de la saturation sont également répertoriées dans le document de normes en soins critiques publié par l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec [147], comme étant des actes cliniques posés par l'inhalothérapeute. Quant à la manœuvre de revérification du volume expiré à l'aide d'un spiromètre de Wright, elle est prévue au protocole du respirateur Crossvent utilisé au CSSSMC.
>
> [283] [L'inhalothérapeute] n'exécute aucune de ces manœuvres lorsqu'elle branche le respirateur portatif Crossvent dans l'ambulance. Elle ne vérifie pas le thorax d'Émilio et ne sait donc pas s'il bouge. Elle n'ausculte pas Émilio pour s'assurer du passage de l'air vers les poumons. Elle ne jette aucun regard au saturomètre. Elle ne revérifie pas le volume d'air expiré avec le spiromètre de Wright.
>
> [...]
> [285] Elle souligne en outre au Tribunal que le geste d'auscultation est un geste de routine et qu'elle l'a posé des "milliers de fois pour des patients ventilés et curarisés". L'auscultation est d'une importance telle que le docteur Fiset prend la peine de souligner au Tribunal que : "Si [l'inhalothérapeute] avait ausculté lors du branchement, nous ne serions pas ici".
>
> [286] Le Tribunal conclut que ces omissions constituent une faute de surveillance de l'inhalothérapeute [...]. »

## Comportements à adopter

En terminant, voici un rappel de comportements à privilégier au quotidien pour éviter les aléas d'un recours disciplinaire ou en responsabilité professionnelle :

- faire preuve de vigilance ;
- ne pas se laisser guider par la routine et par les automatismes dans les gestes posés ;
- éviter de banaliser les soins et services à dispenser à une clientèle connue ;
- s'assurer d'avoir les compétences requises pour détecter les signes de détérioration ou d'amélioration significatifs ;
- aviser le médecin lorsque l'état de santé évolue favorablement ou non et transmettre les informations pertinentes ;
- chercher à obtenir l'aide requise ou demander conseil au besoin ;
- connaitre et respecter les standards de pratique, lignes directrices, protocoles, procédures, techniques, règlements, lois, etc. ;
- assurer une tenue de dossier optimale afin de colliger les informations confirmant que tous les moyens raisonnables ont été déployés pour assurer des soins sécuritaires, et de qualité ainsi qu'un continuum de services optimal ;
- rapporter les situations qui menacent la prestation de soins sécuritaires.

Surtout, rappelez-vous que personne n'est infaillible et que même l'inhalothérapeute le plus compétent peut, dans certaines circonstances, commettre une faute ou faire preuve de négligence... En étant attentif et vigilant et en suivant ces quelques conseils, il y a fort à parier que vous saurez éviter les pièges et les situations qui peuvent vous placer à risque de conduite fautive ou négligente.

## ANNEXE
## Articles du *Code de déontologie* qui se rapportent à la négligence[17] :

- **Article 2**. L'inhalothérapeute doit appuyer toute mesure susceptible d'améliorer la qualité et la disponibilité des services professionnels d'inhalothérapie.
- **Article 4**. L'inhalothérapeute doit exercer sa profession selon les normes les plus élevées et, à cette fin, il doit tenir à jour et perfectionner ses connaissances et habiletés. L'inhalothérapeute doit de plus chercher constamment à améliorer ses attitudes et, au besoin, à les corriger.
- **Article 5**. L'inhalothérapeute doit favoriser les mesures d'éducation et d'information en inhalothérapie. Il doit aussi poser les actes nécessaires pour que soit assurée cette fonction d'éducation et d'information.
- **Article 6**. Avant de poser un acte professionnel, l'inhalothérapeute doit tenir compte des limites de ses connaissances, de ses aptitudes et des moyens dont il dispose.
- **Article 8**. L'inhalothérapeute doit s'abstenir d'exercer sa profession dans un état ou des conditions susceptibles de compromettre la qualité de ses services ou la dignité de la profession.
- **Article 11**. Si le bien du client l'exige, l'inhalothérapeute doit consulter un membre de l'Ordre ou un membre d'un autre ordre professionnel, ou le diriger vers l'une de ces personnes.
- **Article 11.1**. L'inhalothérapeute doit, dès qu'il en a connaissance, dénoncer tout incident ou accident qui résulte de son intervention ou de son omission. L'inhalothérapeute ne doit pas tenter de dissimuler un tel incident ou accident. Lorsqu'un tel incident ou accident a ou peut avoir des conséquences sur la santé d'un client, l'inhalothérapeute doit prendre sans délai les moyens nécessaires pour le corriger, l'atténuer ou pallier les conséquences de cet incident ou accident.
- **Article 12**. L'inhalothérapeute doit faire preuve d'une disponibilité et d'une diligence raisonnables.
- **Article 14**. Avant de cesser d'exercer ses fonctions pour le compte d'un client, l'inhalothérapeute doit s'assurer que cette cessation de service n'est pas préjudiciable à son client.
- **Article 15**. L'inhalothérapeute ne peut refuser de prêter ses services lorsque la vie du client est en péril.
- **Article 38**. Outre les actes visés aux articles 59 et 59.1 du *Code des professions* (chapitre C-26)…, est dérogatoire à la dignité de la profession le fait pour un inhalothérapeute :
  - **2°** : d'abandonner volontairement et sans raison suffisante un client nécessitant une surveillance ou refuser sans raison suffisante de fournir des soins et sans s'assurer d'une relève compétente dans le cas où il ne peut raisonnablement assurer une telle relève ;
  - **3°** : d'ignorer ou de modifier une ordonnance médicale ;
  - **4°** : d'inscrire des données fausses dans le dossier du client ou d'insérer des notes sous la signature d'autrui.

### Références


1. DE VILLERS, M.-É. 2015. *Multidictionnaire de la langue française*, 6e édition, Québec Amérique, 1850 p.
2. LE ROBERT. 2009. *Le Nouveau Petit Robert de la langue française*, 2837 p.
3. DION, G. 1986. *Dictionnaire canadien des relations du travail*, 2e éd., Les Presses de l'Université Laval, 993 p.
4. HARRIS C. QUAIN, 1977, nº AZ-77011166, p. 5 (C.A.). Voir aussi *Marcotte et al.* c. *Simard et al.*, C.A. Montréal, 1996, CanLII 6547 (QC CA), nº 500-09-001934-918, 21 mai 1996 [https://www.canlii.org/fr/qc/qcca/doc/1996/1996canlii6547/1996canlii6547.html?autocompleteStr=Marcotte%20c.%20Simard&autocompletePos=1].
5. TARDIF, J. 2006. *L'évaluation des compétences — Documenter le parcours de développement*, Montréal, Chenelière Éducation, 384 p.
6. DESCHAMPS, P. *Responsabilité civile*, Collection de droit 2017-2018, École du Barreau du Québec.
7. *Ter Neuzen* c. *Korn*, 1995, 3 R.C.S. 674 [https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/1300/index.do].
8. *Hôpital général de la région de l'Amiante inc.* c. *Perron*, 1979, C.A., p. 574.
9. OPIQ. 2017. *Les standards de pratique, un gage de compétence — Document de référence pour l'outil d'autoévaluation* [https://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2017/06/OPIQ_StandardsCompetences_VF.pdf].
10. OIIQ. 2005. «La compétence professionnelle, une obligation déontologique», chronique déontologique [https://www.oiiq.org/la-competence-professionnelle-une-obligation-deontologique].
11. *Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, chapitre C-26, r. 172 [http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20172/].
12. OIIQ. 2017. «Négligence dans les soins et traitements», *chronique déontologique* [https://www.oiiq.org/negligence-dans-les-soins-et-traitements].
13. *Inhalothérapeutes (Ordre professionnel des)* c. *Richard*, 2014, CanLII 15519 (QC OPIQ) [https://www.canlii.org/fr/qc/qcopiq/doc/2014/2014canlii15519/2014canlii15519.html?autocompleteStr=Inhaloth%C3%A9rapeutes%20c.%20Richard&autocompletePos=2].
14. *Inhalothérapeutes (Ordre professionnel des)* c. *Pilon*, 2013 CanLII 87328 (QC OPIQ) [https://www.canlii.org/fr/qc/qcopiq/doc/2013/2013canlii87328/2013canlii87328.html?autocompleteStr=Inhaloth%C3%A9rapeutes%20c.%20Pilon&autocompletePos=1].
15. *Inhalothérapeutes (Ordre professionnel des)* c. *Perkins*, 2006 CanLII 81974 (QC OPIQ) [https://www.canlii.org/fr/qc/qcopiq/doc/2006/2006canlii81974/2006canlii81974.html?autocompleteStr=Inhaloth%C3%A9rapeutes%20c.%20Perk&autocompletePos=2].
16. *Tremblay* c. *Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapdelaine*, 2017, QCCS 1727 (CanLII), (décision portée en appel) [https://www.canlii.org/fr/qc/qccs/doc/2017/2017qccs1727/2017qccs1727.html?autocompleteStr=Tremblay%20c.%20Centre%20de%20sant%C3%A9&autocompletePos=4].
17. *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*, C-26, r. 167 [http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20167/].

le grand DÉFI PIERRE LAVOIE

# ÉVÈNEMENTS « C'EST *POUMON* BIEN ! »

### À go, je roule, « c'est *poumon* bien ! »

Le défi de La Boucle du Grand défi Pierre Lavoie est de retour.

Malheureusement, l'Ordre ne sera pas en mesure de renouveler sa participation au défi cette année, et ce, en raison d'un conflit d'horaire.

Nous encourageons les inhalothérapeutes à relever ce défi qui se tiendra le 16 juin prochain dans la magnifique région de Lévis.

**Psitt !** Il nous reste quelques maillots aux couleurs de l'OPIQ. Faites-nous parvenir une preuve d'inscription par courriel à l'attention de MarieAndree.Cova@opiq.qc.ca et nous vous en ferons parvenir un (premier arrivé, premier servi, selon la taille disponible).

CUBES énergie

### À go, je bouge, « c'est *poumon* bien ! »

Le défi des Cubes énergie : c'est parti pour une 2e année !

À l'initiative de l'OPIQ, et en collaboration avec le Grand défi Pierre Lavoie, de nombreuses personnes atteintes d'une maladie pulmonaire chronique feront équipe avec leurs inhalothérapeutes pour relever le défi des Cubes énergie du 30 avril au 28 mai.

L'OPIQ est heureux de compter sur le participation d'inhalothérapeutes qui intègrent la promotion de la santé et la prévention de la maladie au cœur de leurs activités professionnelles. **Bon défi à tous !**

la santé cardiorespiratoire
motivée par les inhalothérapeutes

**Équipe de l'OPIQ** – édition 2017 de La Boucle

**Un mot de Véronique Boudreau, cycliste boucleuse à propos de son expérience de l'an dernier.**

### *Un petit mot pour un grand geste*

*Je tiens à remercier l'OPIQ d'avoir relevé le défi que je leur ai lancé à l'automne 2016 lors de notre congrès annuel.*

*Le défi était de former une équipe qui représente les inhalothérapeutes lors de* La Boucle du Grand défi Pierre Lavoie 2017.

*C'est avec plaisir et fierté que notre équipe a franchi les 135 kilomètres de cette randonnée cycliste ! Cet évènement nous aura fait découvrir des gens de cœur et pour qui la détermination était au rendez-vous.*

*Merci aussi à tous les participants d'avoir donné une visibilité à notre profession pour notre volet prévention :* En santé cardiorespiratoire avec les inhalothérapeutes.

*Merci encore d'avoir relevé ce défi avec moi et surtout de l'avoir fait découvrir à plusieurs d'entre nous.*

**Véronique Boudreau**
Inhalothérapeute CIUSSS de l'Estrie–CHUS

La Boucle

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

# babillardopiq

## Nomination

Le 13 avril 2018, les membres du Conseil d'administration de l'OPIQ ont nommé au sein du Bureau du syndic, madame Marie-Claude Genest, inh., à titre de syndique adjointe.

## Formation continue

**En lien avec le thème de cette édition, le *Campus OPIQ* vous propose 4 nouvelles activités de formation qui portent sur les compétences.**

**Nouvelles activités de formation**

**OPIQ-2002**. *Les notes au dossier* par Sylvie Gagnon et Marise Tétreault

**OPIQ-2003**. *Inh.: 3 lettres responsables* par Me Magali Cournoyer-Proulx et Bernard Cadieux **(gratuite)**

**OPIQ-2004**. *Les standards de pratique, un gage de compétence* par Sandra Di Palma **(gratuite)**

**OPIQ-3001**. *Soignons (aussi) nos communications !* par Marise Tétreault

## Précision

Article « Les ordonnances : règles et principes de gestion pour les inhalothérapeutes » p. 38-39, *l'inhalo*, avril 2017.

Afin d'éviter toute erreur d'interprétation, une précision s'avérait nécessaire aux pages 38-39 sous Ordonnance individuelle verbale.

Cliquez ici pour télécharger la dernière version http://bit.ly/2CUkEt3

Suivez-nous sur *Facebook* et surveillez notre bulletin *l'Abrégé* pour rester informés au sujet des activités de formation du *Campus OPIQ*.

Suivez ce lien pour connaitre les activités de formation externes à l'OPIQ : **Activités de formation externes à l'OPIQ**

Les activités de formation sont en partie possibles, grâce à la contribution financière de ***La Capitale, assurances générales*** et de ***Masimo Canada ULC***, tous deux partenaires Or du *Campus OPIQ*.

## Activité de formation en projet

**La prescription de certains médicaments pour la cessation tabagique**

Dans le cadre du programme national de santé publique pris en application de la *Loi sur la santé publique*, les inhalothérapeutes devraient obtenir sous peu l'autorisation de prescrire les médicaments pour la cessation tabagique, à l'exception du bupropion et de la varénicline.

À l'instar de l'infirmière et du pharmacien, l'inhalothérapeute devra être titulaire d'une attestation délivrée par l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec suivant laquelle il/elle a réussi une formation de l'Ordre relativement à la prescription (considérations déontologiques et démarche de la prescription). Cette formation, qui sera complémentaire à l'actuelle formation OPIQ-310 : *Intervenir auprès de vos patients fumeurs* — laquelle aborde la thérapie de remplacement à la nicotine — doit être développée par l'Ordre.

Surveillez nos communications et suivez-nous sur *Facebook* et *Twitter* pour être informé de l'évolution de ce dossier.

**Psitt !** D'ici l'intégration de cette activité dans votre pratique clinique, nous suggérons fortement de suivre la formation OPIQ-310 : *Intervenir auprès de vos patients fumeurs : le rôle des inhalothérapeutes* [rév. 09-2017]. Elle est offerte sur le *Campus OPIQ* et elle est gratuite. Vous l'avez déjà suivie ? Pas de soucis, vous pouvez la suivre à nouveau, puisque votre accès est demeuré valide.

**Tableau des membres : listes des retraits/radiations**

## Calendrier des évènements

1. Journée mondiale de l'asthme, le 1er mai 2018
2. Journée de l'inhalothérapeute, le 19 mai 2018
3. Congrès éducatif et salon professionnel de la SCTR, du 24 au 26 mai 2018, Vancouver
4. Journée mondiale sans tabac, le 31 mai 2018
5. Journée mondiale des donneurs de sang, le 14 juin 2018
6. Assemblée générale annuelle des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, vendredi 26 octobre 2018, Hôtel Bonaventure Montréal
7. Semaine de l'inhalothérapeute, du 21 au 27 octobre 2018
8. Semaine des thérapeutes respiratoires, du 21 au 27 octobre 2018
9. 44e congrès annuel de l'OPIQ, les 26 et 27 octobre 2018, Hôtel Bonaventure Montréal

**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

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

*Inh.: 3 lettres responsables — Compétent? Bien sûr... Négligent? Mais voyons donc!*

## 01 VRAI ou FAUX

Parce que je suis un inhalothérapeute qui s'assure du maintien de ses compétences, je suis automatiquement à l'abri de tout acte de négligence, d'insouciance ou de toute erreur.

## 02 Qui suis-je?

Attitude d'une personne dont l'esprit ne s'applique pas à ce qu'elle fait ou devrait faire. Manque d'attention, de vigilance à l'égard des choses, des évènements. Manque de soin, d'application dans l'exécution d'une tâche. Faute due au manque de rigueur, de soin. Faute consistant à ne pas accomplir un acte qu'on aurait dû accomplir.

a. Négligence
b. Incompétence
c. Insouciance
d. Inadvertance

## 03

Parmi les gestes suivants, lequel (ou lesquels) peut (peuvent) causer un préjudice aux patients?

1. Effectuer une évaluation cardiorespiratoire complète et rigoureuse.
2. Ne pas appliquer les règles ou la procédure en vigueur.
3. Noter tous les actes professionnels posés au dossier du patient.
4. Se laisser guider dans l'exécution de ses actes professionnels par la routine et par les automatismes acquis au fil des années.

a. 1, 2 et 3
b. 4 seulement
c. 1 et 3
d. 2 et 4
e. 1, 2, 3 et 4

## 04 Qui suis-je?

Acte ou omission constituant un manquement à une obligation légale ou conventionnelle dont la loi ordonne la réparation quand il a causé à autrui un dommage matériel, pécuniaire ou moral.

a. Faute
b. Erreur
c. Oubli
d. Négligence

## 05 VRAI ou FAUX

En droit de la responsabilité professionnelle, la compétence s'apprécie en se demandant si le professionnel a exercé avec la compétence et la diligence ordinairement requises de la part d'un praticien qui est moins qualifié.

## 06 VRAI ou FAUX

La principale caractéristique de la personne prudente et diligente est qu'elle prévoit ce qui est raisonnablement prévisible.

## 07 VRAI ou FAUX

Le droit à l'erreur présuppose que le professionnel a agi de manière prudente et diligente et qu'il a fait preuve de compétence.

## 08 Parmi les comportements suivants, lequel (ou lesquels) est (sont) à privilégier pour éviter les aléas d'un recours disciplinaire ou en responsabilité professionnelle?

1. Éviter de banaliser les soins et services à dispenser à une clientèle connue.
2. S'assurer d'avoir les compétences requises avant de poser un acte professionnel.
3. Demander au besoin de l'aide ou un conseil à un collègue.
4. Rapporter les situations qui menacent la prestation de soins sécuritaires.

a. 1, 2 et 3
b. 4 seulement
c. 1 et 3
d. 2 et 4
e. 1, 2, 3 et 4

## 09 Parmi les définitions suivantes, laquelle définit l'inadvertance?

a. Défaut d'attention, défaut d'application à quelque chose.
b. Faute d'étourderie, manque d'attention.

## 10 À propos de la négligence, lequel des énoncés suivants est faux?

a. La négligence peut être sans conséquence apparente, causer de l'inquiétude au patient, ou encore, entrainer des séquelles temporaires ou permanentes. Elle n'entraine toutefois jamais de décès.
b. La négligence se caractérise par un ensemble de gestes qui peuvent causer un préjudice au patient qui reçoit des soins et services.

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

## 44e congrès annuel

26 et 27 octobre 2018 | **Hôtel Bonaventure, Montréal**

**Lana Agoian**, inh.,
Institut de cardiologie de Montréal

**Wesley Haughton**, inh.,
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal,
Hôpital général du Lakeshore

# Savoir **être humain**

opiq
Ordre professionnel
des **inhalothérapeutes**
du Québec