



**SOCIÉTÉ CANADIENNE DES THÉRAPEUTES RESPIRATOIRES**

**CANADIAN SOCIETY OF RESPIRATORY THERAPISTS**

## **Déclaration de la SCTR**

### **Le rôle du thérapeute respiratoire dans les interventions de ventilation mécanique**

**Position de la SCTR :** La SCTR recommande fortement une participation du thérapeute respiratoire à toutes les interventions thérapeutiques de ventilation mécanique pour optimiser les soins aux patients, la sécurité et les résultats de pratiques exemplaires.

Dans l'intérêt de la sécurité des patients, la Société canadienne des thérapeutes respiratoires (SCTR) recommande que tous les organismes liés aux soins de santé s'assurent qu'un thérapeute respiratoire est toujours disponible pour gérer les interventions relatives à la ventilation mécanique. La gestion thérapeutique d'un patient qui a besoin de ventilation mécanique (invasive ou non invasive) nécessite un juste équilibre de compétences techniques et d'expertise clinique. Même si d'autres professionnels en soins de santé possèdent certaines des connaissances requises pour soutenir les patients ventilés, seul le thérapeute respiratoire a des connaissances approfondies et la compétence nécessaires pour combiner les compétences techniques aux exigences cliniques particulières de ces patients. Les thérapeutes respiratoires devraient toujours participer à la gestion des patients ayant besoin de ventilation mécanique pour offrir des soins efficaces et sécuritaires.

Les thérapeutes respiratoires sont des experts dans le domaine des soins cardiorespiratoires et collaborent avec d'autres professionnels de la santé afin d'optimiser la ventilation mécanique. Leurs soins s'appliquent aux patients qui nécessitent un maintien des fonctions vitales dans des établissements de soins intensifs ou une ventilation de longue durée dans la collectivité. Dans des situations urgentes, des blessures pulmonaires associées au ventilateur peuvent se produire chez 24 p. 100 des patients <sup>(1)</sup> et elles peuvent entraîner des séquelles douloureuses, telles que le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), ou même le décès. Offrir une ventilation sécuritaire et efficace à l'aide de stratégies visant la protection des poumons est de la plus grande importance pour la sécurité des patients. Les thérapeutes respiratoires **doivent** être engagés afin d'obtenir des résultats positifs à cet égard <sup>(2)</sup>. De plus, on a démontré que le sevrage de la ventilation mécanique se fait plus rapidement à l'aide de protocoles dirigés par des thérapeutes respiratoires <sup>(3,4,5,6,7)</sup>.

On a démontré qu'un sevrage accéléré diminue l'incidence des infections nosocomiales, telles que la pneumonie acquise sous ventilation (PAV), ce qui réduit les durées de séjour à l'hôpital

et entraîne des économies <sup>(8)</sup>. Les thérapeutes respiratoires, en collaboration avec l'équipe des soins de santé<sup>(9)</sup>, sont essentiels à la mise en œuvre de pratiques basées sur la preuve qui améliorent la sécurité des patients. On peut en juger par l'évaluation quotidienne pour la préparation à l'extubation du volet PAV du programme *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* <sup>(8)</sup> La ventilation de longue durée dans la collectivité entraîne également un risque, puisque les patients et leur famille doivent être bien formés et soutenus pour gérer les situations d'urgence et les soins quotidiens. Les thérapeutes respiratoires constituent les fournisseurs de soins de santé les plus qualifiés pour informer les familles et soutenir les patients dans les soins de longue durée et dans leur milieu.

Tous les professionnels des soins de santé reconnaissent maintenant la nécessité de recevoir des soins spécialisés, et le thérapeute respiratoire se distingue par le fait qu'il est le seul membre de l'équipe médicale à être formé et qualifié précisément à l'utilisation de la ventilation mécanique. Les programmes de formation des thérapeutes respiratoires comprennent plus de 300 heures de formation didactique et de formation en laboratoire traitant exclusivement de la ventilation mécanique et de la formation technique spécialisée sur des sujets tels que l'analyse de l'oscillogramme du ventilateur. Le volet théorique de la formation en thérapie respiratoire est suivi d'une vaste formation clinique guidée dans des situations aiguës et chroniques, qui incluent toutes les populations de patients et qui mettent l'accent sur les soins intensifs. Un diplômé nouvellement autorisé a suivi plus de 800 heures en moyenne de formation propre à la ventilation mécanique dans tous les milieux et contextes des soins de santé <sup>(10)</sup>.

Afin d'assurer les soins respiratoires optimaux, la SCTR et ses membres revendiquent pour la participation du thérapeute respiratoire à toutes les interventions liées à la ventilation mécanique. Ceci contribuera à des soins sécuritaires et éthiques et permettra d'assurer les meilleurs résultats possibles pour la santé des patients.

Toutes les personnes, peu importe leur situation, leur environnement ou leur âge, doivent avoir accès aux meilleurs soins de santé possible. Les thérapeutes respiratoires possèdent des compétences, des connaissances et une expertise dans l'utilisation clinique de la ventilation mécanique et la prestation de soins sécuritaires et efficaces. Ce sont les professionnels de la santé les plus qualifiés pour les personnes ayant besoin d'un soutien à la ventilation. Tous les organismes responsables des patients ventilés devraient employer des thérapeutes respiratoires afin d'optimiser les soins aux patients.

### **La Société canadienne des thérapeutes respiratoires (SCTR)**

La SCTR est l'association professionnelle nationale qui représente environ 3 500 thérapeutes respiratoires au Canada. Elle est aussi responsable d'octroyer le titre professionnel aux thérapeutes respiratoires qui exercent leur profession dans des territoires non réglementés et administre le processus d'agrément des programmes de formation en thérapie respiratoire.

***Cette déclaration a été approuvée par le Conseil d'administration de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires le 1<sup>er</sup> juin 2013.***

## **Bibliographie**

1. Gajic O, Dara SI, Mendez JL, Adesanya AO, Festic E, Caples SM, Rana R, St Sauver JL, Lymp JF, Afessa B, Hubmayr RD. **Ventilator-associated lung injury in patients without acute lung injury at the onset of mechanical ventilation.** Crit Care Med 2004;32(9):1817.
2. Harbrecht BG et coll. **Improved Outcomes With Routine Respiratory Therapist Evaluation of Non-Intensive-Care-Unit Surgery Patients,** Respiratory Care. Juillet 2009;54(7): 861-67
3. Chia JY & Clay AS. **Effects of Respiratory-Therapist Driven Protocols on House-Staff Knowledge and Education of Mechanical Ventilation,** Clinical Chest Medicine. Juin 2008;29(2):313-321, vii
4. Hermeto, F. et coll. **Implementation of a respiratory therapist-driven protocol for neonatal ventilation: impact on the premature population,** Pediatrics. Mai 2009;123(5):907-916
5. Koffef MH et coll. **The Effect of Respiratory Therapist-Initiated Treatment Protocols on Patient Outcomes and Resource Utilization,** Chest. Février 2000;117(2): 467-475
6. Stoller JK. **Respiratory therapist-driven protocols - Rationale and efficacy,** West J Med. Décembre 1997;167(6):408-410
7. Wesley Ely E et coll. **Large Scale Implementation of a Respiratory Therapist-Driven Protocol for Ventilator Weaning,** American Journal Respiratory Critical Care Medicine, Février 1999;159(2): 439-446
8. Des soins de sécurité plus sécuritaires maintenant! **Pneumonie acquise sous ventilation.** Consulté le 1<sup>er</sup> mai 2013 à : <http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/interventions/vap/pages/default.aspx>
9. Henneman E et coll. **Using a collaborative weaning plan to decrease duration of mechanical ventilation and length of stay in the intensive care unit for patients receiving long-term ventilation,** American Journal of Critical Care. Mars 2002;11(2):132-140
10. L'Alliance nationale des organismes de réglementation de la thérapie respiratoire. **Profil national des compétences 2011.** Consulté 1<sup>er</sup> mai 2013 à : <http://www.cartac.ca/fr/documents/2011NCPfinal.pdf>

