

l'inhalo

octobre 2018



DOSSIER

DÉCISIONS EN FIN DE VIE : EN PARLER NE FAIT PAS MOURIR



INHALOTHÉRAPEUTES RECHERCHÉS

Possibilité de mandats temporaires ou de placements permanents

Cliniques privées

Accès à un portail web vous permettant de faire vous-même votre horaire, temps partiel ou temps plein selon vos disponibilités!

Centres hospitaliers

Centres d'hébergement

Salaires avantageux.

Maintien à domicile

KM et/ou frais de subsistance payés pour plusieurs régions.

Autres mandats

Assurances collectives et REÉR collectifs disponibles.

Bonus lors de référencement de personnel et/ou lors d'un transfert d'agence. *



PLACEMENT EN SANTÉ

Code Bleu Placement en Santé : UN MONDE DE POSSIBILITÉS!

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

*Certaines conditions s'appliquent

PARTOUT AU QUÉBEC

CODEBLEU.CA  



Sésame, ouvre-toi!

Pour plusieurs d'entre nous, cette phrase magique éveille de beaux souvenirs d'enfance, les contes des *Mille-et-une Nuits*. Récemment, je n'ai pu m'empêcher de trouver une certaine analogie entre cette formule célèbre, qui ouvrait la caverne où se cachait un trésor dans le récit *Ali Baba* et les *Quarante Voleurs*, et l'obtention de notre activité d'évaluation.

C'est un peu tiré par les cheveux, me direz-vous, mais... force est d'admettre que depuis l'obtention de cette activité, les portes s'ouvrent aux inhalothérapeutes, les unes après les autres. Pensons à la prescription des médicaments pour la cessation tabagique, à la possibilité sous peu, d'accéder au Dossier santé Québec (DSQ) et à la vaccination... Vous avez bien lu, le MSSS souhaite une collaboration active des inhalothérapeutes au programme d'immunisation contre l'influenza au Québec (PIIQ) qui sera lancé dès cet automne.

En juillet dernier, nous avons rencontré des représentants de la Direction de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec au sujet des changements prévus au PIIQ et de la collaboration des inhalothérapeutes. Les modifications concernent notamment la population visée par le programme gratuit et celle qui en sera exclue. Évidemment, les personnes atteintes de maladies chroniques comme la MPOC ont été ciblées dans ce programme. Pour en savoir plus, cliquez sur ce lien : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/vaccination-outils-formation/piq/nouveautes-juin-2018-influenza.pdf>.

L'inhalothérapeute intervient quotidiennement auprès des personnes vivant avec une maladie cardiorespiratoire chronique, ce qui en fait un acteur de choix quand vient le temps de cibler ce type de clientèle en ce qui

a trait aux différentes stratégies visant l'amélioration de leur qualité de vie et la prise en charge optimale de leur maladie. Par conséquent, on souhaite que les inhalothérapeutes s'impliquent plus activement dans ce programme. Cette implication peut prendre diverses formes : information et sensibilisation, vaccination des patients, etc.

Toutefois, n'étant pas identifiés comme des vaccinateurs au sens de la *Loi sur la santé publique*, les inhalothérapeutes doivent avoir une ordonnance individuelle ou collective pour pouvoir effectuer cette activité. Ainsi, l'évaluation cardiorespiratoire et l'administration de médicaments permettent aux inhalothérapeutes de procéder à la vaccination en toute légitimité, dans le cadre de leur champ d'exercice.

Vous conviendrez avec moi que les retombées de cette reconnaissance de notre compétence à évaluer la condition cardiorespiratoire des patients sont multiples, notamment en matière de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Alors, profitez bien des portes qui s'ouvrent devant vous!

De notre côté, nous nous engageons à soutenir les inhalothérapeutes et les milieux cliniques en prodiguant de l'information et différents outils (guide, formation, etc.).

Nous vous invitons à vous joindre à nous lors du congrès 2018 à Montréal. Assurément, un rendez-vous à ne pas manquer! 

Josée Prud'Homme



Directrice générale et Secrétaire



Éditorial	3
Avant-propos	4
Mot du président	5
Dossier	
Décisions en fin de vie	
Le patient à l'étrange tatouage	7
L'abstention de traitement et l'ordonnance de non-réanimation	8
Les niveaux de soins, parce que vous avez votre mot à dire	10
Les directives médicales anticipées	12
Aide-mémoire, niveaux de soins, DMA et autres	14
Finances	16

Déontologie / inh.: 3 lettres responsables	
Compétent? Bien sûr... Négligent? Mais voyons donc! (deuxième partie)	18
Actualités	
Certification d'assistant en anesthésie clinique certifié (AACC) de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires	22
C'est la rentrée!	23
Évènements « C'est poumon bien! »	24
Babillard	25
Questionnaire	27



sommaire



AVANT-PROPOS

Une belle mort

Non, il ne s'agit pas du titre du dernier polar en vogue. Il vient plutôt d'un [article](#) paru dans *La Presse+* du 13 septembre, dans lequel un médecin, qui travaille en soins palliatifs depuis 20 ans, lançait un cri du cœur pour que tous aient accès à une « belle mort ». Une mort digne, sans souffrance, avec un accompagnement adéquat et des soins palliatifs de qualité, accessibles à travers tout le Québec, dans les hôpitaux comme à domicile, peu importe notre région de résidence.

S'inspirant d'une histoire personnelle, qui soulignait à grands traits les inégalités de la qualité et de l'accès aux soins palliatifs au Québec, son indignation a trouvé écho auprès de la Société québécoise des soins palliatifs, qui l'a transformée en un manifeste pour tenter de sensibiliser autant les politiciens, alors que la campagne électorale bat son plein, que les citoyens et leurs proches. Ces derniers ont des droits. Il importe qu'ils les connaissent et les fassent valoir, car selon lui, l'assurance de recevoir les soins adaptés, le moment venu, s'avère la seule façon de vivre une fin sereine.

Mais quels sont-ils, ces droits? Connaissez-vous les niveaux de soins? Quelle est la nuance entre l'abstention et le refus de traitement? Quelle est la meilleure façon de faire connaître nos volontés en ce qui concerne les soins de fin de vie? Qu'est-ce que les directives médicales anticipées? À travers les divers articles du dossier, nous tentons de faire la lumière sur les différentes options offertes.

Un sujet de cette envergure et aussi pointu se documente auprès d'instances compétentes et crédibles. Ainsi, nous adressons un merci particulier à l'étude Ménard, Martin, avocats pour l'autorisation de reproduction de certaines sections du site [Vos droits en santé](#), qui contient une mine d'informations à connaître lorsqu'on reçoit des soins de santé ou des services sociaux et à l'[Institut national d'excellence en santé et en services sociaux \(INESSS\)](#) pour le partage de leurs publications.

Congrès 2018

Le comité organisateur amorce le sprint final des préparatifs du congrès. Avec une quarantaine de conférenciers, l'évènement promet! Au plaisir de vous y rencontrer!

Bonne rentrée!



Line Prévost inh.



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

VERSION INTERACTIVE

Repérez ces icônes qui indiquent des liens



courriel



texte hyperlié



page hyperliée



l'inhalo

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

Président

Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.

Administrateurs

Josée Boudreault, inh., Geneviève Chevrier, inh., Roselyne Héту, 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. (1^{re} 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
M^e 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
Ophélie Dréau

Adjointe administrative au Tableau des membres
Marie Andrée Cova

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., M^e Magali Cournoyer-Proulx, Sandra Di Palma, inh., C. Adm., M^e Andréanne LeBel, Pierrette Morin, inh., DESS en enseignement, Marise Tétreault, inh., M.A.

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'OPIO
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 n° 400 647 98

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

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



MOT DU PRÉSIDENT

La gouvernance

Sur toutes les lèvres, la gouvernance se trouve au cœur de l'actualité, presque quotidiennement, en cette période préélectorale. *Le grand dictionnaire terminologique (GDT)* propose plusieurs définitions, dont celle-ci qui, selon moi, est la mieux adaptée à notre réalité : « Système au moyen duquel une organisation prend et applique des décisions dans le but d'atteindre ses objectifs ». Il s'agit donc de l'ensemble des mécanismes d'orientation, de prise de décision, de contrôle et d'évaluation permettant à un organisme d'atteindre ses objectifs dans les meilleures conditions d'efficacité, d'efficience et de transparence¹. Pour reprendre le synonyme suggéré par Marie-Éva de Villers², on parle ici d'un « gouvernement d'entreprise ».

Qu'en est-il pour les ordres professionnels, qui doivent se conformer aux exigences du *Code des professions*, et dont — faut-il le répéter ? — la mission première est la protection du public ? Cette dernière guide toutes les résolutions et les actions adoptées par le Conseil d'administration (C.A.) et la permanence. Dans la foulée de la *Loi 11*, adoptée en juin 2017, les ordres ont été conviés à revoir leur modèle de gouvernance et à implanter les modifications apportées au *Code des professions*. Ainsi, faire preuve d'une saine gouvernance pour un ordre professionnel, c'est entre autres mettre en place des règles de gouvernance, des normes d'éthique et de déontologie, ainsi que des mécanismes de contrôle et de surveillance des processus internes du conseil d'administration. Le *Règlement sur les normes d'éthique et de déontologie des administrateurs du Conseil d'administration d'un ordre professionnel* est d'ailleurs entré en vigueur le 13 septembre dernier. Il s'applique à tous les ordres professionnels. Il vise à assurer l'uniformité et la cohérence des normes d'éthique et de déontologie au sein des conseils d'administration.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir une gestion efficace, efficiente, intègre et transparente.

Ainsi, la déontologie réfère aux devoirs et obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, désigne l'ensemble des règles de conduite qui reposent sur la morale, des principes et des valeurs. Les deux sont complémentaires, car l'éthique permet d'appliquer l'esprit de la conduite attendue par la déontologie, qui est édictée de façon large.

Dans la mouvance d'une saine gouvernance, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) a déjà entamé des travaux. Concrètement, le C.A. a résolu de réduire le nombre d'administrateurs qui passera à 12 (9 élus et 3 nommés). De plus, il instaurera prochainement deux nouveaux comités pour l'épauler dans son office.

Le comité de gouvernance et d'éthique secondera le C.A. dans un processus d'amélioration continue de son fonctionnement et de son efficacité, en maintenant les plus hauts standards en matière d'éthique



et de déontologie. Le comité d'audit s'assurera que le C.A. remplit ses obligations et assume ses responsabilités en ce qui concerne la qualité et l'intégrité des affaires financières de l'Ordre.

Voici quelques-unes des actions proposées pour préserver la confiance du public et des membres envers notre organisation.

Je termine en vous invitant à notre congrès annuel, qui se tiendra à Montréal les 26 et 27 octobre 2018 et lors duquel j'espère avoir la chance de vous rencontrer. 🍁



Références

- OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE. 2012. «Gouvernance». *Le grand dictionnaire terminologique*.
- DE VILLERS, M.-É. 2015. «Gouvernance». *Multidictionnaire de la langue française*, 6^e éd., © Éditions Québec Amérique inc., p. 858.



Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.

Président

Banque Nationale	17
Code Bleu Placement en Santé	2

La Capitale assurances générales	9
RIIRS	11
UQAT	15



index des annonceurs



A WORD FROM THE PRESIDENT

Governance



In this pre-election period, governance is on everyone's lips and in the news on an almost daily basis. *Le grand dictionnaire terminologique (GDT)* offers many definitions, out of which I find this one most suited to our reality: «System by which an organization makes and implements decisions in pursuit of its goals». It is thus, the complete set of advisory, decision taking, control, and assessment mechanisms allowing an organization to reach its goals in the most effective, efficient, and transparent way¹. To borrow a synonym proposed by Marie-Éva de Villers², we are talking here of «business government».

What about professional orders that must abide by the *Code des professions'* requirements of which—must it be reminded—the main mission is to protect the public? The latter guides every resolutions and actions adopted by the Board of Directors and the permanent staff. In the wake of [Loi 11](#), passed in June 2017, the orders have been invited to review their governance model and to implement modifications made to the *Code des professions*. Thus for a professional order, healthy governance refers to, among other things, establishing rules of governance, ethical norms and standards of professional conduct as well as control and supervision mechanisms of the Board of Directors' internal processes. In fact, the [Règlement sur les normes d'éthique et de déontologie des administrateurs du Conseil d'administration d'un ordre professionnel](#) came in force on September 13th. It applies to every professional order. It aims at ensuring uniformity and coherence of ethical norms and rules of professional conduct within boards of directors.

Conduct in line with ethical norms and professional rules must always remain on the mind of Board members to ensure effective, efficient, honest, and transparent management practices. Thus, professional conduct refers to duties and obligations. As for ethical norms, they refer to all the rules of conduct based on morality, principles, and values. Both are complementary, because ethical norms serve to apply the spirit of conduct expected by professional conduct as such, which is broadly enacted.

In this wave of healthy governance, the *Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ)* has already initiated changes. In practical terms, the Board of Directors has decided to reduce the number of administrators to 12 (9 elected and 3 nominated). Furthermore, it will soon establish two new committees to support it in its duties.

The governance and ethics committee will assist the Board of Directors in a continuous improvement process of its operation and effectiveness by maintaining the highest standards in terms of ethical norms and professional conduct. The audit committee will ensure that the Board fulfills its obligations and takes on its responsibilities regarding the quality and integrity of the Ordre's financial affairs.

These are some of the actions proposed to maintain the trust of the public and of the members towards our organization.

I will end by inviting you to our annual congress, that will be held on October 26 and 27 in Montréal. I look forward to meeting you there. 



References

- 1 OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE. 2012. «Gouvernance». [Le grand dictionnaire terminologique](#).
- 2 DE VILLERS, M.-É. 2015. «Gouvernance». *Multidictionnaire de la langue française*, 6^e éd., © Éditions Québec Amérique inc., p. 858.



Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.

President

Le patient à l'étrange tatouage

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

Source : librement traduit et adapté de HOLT, G. E., SARMENTO, B., KETT, D., GOODMAN, K. W. 30 novembre 2017. « An Unconscious Patient with a DNR Tattoo ». *N Engl J Med* 2017 ; 377:2192-2193. DOI : 10.1056/NEJMc1713344.

Photo du tatouage du patient versée au dossier médical pour documenter sa volonté « présumée » de n'être pas réanimé (sa signature est masquée). Photo tirée du site web du *New England Journal of Medicine*.

Un homme de 70 ans est amené à l'urgence, inconscient, sans papiers d'identité, avec un taux élevé d'alcoolémie, des antécédents de MPOC, de diabète, de fibrillation auriculaire... Et comme seul signe distinctif, sur la face antérieure du thorax, un tatouage « Ne Pas Réanimer » accompagné de sa signature.

L'équipe médicale des soins intensifs évalue le patient plusieurs heures plus tard quand l'hypotension et une acidose métabolique à trou anionique élevé avec un pH de 6,81 se développent. Aucune famille ne s'étant manifestée, le département de travail social est appelé en renfort pour tenter de contacter le plus proche parent. Tous les efforts déployés, pour traiter les causes réversibles de la diminution de son niveau de conscience, n'ont pas permis d'atteindre l'état mental approprié pour clarifier les objectifs de soins.

Devant l'incertitude de la situation, les médecins, fidèles à leur serment d'Hippocrate et ne souhaitant pas prendre une décision irréversible, ont d'abord décidé d'ignorer le tatouage. Il a reçu une antibiothérapie empirique, des solutés et des vasopresseurs intraveineux et il a été installé sur BiPaP. Mais la façon singulière choisie par le patient pour faire connaître sa directive anticipée présumée les préoccupait ; ils ont donc demandé l'avis du service d'éthique clinique qui, après révision du cas du patient, a conseillé de respecter son souhait de ne pas être réanimé. Une ordonnance de non-réanimation a été rédigée et versée à son dossier.

La condition du patient s'est rapidement détériorée durant la nuit et il est décédé sans qu'aucune manœuvre de réanimation soit entreprise. Dans l'intervalle, on l'avait finalement identifié et aussi retrouvé son ordre de ne pas le réanimer au dossier du département de santé de la Floride, confirmant le souhait exprimé par le tatouage.

« Il y a [des] modalités reconnues et sans équivoque pour exprimer ses volontés dans l'éventualité où la maladie compromettrait la qualité et l'espérance de vie, afin que les soins reçus respectent les valeurs et objectifs de vie de chacun. »

Malgré son caractère explicite, ce tatouage a produit plus de confusion que de clarté, soulevé des questions sur sa légalité et sur une certaine croyance voulant que certains tatouages constituent des rappels permanents de décisions douteuses prises un soir de beuverie... D'autant plus que la littérature a rapporté le cas d'[un homme dont le tatouage D.N.R.](#) ne reflétait pas sa volonté actuelle, mais plutôt le résultat d'un pari perdu dans sa jeunesse...

Il y a d'autres modalités reconnues et sans équivoque pour exprimer ses volontés dans l'éventualité où la maladie compromettrait la qualité et l'espérance de vie, afin que les soins reçus respectent les valeurs et objectifs de vie de chacun. Les articles qui suivent abordent les niveaux de soins, l'abstention de traitement et l'ordonnance de non-réanimation, les directives médicales anticipées (DMA) et le mandat en prévision d'incapacité.

L'abstention de traitement et l'ordonnance de non-réanimation

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

Source : contenu tiré et adapté de *L'abstention de traitement* du site Internet *Vos droits en santé*, © Ménard Martin, avocats. Reproduit avec leur aimable autorisation.

L'abstention de traitement consiste à refuser à l'avance qu'un traitement soit entrepris si une situation médicale particulière se produit. À l'inverse du refus de traitement où la personne exprime en temps réel son refus au moment où la situation requiert le traitement, l'abstention de traitement constitue plutôt un refus anticipé à l'égard d'une situation, qui ne se produira peut-être pas.

Ce processus s'applique souvent dans les soins de fin de vie, lorsque l'état de santé d'une personne est précaire et qu'une ou plusieurs complications susceptibles d'entraîner le décès peuvent se présenter.

La forme la plus courante d'abstention de traitement concerne la réanimation cardiorespiratoire, pour laquelle une personne peut refuser à l'avance qu'advenant un arrêt cardiorespiratoire, elle ne fera l'objet d'aucune réanimation. Cette abstention de traitement à l'égard de la réanimation cardiorespiratoire peut découler de deux sources : une ordonnance de non-réanimation ou l'expression d'une volonté anticipée de ne pas être réanimée.

L'abstention peut être totale ou partielle. Par exemple, une personne peut accepter des manœuvres de réanimation limitées, comme des manœuvres de base, mais ne pas consentir à être transférée à l'hôpital.

L'abstention peut porter sur n'importe quel traitement, comme l'antibiothérapie, la chimiothérapie, l'amputation, etc. Elle peut aussi porter sur des soins de base comme l'alimentation et l'hydratation ou sur le refus de transport à l'hôpital ou tout autre aspect des soins.

Dans les milieux d'hébergement de longue durée, on a développé le système des niveaux d'intervention médicale (NIM)¹ ou niveaux de soins. C'est la principale formule pour s'abstenir de soins. Mais une personne pourrait aussi bien le faire par tout acte écrit ou même verbalement.

Les volontés anticipées émises par une personne indiquant qu'elle ne veut pas de réanimation cardiorespiratoire doivent être respectées par tous ceux qui en ont connaissance : médecins, professionnels de la santé ou toute autre personne. Ces volontés s'appliquent dans tous les milieux — résidences pour aînés (RPA) en ressources intermédiaires (RI), en ressources de type familial (RTF), dans les milieux de répit gardiennage,

À retenir

Le sujet de la non-réanimation doit être discuté avec le médecin aussitôt que possible lorsque la question peut se poser. Le patient ne doit pas hésiter à demander toutes les informations quant au pronostic et aux effets de la réanimation. Il peut demander à consulter son dossier médical et s'assurer que ses instructions écrites soient mises dans le dossier et que sa décision y soit clairement inscrite pour le médecin et l'équipe soignante.

S'il le souhaite, il peut aussi indiquer dans ses directives médicales anticipées, son souhait de ne pas être réanimé. Dans ce cas, puisque ces directives ont une valeur contraignante, il n'y aura pas d'ambiguïté sur ce que le médecin doit faire et il sera assuré du respect de sa volonté.

etc. —, et non seulement dans les établissements de santé. Il n'est pas nécessaire que ces volontés aient été discutées ou approuvées par un médecin pour être valides.

Ordonnance de non-réanimation

Il s'agit d'un document qui consigne la volonté d'une personne de ne pas faire l'objet d'une réanimation cardiorespiratoire ou d'autres interventions médicales d'urgence pratiquée par les premiers répondants ou d'autres professionnels de santé en cas d'arrêt cardiaque.

Le [droit à l'autonomie](#) de la personne reconnaît à cette dernière le droit absolu de refuser, à l'avance, si elle est apte à consentir, toute forme

Décisions en fin de vie

de manœuvre de réanimation². Une personne peut, dans ses directives médicales anticipées, exprimer son consentement³ ou non à la réanimation. Le médecin et l'équipe traitante sont tenus de respecter sa volonté sauf si la réanimation n'est plus indiquée médicalement. En cas d'incapacité, [la personne autorisée à consentir pour le patient](#) peut aussi consentir à une ordonnance de non-réanimation.

Lorsque des complications, telles qu'un arrêt respiratoire ou cardiaque, peuvent survenir, il appartient au médecin d'aborder le plus tôt possible la question avec son patient ou avec son représentant et de bien expliquer les effets et conséquences de la réanimation. Dans certains cas, la réanimation ne fait que prolonger l'agonie de la personne ou rendre la fin de vie plus pénible et douloureuse. Le médecin doit donc fournir toute l'information nécessaire pour leur permettre de prendre une décision éclairée. Lorsque consentie par le patient ou son représentant, l'ordonnance de non-réanimation sera inscrite au dossier par le médecin avec la mention des discussions tenues. S'il y a refus de consentir ou en l'absence de directives claires, les manœuvres de la réanimation doivent

être entreprises en vertu des obligations que les Chartres des droits et la législation imposent aux médecins. Il ne saurait être question d'obtenir un consentement d'une autre personne que le patient lui-même à l'égard de la non-réanimation, tant que ce dernier est apte à consentir. 

Notes

1. Lorsqu'il porte sur l'intensité des soins en fin de vie, le NIM peut être utile pour guider la conduite des intervenants. S'il coexiste avec une directive médicale anticipée, cette dernière a préséance en cas de conflit. La personne ou son représentant peut changer d'idée n'importe quand, à propos du niveau de soins.
2. La réanimation se rapporte ici à l'ensemble des moyens visant à rétablir les fonctions vitales (surtout cardiaques et respiratoires) perdues ou fortement perturbées, peu importe la raison.
3. Expression de sa volonté de se soumettre à une atteinte à son intégrité physique après avoir reçu l'information pertinente sur sa condition.



Lindsay Roy-Bernatchez
Inhalothérapeute

MERCI!

d'être là au quotidien pour nous et nos familles

450 \$ d'économie moyenne¹ pour nos clients des services publics qui regroupent leurs assurances

Rabais exclusif sur chaque assurance auto, habitation ou véhicule de loisirs parce que vous êtes membre de l'OPIQ

Obtenez une soumission!
1 855 441-6015
lacapitale.com/opiq

AVANTAGES EXCLUSIFS AUX EMPLOYÉS DES SERVICES DE LA SANTÉ





Cabinet en assurance de dommages. En tout temps, seul le contrat d'assurance précise les clauses et modalités relatives à nos protections. Certaines conditions et exclusions s'appliquent. | 1. Sondage SOM mené en juin 2017, auprès d'employés ou de retraités des services publics clients de La Capitale et ayant regroupé au moins deux produits d'assurance auto, habitation ou véhicules de loisirs. Economie moyenne calculée à partir des montants déclarés par 96 répondants ayant réalisé une économie.

Les niveaux de soins, parce que vous avez votre mot à dire

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

Source: contenu tiré et adapté du dépliant *Niveaux de soins — Prenez part à la discussion* © Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Reproduit avec leur aimable autorisation.

Lorsqu'une maladie grave touche un parent, un enfant, notre conjoint ou nous-même, tout l'entourage est ébranlé. Malgré ce contexte difficile, plusieurs décisions doivent être prises. Quels traitements va-t-on recevoir? Quelles seront les conséquences si l'on refuse une intervention? Est-ce qu'on peut participer à ces décisions? Voilà quelques-unes des questions que nous nous posons lorsque notre état de santé, ou celui d'un proche, est menacé. La discussion sur les niveaux de soins (ou niveaux d'intervention médicale [NIM]) vise justement à faciliter la prise de décisions et à faire en sorte que les soins que recevra une personne respectent à la fois ses besoins en matière de santé, ses valeurs et ses choix. Si l'espérance et la qualité de vie d'un proche sont compromises par la maladie ou que notre propre état de santé nécessite des soins à long terme, il ne faut pas hésiter à discuter des objectifs de soins avec le médecin et les membres de la famille. Cette discussion est importante parce que ces décisions appartiennent à chacun!

Pour des soins conformes à la volonté de chacun

La discussion sur les niveaux de soins concerne toute personne, enfant ou adulte, atteinte d'une maladie grave qui laisse entrevoir une détérioration de son état de santé. Tous peuvent demander à l'équipe soignante d'amorcer cette discussion lors d'un épisode de soins, par exemple à l'occasion d'une hospitalisation. En cas d'incapacité, c'est le représentant de la personne concernée qui participera à cet échange. Cette discussion permettra au médecin de donner des explications sur l'état de santé et sur les différentes options thérapeutiques possibles.

Quels sont les effets et les bénéfices du traitement proposé? Y a-t-il d'autres options à considérer? Ce dialogue vise à préciser les objectifs de soins et de vie. Au cours de la discussion, le médecin pourra guider la personne dans le choix d'un niveau de soins qui correspond à ses besoins, à ses valeurs et perspectives personnelles. Les décisions prises à cette occasion seront inscrites sur le [formulaire Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire](#), disponible dans tous les établissements de santé du Québec. Lorsqu'il a été rempli et signé par le médecin, le formulaire est

joint au dossier médical. La discussion sur les niveaux de soins vise à favoriser la prise de décisions éclairées, partagées et personnalisées.

Le formulaire de niveaux de soins est un outil de communication, entre le patient ou le substitut-décideur, le médecin et l'équipe soignante, qui désignent les préférences d'une personne concernant les investigations, les soins ou les traitements à recevoir. Les niveaux de soins sont souvent déterminés à l'occasion d'un épisode de soins pour les personnes ayant un état de santé susceptible de se dégrader de façon prévisible. Le choix du niveau de soins approprié est obligatoirement fait en présence d'un médecin (pour obtenir de la documentation sur les niveaux de soins, visitez le site INESSS.qc.ca).

Objectifs de soins, objectifs de vie

La discussion sur les niveaux de soins vise à faciliter la communication quand vient le temps de déterminer les soins et les traitements qu'une personne gravement malade souhaite recevoir, ou non. Au terme de cet échange entre le médecin et le patient, quatre options peuvent être envisagées :

- 1 **Prolonger la vie par tous les moyens nécessaires.** L'équipe soignante effectue toutes les interventions médicalement appropriées et peut transférer la personne si l'intervention ne peut être faite sur place.
- 2 **Prolonger la vie par des soins limités.** Les interventions posées visent à corriger la détérioration de l'état de santé tout en préservant la qualité de vie de la personne.
- 3 **Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie.** Les soins prodigués visent d'abord à assurer le confort de la personne en soulageant ses symptômes. Des interventions visant à corriger des problèmes de santé réversibles peuvent aussi être posées.
- 4 **Assurer le confort sans viser à prolonger la vie.** Les soins prodigués visent essentiellement à assurer le confort de la personne et à soulager ses symptômes.

Décisions en fin de vie

Ce choix est inscrit sur un formulaire qui est conservé dans le dossier médical de la personne. L'équipe soignante établit alors un plan de soins qui prévoit des interventions à la fois pertinentes et médicalement appropriées tout en demeurant fidèle aux désirs et préférences exprimés par la personne malade. **Il est important de souligner que cette démarche NE PEUT PAS répondre à une demande d'aide médicale à mourir.**

La réanimation cardiorespiratoire

Au cours de la discussion sur les niveaux de soins, le médecin aborde également la question de la réanimation en cas d'arrêt cardiorespiratoire (RCR). C'est une question d'importance parce que dans une telle situation d'urgence, l'équipe médicale doit prendre des décisions rapidement sans pouvoir vous consulter. La décision concernant la réanimation en cas d'arrêt cardiorespiratoire est aussi notée sur le formulaire où est inscrit le choix quant aux niveaux de soins. La personne peut avoir une copie de ce formulaire et la garder à portée de main à sa résidence. Les ambulanciers pourront en prendre connaissance en cas d'intervention d'urgence.

Les décisions concernant les niveaux de soins et la réanimation cardiorespiratoire ne sont pas définitives. À tout moment, la personne peut changer d'avis et modifier ses choix. Après discussion avec le médecin, un nouveau formulaire indiquant les nouvelles volontés vient remplacer le précédent.

Cette démarche ne remplace pas le consentement aux soins. C'est pourquoi, sauf dans les situations exceptionnelles d'urgence, l'équipe soignante doit toujours obtenir le consentement d'une personne avant de donner des soins. Quelles que soient ses décisions, elle est toujours libre de consentir à des soins ou de les refuser.

ÇA NE FAIT PAS MOURIR D'EN PARLER

Les fondements de la discussion sur les niveaux de soins reposent sur le principe de la participation du patient aux décisions qui le concernent. Ainsi, lorsque survient une maladie susceptible de limiter la durée et la qualité de la vie, il est important pour chacun de clarifier son projet de vie. Quelles sont les perspectives offertes? Quels sont les gains et les inconvénients des traitements proposés? Dans quelles conditions va-t-on poursuivre sa vie? Malgré l'avancement des connaissances et des technologies médicales, les résultats des interventions peuvent être variables. Lorsque les chances d'amélioration sont faibles et les séquelles importantes, il est tout à fait légitime de se demander si l'on souhaite, par exemple, commencer ou poursuivre un traitement. Pour participer pleinement à ces décisions, il ne faut pas hésiter à engager la discussion et à exprimer ses priorités pendant que nous en avons la capacité. Ce processus décisionnel est grandement facilité si les proches sont déjà informés de ces volontés avant une détérioration de l'état de santé ou la survenue d'une situation d'urgence. Si la réflexion est mûrie et les désirs connus, l'équipe médicale pourra plus aisément appliquer un plan de soins, qui correspondra aux choix effectués, tout en étant acceptable pour les proches. En cas d'inaptitude, le représentant désigné de la personne doit aussi être bien au fait de ses volontés afin d'agir dans son intérêt primordial.

« La discussion sur les niveaux de soins vise à favoriser la prise de décisions éclairées, partagées et personnalisées. »

Faire connaître ses volontés

Les niveaux de soins ne sont pas le seul moyen pour exprimer ses volontés dans l'éventualité où la maladie viendrait compromettre la qualité et l'espérance de vie. D'autres modalités permettent de faire connaître ses désirs afin que les soins prodigués respectent les valeurs et objectifs de vie.

- Les directives médicales anticipées (DMA) (voir article en page 12), tout comme le testament de fin de vie, sont des initiatives personnelles qui peuvent être entreprises à tout moment de la vie. Elles ne requièrent pas la présence d'un médecin.
- Le testament biologique, la note informelle, la volonté exprimée verbalement ou par écrit par le patient et versée au dossier médical, etc. constituent d'autres formes d'expression de volonté.
- L'aide médicale à mourir, définie dans la [Loi concernant les soins de fin de vie](#), prévoit un processus et des critères distincts qui lui sont propres. Pour plus de détails, consultez le [Portail santé mieux-être](#) du gouvernement du Québec ou <http://www.vosdroitsensante.com/1855/composition-et-fonctionnement-de-la-commission-sur-les-soins-de-fin-de-vie> pour connaître la composition et le fonctionnement de la Commission sur les soins de fin de vie.

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 :



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

Les directives médicales anticipées

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

Source : contenu tiré et adapté du document *Les directives médicales anticipées* du site Internet *Vos droits en santé*, © Ménard Martin, avocats. Reproduit avec leur aimable autorisation.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la [Loi concernant les soins de fin de vie](#) permet à toute personne **majeure et apte à consentir à des soins**, grâce aux directives médicales anticipées (DMA), d'indiquer à l'avance les soins médicaux qu'elle accepte ou qu'elle refuse de recevoir dans des situations cliniques précises dans le cas où elle deviendrait inapte à consentir à des soins.

Ces volontés ne visent pas que la fin de la vie de la personne, mais aussi les situations postérieures à la survenance de [l'inaptitude](#) à consentir aux soins. Les DMA ne permettent pas d'exiger des soins particuliers. Elles permettent d'exprimer à l'avance un consentement ou un refus de traitement à l'égard de certains soins qui peuvent être nécessaires au prolongement de la vie.

5 soins visés

- 1 Réanimation cardiorespiratoire (inclut la ventilation manuelle, le massage cardiaque, la défibrillation et l'installation d'un respirateur).
- 2 Ventilation assistée par un respirateur ou toute autre forme de support ventilatoire.
- 3 Dialyse rénale.
- 4 Alimentation et hydratation forcées (lorsqu'une personne exprime son refus par des paroles ou des gestes).
- 5 Alimentation et hydratation artificielles d'une personne qui ne peut plus ni se nourrir ni boire, à l'aide d'un tube de gavage ou d'un cathéter installé dans une veine.

Toutes autres volontés anticipées que veut exprimer une personne doivent l'être en recourant à d'autres véhicules que les DMA, comme un testament biologique, un testament de vie, une note informelle, un enregistrement vidéo ou une volonté exprimée verbalement ou par écrit et versée au dossier médical, etc.

Le saviez-vous ?

Même si, dans ses DMA, la personne a exprimé le refus de certains traitements, cela ne concerne pas les mesures temporaires de maintien des fonctions vitales nécessaires au don d'organes, dans le cas où elle y a consenti.

Situations cliniques visées

Les directives médicales anticipées s'appliquent à des situations précises :

- **Situation de fin de vie** lorsqu'une personne souffre d'une condition médicale grave et incurable et qu'elle est en fin de vie.
- **Situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives** :
 - état comateux jugé irréversible, c'est-à-dire une personne inconsciente, de façon permanente et alitée, sans aucune possibilité de reprendre conscience ;
 - état végétatif permanent, c'est-à-dire une personne inconsciente, mais qui conserve quelques réflexes, comme la capacité à ouvrir et fermer les yeux ou la réaction à la douleur.
- **Autre situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives** :
 - atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives (capacité de communiquer, d'entrer en relation avec les autres, de se concentrer, d'acquérir des connaissances, de se souvenir d'un événement, d'exécuter des tâches, etc.) sans possibilité d'amélioration, par exemple la démence¹ de type Alzheimer ou autre type de démence à un stade avancé.

Décisions en fin de vie

Rappel

Seule une personne majeure et apte à consentir à des soins peut exprimer ses directives médicales anticipées. La [Loi concernant les soins de fin de vie](#) décrit deux moyens de rédiger des DMA :

- à l'aide du [Formulaire Directives médicales anticipées en cas d'inaptitude à consentir à des soins](#) ;
- devant [notaire](#), par acte notarié, portant minute.

Les directives médicales anticipées ont la même valeur que des volontés exprimées par une personne apte à consentir à des soins. Si une personne inapte a, au préalable, exprimé ses directives médicales anticipées, le médecin n'a pas à obtenir l'autorisation de la personne qui peut consentir à des soins pour elle (représentant). Les directives médicales anticipées ont une valeur contraignante : les professionnels de la santé qui y ont accès ont l'obligation de les respecter.

En tout temps, il est possible de modifier et de révoquer ses volontés exprimées dans ses directives médicales anticipées.

Les directives médicales anticipées permettent notamment :

- de s'assurer que nos volontés seront respectées. Une fois que les choix exprimés dans les directives médicales anticipées ont été portés à la connaissance du personnel médical, ils doivent être appliqués. La famille, les proches et le médecin devront donc respecter ces volontés, même s'ils ne les approuvent pas ;
- de simplifier la vie des proches qui auront à décider à notre place des soins à donner ;
- de prévenir d'éventuels conflits impliquant les proches ou le personnel soignant ;
- d'éviter toute forme d'acharnement thérapeutique.

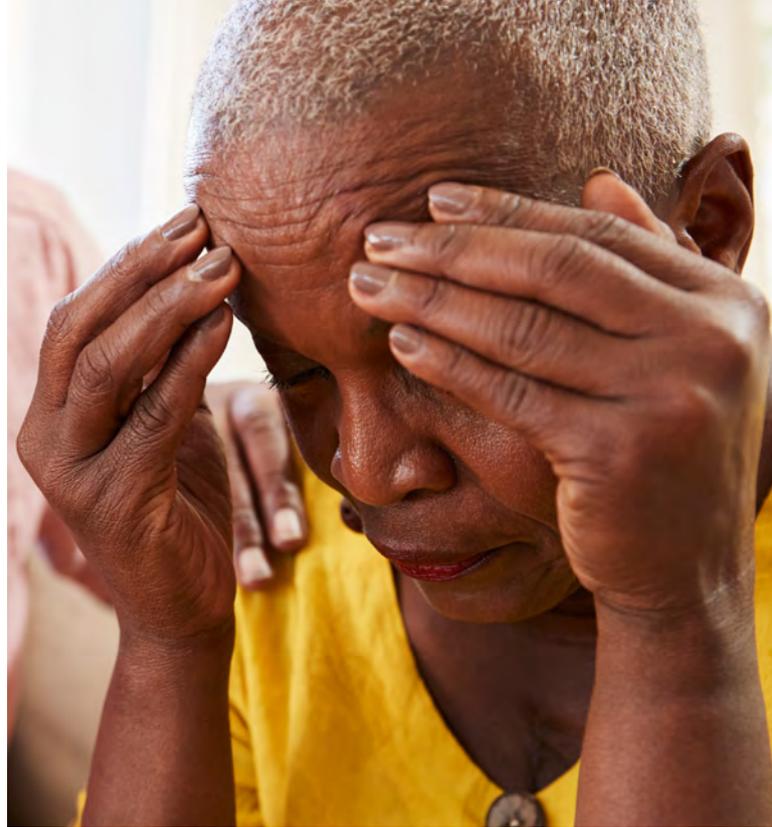
Pour plus d'information sur les directives médicales anticipées (DMA), consultez le [Portail santé mieux-être](#) du gouvernement du Québec.

Qu'en est-il de l'aide médicale à mourir ?

Une personne ne peut, au moyen des DMA, formuler une demande d'aide médicale à mourir (AMM). La loi prévoit un processus et des critères distincts qui lui sont propres. La raison est simple : il y a une incompatibilité légale absolue entre les deux. En effet, pour faire une demande d'AMM, la personne doit être apte à consentir au moment de ladite demande. Or, pour que les volontés anticipées aient un effet légal, il faut que l'auteur soit devenu inapte à consentir. 🍁

Note

1. La démence grave est définie comme un affaiblissement irréversible de l'ensemble des fonctions intellectuelles qui comprend la diminution de la mémoire, du jugement et du raisonnement au point de ne pas reconnaître ses proches, d'être incapable d'effectuer les activités de la vie quotidienne et d'avoir besoin d'une aide constante.



Regardez *Les limites de la médecine*.
De garde 24/7, saison 3, épisode 030. Télé-Québec, 2017.

L'aide médicale à mourir... un grand rendez-vous plein de compassion!

« Je prends ma seringue, mais ça ne va pas bien, ma main tremble, le geste est difficile à faire... »

—D^r François Marquis, interniste et intensiviste.

Écoutez le [récit radiophonique](#), à la fois clinique et humain, de ce grand médecin qui a délaissé son sarrau de réanimateur pour nouer la cravate à l'occasion de son premier rendez-vous avec l'aide médicale à mourir, cet acte révérencieux et plein de compassion qui repousse les frontières de la médecine et qui lui a permis d'accompagner sa patiente jusqu'à la fin.

Aide mémoire: niveaux de soins, DMA et autres

Source : [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux \(INESSS\)](http://www.inesss.ca).
Reproduit avec leur aimable autorisation.



INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

Par qui ?

Avec qui ?

Quand ?

Niveaux de soins (synonyme : niveaux d'intervention médicale)

L'expression des valeurs et volontés du patient sous la forme d'objectifs de soins, qui résulte d'une discussion entre le patient ou son représentant et le médecin concernant l'évolution anticipée de l'état de santé, les options de soins médicalement appropriés et leurs conséquences, afin d'orienter les soins et de guider le choix des interventions diagnostiques et thérapeutiques.

Décision ou ordonnance de non-réanimation

Document qui consigne la volonté d'une personne de ne pas faire l'objet d'une réanimation cardio-respiratoire ou d'autres interventions médicales d'urgence pratiquée par les premiers répondants ou d'autres professionnels de santé en cas d'arrêt de la circulation.

Directives médicales anticipées (DMA)

Document par lequel une personne majeure et apte à consentir à des soins indique, à l'avance, les soins médicaux qu'elle accepte ou qu'elle refuse de recevoir dans le cas où elle deviendrait inapte à consentir à des soins. De tels souhaits ont une valeur contraignante lorsqu'ils s'appliquent à une situation précise. Les DMA couvrent certains soins dans les cas suivants : fin de vie ou atteinte grave et irréversible des fonctions cognitives.

Mandat en prévision de l'incapacité à consentir aux soins

Document par lequel une personne désigne, alors qu'elle est apte et en prévision de son incapacité, une autre personne pour assumer la protection de sa personne ou l'administration de ses biens.

Autres formes d'expression de volonté

Il existe d'autres formes d'expression de volonté comme un testament biologique, un testament de vie, une note informelle, une volonté exprimée verbalement ou par écrit par le patient et versée au dossier médical, etc.

Note: Ces formes d'expression de volonté peuvent coexister et être complémentaires.

INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

L'objectif de la mise en place de ces documents est d'assurer le respect des volontés d'une personne au regard des soins médicalement appropriés qui lui sont donnés.

	Niveaux de soins	Décision ou ordonnance de non-réanimation	Directives médicales anticipées (DMA)	Mandat en prévision de l'incapacité	Autres formes d'expression de volonté
Il s'agit habituellement d'une initiative :	Médicale		Personnelle		Personnelle
Prise par qui :	Une personne apte ou son représentant		Une personne apte		Une personne apte
Prise avec qui :	DÉCISION PARTAGÉE Un médecin		Deux témoins ou un notaire		Seul ou avec témoin
À prendre quand :	Lorsqu'une personne fait face à un état de santé susceptible de se dégrader significativement de façon prévisible		À tout moment		À tout moment
Existe-t-il un registre pour déposer le document ?	Non, il est déposé au dossier médical		Oui, le registre des DMA ou le dossier médical	Oui, le registre des mandats de protection	Non, devrait idéalement être signalé aux soignants

Il est important de noter que ces documents ne remplacent **ni la discussion** des volontés, **ni le consentement** aux soins

Liens utiles pour plus d'information :
sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/loi-concernant-les-soins-de-fin-de-vie/
www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/index.html
www.cmq.org

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Québec

FORMATION

À DISTANCE



OFFERT À TEMPS COMPLET ET TEMPS PARTIEL À DISTANCE

CERTIFICAT EN INHALOTHÉRAPIE : ANESTHÉSIE ET SOINS CRITIQUES

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

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

INFORMATION

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

UQAT
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

L'ORDRE Y ÉTAIT

- CIQ
 - Forum des syndicats — groupe de travail pour élaborer une formation, destinée aux syndicats, sur l'inconduite sexuelle
 - Assemblée ordinaire
 - Assemblée générale
 - Comité de gouvernance
 - Forum des DG/comité de suivi de la *Loi 11*
- Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire (ANORTR)
 - Rencontre régulière
 - Comité des registraires
 - Comité exécutif
- Congrès de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires
- Regroupement des ordres de la santé/collaboration professionnelle
 - Comité de pilotage
 - Comité sur l'organisation du prochain colloque
- Ministère de la Santé et des Services sociaux/Direction de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses
- Colloque du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux de l'Université Laval
- Rencontre des étudiants de 2^e et 3^e année des huit cégeps offrant le programme de Techniques en inhalothérapie
- Rencontre avec la nouvelle présidente de l'Office des professions du Québec
- Rencontre avec le président de l'Association des pneumologues du Québec
- Rencontre avec le président de l'Association des anesthésiologistes du Québec
- Rencontre avec le président de la Commission d'accès à l'information concernant le DSQ
- RAMQ : rencontres de suivi/préscription de médicaments pour la cessation tabagique/numéro de prescripteur
- MSSS et MEES : dossier de la formation initiale

Soigner ses finances pour vivre en santé

par le service de rédaction, Banque Nationale.

Les effets des habitudes de vie comme l'alimentation et l'activité physique sur la santé sont bien connus. Mais saviez-vous que les finances personnelles ont elles aussi un impact sur la santé physique et mentale des individus ?

Les finances, principale source de stress des Canadiens

L'argent est la principale cause de stress pour 42 % des Canadiens ; c'est ce que révèle un sondage Léger mené en 2014 pour le compte du *Financial Planning Standards Council (FPSC)*. Ce facteur devance largement le travail, qui arrive deuxième et constitue le plus grand facteur de stress de 23 % des répondants.

Parmi les soucis financiers qui accaparent les Canadiens, la difficulté à gagner un salaire stable arrive en tête. Il s'agit de la principale inquiétude de 45 % des participants à un sondage mené en 2015 par la firme *Ipsos Reid* pour le compte de la chaîne *Global News*. Mettre de côté suffisamment d'argent en vue de la retraite est une autre préoccupation majeure des Canadiens : 40 % des répondants à ce sondage ont indiqué qu'il s'agit pour eux d'une source de stress.

À l'inverse, une vaste étude américaine publiée en 2003 sous la direction de Richard A. Ippolito a permis de conclure qu'épargner de façon régulière fait partie d'un mode de vie qui réduit l'incidence de maladies et le taux de mortalité.

Bon stress, mauvais stress

La prépondérance de la situation financière parmi les sources de stress des Canadiens ne surprend pas Catherine Raymond, doctorante en sciences neurologiques à l'Université de Montréal : « Les Canadiens sont endettés et ont des craintes par rapport à leur retraite. Les finances sont certainement une source de stress importante dans la population. »

Elle tient cependant à rappeler que le stress a ses bons côtés : « Là où le stress pose problème, c'est lorsqu'il n'est plus sporadique, mais chronique. »

Or, la difficulté persistante à gagner un salaire suffisant ou à mettre suffisamment d'argent de côté pour la retraite tombe dans cette catégorie des stressés à long terme.

Un sommeil troublé

Cinquante-et-un pour cent des femmes qui ont participé au sondage publié par le FPSC affirment que le stress financier trouble leur sommeil, une situation dans laquelle se trouvent également 40 % des hommes interrogés. Trente pour cent des répondantes ont indiqué que les soucis d'argent leur causent de l'anxiété, contre 17 % chez les répondants de sexe masculin.

Selon la professeure de psychologie à l'Université de Montréal et membre du Centre d'études avancées en médecine du sommeil Julie Carrier : « le sommeil devrait être sur un pied d'égalité avec l'alimentation et l'exercice physique, dans l'équation de la santé ».



Elle explique : « Le stress cause des difficultés de concentration, de mémoire et d'apprentissage, la privation de sommeil nuit au système cardiovasculaire, au système immunitaire et à la régulation hormonale. » Car si le stress engendre de l'insomnie, le manque de sommeil en soi augmente la production de cortisol, une hormone de stress nocive à long terme. Pour mettre fin à ce cercle vicieux, il faut s'attaquer à la source de stress.

Composer avec le stress financier

Catherine Raymond explique que le stress peut avoir quatre causes : l'impression de perte de contrôle sur la situation, son caractère imprévisible, sa nouveauté ou encore la menace que nous semble poser cette situation sur notre égo. Pour réduire efficacement le stress chronique, elle conseille donc d'apprendre à composer avec ces dimensions du stress. Plus précisément, dans le cas des finances personnelles, avec la perception de contrôle et l'imprévisibilité.

Chercher de l'aide

Rencontrer un conseiller pour faire le point sur ses finances est un bon moyen de se sentir davantage en contrôle et d'enrichir ses connaissances en matière de finances personnelles, ce qui contribue également à limiter le stress.

Objectif prioritaire : un fonds d'urgence

Quant à l'imprévisibilité, autre ingrédient du stress, on s'y attaque sur deux fronts : les revenus et le choix des véhicules d'investissement.

Pour nous rassurer quant à nos revenus futurs, Emmanuel Philippe conseille de constituer un fonds de prévoyance facilement accessible dont le montant équivaut à trois mois de dépenses. Comment ? En mettant systématiquement de côté 5 à 10 % de nos revenus, et ce, même s'ils sont modestes. « Les gens comptent souvent commencer à épargner quand ils vont gagner plus, mais c'est une erreur. Il faut prendre l'habitude d'épargner avant toute chose », souligne le banquier.

Emmanuel Philippe suggère d'ajouter à ce fonds de prévoyance une marge de crédit personnelle en vue d'éventuelles périodes creuses : « On n'y touche pas, alors elle ne nous coûte rien en intérêts, mais si on perd son emploi, on pourra s'en servir à moindre taux qu'une carte de crédit. »

« Souvent, les gens voient les banques sous l'angle des intérêts qu'elles vont chercher, mais nous sommes aussi là pour accompagner et conseiller nos clients », fait valoir Emmanuel Philippe. 

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



**BANQUE
NATIONALE**

Réalisons vos idées^{MC}

**On s'occupe
de vos finances.**

**On vous laisse
le soin des
patients.**

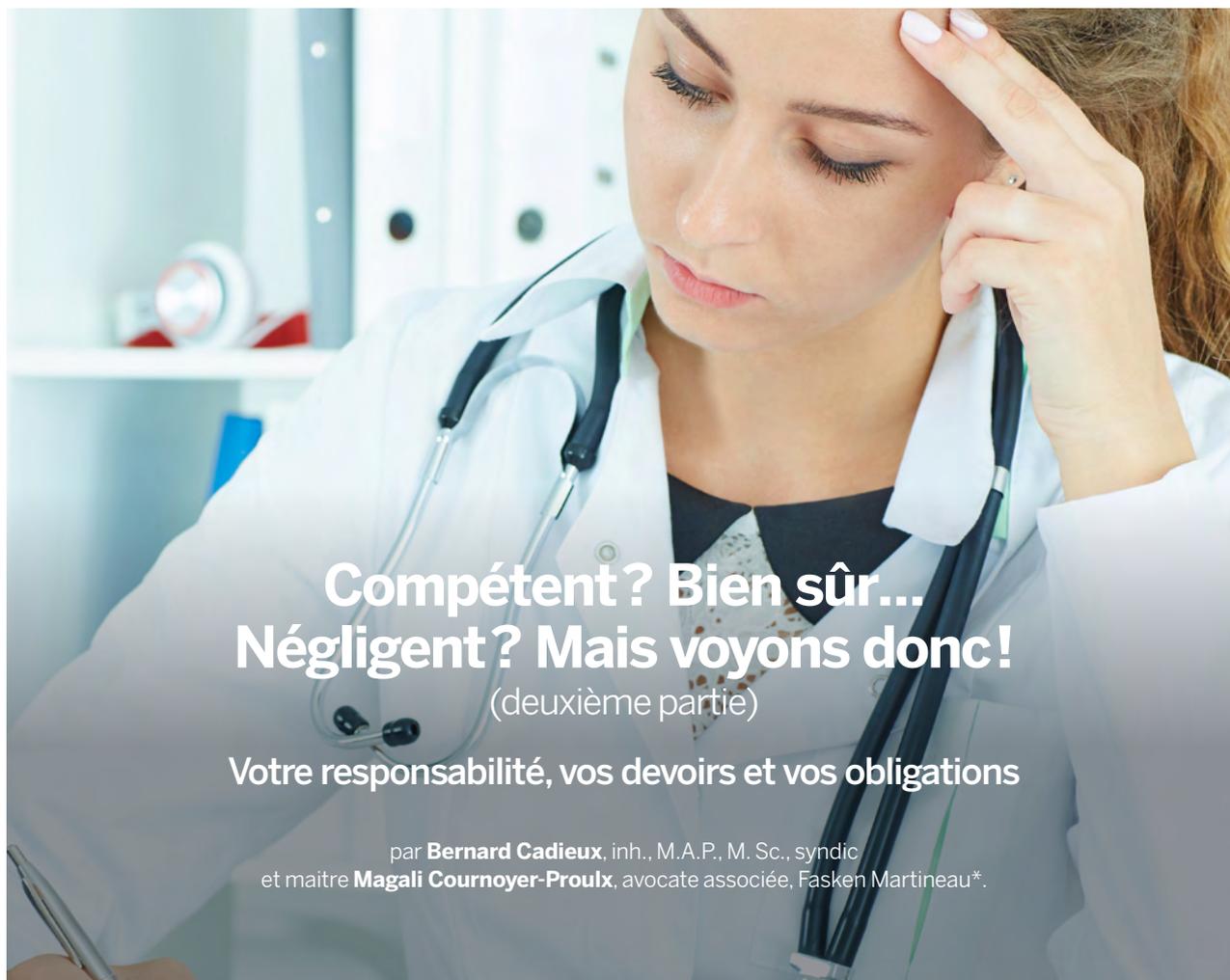


Économisez jusqu'à 1 035 \$*
annuellement.

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! (deuxième partie)

Votre responsabilité, vos devoirs et vos obligations

par **Bernard Cadieux**, inh., M.A.P., M. Sc., syndic
et maître **Magali Cournoyer-Proulx**, avocate associée, Fasken Martineau*.

Après avoir discuté de manière plus théorique des notions de compétence et de négligence dans notre chronique d'avril 2018, nous revenons sur ces notions au moyen d'histoires de cas, dans un contexte de pratique professionnelle. Nous souhaitons ainsi commenter l'étendue des devoirs et responsabilités liés à votre statut de professionnel en regard de situations pour lesquelles le bureau du syndic et la direction des affaires juridiques de l'OPIQ sont régulièrement interpellés.

Loin de vouloir être moralistes, nous espérons stimuler votre réflexion sur la façon d'aborder certaines circonstances, tout en vous rappelant que le défaut de répondre à vos devoirs et obligations professionnelles ou civiles peut conduire à des conséquences qui, bien souvent, auraient pu être évitées.

Cas n° 1. Couvrir en situation d'urgence un collègue de garde au bloc opératoire

Vous êtes l'inhalothérapeute attiré aux soins généraux sur le quart de soirée. Une césarienne d'urgence est annoncée et une collègue de garde en assistance anesthésique est demandée. En attendant l'arrivée de votre collègue, on vous demande au bloc opératoire pour prendre en charge le bébé à naître.

Quelles sont vos obligations? Devez-vous accepter de vous y rendre même si vous n'avez pas d'expérience pratique en assistance anesthésique?

Il est vrai que l'article 6 du *Code de déontologie des inhalothérapeutes* (ci-après le *Code de déontologie*) mentionne qu'« 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. »

Toutefois, cet article ne peut servir de paravent pour éviter d'intervenir en situation urgente. En effet, ce même *Code de déontologie* précise à l'article 15 que « (l')inhalothérapeute ne peut refuser de prêter ses services lorsque la vie du client est en péril. » L'article 38 mentionne, par ailleurs, qu'est dérogatoire à la dignité de la profession, le fait pour un inhalothérapeute « 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 ».

Votre permis de pratique n'est pas restrictif à un secteur d'activités, à moins qu'une limitation d'exercice vous ait été imposée par l'Ordre pour un secteur donné. En tant que professionnel en santé cardiorespiratoire, vous disposez de suffisamment de connaissances (acquises par votre formation initiale et par l'expérience) et de compétences pour porter assistance en pareille situation d'urgence. Sur le plan de votre responsabilité

* Les auteurs remercient madame Aya Barbach, stagiaire en droit au sein du cabinet Fasken Martineau pour sa collaboration à la rédaction du présent article.

légal, l'on attend de vous que vous preniez tous les moyens à votre disposition, en fonction de vos connaissances, suivant le standard d'une personne raisonnablement prudente et diligente placée dans la même situation.

Ainsi, on doit répondre « oui » à la question qui précède. Vous devez porter assistance au bébé à naître en attendant votre collègue.

Évidemment, vous devez respecter vos limites. Il est donc important de les mentionner à vos collègues si l'on vous demande de poser des actes que vous considérez ne pouvoir faire de façon sécuritaire. Par contre, il ne suffit pas de vous contenter d'une telle affirmation pour refuser d'accomplir quelques actes que ce soit. Dans le cadre de l'obligation de moyens qui vous incombe, vous devez prendre toutes les ressources à votre disposition pour poser le geste professionnel requis, de manière prudente et diligente. Par exemple, si un appel à un collègue pouvait vous permettre d'acquiescer cette obligation, vous devriez avoir recours à ce moyen.

Cas n° 2. Affectation sur un quart de travail dans un secteur pour lequel vous n'avez pas été orienté

Vous êtes inhalothérapeute avec un statut occasionnel (TPO) ou vous êtes inhalothérapeute attiré au secteur des soins généraux. Votre employeur vous demande d'aller dans un secteur d'activité pour lequel vous n'avez jamais reçu d'orientation. Votre prestation habituelle de travail en soins critiques ou en soins généraux ne vous a jamais exposé aux situations cliniques en assistance anesthésique.

Est-ce que vous devez accepter cette affectation ?

S'opposent ici votre devoir à titre d'employé d'effectuer la prestation de travail demandée par votre employeur et votre devoir comme professionnel de tenir compte des limites de vos compétences et connaissances. N'étant pas en situation d'urgence, votre obligation de rendre des soins dans un secteur où vous ne sentez pas avoir la compétence requise doit être analysée sous cet angle.

Vous devriez immédiatement aviser votre employeur de la situation, puisque celui-ci détient aussi une obligation de prendre les moyens à sa disposition pour que des soins sécuritaires et de qualité soient prodigués à la clientèle. Cela inclut l'obligation de fournir une orientation adéquate. D'ailleurs, la plupart des principaux employeurs possèdent des programmes d'orientation à la tâche, incluant objectifs et grille d'évaluation, qui permettent de valider l'atteinte des résultats afin d'assurer une qualité et une sécurité optimales de la prestation des soins et services pour chaque secteur d'activité.

Évidemment, la façon dont l'employeur offrira l'encadrement nécessaire est une décision qui lui revient. Et comme employé, vous devrez collaborer à l'apprentissage des connaissances ou de la formation qu'il consentira à vous donner.

Cas n° 3. Patient en code bleu dont le niveau de soins est inconnu

Quelles sont les obligations de l'inhalothérapeute ? Doit-il commencer les manœuvres de réanimation s'il ne connaît pas le niveau de soins ? Qu'en est-il du défaut d'intervenir si le patient avait exprimé le souhait d'être réanimé ? Qu'en est-il s'il intervient chez un patient qui avait affirmé ne pas vouloir être réanimé (pas de code [PDC], *do not resuscitate* [DNR]) ?

« [...] la décision de pratiquer ou non la réanimation cardiorespiratoire doit être individualisée selon le désir du patient. Il est donc essentiel pour l'inhalothérapeute de se renseigner et de demander à ce qu'on lui transmette le niveau de soins indiqué au dossier médical ou dans le registre des directives médicales anticipées. »

Cette question a fait couler beaucoup d'encre et plusieurs rapports de coroner ont commenté ces situations. Bon nombre d'intervenants de la santé ont essayé des critiques pour être intervenus et avoir prodigué des soins lorsqu'ils n'auraient pas dû. À contrario, certains ont reçu des sanctions pour n'avoir pas prodigué les soins d'urgence lorsque nécessaire.

Le principe de base veut qu'un patient apte ou, en cas d'inaptitude, son représentant ou la personne autorisée à ses soins, peut exprimer ses volontés de recourir ou non à la réanimation cardiorespiratoire. Ceci découle de l'énoncé de principe prévu à l'article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne* selon lequel « tout être humain a droit à la vie ainsi qu'à la sécurité, à l'intégrité et à la liberté de sa personne ». Le droit à l'inviolabilité de la personne est également consacré par le *Code civil du Québec* qui prévoit notamment que « nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature » (C.C.Q., art. 11, 1^{er} alinéa).

Ainsi, la décision de pratiquer ou non la réanimation cardiorespiratoire doit être individualisée selon le désir du patient. Il est donc essentiel pour l'inhalothérapeute de se renseigner et de demander à ce qu'on lui transmette le niveau de soins indiqué au dossier médical ou dans le registre des directives médicales anticipées.

Si le patient a exprimé formellement sa volonté de ne pas être réanimé en cas d'arrêt cardiorespiratoire, aucune réanimation ne doit lui être donnée, et ce, peu importe nos croyances ou valeurs. Le professionnel devrait l'accompagner et s'assurer que la famille ou les proches sont informés.

Si, après avoir pris les moyens à notre disposition pour connaître les volontés d'une personne, elles demeurent inconnues, l'on se doit d'intervenir et de prodiguer les soins de réanimation, indépendamment de nos valeurs ou croyances.

Cas n° 4. Heures supplémentaires obligatoires

Un employeur peut-il contraindre un inhalothérapeute à faire des heures supplémentaires, voire le sanctionner pour un refus ? Existe-t-il des obligations vis-à-vis de l'employeur en matière d'organisation de travail ? Autant de questions qui s'avèrent importantes dans le milieu médical où les urgences n'ont pas d'horaires et où la présence du personnel de santé se révèle capitale 24 heures sur 24. Chaque situation est un cas d'espèce, évidemment encadré par des obligations déontologiques.

Vous êtes un inhalothérapeute déjà sur place pour votre quart régulier. À la fin de ce dernier, votre collègue étant dans l'incapacité de venir travailler, votre employeur vous force à effectuer des heures

supplémentaires. Cette situation se poursuit sur plusieurs jours consécutifs, de telle sorte que vous travaillez seize (16) heures d'affilée durant plusieurs jours. Dans ces circonstances, devez-vous vous conformer à la volonté de votre employeur de faire des heures supplémentaires ou devriez-vous refuser au regard de vos devoirs déontologiques ?

L'article 59.0.1 de la *Loi sur les normes du travail* dispose qu'un salarié ne peut pas refuser de travailler, notamment s'il y a danger pour la vie, la santé des travailleurs ou de la population ou encore, lorsque ce refus va à l'encontre de son code de déontologie. Cette norme doit donc se lire de pair avec les obligations qui découlent du *Code de déontologie* qui prévoit l'obligation pour un inhalothérapeute de ne pas quitter ses fonctions sans s'assurer du suivi de ses patients.

En effet, l'article 11 du *Code de déontologie* prévoit que « 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 ». De même, l'article 14 du *Code de déontologie* dispose qu'« 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 ».

Ainsi, de prime abord, on serait tenté de répondre que vous devriez effectuer des heures supplémentaires pour assurer le suivi de votre patient, si votre collègue est dans l'incapacité de vous rejoindre. Dans tous les cas, l'abandon du patient n'est pas une option.

Toutefois, force est de constater que ces obligations sont contrebalancées par d'autres obligations déontologiques selon lesquelles un inhalothérapeute ne doit pas exercer ses fonctions lorsqu'il n'est pas en état de le faire et que cela compromettrait la sécurité de ses patients.

En effet, l'article 8 du *Code de déontologie* prévoit expressément que « 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 ».

En ce sens, les obligations déontologiques doivent être lues en conjonction les unes avec les autres. Dans le cas très concret que nous avons soumis, le fait de travailler seize (16) heures d'affilée de manière **occasionnelle** ne causerait pas nécessairement un état de fatigue tel, que cela nuirait à la qualité de vos services, d'autant moins si cette prestation de travail est suivie d'un repos d'une durée équivalente.

Toutefois, l'imposition de seize (16) heures consécutives de travail durant plusieurs jours de suite pourrait entraîner de fâcheuses conséquences. En effet, imposer une telle charge de travail pourrait provoquer un épuisement qui contreviendrait alors à vos obligations déontologiques consistant à vous abstenir de pratiquer dans un état qui compromettrait la qualité des soins et des services que vous devez assurer. Pire encore, votre patient pourrait être en danger s'il ne bénéficie pas d'une prise en charge rigoureuse et éclairée.

Ainsi, à la question de savoir si votre employeur pourrait vous forcer à faire des heures supplémentaires, nous pouvons répondre par l'affirmative, mais avec un gros bémol, puisqu'il n'est pas prudent et sécuritaire de continuer à pratiquer lorsque son état de santé ne le permet pas.

Pour autant, qu'il importe les circonstances, un inhalothérapeute ne doit pas purement et simplement abandonner son patient dès la fin de son quart de travail, sans s'assurer d'un suivi adéquat. En ce sens, vous pourriez être sanctionné pour avoir refusé d'effectuer des heures supplémentaires



alors qu'un patient se trouve dans un état critique. En effet, il serait inconcevable de refuser lorsqu'un patient est en arrêt cardiaque au motif que les heures supplémentaires ne font pas partie de vos conditions de travail.

L'inhalothérapeute doit donc faire preuve de jugement et de conscience professionnelle lorsqu'il cesse d'exercer ses fonctions à la fin prévue de son quart de travail.

Ainsi, autant il incombe à l'inhalothérapeute des obligations en matière d'heures supplémentaires, autant il est de la responsabilité de l'employeur de prendre des mesures nécessaires s'agissant d'organisation de travail pour que l'inhalothérapeute n'ait pas systématiquement à en faire.

La question de savoir les devoirs et responsabilités qui incombent à votre employeur en matière d'organisation de travail se pose alors. Plus encore, votre employeur pourrait-il vous forcer à effectuer des heures supplémentaires contre votre gré ?

À cette dernière question, la réponse est affirmative. Votre employeur pourrait vous forcer à faire des heures supplémentaires, d'ailleurs, votre convention collective pourrait prévoir cette obligation, sous peine de sanctions. Toutefois, ce droit que détient l'employeur comporte des

limites. En effet, bien que les heures supplémentaires obligatoires puissent être expressément prévues à la convention collective, il ne faut pas perdre de vue que le droit de gérance de l'employeur doit être utilisé avec prudence, en évitant les décisions abusives, discriminatoires et déraisonnables. Autrement dit, l'employeur ne peut pas vous forcer à exécuter des heures supplémentaires uniquement sous couvert que cela fait partie de vos conditions de travail. Plusieurs facteurs sont ici à prendre en compte.

Par exemple, les heures supplémentaires obligatoires doivent être justifiées et ne doivent pas être imposées sans raison valable. Ainsi y avoir recours est permis, mais ne doit pas découler d'une pratique systématique afin de pourvoir aux absences du personnel de santé. Avant de recourir à l'imposition d'heures supplémentaires, l'employeur doit prévoir divers moyens pour assurer la continuité des services.

Un employeur doit donc faire en sorte d'organiser raisonnablement le travail de son personnel de santé de manière à ce qu'il n'y ait pas de dérives provoquées par l'imposition d'heures supplémentaires. En effet, aucune norme ne régit le nombre d'heures continu que peuvent effectuer les professionnels de la santé et force est de constater que tout le monde n'est pas fait du même bois : une personne peut travailler pendant seize (16) heures d'affilée tandis qu'une autre peut atteindre ses limites au bout de douze (12) heures. C'est pourquoi rendre les heures supplémentaires obligatoires devrait s'avérer une solution de dernier recours. À ce jour, l'imposition d'effectuer des heures supplémentaires n'est pas une question facile et très souvent, l'employeur y a recours pour des raisons de logistique.

Ainsi, tout le monde a une part de responsabilité en matière d'heures supplémentaires obligatoires. D'un côté, l'employeur, qui doit veiller à la norme de qualité requise en adoptant une bonne organisation de travail, puisqu'il est reconnu que la fatigue et l'épuisement favorisent les omissions fautives dans l'exécution du travail. De l'autre, les inhalothérapeutes, qui doivent garder en tête qu'avant de quitter leur quart de travail, il convient de toujours s'assurer de la sécurité d'un patient et de veiller à ce qu'il ne soit jamais abandonné.

En somme, la sécurité du patient est l'affaire de tous, l'imposition des heures supplémentaires n'est donc pas forcément la réponse adéquate.

ANNEXE

Articles du Code de déontologie

qui se rapportent à la compétence et à la négligence¹ :

- **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 dérogame 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. 



Référence

1. *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*, C-26, r. 167 [<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26;%20r.%20167/>].



Certification d'assistant en anesthésie clinique certifié (AACC) de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires (SCTR)

La certification d'AACC de la SCTR vise à reconnaître les connaissances et les compétences complémentaires acquises par les membres agréés et associés de la SCRT, qui ont réussi un programme d'éducation et suivi une formation clinique afin de devenir assistant en anesthésie.

Des critères d'admissibilité et des conditions de maintien de la certification s'appliquent, dont celui d'être membre en règle de la SCTR et de participer à des activités de perfectionnement professionnel.

Jusqu'au 1^{er} janvier 2019, une clause de droits acquis (clause « grand-père ») est prévue pour l'inhalothérapeute qui a obtenu les compétences cliniques équivalentes en occupant (pendant plus de 5 ans) un poste relevant exclusivement de l'assistance anesthésique. Pour ce faire, il doit adresser une demande à la SCTR et fournir une attestation à cet effet.

Important au Québec

La pratique clinique de l'assistance anesthésique est une activité réservée aux membres actifs de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. **À elle seule, la certification « AACC » n'autorise pas une personne à exercer l'assistance anesthésique au Québec.**

La certification « AACC », puisqu'il s'agit d'une formation complémentaire, ne remplace pas le titre professionnel « inh. » dont la mention est **obligatoire**. Par conséquent, les inhalothérapeutes titulaires de cette certification doivent continuer d'inscrire « inh. » à leur signature et à toute communication écrite faite à titre d'inhalothérapeute (note au dossier, formulaires, rapport, etc.). S'il désire ajouter la mention de sa certification à sa signature, il doit le faire ainsi :

Exemple: Jocelyn Vachon, inh., AACC.

La certification « AACC » peut couvrir des d'activités professionnelles que les inhalothérapeutes exerçant au Québec ne sont pas autorisés à effectuer. Les inhalothérapeutes, titulaires de cette certification, ne sont PAS autorisés à effectuer des activités cliniques autres que celles qui leur sont réservées ou autorisées. Il revient à chacun de vérifier qu'il est autorisé, par les lois professionnelles du Québec, à effectuer des actes professionnels avant de les poser. 🍁

Suivez ce lien pour en savoir davantage ou pour adresser une demande à la SCTR : <https://www.csrt.com/certifications/>

C'est la rentrée!

Vous n'avez pas suivi nos actualités estivales, parce que vous profitez de vacances pleinement méritées?

Pas de soucis!

Voici une rétrospective de ce que vous avez manqué.

- **19 juin** • Journée d'étude des responsables de service en inhalothérapie.
- **22 juin** • Lancement de [l'application mobile *En santé cardiorespiratoire*](#).
- **8 juin** • Communiqué annonçant le dépôt, par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, d'[un projet de règlement autorisant les inhalothérapeutes à accéder au DSQ](#).
- **30 juin** • Publication du [Référentiel des compétences à l'entrée dans la pratique](#).
- **5 juillet** • [Communiqué annonçant 2 nouvelles activités qui seront autorisées aux inhalothérapeutes](#) le 19 juillet:
 - l'évaluation (consécration juridique);
 - la prescription de médicaments pour la cessation tabagique.
- **19 juillet** • La formation réglementaire *OPIQ-3003: La prescription de médicaments pour la cessation tabagique* est accessible en ligne sur le *Campus OPIQ*. Elle s'accompagne d'un [guide de pratique clinique](#).
- **16 juillet** • L'OPIQ adopte les [rectifications orthographiques](#).
- **1^{er} août** • *Savoir • Être • Humain*
Dévoilement du thème et de la programmation du [44^e congrès annuel des inhalothérapeutes](#).
- **20 août** • Annonce d'une [page Web pour les inhalothérapeutes sur le site de la RAMQ](#).

Bonne rentrée automnale à tous!



PROGRAMME EN SANTÉ CARDIORESPIRATOIRE

Application mobile



Parler efficacement de saines habitudes de vie n'est pas toujours facile, même dans un contexte clinique des plus propices.

Afin d'assister l'inhalothérapeute clinicien qui n'intervient pas souvent en saines habitudes de vie auprès des patients ou qui souhaite améliorer l'efficacité de ses interventions, l'OPIQ est heureux de lui proposer gratuitement l'application mobile *En santé cardiorespiratoire*. [Cliquez ici](#) pour tout savoir.

L'application, aussi compatible avec *iPad* et tablette, peut être téléchargée gratuitement à partir du magasin *App Store* ou *Google Play*.



Tuques à vendre

Procurez-vous une tuque aux couleurs du programme *En santé cardiorespiratoire*, avec les inhalothérapeutes

- Prix: 16 \$/unité (frais d'envoi inclus)
- Quantité limitée.
Premier arrivé, premier servi.

Écrivez-nous à info@opiq.qc.ca pour commander.

ÉVÈNEMENTS « C'EST POUMON BIEN! »

26 octobre 2018 (17 h 15 à 18 h)

Saines habitudes obligent... l'Ordre invite tous les congressistes, conférenciers, exposants et accompagnateurs à une séance de Zumba (niveau: plaisir!) au son de rythmes latins entraînants et endiablés!

Après être resté attentif plusieurs heures, voyez-y une bonne occasion de bouger tout en vous amusant!

20 et 21 octobre 2018

Encore cette année, l'OPIQ invite les inhalothérapeutes... cliniciens, gestionnaires, enseignants et étudiants, leurs parents et amis à joindre des milliers de marcheurs à l'occasion de la 4^e édition de Grande marche du Grand défi Pierre Lavoie, en partenariat avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

Trois rassemblements se tiendront à [Québec](#) (20 octobre), [Saguenay](#) (20 octobre) et [Montréal](#) (21 octobre) en matinée. La Grande marche se tiendra également dans [75 autres villes et municipalités](#) à travers la province.

La Grande marche est un événement gratuit et ouvert à tous. Les marcheurs parcourent une boucle de 5 km dans les rues emblématiques des municipalités participantes. Les marcheurs pourront marcher à leur rythme, sans chrono.

C'est gratuit, mais l'inscription est nécessaire sur onmarche.com

20 octobre 2018: [La Grande marche de Saguenay](#)

20 octobre 2018: [La Grande marche de Québec](#)

21 octobre 2018: [La Grande marche de Montréal](#)



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



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

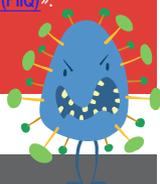
Suivez ce lien pour connaître les activités de formation externes à l'OPIQ: [Activités de formation externes à l'OPIQ](#)

Les activités de formation sont, en partie, possibles, grâce à la contribution financière de **La Capitale, assurances générales** (partenaire Or), de la **Banque Nationale** et de **Masimo Canada ULC** (partenaires Argent) du Campus OPIQ.

Implication des inhalothérapeutes dans le programme d'immunisation contre l'influenza au Québec (PIIQ)

Comme vous l'indique la directrice générale dans son éditorial, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaite une collaboration active des inhalothérapeutes dans la prochaine campagne québécoise d'immunisation contre l'influenza.

Vous souhaitez connaître les formes d'implication possibles ou les modalités d'application de cette activité réservée? Visitez notre page dédiée «[collaborer au programme d'immunisation contre l'influenza au Québec \(PIIQ\)](#)».



Calendrier des événements

- 1 [Assemblée générale annuelle des membres](#) de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, vendredi 26 octobre 2018, Hôtel Bonaventure Montréal
- 2 [44^e congrès annuel de l'OPIQ](#), les 26 et 27 octobre 2018, Hôtel Bonaventure Montréal
- 3 [Semaine de l'inhalothérapeute](#), du 21 au 27 octobre 2018
- 4 Semaine des thérapeutes respiratoires, du 21 au 27 octobre 2018
- 5 [6^e Journée de l'inhalothérapie pédiatrique du CHU Sainte-Justine](#), 19 novembre 2018



Formation continue

Nouvelles activités de formation (les trois dernières sont liées au thème de cette édition).

Nouvelles activités de formation

OPIQ-3002. *Notes to medical file* (mise à jour d'OPIQ-309 en projet)

OPIQ-3003. Prescription de certains médicaments pour la cessation tabagique et [son guide d'accompagnement](#)

OPIQ-3004. Sensibilisation à l'éthique dans la pratique clinique (en projet)

OPIQ-3005. L'évaluation de l'inaptitude et le consentement aux soins (en projet)

OPIQ-3006. L'approche palliative et les soins de fin de vie chez les MPOC (en projet)

Formation externe à l'OPIQ

[Microprogramme de 2^e cycle en soins palliatifs et de fin de vie](#) (formation offerte à distance). Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

Guide de pratique

Les troubles respiratoires du sommeil: mise à jour du fascicule 2: *Épreuves diagnostiques du sommeil*

En avril 2018, l'*American Academy of Sleep Medicine (AASM)* a mis à jour son manuel de référence des règles d'analyse du sommeil et des événements associés. En pratique clinique, l'*AASM* souhaite que ses nouvelles règles soient mises en place dans les laboratoires du sommeil accrédités d'ici le 1^{er} octobre 2018.



Par conséquent, une mise à jour du fascicule 2 est en cours.

Suivez ce lien vers le site Web de l'*AASM* pour plus d'information: <https://aasm.org/clinical-resources/scoring-manual/>

Pour tout savoir, surveillez nos annonces et suivez-nous sur .

À paraître bientôt... le blogue de l'OPIQ

Pour les inhalothérapeutes? Non, pour la population!

Composé de billets (petits articles), ce blogue vise à informer la population sur des enjeux liés à la santé cardiorespiratoire en fonction de l'actualité du moment. Chaque billet aura pour objectif de favoriser la discussion avec les inhalothérapeutes et de faire connaître, par la même occasion, leur rôle en pratique clinique.

Pour tout savoir, surveillez nos annonces et suivez-nous sur .

Deux grandes rencontres à ne pas manquer!

Encore cette année, le 44^e congrès annuel des inhalothérapeutes offrira une programmation des plus variées. Entre la conférence d'ouverture et de clôture, pas moins de 35 conférenciers et conférencières viendront à notre rencontre.

Suivez ce lien pour consulter le programme complet, le résumé des conférences ou pour vous inscrire <http://congresopiq.org/>



Conférence d'ouverture

Le leadership authentique et humain: On ne naît pas leader, on le devient!

Je n'ai pas toujours été rassembleur, je n'ai pas toujours pris les bonnes décisions, je n'ai pas toujours eu une bonne influence, j'ai paniqué, j'ai eu peur et je n'ai pas toujours eu le courage de faire le premier pas, mais le plus important, nous expliquera Pierre Lavoie, cofondateur du Grand défi Pierre Lavoie, c'est d'avoir appris que, par nos erreurs, on apprend, mais surtout on devient un meilleur leader, un meilleur humain.



Conférence de clôture

Être professionnel de la santé à l'ère des likes

Venez à la rencontre du D^r Alain Vadeboncoeur et d'Olivier Bernard, dit « le pharmacien », qui partageront leur expérience, leur apprentissage et, bien sûr, quelques gaffes dans ce monde des réseaux sociaux empli de zones grises et de pièges déontologiques. Un rendez-vous, tout en humour, avec deux professionnels de la santé un peu rebelles qui ont acquis une expérience réelle en ce monde virtuel.



Lana Agolan, IRH, Institut de cardiologie de Montréal

Wesley Haughton, IRH, CIUSSS de l'ouest-de-l'île-de-Montréal, Hôpital général du Lakeshore

Savoir être humain

44^e congrès annuel | 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 des textes suivants est requise pour pouvoir remplir le questionnaire de formation continue

L'abstention de traitement et l'ordonnance de non-réanimation (pages 8 et 9) et Les niveaux de soins, parce que vous avez votre mot à dire (pages 10 et 11).

01 Parmi les définitions suivantes, laquelle définit le refus de traitement?

- a) Refuser à l'avance qu'un traitement soit entrepris si une situation médicale particulière se produit.
- b) Exprimer en temps réel son refus au moment où la situation requiert le traitement.

02 À propos de l'abstention de traitement, lequel des énoncés suivants est faux?

- a) L'abstention de traitement peut porter sur des traitements, des soins de base ou sur tout autre aspect des soins.
- b) L'abstention ne peut pas être partielle, elle doit être totale.

03 VRAI ou FAUX

L'abstention de traitement concernant la réanimation cardiorespiratoire peut découler de deux sources: une ordonnance de non-réanimation ou l'expression d'une volonté anticipée de ne pas être réanimée.

04 VRAI ou FAUX

Les volontés anticipées émises par une personne indiquant qu'elle ne veut pas de réanimation cardiorespiratoire s'appliquent seulement dans les établissements de santé.

05 À propos du système des niveaux d'intervention médicale (NIM) ou niveaux de soins, lequel des énoncés suivants est faux?

- a) Dans les milieux d'hébergement de longue durée, le NIM est la principale formule utilisée pour s'abstenir de soins.
- b) Le NIM peut être utilisé pour répondre à une demande d'aide médicale à mourir.

06 VRAI ou FAUX

Le choix du niveau de soins approprié est obligatoirement fait en présence d'un médecin et noté au formulaire prévu à cet effet.

07 VRAI ou FAUX

Le patient peut changer d'avis et modifier ses volontés à l'égard des niveaux de soins et de la réanimation cardiorespiratoire, car les décisions qu'il a prises ne sont pas définitives.

08 VRAI ou FAUX

La discussion sur les niveaux de soins ne concerne que les adultes atteints d'une maladie grave qui laisse entrevoir une détérioration de leur état de santé. Elle ne s'adresse pas aux enfants, même s'ils sont eux aussi atteints d'une maladie grave.

09 À propos du système des niveaux d'intervention médicale (NIM) ou niveaux de soins, lequel des énoncés suivants est faux?

- a) Les NIM désignent les préférences d'une personne concernant les investigations, les soins ou les traitements à recevoir.
- b) Les NIM sont le seul moyen pour exprimer ses volontés dans l'éventualité où la maladie viendrait compromettre la qualité et l'espérance de vie.

10 VRAI ou FAUX

La rédaction de ses directives médicales anticipées (DMA) est une initiative personnelle qui ne requiert pas la présence d'un médecin.

Veuillez noter que vous devez obtenir une note de 80 % pour la reconnaissance d'une heure de formation qui sera inscrite à votre dossier.