



DEMANDE DE REHAUSSEMENT DU DIPLÔME DONNANT OUVERTURE AU **PERMIS D'INHALOTHÉRAPEUTE**

Mémoire adressé à l'Office des professions du Québec

par l'**Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec**
en collaboration avec le **Collège des médecins du Québec**



COVID-19

Les inhalothérapeutes sur la ligne de front

La lutte contre la pandémie de COVID-19 a mis en évidence le rôle crucial des inhalothérapeutes dans l'organisation des soins en situation critique au Québec. Dès le début de l'état d'urgence sanitaire, ils ont été mobilisés au chevet des patients en détresse respiratoire.

Les inhalothérapeutes, spécialement formés pour la prise en charge des patients sous respirateur, ont été présents, 24/7, en réanimation dans les urgences et dans les unités de soins intensifs. Ils ont travaillé, en étroite collaboration avec les médecins, auprès des personnes les plus gravement atteintes dont le pronostic vital demeurait incertain. Seules les années d'expérience dans les secteurs de soins à criticité élevée ont permis qu'ils assurent une surveillance et une évaluation clinique continues pour ajuster les réglages du respirateur selon l'évolution de l'état des personnes souvent plongées dans un coma artificiel. L'OPIQ tient à les féliciter de leur courage et pour leur travail qui a sauvé des vies.

Vue de dos sur la page couverture

Chantal Grégoire, inh., Hôpital Charles-Le Moyne

Photo de la page couverture

© **Andrès Guerra**

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

Table des matières

1. INFORMATION SUR LE CONTEXTE DE LA DEMANDE	5
1.1 Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ)	5
1.2 Présentation du contexte social, législatif, scientifique, technique et professionnel justifiant le besoin d'un rehaussement	5
1.2.1 Historique de l'évolution du dossier	7
1.2.2 Enjeux sociaux et législatifs	8
1.2.3 Enjeux pédagogiques et scientifiques	9
1.2.4 Enjeux techniques et professionnels	11
1.3 Présentation de la profession et portrait de la main-d'œuvre	13
1.3.1 La profession et le champ de pratique au Québec — Portrait légal et statistique	13
1.3.2 Évolution de la main-d'œuvre au cours des 10 dernières années (disponibilité de la main-d'œuvre, évolution de la main-d'œuvre et nouvelles inscriptions annuellement)	17
1.3.3 L'évolution future de la main-d'œuvre	18
1.3.4 Les professionnels après leur intégration sur le marché du travail	19
1.4 Portrait de la formation initiale actuelle donnant ouverture au permis	20
1.4.1 Titre du diplôme et fiche descriptive du programme	20
1.5 Portrait de la formation continue (actuelle et prospective) offerte aux membres	22
1.5.1 Exigence de l'Ordre et obligations légales relativement aux activités de formation continue	22
1.6 Portrait des autres conditions et modalités de délivrance des permis	23
2. INFORMATION SUR LA NATURE DE LA PROBLÉMATIQUE, LES SOLUTIONS ENVISAGÉES ET LA SOLUTION PROPOSÉE	24
2.1 Démonstration de l'écart entre les compétences acquises au terme du ou des programmes de formation actuels et les compétences attendues au seuil d'entrée de la profession	24
2.1.1 Écart entre les compétences attendues selon les milieux cliniques et les compétences acquises dans le cadre de la formation initiale	25
2.1.2 Impacts sur la protection du public	29
2.2 Présentation des solutions alternatives envisagées jusqu'à maintenant et motifs justifiant leur exclusion	31
2.2.1 Options de niveau collégial	31
2.2.2 Scénarios combinant cégep et université	34
2.3 Description de la solution proposée	36
2.3.1 Compétences à acquérir, niveau de formation requis et durée des études	36
2.3.2 Plan de transition pour les professionnels déjà inscrits au Tableau de l'Ordre et pour les étudiants en cours de formation	38
2.3.3 Facilité de réalisation	39

Table des matières *suite*

3. DÉMONSTRATION DE LA PERTINENCE DE LA SOLUTION PROPOSÉE	40
3.1 Démonstration de la pertinence de la solution proposée sur la protection du public	40
3.1.1 Impacts sur la réduction de la gravité et de la fréquence des préjudices potentiels (données probantes issues de la documentation scientifique)	40
3.1.2 Impacts positifs sur la prestation des soins et sur leur accessibilité	42
3.2 Impacts du rehaussement sur l'attractivité de la profession	44
3.2.1 Prévisions sur l'attractivité de la profession	45
3.3 Impacts du rehaussement sur la mobilité professionnelle (positifs et négatifs)	46
3.3.1 La mobilité fonctionnelle (changement de poste ou d'affectation)	46
3.3.2 Les normes d'équivalence de diplôme et de formation	46
3.3.3 Ententes de mobilité entre le Québec et d'autres juridictions	46
3.4 Impacts du rehaussement sur la profession elle-même, sur les autres professions réglementées et sur le marché du travail en général (positifs et négatifs)	47
3.4.1 L'organisation des soins (réserve d'activités, collaboration interprofessionnelle, réorganisation de la prestation des services, etc.)	47
3.4.2 La disponibilité de la main-d'œuvre	48
3.5 Impacts du rehaussement sur les lois et les règlements professionnels	49
3.6 Impacts du rehaussement sur l'attractivité de la formation, l'accessibilité à la formation, la persévérance aux études et la réussite scolaire	50
3.6.1 L'attractivité (nombre d'étudiants inscrits) et accessibilité (nombre d'établissements et situation géographique des établissements offrant le programme actuel par rapport aux établissements qui offrirait un programme rehaussé) de la formation	50
3.6.2 Taux de persévérance aux études et taux de réussite du ou des programmes: comparaison avec d'autres cas de rehaussement	51
3.6.3 Capacité de prise en charge et d'accueil des stagiaires	52
CONCLUSION	53
4. ATTESTATION	53

1. Information sur le contexte de la demande

1.1 Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ)

1.2 Présentation du contexte social, législatif, scientifique, technique et professionnel justifiant le besoin d'un rehaussement

Le dossier du rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes du Québec, de son niveau technique actuel à celui du baccalauréat universitaire, s'enlise depuis 20 ans de manière injustifiée, puisque près de la totalité des intervenants impliqués reconnaissent la nécessité d'augmenter le nombre d'heures de formation de ces professionnels de la prise en charge du système cardiorespiratoire. Les organisations qui figurent dans la liste qui suit reconnaissent ce besoin de renforcement de la formation :

- l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) ;
- le Collège des médecins du Québec (CMQ) (lettre du 16 décembre 2015) ;
- l'Association des anesthésiologistes du Québec (AAQ) (prise de position formelle en avril 2013) ;
- le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (notamment dans une lettre de décembre 2019) ;
- le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) (notamment dans des correspondances d'octobre 2011 et d'octobre 2015) ;
- le milieu universitaire (avis d'intérêt de l'Université de Sherbrooke et de l'Université de Montréal en février 2015 et juin 2019).

Le sujet est même admis comme une priorité du ministère de la Santé et des Services sociaux... depuis 2008.

L'empoussiérage de ce dossier prioritaire pourrait n'être qu'une saga bureaucratique gênante s'il n'avait pas de sérieuses conséquences. L'impréparation des inhalothérapeutes devant les compétences attendues dans certains milieux cliniques, notamment ceux de l'assistance anesthésique, des soins critiques et des soins à domicile, peut porter préjudice aux patients et désorganiser des équipes soignantes interdisciplinaires. Elle place les jeunes inhalothérapeutes dans une situation de vulnérabilité. Ce sentiment d'être mal préparé se reflète dans les données de l'OPIQ indiquant que 25 % à 30 % des membres qui quittent la profession le font dans les six premières années de pratique.

Considérant les lourdes responsabilités imposées aux inhalothérapeutes qui doivent veiller, dans une panoplie de circonstances complexes (documentées dans trois rapports produits par l'OPIQ en 2013 et 2014), au maintien de la fonction respiratoire, l'incapacité des gouvernements successifs à s'assurer qu'ils sont adéquatement formés est pour le moins déplorable.

La formation initiale insuffisante des inhalothérapeutes est en partie compensée par une dynamique de mentorat par les pairs et de supervision par les médecins et les autres professionnels qui accompagnent les inhalothérapeutes dans un environnement clinique en constante évolution technologique. La situation n'en est pas moins inquiétante, puisque la qualité de l'encadrement peut varier grandement selon les milieux de pratique.

En accomplissant cette démarche exceptionnelle, l'OPIQ et le CMQ réclament que l'Office des professions mette fin aux atermoiements et adopte rapidement la réforme nécessaire de la formation en matière d'assistance ventilatoire et de prise en charge du système cardiorespiratoire.

Les fondements du dossier

a) Protection du public

Le rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes doit être vu sous l'angle de la protection du public et de la responsabilité de l'État de munir les professionnels de la santé du savoir nécessaire pour prodiguer les soins requis. Sous ces considérations, il est maintenant admis que la formation actuelle de niveau technique ne permet pas aux inhalothérapeutes d'entamer leur pratique en maîtrisant de manière satisfaisante les compétences attendues, décrites dans le *Référentiel des compétences à l'entrée de la profession*¹, ci-après le « Référentiel des compétences », document officiel émanant de l'OPIQ, dont la dernière version date de 2018. L'essentiel de la discussion est donc de déterminer la meilleure façon de corriger la situation.

¹ *Référentiel des compétences à l'entrée dans la profession*. 2018. OPIQ, 136 p. https://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2018/11/Opiq_E-Referentiel_VF.pdf.

b) Jugement clinique et culture scientifique

L'évolution des connaissances et des technologies médicales, de même que le vieillissement de la population ont transformé la manière de soigner. Les protocoles sont plus sophistiqués, les cas sont plus complexes. L'écart entre les compétences attendues et les connaissances effectives des inhalothérapeutes nouvellement diplômés porte principalement sur deux aspects : l'habileté à exercer un jugement clinique² et la solidité de la culture scientifique³.

² Le jugement clinique est la capacité pour un professionnel de se faire une idée claire de l'état d'un patient à la suite d'observations basées sur des connaissances. Il est tributaire de la maîtrise du raisonnement clinique. Ce jugement clinique est une qualité essentielle d'un professionnel qui intervient auprès de personnes en situation de grande vulnérabilité, qui participe à des équipes multidisciplinaires et qui doit être capable de polyvalence et d'autonomie.

Le rehaussement de la formation initiale visera ainsi, en priorité, à aiguïser le jugement clinique et à renforcer la culture scientifique des inhalothérapeutes.

c) Comparaison formation collégiale – formation universitaire

Dans ce document, nous aborderons des scénarios de rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes. Nous parlerons parfois d'heures, parfois de crédits. Quelques éléments de comparaison aideront à apprécier les différentes options.

³ La culture scientifique consiste à maîtriser la méthode et le raisonnement propres à la science. Ce savoir est incontournable dans la compréhension des approches thérapeutiques modernes qui reposent sur l'interprétation et l'analyse d'une foule de données probantes.

Le programme actuel *Techniques d'inhalothérapie* est de 91 2/3 unités. Cela inclut des cours de formation générale, comme le français et la philosophie. Les cours de formation spécifique représentent un maximum de 65 unités. Une unité collégiale équivaut à 45 heures⁴ (incluant enseignement, stages et travail à la maison). Le programme actuel est donc de 2 925 heures de travail.

Un baccalauréat universitaire compte un minimum de 90 crédits, parfois plus. Par exemple, le baccalauréat en sciences infirmières de l'Université Laval est de 105 crédits. Un crédit universitaire équivaut à 45 heures de travail⁵ (incluant enseignement, stages, travail à la maison). Un baccalauréat représente donc au moins 4 050 heures de travail, et ce, sans compter les apprentissages scientifiques faits dans un programme collégial en science de la nature.

La formation universitaire, comme on le devine, est une formation plus poussée. On peut comprendre ce que cela signifie en comparant les connaissances acquises selon la description faite dans le *Référentiel de classification des fonctions de travail*⁶. Sous la rubrique *Étendue du champ de décision*, on y lit que la formation de niveau collégial permet des « décisions exigeant de considérer de multiples facteurs, et ce, pour des situations variées », tandis que la formation universitaire permet des « décisions exigeant de considérer de multiples variables d'ordres différents dans des situations variées mettant en jeu des intérêts importants et éventuellement divergents. »

1.2.1 Historique de l'évolution du dossier

Le dossier du rehaussement de la formation initiale comporte plusieurs étapes et rendez-vous manqués. Nous en dressons une chronologie succincte.

1997 — Le programme d'études *Techniques d'inhalothérapie (141.A0)* est approuvé par le MELS à la suite d'une analyse de la profession effectuée six ans plus tôt.

2002 — Une étude comparative entre les *Compétences relatives à l'entrée dans la pratique*⁷ et le programme d'études *Techniques d'inhalothérapie* établit un manque criant d'heures de formation au programme d'études pour rejoindre le seuil d'entrée d'une pratique contemporaine.

2008 — Une entente entre l'OPIQ, le MELS et le MSSS est conclue faisant du rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes un dossier prioritaire.

2010 — Une analyse de la profession est réalisée par le MELS⁸. Le rapport démontre que le rôle et les responsabilités des inhalothérapeutes se sont accrus considérablement depuis le début des années 1990, avec des exigences nouvelles à plusieurs niveaux : jugement clinique ; autonomie de la pratique ; degré élevé de polyvalence.

2010 — Malgré la reconnaissance par le gouvernement de la complexification des actes posés par les inhalothérapeutes, une étude de classification réalisée par le MELS avec une grille mal pondérée conclut que les actes posés par les inhalothérapeutes relèvent du domaine de l'enseignement technique.

2011 — Le rapport *La formation initiale en inhalothérapie au Québec – déficiences et insuffisances*⁹ est publié. Il conclut à la nécessité d'ajouter 1 147 heures de formation.

2012 — L'OPIQ, le MELS et le MSSS s'entendent pour « recueillir des données sur le contexte de la pratique des inhalothérapeutes dans les milieux de l'assistance anesthésique et de la sédation-analgésie, des soins critiques et des soins à domicile ». Trois rapports de recherche qualitative¹⁰ ont été déposés en janvier 2013, septembre 2013 et janvier 2014.

4 Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. *Formation collégiale – Programmes d'études conduisant au DEC*.

5 Université Laval. *Comprendre le système universitaire québécois*.

6 Ministère de l'Éducation. Juin 2005. *Instrument de classification des fonctions de travail – Fascicule A*, p. 16.

7 OPIQ. 2002. *Compétences relatives à l'entrée dans la pratique*, 54 p.

8 MELS. 2010. *Analyse de profession – inhalothérapeute*, gouvernement du Québec, 87 p.

9 OPIQ. Mars 2011. *La formation initiale en inhalothérapie au Québec : déficiences et insuffisances*, 32 p.

10 Paré, É. et J. Vachon. Janvier 2013. *Description des contextes de pratique des inhalothérapeutes travaillant en assistance anesthésique et en sédation-analgésie*, OPIQ, 99 p.

Paré, É. et J. Vachon. Septembre 2013. *Description des contextes de pratique des inhalothérapeutes travaillant en soins à domicile*, OPIQ, 86 p.

Paré, É. Janvier 2014. *Description des contextes de pratique des inhalothérapeutes travaillant en soins critiques*, OPIQ, 88 p.

Avril 2013 — L'AAQ se prononce en faveur d'un rehaussement au niveau universitaire de la formation initiale des inhalothérapeutes.

Février 2015 — L'Université de Sherbrooke et l'Université de Montréal se disent disposées à élaborer un programme de baccalauréat en inhalothérapie.

Décembre 2015 — Le CMQ se prononce en faveur d'un rehaussement au niveau universitaire de la formation initiale des inhalothérapeutes.

Entre 2015 et 2018 — De nombreuses discussions ont cours entre les acteurs politiques et administratifs impliqués dans le dossier.

Été 2018 — Un accord de principe en faveur du rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes est conclu entre les ministres de l'Éducation et de la Santé et des Services sociaux, mais la position officielle n'est jamais communiquée en raison de la tenue d'élections.

Automne 2018 — Une consultante est mandatée par le gouvernement pour revoir le dossier.

Janvier 2019 — Entrée en vigueur d'un nouveau processus gouvernemental d'examen des demandes de rehaussement. On indique à l'OPIQ qu'il n'aura pas à se soumettre à ce processus puisque la demande est déjà sous analyse.

Printemps 2019 — La consultante présente son rapport, mais le gouvernement estime qu'elle n'a pas rempli son mandat, écarte son rapport et soumet une proposition incomplète à l'OPIQ et au CMQ.

Fin 2019 — Le gouvernement retire sa proposition et demande à l'OPIQ de soumettre une nouvelle demande.

2020 — Contrairement aux informations initialement transmises, la demande de l'OPIQ n'est pas un dossier qui chemine; le processus doit être repris à zéro.

1.2.2 Enjeux sociaux et législatifs

Ce dossier soulève plusieurs enjeux sociaux et législatifs.

Sur le plan social, le Québec vit une transformation profonde avec le vieillissement de sa population. Ce phénomène imparable accroît la demande de soins, tandis que les patients cumulent souvent différents problèmes de santé, parfois chroniques, avec des atteintes cardiaques, respiratoires, rénales, cognitives, etc.

Cette comorbidité représente un défi constant pour les équipes soignantes et les inhalothérapeutes y sont mal préparés par leur formation technique. L'écart qu'ils présentent avec les compétences attendues, selon le *Référentiel des compétences*, peut affaiblir des équipes multidisciplinaires et affecter la qualité des soins. En outre, les inhalothérapeutes eux-mêmes peuvent se trouver dans des situations de vulnérabilité ou de risques d'erreurs aux graves conséquences.

Ces enjeux sociaux peuvent aussi être mis en relation avec des enjeux législatifs.

La [Loi sur les services de santé et les services sociaux \(LSSSS\)](#) stipule dès son introduction :

Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.

— 1991, c. 42, a. 1; 1999, c. 40, a. 269.

Elle stipule également :

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire.

— 1991, c. 42, a. 5 ; 2002, c. 71, a. 3.

Sous ces deux considérations, la formation actuelle des inhalothérapeutes peut porter préjudice au « maintien et à l'amélioration de la capacité physique » des patients et peut contrevenir à l'esprit de la *Loi*, quant au droit d'obtenir des services adéquats sur le plan scientifique.

De façon plus spécifique, la *Loi 90*, entrée en vigueur le 30 janvier 2003, est venue moderniser les champs d'exercice et les activités réservées à différents professionnels de la santé, dont les inhalothérapeutes. Elle attribue aux membres de l'OPIQ la responsabilité de « contribuer à l'évaluation de la fonction cardiorespiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique, contribuer à l'anesthésie et traiter des problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire (article 7 s) ».

Or, « l'évaluation », le « suivi clinique »¹¹, le fait de « contribuer à l'anesthésie » ou de « traiter des problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire » appellent un jugement clinique, une culture scientifique et un bagage de connaissances. C'est d'autant plus vrai pour des professionnels qui interviennent auprès de patients vulnérables, dans des milieux cliniques qui comportent des risques élevés de complication (urgence, soins intensifs, assistance anesthésique, réanimation) et dans des contextes de soins où l'on voit de plus en plus d'ordonnances à cibles thérapeutiques qui confèrent plus d'autonomie aux professionnels. Par exemple, on demande souvent aux inhalothérapeutes de sevrer un patient du ventilateur dans un délai précis ; il leur revient alors de déterminer les modalités de cette manœuvre délicate et à risque de complications.

¹¹ Le suivi clinique consiste à surveiller et à évaluer la condition du patient de manière à ajuster les plans de soins et à déceler rapidement des complications ou une détérioration de son état.

1.2.3 Enjeux pédagogiques et scientifiques

Nous discuterons d'abord des enjeux pédagogiques, qui sont de deux ordres principaux et, en fin de section, nous traiterons des enjeux scientifiques.

a) Enjeux pédagogiques

Formation scientifique de base

- La formation actuelle des inhalothérapeutes les place en décalage par rapport aux compétences attendues, car elle ne les munit pas des connaissances scientifiques nécessaires à exercer le jugement clinique requis aujourd'hui, pas plus qu'elle ne leur inculque la culture scientifique permettant une utilisation appropriée des données probantes. L'intégration des données probantes à la pratique professionnelle suppose un entraînement à la lecture d'articles scientifiques fiables et pertinents. Ici, entre autres, des connaissances de base en analyse biostatistique s'avèrent indispensables. Or, l'enseignement de ces connaissances ne fait pas partie du programme actuel. C'est l'éducation de niveau universitaire qui initie les étudiantes et les étudiants et qui les forme à la consultation et à l'analyse d'articles scientifiques.

- Tel qu'offert actuellement, le programme d'enseignement de l'inhalothérapie n'assure pas que les futurs inhalothérapeutes savent utiliser la littérature scientifique de façon judicieuse et, de ce fait, qu'ils puissent intégrer les données probantes dans leur pratique professionnelle, comme décrit dans le [Référentiel des compétences](#) (compétences D, E et L).

Raisonnement clinique

- La collecte, l'analyse, la compréhension, l'interprétation des données, qui mènent à une décision ou à la formulation d'une hypothèse, constituent des compétences essentielles dans les approches thérapeutiques modernes. Ces éléments, pris dans leur ensemble, forment le raisonnement clinique de l'inhalothérapeute. La maîtrise de ce raisonnement guide l'élaboration des protocoles cliniques et la prise en charge des patients. « Les inhalothérapeutes travaillent dans des contextes où une grande autonomie décisionnelle est présente et où ils se voient confier des cas dont la gestion est de plus en plus complexe. Dans ces circonstances, il apparaît indiscutable que ces professionnels de la santé doivent faire preuve d'un raisonnement clinique éprouvé » (Paré, 2014¹²). C'est grâce à la maîtrise adéquate du raisonnement clinique que l'inhalothérapeute pose un jugement clinique juste.

Or, le programme actuel de *Techniques d'inhalothérapie* montre peu d'occasions d'enseignement formel du raisonnement clinique. « Le raisonnement clinique ne fait l'objet ni d'une compétence, ni d'un élément de compétence et ni même d'un critère de performance à lui seul. Son enseignement ne fait l'objet d'aucune prescription ministérielle officielle qui assure son enseignement. En somme, la place réservée à l'enseignement du raisonnement clinique dans le programme actuel n'est pas clairement définie. » (Paré, 2014¹³)

Les facultés de la santé des universités possèdent l'expertise pour l'enseignement de cette compétence, expertise qui ne se retrouve pas de façon aussi répandue au niveau collégial. Le [référentiel des compétences du BCI](#) démontre clairement que l'enseignement du raisonnement clinique s'effectue à l'université¹⁴. Le raisonnement clinique est formellement enseigné dans le cadre de plusieurs programmes de la santé (médecine, soins infirmiers, physiothérapie). Pour une pratique optimale et sécuritaire de l'inhalothérapie, une formation universitaire s'avère incontournable.

¹² Paré, É. 2014. *Raisonnement clinique en techniques d'inhalothérapie : étude de modalités d'enseignement et des interventions pédagogiques lors des stages*. Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, p. 7.

¹³ *Ibid.*, p. 47.

¹⁴ Bureau de coopération interuniversitaire (BCI). Avril 2019. [Les compétences attendues à la fin d'un grade universitaire de premier cycle](#), p. 8.

b) Enjeux scientifiques

- L'insuffisance de la formation initiale des inhalothérapeutes engendre un autre impact scientifique important. Dans notre système, il n'y a pas de recherche universitaire s'il n'y a pas de formation universitaire. L'inhalothérapie ne bénéficie donc pas de recherche universitaire qui lui est spécifiquement désignée. La profession se trouve ainsi à la remorque de la recherche effectuée dans des disciplines connexes (soins d'urgence, cardiologie, pneumologie, génie biomédical, etc.). Le seul fait que les spécialistes de la prise en charge du système cardiorespiratoire au Québec ne contribuent pas directement à la recherche universitaire devrait être troublant.
- Plusieurs éléments des dimensions techniques (élaboration et évaluation d'appareils) et cliniques (procédures diverses, protocoles) de la profession méritent de faire l'objet de recherches dont les retombées seraient bénéfiques pour les patients et appréciées des médecins.

1.2.4 Enjeux techniques et professionnels

En raison de leur rôle dans le réseau de la santé, les inhalothérapeutes interviennent auprès de clientèles vulnérables en situation précaire. Prématurnité, détresse respiratoire (fibrose kystique, asthme, MPOC), choc septique ou anaphylactique, syndrome de détresse respiratoire aigu (COVID-19), polytraumatismes, maladies cardiaques, soins en fin de vie... Pas moins de 93 % des inhalothérapeutes actifs dans le réseau de la santé sont appelés à travailler dans des unités de soins critiques dès les débuts de leur pratique¹⁵.

Inhalothérapeutes hors réseau

En outre, quelque 800 inhalothérapeutes pratiquent hors réseau¹⁶, principalement dans des cliniques de chirurgie où ils évoluent en grande autonomie. Ils y agissent comme experts en suivi de l'anesthésie et de la sédation-analgésie, des situations où les risques de complications sont toujours présents.

Appariement des connaissances

La nature même de la profession d'inhalothérapeute est un défi opérationnel et technique constant. Quand la moindre erreur peut avoir des conséquences dramatiques, les fondements de la formation devraient être une priorité incontournable. Considérant les actes que les inhalothérapeutes sont appelés à poser, les connaissances qu'ils supposent, leur incidence sur la condition des patients et le rôle majeur de ces professionnels dans des équipes multidisciplinaires, l'inadéquation de leur formation initiale pose aussi un problème de cohérence, d'appariement des niveaux de connaissances et même de l'utilisation d'un langage commun entre les professionnels (médecins, infirmières, physiothérapeutes, pharmaciens).

Les inhalothérapeutes interagissent tous les jours avec des membres d'équipes soignantes qui possèdent des formations universitaires, surtout dans les soins critiques, les soins à domicile, l'assistance anesthésique et la sédation-analgésie. En fait, les inhalothérapeutes sont les seuls professionnels de la santé de niveau technique à travailler dans un contexte de soins critiques dès les premières heures de leur carrière. Plusieurs des actes posés par les inhalothérapeutes sont d'ailleurs communs à d'autres professionnels, comme les techniciens ambulanciers paramédics de soins avancés, les perfusionnistes ou les infirmières bachelières (dites aussi cliniciennes), qui détiennent des diplômes universitaires.

Classification maladroite de la fonction de travail en 2010

Alors que la pertinence d'un rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes est généralement admise, le dossier a parfois emprunté des détours désolants. Ainsi, une « classification des fonctions de travail »¹⁷ effectuée par le MELS en 2010 a conclu que les actes posés par les inhalothérapeutes relevaient d'une formation technique.

Un tel résultat a été atteint parce que les critères retenus ne correspondaient pas à la réalité vécue par les inhalothérapeutes. Les gestes diagnostiques se trouvaient donc surpondérés tandis que les tâches associées aux soins critiques étaient sous-considérées.

¹⁵ OPIQ, Mars 2011. *La formation initiale en inhalothérapie au Québec : déficiences et insuffisances*, p. 14.

¹⁶ Source : OPIQ.

¹⁷ MELS, Septembre 2010. *Fiche classification inhalothérapeute*, 8 p.

Le tableau qui suit résume les observations de cette opération de classification. La comparaison des colonnes 2 et 3 est éclairante. On notera que pour un nombre égal d'opérations possibles (40), seulement 20 % ont été retenues dans le cas des soins critiques, même si 93 %¹⁸ des inhalothérapeutes en début de carrière (0-4 ans) travaillent dans ces milieux cliniques, contre 48 % dans les épreuves diagnostiques où l'on compte pourtant moins d'inhalothérapeutes débutant dans la profession.

¹⁸ Direction générale de la formation professionnelle et technique. 2012. *L'exécution des tâches et des opérations liées à la profession d'inhalothérapeute selon les diverses situations de travail – Rapport d'enquête*. MELS, gouvernement du Québec, p. 27.

Résumé des observations de l'opération de classification

	1	2	3	4	5	6	7
	Soins généraux Tâche 1	Soins critiques Tâche 2	Épreuves diagnostiques Tâche 3	Anesthésie Tâche 4	Sommeil Tâche 5	Enseignement Tâche 6	Soins à domicile Tâche 7
Nombre d'opérations	27	40	40	34	29	15	22
Opérations retenues	14	8	19	8	6	7	3
% des opérations retenues	52 %	20 %	48 %	24 %	21 %	47 %	14 %
% 0-4 ans qui exécutent la tâche	95 %	93 %	63 %	46 %	18 %	68 %	5 %

Sources : données tirées de la *Fiche classification inhalothérapeute* et du tableau produit par Éduconseil inc. « Répartition des personnes consultées selon le nombre d'années d'expérience dans l'exercice de la profession et les tâches qu'elles exécutent » paru dans *L'exécution des tâches et des opérations liées à la profession d'inhalothérapeute selon les diverses situations de travail – Rapport d'enquête*, p. 27.

Pourquoi a-t-on ignoré autant d'opérations en soins critiques ? Est-ce parce que les gestes qui y sont posés requièrent un savoir universitaire ? Ces questions jettent un doute embarrassant sur cet exercice de classification. D'ailleurs, en 2012, le MELS, le MSSS et l'OPIQ ont conclu une entente, pour documenter et pour diffuser de l'information actuelle sur le contexte de la réalisation des tâches assumées dans les trois principaux milieux cliniques où travaillent les inhalothérapeutes du réseau public, soit les soins critiques, l'assistance anesthésique et la sédation-analgésie, et les soins à domicile.

1.3 Présentation de la profession et portrait de la main-d'œuvre

La profession d'inhalothérapeute est encadrée par le [Code des professions](#) et différents règlements. Ceux et celles qui l'exercent sont à peine plus de la moitié à travailler à temps plein et, de façon inquiétante, le nombre de candidats à la profession dégringole.

1.3.1 La profession et le champ de pratique au Québec — Portrait légal et statistique

a) Portrait légal

La profession d'inhalothérapeute est d'abord régie par le *Code des professions*.

L'article 37 s résume ainsi les activités professionnelles des membres de l'OPIQ :

L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec : contribuer à l'évaluation de la fonction cardiorespiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique, contribuer à l'anesthésie et traiter des problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire.

L'article 37.1 par. 7 établit la liste des activités réservées des membres de l'OPIQ :

- a) effectuer l'assistance ventilatoire, selon une ordonnance ;
- b) effectuer des prélèvements, selon une ordonnance ;
- c) effectuer des épreuves de la fonction cardiorespiratoire, selon une ordonnance ;
- d) exercer une surveillance clinique de la condition des personnes sous anesthésie, y compris la sédation-analgésie, ou sous assistance ventilatoire ;
- e) administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance ;
- f) mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance ;
- g) introduire un instrument, selon une ordonnance, dans une veine périphérique ou dans une ouverture artificielle ou dans et au-delà du pharynx ou au-delà du vestibule nasal.

La Loi médicale comporte un [Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute \(chapitre M-9, a. 3\)](#) dont voici un extrait.

Le présent règlement a pour objet de déterminer parmi les activités professionnelles que peuvent exercer les médecins celles qui, suivant les conditions et modalités qui y sont déterminées, peuvent l'être par un inhalothérapeute.

1.1. *L'inhalothérapeute peut évaluer la condition cardiorespiratoire d'une personne symptomatique.*

D. 847-2018, a. 1.

1.2. Dans le cadre du programme national de santé publique pris en application de la Loi sur la santé publique ([chapitre S-2.2](#)), l'inhalothérapeute peut prescrire un médicament pour la cessation tabagique, sauf la varénicline et le bupropion.

L'inhalothérapeute exerce l'activité prévue au premier alinéa conformément aux dispositions applicables aux ordonnances individuelles prévues au Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin ([chapitre M-9, r. 25,1](#)).

D. 847-2018, a. 1.

2. L'inhalothérapeute peut effectuer la ponction artérielle radiale, selon une ordonnance individuelle, s'il est titulaire d'une attestation délivrée par l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec suivant laquelle il a réussi :

1° une formation théorique, organisée par l'Ordre en application du paragraphe 3 du deuxième alinéa de l'article 62 du Code des professions (chapitre C-26), d'une durée d'au moins 2 heures sur les aspects suivants :

- a) l'anatomie du système vasculaire ;
- b) les principales indications et contre-indications au prélèvement artériel par ponction ;
- c) les complications et les limites associées au prélèvement et à la ponction artérielle ;
- d) la technique et la procédure pour effectuer un prélèvement par ponction artérielle ;

2° au moins 15 ponctions artérielles sous la supervision immédiate d'un médecin, lesquelles sont constatées sur un document comportant, pour chaque ponction, la date, le lieu ainsi que le nom et la signature du médecin qui l'a supervisée.

D. 1026-2005, a. 2 ; D. 954-2011, a. 2.

3.1. L'inhalothérapeute peut, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26), exercer les activités professionnelles suivantes :

1° opérer et assurer le fonctionnement de l'équipement d'assistance pulmonaire ou circulatoire par membrane extracorporelle, selon une ordonnance ;

2° opérer et assurer le fonctionnement de l'équipement d'autotransfusion, selon une ordonnance ;

3° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes reliées à un équipement d'assistance pulmonaire ou circulatoire par membrane extracorporelle ;

4° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes reliées à un équipement d'autotransfusion.

D. 954-2011, a. 4.

3.2. L'inhalothérapeute exerce les activités prévues à l'article 3.1 dans un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

D. 954-2011, a. 4.

L'article 2.10 du [Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels](#) reconnaît la validité des formations de niveau technique dispensées dans les cégeps :

Donne ouverture au permis délivré par l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, le diplôme d'études collégiales décerné par le ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie à la suite d'études complétées en techniques d'inhalothérapie aux cégeps de Chicoutimi, de l'Outaouais, de Rosemont, de Sainte-Foy, de Sherbrooke et de Valleyfield, au Collège Ellis campus de Trois-Rivières, au Collège Ellis campus de Longueuil et au Collège Vanier.

Le [Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de formation aux fins de la délivrance d'un permis de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec](#) porte sur les critères d'acceptation de candidats à la profession formés hors Québec. Extrait :

- 1.** Le secrétaire de l'Ordre transmet une copie du présent règlement au candidat qui, aux fins d'obtenir un permis de l'Ordre, désire faire reconnaître l'équivalence d'un diplôme délivré par un établissement d'enseignement situé hors du Québec ou une équivalence de formation.
- 2.** Dans le présent règlement on entend par :
 - 1° « équivalence de diplôme » : la reconnaissance, par l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, qu'un diplôme délivré par un établissement d'enseignement situé hors du Québec atteste que le niveau de connaissance et d'habiletés d'un candidat est équivalent à celui acquis par le titulaire d'un diplôme reconnu comme donnant ouverture au permis délivré par l'Ordre ;
 - 2° « équivalence de formation » : la reconnaissance, par l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, que la formation d'un candidat lui a permis d'atteindre un niveau de connaissance et d'habiletés équivalent à celui que possède le titulaire d'un diplôme reconnu comme donnant ouverture au permis délivré par l'Ordre.

Le [Règlement sur les autorisations légales d'exercer la profession d'inhalothérapeute hors du Québec qui donnent ouverture au permis de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec](#) encadre la mobilité interprovinciale des inhalothérapeutes formés au Québec :

- 1.** Donne ouverture au permis délivré par l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, une autorisation légale d'exercer la profession d'inhalothérapeute délivrée en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador.
- 2.** Pour obtenir un permis délivré par l'Ordre, le candidat titulaire d'une autorisation légale visée à l'article 1 en fait la demande par écrit au secrétaire de l'Ordre, à laquelle il joint une preuve à l'effet qu'il est titulaire de cette autorisation légale ainsi que le paiement des frais d'étude de son dossier, prescrits conformément au paragraphe 8 de l'article 86.0.1 du Code des professions (chapitre C-26).

b) Portrait statistique

• Effectifs

Au 31 mars 2020, le Tableau de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec comptait 4 404 membres :

- 80 % des professionnels inscrits, soit 3 550, pratiquent dans le réseau de la santé et des services sociaux (MSSS, *Portrait de la main-d'œuvre – Inhalothérapie*, janvier 2020);
- 59,6 % des effectifs du réseau public ont moins de 40 ans;
- Seulement 52,5 % des inhalothérapeutes à l'emploi du réseau public occupent un poste à temps complet.

Les autres membres de l'Ordre, qui n'exercent pas dans le réseau public (18 % des inscrits), travaillent pour la plupart dans le secteur privé (cliniques de chirurgie ou cliniques du sommeil); d'autres enseignent dans les cégeps.

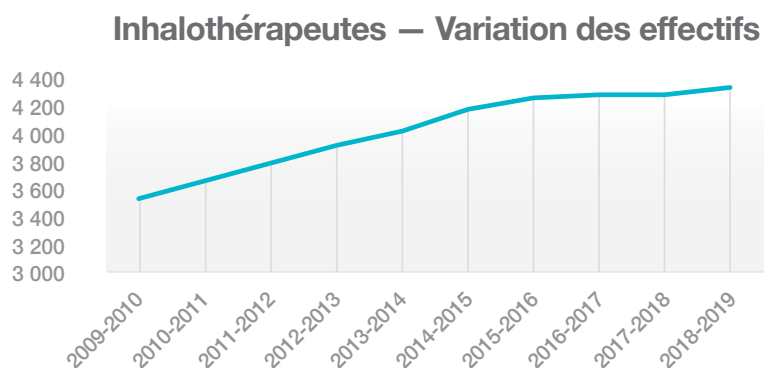
• Pratique

Les données qui suivent ont été tirées d'un sondage effectué entre le 4 et le 14 septembre 2019 auprès de 190 inhalothérapeutes qui travaillent dans le réseau de la santé et de 39 gestionnaires de services d'inhalothérapie du réseau public.

- Milieux dans lesquels des activités ont été exécutées au cours des 12 derniers mois (tous les répondants) :
 - Assistance en soins critiques : 72 %
 - Sédatation-analgésie : 67 %
 - Assistance anesthésique : 43 %
 - Soins cardiorespiratoires à domicile : 24 %
- Milieux dans lesquels des activités ont été exécutées dans les 12 derniers mois (répondants avec cinq ans et moins d'expérience) :
 - Assistance en soins critiques : 86 %
 - Sédatation-analgésie : 57 %
 - Assistance anesthésique : 38 %
 - Soins cardiorespiratoires à domicile : 15 %

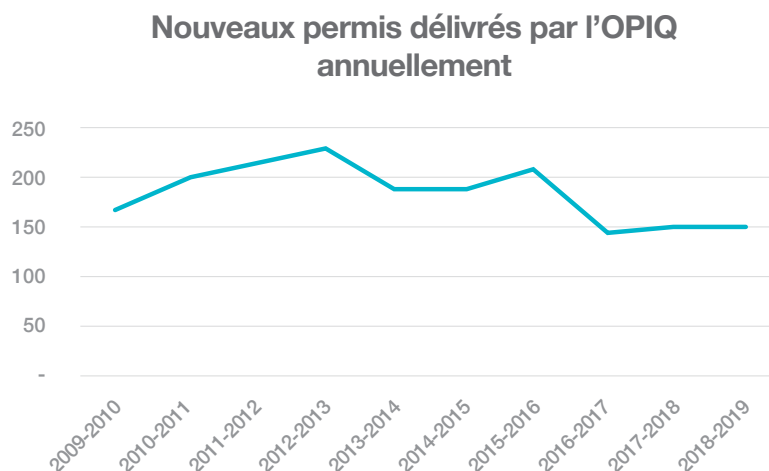
1.3.2 Évolution de la main-d'œuvre au cours des 10 dernières années (disponibilité de la main-d'œuvre, évolution de la main-d'œuvre et nouvelles inscriptions annuelles)

En 2018-2019, 4 329 personnes étaient inscrites au Tableau de l'OPIQ. Sur une période de 10 ans, les effectifs ont connu une croissance annuelle moyenne de 2,4 %. On constate toutefois un aplatissement de la courbe en 2016. Alors que les effectifs augmentaient à un rythme moyen de 3,1 % par année sur la période 2009-2010 – 2015-2016, elle n'était plus que de 0,3 % en moyenne pour les trois années subséquentes. Et la suite est inquiétante.



Source : OPIQ

Le ralentissement dans la diplomation de nouveaux inhalothérapeutes s'est répercuté sur le nombre de permis d'exercice délivrés. On en a compté 170 en 2009-2010, un sommet de 229 en 2012-2013 et seulement 151 en 2018-2019.



Source : OPIQ

1.3.3 L'évolution future de la main-d'œuvre

Selon le MSSS, les tendances actuelles laissent entrevoir une stabilité des effectifs en inhalothérapie pour quelques années à venir, soit jusqu'en 2026-2027. Au cours de cette période, les embauches devraient permettre de compenser les départs.

Évolution des effectifs

Année	Nombre
2016-2017	3515
2017-2018	3539
2018-2019	3550
2019-2020	3550
2020-2021	3550
2021-2022	3550
2022-2023	3550
2023-2024	3550
2024-2025	3550
2025-2026	3550
2026-2027	3550

Source : MSSS, Direction générale du personnel réseau et ministériel. Janvier 2020. *Portrait de la main-d'œuvre – inhalothérapie*, p. 13.

L'OPIQ, toutefois, ne partage pas les vues du MSSS quant à cette stabilité des effectifs en inhalothérapie dans le réseau de la santé et des services sociaux.

- Les projections gouvernementales de recrutement sont basées sur les chiffres d'inscriptions fournis par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) jusqu'en 2018-2019. Selon ces projections, les arrivées comblent les départs. Il n'y a donc pas d'augmentation d'effectif prévue alors que la population vieillissante devrait engendrer une augmentation des besoins généraux en santé.
- Le gouvernement ne semble pas considérer le nombre toujours croissant d'inhalothérapeutes qui choisissent d'aller en pratique privée et l'effet de ce choix sur l'embauche dans le réseau de la santé. Près de 20 % des inhalothérapeutes se dirigent maintenant vers le secteur privé, contre 10 %, il y a quelques années.
- De surcroît, les projections du MSSS sont fragilisées par le déclin des admissions. L'OPIQ constate une baisse marquée des demandes d'admission en *Techniques d'inhalothérapie* dans tous les établissements où le programme est offert. Selon des données préliminaires du premier tour d'inscriptions, compilées en mai 2020, la baisse réelle pourrait être de 35 % à la prochaine rentrée. Notons au passage que le contingentement du programme, mis en place en 2009, a été levé en 2019.

Contrairement au gouvernement, l'OPIQ s'inquiète grandement des effectifs en inhalothérapie, à court terme.

1.3.4 Les professionnels après leur intégration sur le marché du travail

Un sondage, effectué en 2019 auprès des inhalothérapeutes par le MSSS, souligne plusieurs faits troublants quant à leur niveau de confiance dans l'exercice de leurs fonctions et à la manière dont ils sont perçus. Précisons que ces faits ont été mis en lumière, même si le gouvernement a choisi de considérer l'ensemble des répondants qui ont une moyenne de 15 ans d'expérience. Or, on peut raisonnablement avancer que les résultats auraient été encore plus inquiétants si on avait isolé les répondants de moins de cinq ans d'expérience; après tout, lorsqu'on exerce son métier depuis 15 ans et que l'on a fait sa marque, l'inconfort des premiers mois n'est qu'un pâle souvenir.

L'analyse des données de ce sondage s'avère donc fort discutable, mais il vaut malgré tout la peine qu'on s'y attarde.

Question : comment votre formation initiale vous prépare-t-elle à travailler dans ce milieu ?

• **Présentation des résultats par le gouvernement**¹⁹ :

- Assistance en soins critiques : 67 % de bien à très bien
(Le gouvernement passe sous silence le fait que le tiers des répondants ne croient donc pas que leur formation les prépare bien ou très bien.)
- Assistance anesthésique : 76 % de bien à très bien
(Le gouvernement passe sous silence le fait que 24 % des répondants ne croient donc pas que leur formation les prépare bien ou très bien.)
- Sédation-analgésie : 48 % de bien à très bien
(Le gouvernement passe sous silence le fait que 52 % des répondants ne croient donc pas que leur formation les prépare bien ou très bien.)
- Soins cardiorespiratoires à domicile : 14 % de bien à très bien
(Le gouvernement passe sous silence le fait que 86 % des répondants ne croient donc pas que leur formation les prépare bien ou très bien.)

• **Mois d'expérience moyen avant d'avoir commencé à travailler dans les milieux suivants (5 ans d'expérience ou moins) :**

- Assistance en soins critiques : 0,5 mois
- Soins cardiorespiratoires à domicile : 16 mois
- Sédation-analgésie : 0,5 mois
- Assistance anesthésique : 3,5 mois

• **Avis des gestionnaires des services d'inhalothérapie**

- Satisfaction envers les finissants du DEC :
 - Assistance en soins critiques : 14 % se disent satisfaits
 - Soins cardiorespiratoires à domicile : 4 % se disent satisfaits
 - Sédation-analgésie : 15 % se disent satisfaits
 - Assistance anesthésique : 22 % se disent satisfaits
- Existence d'un décalage entre la formation initiale et les compétences attendues :
 - Assistance en soins critiques : 80 % disent qu'un décalage existe
 - Soins cardiorespiratoires à domicile : 73 % disent qu'un décalage existe
 - Sédation-analgésie : 67 % disent qu'un décalage existe
 - Assistance anesthésique : 81 % disent qu'un décalage existe

¹⁹ MSSS, Septembre 2019.
Sondage – inhalothérapeute :
faits saillants, 8 p.

- Capacité de la formation initiale à répondre aux besoins évolutifs des clientèles :
 - Assistance en soins critiques : 33 % des gestionnaires disent que la formation répond aux besoins évolutifs
 - Soins cardiorespiratoires à domicile : 14 % disent que la formation répond aux besoins évolutifs
 - Sédation-analgésie : 43 % disent que la formation répond aux besoins évolutifs
 - Assistance anesthésique : 33 % disent que la formation répond aux besoins évolutifs

Si le sondage du MSSS posait de bonnes questions, l'OPIQ et le CMQ restent pour le moins perplexes devant les conclusions que le gouvernement en a tirées. Le gouvernement affirme comme premier fait saillant que 80 % des inhalothérapeutes exerçant en assistance en soins critiques et 81 % des inhalothérapeutes exerçant en assistance anesthésique affirment que leur formation les prépare « bien » à « très bien ».

Cette interprétation est trompeuse. Comment réconcilier de tels taux de préparation adéquate à travailler en soins critiques et en assistance anesthésie quand les directeurs de ces services ne se déclarent satisfaits qu'à 14 % et 22 % des nouveaux diplômés dans ces milieux cliniques ? Peut-il vraiment y avoir plus de 50 points d'écart entre la perception que les inhalothérapeutes participant au sondage ont d'eux-mêmes et la perception qu'en ont les gestionnaires de service qui les embauchent ?

1.4 Portrait de la formation initiale actuelle donnant ouverture au permis

Le programme actuel de niveau technique a été approuvé... en 1997. Il est offert dans neuf maisons d'enseignement collégial du Québec : Cégep de Chicoutimi, Cégep de l'Outaouais, Cégep de Sainte-Foy, Cégep de Sherbrooke, Collège de Valleyfield, Collège de Rosemont, Collège Ellis campus de Trois-Rivières, Collège Ellis campus de Longueuil, Collège Vanier.

1.4.1 Titre du diplôme et fiche descriptive du programme

Nom : **Techniques d'inhalothérapie**, code 141.A0
 Sanction : DEC
 Secteur : Santé (19)
 Nombre d'unités : 91 ⅔

Objectifs du programme

Ce programme permet de former des inhalothérapeutes qui travaillent en collaboration avec l'équipe de santé en prenant des responsabilités de soins dans les domaines de la fonction cardiorespiratoire et de l'anesthésie-réanimation. Le programme d'études comprend des cours théoriques, des travaux pratiques en laboratoire et des stages cliniques. L'inhalothérapeute acquerra des connaissances en anatomie et en physiologie humaines, particulièrement des fonctions cardiorespiratoire et nerveuse, en microbiologie, en immunologie, en chimie, en psychologie, en inhalothérapie, en physiopathologie et en anesthésie.

Durée de la formation

La durée totale inclut des cours de formation générale pour 660 heures et des cours de formation spécifique pour 2115 heures (incluant un maximum de 960 heures d'enseignement clinique).

Conditions d'admission

Est admissible au programme la personne qui satisfait aux conditions générales d'admission définies dans le *Règlement sur le régime des études collégiales (RREC)*, et le cas échéant, aux conditions particulières suivantes :

- Avoir réussi le (les) cours du secondaire :
 - TS ou SN 4^e : mathématiques, séquence Technico-sciences (064426) ou séquence Sciences naturelles (065426) de la 4^e secondaire
 - Chimie 5^e : chimie de la 5^e secondaire (051504)

Contenu du programme

Numéro ou code	Énoncé de la compétence
002A	Analyser la fonction de travail
002B	Adopter des mesures relatives à la santé, à la sécurité et à l'asepsie
002C	Utiliser les appareils de traitements d'inhalothérapie
002D	Communiquer avec la ou le malade, la famille et l'équipe de soins
002F	Associer une modalité thérapeutique à un désordre cardiopulmonaire ou lié au système cardiopulmonaire chez l'adulte, l'enfant et le nouveau-né
002G	Associer la préparation des médicaments à des situations cliniques d'inhalothérapie et d'anesthésie
002H	Administrer des traitements d'inhalothérapie à des adultes, des enfants et des nouveau-nés
002J	Effectuer l'enregistrement et l'analyse d'un électrocardiogramme
002K	Effectuer des tests concernant les fonctions pulmonaires et cardiopulmonaires
002L	Assurer le soutien technique lié à l'anesthésie chez les adultes et les enfants
002M	Évaluer la qualité de la ventilation mécanique chez l'adulte, l'enfant et le nouveau-né
002N	Administrer des techniques et des traitements cardiopulmonaires chez l'adulte, l'enfant et le nouveau-né
002P	Organiser le travail

Source : image tirée du site inforoutefpt.org.

1.5 Portrait de la formation continue (actuelle et prospective) offerte aux membres

Le [Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec](#) comporte une programmation étoffée d'apprentissages pour les inhalothérapeutes qui se double par ailleurs d'une série de formations obligatoires liées aux activités autorisées par le Collège des médecins du Québec. La formation continue participe à l'évolution d'une profession, quelle qu'elle soit, en favorisant notamment l'introduction de nouvelles technologies. Elle ne réduit en rien la nécessité de fournir aux titulaires d'une fonction des connaissances conformes aux compétences attendues. Elle ne peut donc, en aucune façon, être considérée comme un moyen de pallier l'insuffisance de la formation initiale des inhalothérapeutes.

1.5.1 Exigence de l'Ordre et obligations légales relativement aux activités de formation continue

Le [Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute](#) prévoit que certains actes sont réservés aux professionnels qui obtiennent une attestation de formation de l'OPIQ. Par exemple :

- L'inhalothérapeute peut prescrire un médicament pour la cessation tabagique, sauf la varénicline et le bupropion :
 - formation de 2 heures sur les considérations déontologiques et la démarche de prescription d'un médicament pour la cessation tabagique.

Le [Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec](#) impose à tout inhalothérapeute un programme de développement de ses compétences :

- *L'inhalothérapeute est tenu de consacrer 30 heures par période de référence à des activités de formation continue liées à l'exercice professionnel. Dans le présent règlement, on entend par « période de référence » une période de 2 ans qui commence le 1^{er} avril d'une année paire.*
- Lors du renouvellement annuel de son inscription au Tableau, l'inhalothérapeute doit produire une déclaration attestant du nombre d'heures qu'il a consacrées, au cours de la dernière année, à des activités de formation continue ou, le cas échéant, attestant qu'il en est dispensé comme mentionné à l'article 3 ou 3.1.

L'inhalothérapeute peut choisir les activités, liées à sa pratique professionnelle, qui répondent le mieux à ses besoins parmi les suivantes, reconnues par l'Ordre :

1. Cours de formation continue offerts par l'Ordre ;
2. Cours collégiaux, universitaires ou d'institutions spécialisées ;
3. Formation en réanimation cardiorespiratoire de base (SIR) pour professionnel de la santé ou en réanimation cardiorespiratoire avancée (SARC, SARP, PRN) ;
4. Colloques ou congrès ;
5. Présentation dans le cadre de conférences ou de séminaires (3 heures de formation accordées pour chaque heure de présentation) ;
6. Rédaction d'articles scientifiques publiés (reconnaissance d'une heure par 1 000 mots, jusqu'à concurrence de 10 heures par période de référence) ;
7. Sessions de formation diverses, notamment des séminaires ou des discussions d'histoires de cas ;

8. Participation à des projets de recherche;
9. Activité d'autoapprentissage comme la lecture d'articles ou d'ouvrages spécialisés, jusqu'à concurrence de 5 heures par période de référence;
10. Supervision de stagiaire, jusqu'à concurrence de 2,5 heures par période de référence;
11. Participation à un groupe de discussion ou à un comité professionnel, jusqu'à concurrence de 2,5 heures par période de référence;
12. Remplir le questionnaire long d'autoévaluation des compétences élaboré par l'Ordre, jusqu'à concurrence de 2 heures par période de référence.

Le sondage mené par le MSSS auprès de gestionnaires de services d'inhalothérapie en septembre 2019 a indiqué que les formations de l'OPIQ étaient des critères d'embauche importants, particulièrement dans les milieux de la sédation-analgésie et de l'assistance anesthésique :

Critères d'embauche pour travailler dans le milieu

Milieu	Formation OPIQ essentielle	Formation en cours d'emploi essentielle
Assistance en soins critiques	38 %	52 %
Soins cardiorespiratoires à domicile	35 %	33 %
Sédation-analgésie	39 %	72 %
Assistance anesthésique	46 %	71 %

Source: MSSS, Septembre 2019. *Sondage – inhalothérapeute: faits saillants.*

L'OPIQ a aussi développé et offre quelque 70 formations en ligne qui couvrent un large spectre de connaissances touchant les soins cliniques et la relation avec les patients, comme les soins de fin de vie, l'hyperthermie maligne, l'évaluation de l'inaptitude et le consentement aux soins, etc.

1.6 Portrait des autres conditions et modalités de délivrance des permis

Bien que l'Ordre souhaite administrer un examen à l'entrée dans la profession — nous avons d'ailleurs soumis un mémoire à cet effet en 2015 —, seule l'obtention d'un diplôme en techniques d'inhalothérapie (par règlement) mène à la délivrance d'un permis pour le moment.

2. Information sur la nature de la problématique, les solutions envisagées et la solution proposée

2.1 Démonstration de l'écart entre les compétences acquises au terme du ou des programmes de formation actuels et les compétences attendues au seuil d'entrée de la profession

L'insuffisance des compétences acquises dans le cadre du programme d'études *Techniques d'inhalothérapie* (DEC 141.A0) se manifeste de plusieurs façons, créant des zones de faiblesse dans la prestation des soins et des services, ce qui entraîne des conséquences nombreuses et potentiellement graves pour les patients et les inhalothérapeutes eux-mêmes.

Depuis 1997, année d'entrée en vigueur d'un « nouveau » devis élaboré en 1991, le ministère n'a procédé à aucune actualisation. Or, au cours de cette période, le réseau de la santé a beaucoup évolué, porté par les avancées de la science médicale, la sophistication des soins et des technologies, la transformation des méthodes de travail, l'accroissement des besoins d'une population vieillissante et l'augmentation de la comorbidité rendant les soins plus complexes dans tous les milieux cliniques. L'écart est donc croissant entre le niveau de préparation des inhalothérapeutes et la réalité dans laquelle ils se trouvent plongés dès le début de leur pratique.

Les jeunes professionnels d'aujourd'hui se sentent mal outillés pour accomplir l'ensemble des tâches qui leur sont demandées en milieu clinique, particulièrement dans les domaines de l'assistance anesthésique, des soins à domicile et des soins critiques. Pour bien évoluer dans ces situations, les inhalothérapeutes doivent exercer un jugement clinique et appuyer leurs interventions sur une quantité croissante de données probantes. Or, le développement du jugement clinique est une caractéristique des formations de niveau universitaire, tandis que l'interprétation d'un large éventail de données souvent contradictoires suppose une culture scientifique solide qui s'acquiert aussi au niveau universitaire.

Afin de munir les inhalothérapeutes des compétences nécessaires à la pratique des années 2020, l'OPIQ et le CMQ estiment essentiel de rehausser la formation initiale des inhalothérapeutes de son niveau collégial technique actuel à une formation de niveau universitaire de premier cycle.

2.1.1 Écart entre les compétences attendues selon les milieux cliniques et les compétences acquises dans le cadre de la formation initiale

L'analyse de la profession²⁰ a mis en évidence sept tâches pour lesquelles il y a un écart significatif entre les compétences attendues et celles acquises dans le cadre de la formation initiale :

1. Prodiguier des soins cardiorespiratoires généraux en établissement ;
2. Fournir une assistance en soins critiques ;
3. Effectuer des épreuves diagnostiques de la fonction cardiorespiratoire ;
4. Fournir une assistance en anesthésie ;
5. Effectuer des tests portant sur les troubles du sommeil ;
6. Enseigner à la patiente ou au patient et aux aidants naturels ;
7. Prodiguier des soins cardiorespiratoires généraux à domicile.

Nous détaillons ces écarts dans les trois principaux milieux cliniques du réseau de la santé où pratiquent les inhalothérapeutes, soit l'assistance anesthésique et la sédation-analgésie, les soins à domicile et les soins critiques. Nous relevons les préoccupations qui en découlent quant à la protection du public.

a) Milieu clinique 1 : assistance anesthésique et sédation-analgésie

45 % des inhalothérapeutes doivent évoluer dans ce contexte dans leurs quatre premières années d'exercice²¹.

- Écart entre compétences attendues et formation initiale
 - « **La pratique contemporaine en assistance anesthésique se caractérise par une grande collaboration interdisciplinaire, où les anesthésiologistes attendent des inhalothérapeutes une contribution aux raisonnements cliniques** à effectuer (évaluation de la situation, reconnaissance des problèmes, analyse, prise de décision, application de la décision, évaluation), et ce, à toutes les étapes de la procédure anesthésique. »²² ;
 - Cette interdisciplinarité va jusqu'à la prise en charge, avec compétence, des situations en contexte de supervision médicale éloignée en cours de procédure. **De fait, dans ces circonstances, l'entière responsabilité de la surveillance clinique de l'état du patient est confiée à l'inhalothérapeute**²³ ;
 - Nouvelles opérations ou opérations plus complexes par rapport au devis de 1997²⁴ :
 - Consulter le dossier médical (actuel et antérieur) de la patiente ou du patient | prendre connaissance de l'évaluation afin de planifier les interventions des équipes soignantes ;
 - Contribuer à déterminer la position que doit adopter la patiente ou le patient selon sa condition ;
 - Ajuster la médication et les agents anesthésiques à partir de l'évaluation que fait l'inhalothérapeute des signes vitaux, des signes cliniques et des données provenant du monitoring, selon une ordonnance ;
 - Vérifier et administrer les produits sanguins ou solutions de remplacement ;

²⁰ MELS, 2010. *Analyse de profession – inhalothérapeute*, gouvernement du Québec, 87 p.

²¹ Direction générale de la formation professionnelle et technique, 2012. *L'exécution des tâches et des opérations liées à la profession d'inhalothérapeute selon les diverses situations de travail*, Éduconseil, p. 27.

²² OPIQ, Février 2013. *Description des contextes de pratique des inhalothérapeutes travaillant en assistance anesthésique et en sédation-analgésie – Analyse et avis préliminaires*, p. 1.

²³ Ibid., p. 2.

²⁴ OPIQ, Mars 2011. *La formation initiale en inhalothérapie au Québec : déficiences et insuffisances*, p. 20-22.

- Évaluer de nouvelles technologies, procédures et techniques de soins, équipement, médication;
 - Procéder de manière autonome à l'installation de la perfusion;
 - Évaluer les fonctions cardiorespiratoires de la patiente ou du patient et aviser l'équipe médicale, s'il y a lieu;
 - Procéder à l'installation d'une ventilation effractive (4,18) | évaluer la qualité de la ventilation (4,21);
 - Évaluer la volémie et effectuer un remplacement liquidien (selon les caractéristiques du patient ou de la patiente et selon la chirurgie) (4,24);
 - Communiquer à l'équipe médicale toute l'information jugée pertinente;
 - Évaluer le soutien technique : a : détecter les problèmes | b : apporter les correctifs | c : informer l'équipe médicale (4,30).
- Le rapport montre que la capacité et l'aisance des inhalothérapeutes à exercer dans la pratique contemporaine de l'assistance anesthésique **découlent largement de l'expérience acquise au fil des ans dans ce milieu**²⁵ :
 - Le rapport souligne avec insistance **la problématique de l'exposition clinique insuffisante**, ressentie par les inhalothérapeutes moins expérimentés et par ceux qui les reçoivent en milieu hospitalier;
 - Le rapport fait état des **carences au plan de la formation théorique**, notamment en physiopathologie et en pharmacologie (incluant les notions de pharmacocinétique).

25 OPIQ, Février 2013. *Description des contextes de pratique des inhalothérapeutes travaillant en assistance anesthésique et en sédation-analgésie – Analyse et avis préliminaires*, p. 2.

b) Milieu clinique 2 : soins à domicile

*4,9 % des inhalothérapeutes doivent évoluer dans ce contexte dans leurs quatre premières années d'exercice*²⁶.

- Écart entre compétences attendues et formation initiale
 - À toutes les étapes de la tâche (planification de la visite, visite, retour), la pratique des inhalothérapeutes en soins à domicile se caractérise par une supervision médicale éloignée et par une responsabilité professionnelle élevée, en particulier en ce qui a trait à la surveillance et à l'évaluation clinique du patient.
 - **La supervision médicale éloignée se traduit surtout par une communication à distance avec le médecin, selon le jugement clinique de l'inhalothérapeute**, en fonction de l'évolution des données cliniques²⁷;
 - Les soins respiratoires à domicile sont assurés par l'inhalothérapeute en toute autonomie, selon une ordonnance médicale accordant plus ou moins de latitude d'après le cas. **L'inhalothérapeute en soins à domicile est ainsi appelé, à partir d'une ordonnance, à établir ou à ajuster un plan d'action thérapeutique adapté à chaque patient, en s'appuyant entre autres sur les cadres de référence en oxygénothérapie et en assistance ventilatoire à domicile**. Il peut s'agir d'un plan à court terme faisant suite par exemple à une hospitalisation ou à une procédure chirurgicale, ou d'un plan au long cours pour les maladies chroniques ou les soins palliatifs²⁸;
 - Le rapport montre qu'on s'attend de l'inhalothérapeute qu'il mette en relation toutes ces données parfois discordantes, voire incompatibles avec le tableau clinique habituel, et **qu'il fasse preuve de jugement clinique pour proposer ou faire des choix judicieux (en matière de technologies, équipements, médicaments, procédures, enseignement, etc.)**; pour **anticiper le mieux possible les risques** et, dans certains cas, intervenir selon l'ordonnance ou le protocole²⁹;

26 Direction générale de la formation professionnelle et technique. 2012. *L'exécution des tâches et des opérations liées à la profession d'inhalothérapeute selon les diverses situations de travail – Rapport d'enquête*. MELS, gouvernement du Québec, p. 27.

27 OPIQ, 29 novembre 2013. *Description des contextes de pratique des inhalothérapeutes travaillant en soins à domicile – Analyse et avis préliminaires*, p. 3.

28 Ibid.

29 Ibid., p. 4.

- Diverses déficiences, tant théoriques que pratiques, ont été soulignées en ce qui a trait à l'enseignement aux patients, aux aidants naturels, aux pairs, ainsi qu'à l'interdisciplinarité, à l'exercice en contexte de soins palliatifs, à l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, au rôle d'intervenant pivot, à la communication interprofessionnelle, à la rédaction de notes au dossier, à la planification du travail et à la gestion du temps³⁰;
- Des carences sont ressenties par les inhalothérapeutes à l'égard de la formation théorique, notamment en ce qui a trait à la comorbidité associée aux principales pathologies cardiaques et respiratoires et aux autres pathologies nécessitant de l'oxygénothérapie ou de l'assistance ventilatoire (comme les pathologies neuromusculaires)³¹;
- Plusieurs nouvelles opérations ou opérations plus complexes se sont par ailleurs ajoutées par rapport au devis de 1991³²:
 - Planifier les visites à domicile;
 - Prendre connaissance de l'évaluation biopsychosociale existante et remplir le questionnaire préparé par des professionnels à cette fin;
 - Diriger, au besoin, la patiente ou le patient ou les aidants naturels, vers des services hospitaliers ou d'autres cliniques;
 - Évaluer de nouvelles technologies (procédures et techniques de soins, équipement et médication);
 - Entrer en relation avec la personne et les aidants naturels;
 - Ventilation effractive ou non effractive;
 - Évaluer la qualité de la ventilation;
 - Effectuer des prélèvements sanguins artériels et par capillarité;
 - Planifier le suivi thérapeutique et technique;
 - Communiquer aux professionnels de la santé, toute l'information jugée pertinente.

³⁰ Ibid., p. 6.

³¹ Ibid., p. 5.

³² OPIQ, Mars 2011. *La formation initiale en inhalothérapie au Québec : déficiences et insuffisances*, p. 27.

c) Milieu clinique 3 : soins critiques

93 % des inhalothérapeutes doivent évoluer dans ce contexte dans leurs quatre premières années d'exercice³³.

- Écart entre compétences attendues et formation initiale
 - La pratique contemporaine des inhalothérapeutes en soins critiques est de plus en plus caractérisée par des ordonnances souvent formulées sous forme de cibles thérapeutiques et par des protocoles spécialisés ou ultraspécialisés dans l'application desquels les inhalothérapeutes doivent faire preuve de jugement clinique, d'autonomie et de maturité professionnelle³⁴;
 - Lorsque libellées sous forme de cibles thérapeutiques, les ordonnances médicales constituent une délégation d'importantes responsabilités à l'inhalothérapeute qui doit assumer, aussi longtemps qu'il le juge sécuritaire, la cueillette, l'analyse et l'interprétation des données cliniques, ainsi que la prise de décision concernant l'évolution du traitement, pouvant aller jusqu'au sevrage complet du respirateur et l'extubation du patient³⁵;

³³ Direction générale de la formation professionnelle et technique. 2012. *L'exécution des tâches et des opérations liées à la profession d'inhalothérapeute selon les diverses situations de travail – Rapport d'enquête*. MELS, gouvernement du Québec, p. 27.

³⁴ OPIQ, Mai 2014. *Description des contextes de pratique des inhalothérapeutes travaillant en soins critiques – Analyse et avis préliminaires*, p. 2.

³⁵ Ibid.

- Cette forme de pratique exige de l'inhalothérapeute qu'il mette en relation un nombre élevé de données, parfois contradictoires, dans le but d'apporter une contribution au diagnostic et à l'évaluation continue de l'état du patient, de faire des recommandations concernant le traitement et, au besoin, de prendre des actions urgentes³⁶;
- La pratique contemporaine des soins cardiorespiratoires en milieu de soins critiques requiert une communication efficace de l'inhalothérapeute avec l'équipe interdisciplinaire, en particulier avec les médecins et les infirmières. Pour être précise et sécuritaire, cette communication a besoin d'être fondée sur une large base commune de connaissances et de compétences théoriques et pratiques³⁷;
- Cette pratique contemporaine comporte des attentes élevées du corps médical et une responsabilité professionnelle rehaussée de l'inhalothérapeute au chevet du patient³⁸;
- À l'urgence, la pratique contemporaine des inhalothérapeutes est axée sur l'anticipation des différents scénarios et des diverses actions qui pourraient devoir être entreprises sur le plan du maintien ou de l'amélioration de la fonction cardiorespiratoire, dans un contexte qui peut présenter une incertitude quant à la condition du patient, au diagnostic et aux comorbidités présentes³⁹;
- Sur le plan de la formation initiale, le rapport d'analyse⁴⁰ met en relief les éléments suivants :
 - Les carences ressenties par les inhalothérapeutes au plan de la formation théorique, notamment en ce qui a trait aux pathologies et à la pharmacologie, incluant des notions de pharmacocinétique⁴¹;
 - L'exposition clinique insuffisante des finissants en techniques d'inhalothérapie, particulièrement aux cas complexes, pour intégrer en toute confiance et en toute sécurité la pratique contemporaine des soins critiques, ainsi que le caractère inégal de cette exposition et de son évaluation⁴²;
 - Les carences de la formation actuelle, surtout sur le plan de l'exposition clinique, à la prise en charge des transferts de patients⁴³;
 - Diverses autres déficiences tant théoriques que pratiques : l'enseignement aux pairs et autres professionnels de la santé ; la pratique interdisciplinaire ; la communication interprofessionnelle ; la communication avec les familles et aidants naturels ; la rédaction de notes au dossier ; la planification du travail et la gestion du temps⁴⁴.
 - Le phénomène courant de l'intégration des inhalothérapeutes les moins expérimentés aux horaires de soir et de fin de semaine, alors que la supervision médicale est réduite⁴⁵.

³⁶ OPIQ, Mai 2014, *Description des contextes de pratique des inhalothérapeutes travaillant en soins critiques – Analyse et avis préliminaires*, p. 2.

³⁷ *Ibid.*

³⁸ *Ibid.*, p. 3.

³⁹ *Ibid.*, p. 4.

⁴⁰ OPIQ, Mai 2014, *Description des contextes de pratique des inhalothérapeutes travaillant en soins critiques – Analyse et avis préliminaires*, 6 p.

⁴¹ *Ibid.*, p. 4.

⁴² *Ibid.*

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ *Ibid.*, p. 5.

- Plusieurs nouvelles opérations ou opérations plus complexes par rapport au devis de 1991 sont par ailleurs apparues dans cette catégorie clinique des soins critiques⁴⁶ :
 - Vérifier ou administrer des produits sanguins ou des solutions de remplacement (2,14) ;
 - Effectuer des prélèvements sanguins artériels et par capillarité (2,27) ;
 - Effectuer la surveillance de la patiente ou du patient au cours du test d'apnée (don d'organes) (2,31) ;
 - Évaluer les nouvelles technologies (procédures et techniques de soins, équipement, médication) (2,39) ;
 - Participer à la position que doit adopter la patiente ou le patient, corriger la position ou aider la personne à prendre une position convenant aux soins à recevoir (2,6) ;
 - Assurer la prise en charge des voies aériennes par (2,9) : a) une ventilation au masque ; b) l'installation d'une canule oropharyngée, d'une canule nasopharyngée, d'une canule à trachéotomie, etc. ; c) le retrait de la canule au moment jugé opportun ;
 - Assurer la perméabilité des voies respiratoires par une aspiration trachéale ou une instillation trachéale (2,10) ;
 - Ou procéder à l'installation de la perfusion (2,12) ;
 - Procéder à l'installation d'une ventilation effractive ou non effractive (2,18) | effectuer le suivi d'une ventilation effractive ou non effractive (2,19) | évaluer la qualité de la ventilation (2,22) ;
 - Faire l'adéquation entre les variations de l'image radiologique et les problèmes ventilatoires (2,21) ;
 - Surveiller et évaluer l'état clinique de la patiente ou du patient durant la sédation-analgésie (2,26) ;
 - Communiquer aux autres professionnels de la santé toute l'information jugée pertinente (2,35).

⁴⁶ OPIQ, Mars 2011. *La formation initiale en inhalothérapie au Québec : déficiences et insuffisances*, p. 14-16.

2.1.2 Impacts sur la protection du public

Ces écarts nombreux et significatifs entre la formation initiale et la réalité de la profession d'inhalothérapeute soulèvent des questions préoccupantes en matière de protection du public dans les trois milieux cliniques en examen. Ces inquiétudes se trouvent en outre avivées par des pratiques organisationnelles bien documentées. Il est ainsi courant que les inhalothérapeutes les moins expérimentés soient affectés aux quarts de travail de soir et de fin de semaine, alors que la disponibilité des médecins spécialistes est souvent réduite, accroissant la responsabilité des inhalothérapeutes en devoir. Cette réalité n'est certes pas le propre des inhalothérapeutes. Mais considérant l'écart entre la formation initiale et les compétences attendues, la vulnérabilité des clientèles auprès desquelles ils interviennent et les risques élevés de complication, l'enjeu nous préoccupe grandement.

Assistance anesthésique et sédation-analgésie

On s'inquiètera d'autant plus qu'il s'agit de situations caractérisées par des niveaux de risque très importants, pouvant compromettre le pronostic vital des patients, notamment en raison des puissants médicaments utilisés, de l'extrême vulnérabilité de la clientèle qui n'a aucun contrôle sur son état et de nombreuses complications possibles.

Soins à domicile

On notera le fort développement de ces soins qui procurent une meilleure qualité de vie, surtout aux aînés et aux convalescents. « En 2006, on estime qu'un peu plus de 90 000 personnes recevaient des soins de longue durée en institution de santé et qu'entre 41 000 et 136 000 personnes supplémentaires avaient besoin de soins de longue durée à domicile. On établit donc la population totale ayant des besoins de soins de longue durée entre 131 000 et 227 000. En 2031, la population pour qui les besoins en soins de longue durée seraient offerts en établissement passerait à près de 200 000, alors que celle qui recevrait des soins à domicile se situerait entre 90 000 et 292 000, ce qui correspondrait à un total de 289 000 à 491 000 personnes ayant des besoins de soins de longue durée. Enfin, en 2041, le bassin de personnes nécessitant ces services se situerait entre 351 000 et 577 000 »⁴⁷.

Le développement des soins à domicile repose sur des professionnels bien formés capables d'une grande autonomie et aptes à faire face à des comorbidités complexes. Or, il existe une problématique d'exposition clinique insuffisante des finissants du programme de *Techniques d'inhalothérapie* pour intégrer en toute confiance et en toute sécurité le milieu des soins respiratoires à domicile⁴⁸.

Ces soignants devraient en outre recevoir une formation en intervention psychosociale, ce qui est habituel chez des intervenants qui exercent dans les milieux de vie des personnes. Cet aspect psychosocial est absent du programme *Techniques d'inhalothérapie*.

Soins critiques

L'écart entre les compétences attendues et la formation initiale des inhalothérapeutes préoccupe particulièrement dans ces situations où la moindre erreur peut avoir des conséquences tragiques, voire engager le pronostic vital du patient. Des correspondances signées par des autorités du milieu de la santé et des services sociaux témoignent sans ambiguïté du risque créé par la formation initiale insuffisante des inhalothérapeutes.

Le Code des professions confie plusieurs activités réservées aux inhalothérapeutes, dont celles « d'administrer et d'ajuster des médicaments ou des substances » et de « surveiller la condition des personnes ». Ces deux activités sont à haut risque de préjudices.

— D^r Charles Bernard, président du Collège des médecins du Québec,
16 décembre 2015

Les travaux réalisés avec l'ensemble des partenaires ont permis de déterminer qu'une mise à jour de la formation initiale des inhalothérapeutes au Québec est nécessaire, puisque dans sa forme actuelle, elle ne permet pas de couvrir l'ensemble des compétences requises pour les inhalothérapeutes.

— Vincent Lehouillier, sous-ministre adjoint à la Santé
et aux Services sociaux, 10 décembre 2019

⁴⁷ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Mars 2010. *Vieillessement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*, p. 21.

⁴⁸ OPIQ, 29 novembre 2013. *Description des contextes de pratique des inhalothérapeutes travaillant en soins à domicile – Analyse et avis préliminaires*, p. 6.

L'impact sur la protection du public peut aussi être étendu aux inhalothérapeutes eux-mêmes, particulièrement en soins critiques, alors que 93 % d'entre eux sont appelés à évoluer dans ces situations dans les quatre premières années de leur pratique. Leur formation initiale déficiente augmente leur niveau de stress et peut les amener à commettre des erreurs aux lourdes conséquences qu'ils porteront comme un douloureux souvenir, voire un traumatisme. Les données de l'OPIQ indiquent que 25 % à 30 % des membres qui quittent la profession le font dans les six premières années de leur pratique.

2.2 Présentation des solutions alternatives envisagées jusqu'à maintenant et motifs justifiant leur exclusion

Au fil des ans, l'OPIQ, le CMQ, le MSSS et le MELS ont évalué différents scénarios de rehaussement de la formation initiale. À l'exception du baccalauréat, toutes les options envisagées ont d'ailleurs été proposées par l'un des deux ministères impliqués, témoignant de leur reconnaissance de la nécessité de renforcer la formation initiale des inhalothérapeutes.

2.2.1 Options de niveau collégial

a) Diplôme d'études collégiales (DEC) avec diplôme de spécialisation d'études techniques (DSET) optionnels

Proposition faite dans une correspondance de madame Nora Desrochers, directrice des programmes et de la veille sectorielle, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le 13 octobre 2011.

Cette approche consisterait en un programme à deux volets :

- D'abord, le DEC serait actualisé afin de fournir les compétences nécessaires à l'exercice de la profession d'inhalothérapeute, en excluant toutefois les connaissances particulières au champ de pratique de l'assistance anesthésique.
- Puis un complément, menant à un diplôme de spécialisation d'études techniques (DSET), serait offert à ceux qui désirent travailler en assistance anesthésique. Ce programme d'appoint aborderait les aspects techniques de l'assistance en anesthésie, de même que la surveillance clinique de la personne sous anesthésie.

• **Avantage**

Par rapport aux autres voies envisagées, cette solution présente l'avantage de rallonger le moins la durée de la formation en inhalothérapie.

• Inconvénients

Elle comporte toutefois plusieurs désavantages :

- L'OPIQ se verrait dans l'obligation de délivrer deux permis différents, ce qui nuirait à la polyvalence et à la mobilité des inhalothérapeutes ;
- Le bloc de 400 heures supplémentaires qui serait ajouté au programme technique de base serait très inférieur aux 1 000 heures supplémentaires souhaitées par la plupart des experts ;
- Le DSET ne couvrirait que l'assistance anesthésique et n'offrirait pas de réponses aux lacunes observées pour les soins à domicile et les soins critiques ;
- Elle n'assure pas le développement d'un jugement clinique fiable qui relève des formations de niveau universitaire ;
- Elle ne permet pas non plus aux candidats de développer la culture scientifique pour bien évoluer dans une pratique où les interventions requièrent de considérer de plus en plus les données probantes ;
- Elle ne permet pas aux candidats à la profession d'accéder à des laboratoires de simulation de haute-fidélité interdisciplinaire incluant les spécialités médicales, comme ceux que l'on retrouve dans les milieux professionnels ;
- Cette option du DSET a été introduite en 2010. Et en 10 ans, personne ne s'en est prévalu, soulevant des doutes importants sur sa pertinence générale et sur son effet sur l'attractivité de la formation en inhalothérapie.

Motifs d'exclusion

La solution du DEC-DSET optionnel est rejetée parce que fondamentalement incomplète.

- L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec considère que les compétences en assistance anesthésique et en soins critiques sont indissociables les unes des autres.
- L'Ordre juge également préjudiciable la mise en place d'un DSET non obligatoire en assistance anesthésique, puisque les connaissances qui y sont apprises sont autant d'utilité dans les soins critiques.
- La combinaison DEC-DSET optionnel ne répond pas aux besoins et aux faiblesses constatés et documentés par l'Ordre et le Collège des médecins dans les milieux critiques pour des soins sécuritaires.
- Cette option a aussi été rejetée par le MSSS parce qu'elle restreint la polyvalence.

b) DEC de 4 ans

Proposition faite dans une correspondance de madame Sylvie Barcelo, sous-ministre, ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, le 28 octobre 2015.

Cette approche consiste à ajouter 630 heures sur deux semestres au programme actuel de *Techniques d'inhalothérapie*.

• Avantages

Cette solution offre certains avantages :

- Elle dégage un certain nombre d'heures qui peuvent être consacrées au développement de nouveaux champs d'intervention et à l'enrichissement de champs existants ;
- Elle permet également d'améliorer la formation initiale en ajoutant seulement un an à la formation ;
- Elle présente moins d'obstacles à la polyvalence des personnes qui aspirent à travailler comme inhalothérapeute.

• Inconvénients

Toutefois, cette solution compte aussi des désavantages :

- Selon l'analyse de l'Ordre, elle comporte un déficit de formation de 517 heures ;
- Elle pourrait nuire à la mobilité interprovinciale des inhalothérapeutes québécois étant donné que dans certaines provinces, les compétences en assistance anesthésique et en soins critiques requièrent des formations universitaires ;
- Elle n'assure pas le développement d'un jugement clinique fiable qui relève des formations de niveau universitaire ;
- Elle ne permet pas d'atteindre le niveau demandé selon le *Référentiel des compétences* de l'Ordre ;
- De même, elle ne fournit pas aux candidats la culture scientifique nécessaire à évoluer dans un milieu clinique et thérapeutique faisant appel à des données probantes ;
- Elle ne permet pas aux candidats à la profession d'accéder à des laboratoires de simulation de haute-fidélité interdisciplinaire incluant les spécialités médicales, comme ceux que l'on retrouve dans les milieux professionnels ;
- Il est à noter qu'il n'existe pas de DEC de quatre ans. La singularité d'une telle option risquerait de produire un effet négatif sur l'attractivité de la formation. Ce serait en effet la seule formation collégiale qui exigerait un an de plus d'efforts pour obtenir une certification pouvant être acquise en trois ans dans tous les autres domaines techniques.

La solution d'un DEC 4 ans a été critiquée par le Collège des médecins du Québec.

Une formation complémentaire de niveau universitaire est fondamentale pour consolider le raisonnement et le jugement clinique chez les inhalothérapeutes.

Les inhalothérapeutes en soins critiques et en médecine d'urgence, en soins à domicile et en sédation-analgésie effectuent des activités dont le niveau de responsabilité au chevet du patient est du même ordre d'importance et avec un encadrement comparable aux techniciens ambulanciers autorisés aux soins avancés. Or, ces derniers doivent être titulaires d'un diplôme universitaire.

— D^r Charles Bernard, président du Collège des médecins du Québec,
16 décembre 2015

Motifs d'exclusion

La solution DEC 4 ans a été écartée pour les raisons suivantes :

- Une telle prolongation de la formation technique ne répond pas aux besoins et aux faiblesses constatés et documentés par l'OPIQ et le CMQ dans les milieux critiques pour des soins sécuritaires.
- Elle est en opposition avec les avis du CMQ et de l'OPIQ.
- Elle maintient l'absence d'une formation universitaire.
- Elle limite sévèrement les perspectives d'élargissement de certaines pratiques (sédation-analgésie, anesthésie, ordonnances par cibles thérapeutiques, soins à domicile complexes).
- Elle risquerait d'entraîner un effet négatif sur l'attractivité de la formation.

2.2.2 Scénarios combinant cégep et université

Deux scénarios mêlant cégep et université dans un continuum ont été envisagés et considérés comme des compromis possibles par l'OPIQ et le CMQ. Le premier est un DEC de trois ans suivi d'un certificat universitaire facultatif de 30 crédits. Le second est un DEC-BAC, soit une formation technique de niveau collégial à laquelle s'ajoute une formation supplémentaire facultative de niveau baccalauréat de 60 crédits universitaires. Ces deux scénarios présentent, à peu de choses près, les mêmes avantages et inconvénients.

• Avantages

- Ils sont plus cohérents avec des professions qui requièrent des compétences comparables (p. ex. les techniciens ambulanciers paramédics de soins avancés et les perfusionnistes cliniques);
- Les crédits de niveau universitaire consolident le jugement clinique et fournissent une culture scientifique propre à l'utilisation de données probantes;
- Ils permettent aux candidats à la profession d'accéder à des laboratoires de simulation de haute-fidélité interdisciplinaire incluant les spécialités médicales, comme ceux que l'on retrouve dans les milieux professionnels;
- L'option DEC-BAC répondrait aux besoins et aux faiblesses constatés et documentés par l'OPIQ et le CMQ dans les milieux critiques pour des soins sécuritaires.

• Désavantages

- Ils impliquent la création de deux permis différents de pratique, donc de deux titres professionnels;
- Ils sont trompeurs pour les candidats à la profession en ce sens que la formation universitaire, dite « facultative », serait en fait nécessaire, puisque plus de 90 % des inhalothérapeutes de 0 à 4 ans d'expérience sont appelés à travailler dans les trois champs de pratique identifiés comme exigeant une formation rehaussée au niveau universitaire;

- Ils ne seraient pas en concordance avec les avis de l'OPIQ et du CMQ relativement aux compétences attendues;
- Le scénario DEC-certificat ne permettrait pas de répondre aux besoins et aux faiblesses constatés et documentés par l'OPIQ et le CMQ dans les milieux critiques pour des soins sécuritaires.

Un compromis qui se révèle insatisfaisant

Les solutions DEC-BAC ou DEC-certificat paraissent praticables de prime abord, mais elles se révéleraient difficiles d'application et insatisfaisantes.

Elles impliqueraient, rappelons-le, deux permis. Un permis d'entrée, délivré après le DEC, correspondant à un titre comme « inhalothérapeute » et un second permis associé à un titre comme « inhalothérapeute clinicien » obtenu après la formation universitaire et donnant accès à tous les milieux cliniques.

Ce parcours intégré ressemble à la situation chez les infirmières du Québec avec un DEC qui accorde à la fois l'accès à la profession et à la poursuite de la formation vers l'université. Il y a toutefois une différence majeure. Il y a plus de 75 000 infirmières et une grande variété de milieux cliniques permettant d'apparier un éventail de compétences et un éventail de besoins. Avec seulement 3 500 inhalothérapeutes pour répondre à l'ensemble des besoins et milieux cliniques, la polyvalence de chaque professionnel est incontournable.

Le *Rapport final du chantier sur l'offre de formation collégiale* (rapport Demers), publié en 2014, a d'ailleurs abordé l'hypothèse de DEC-BAC collaboratif pour les inhalothérapeutes. Le problème pratique n'a pas échappé à son analyse : « Ainsi, un programme d'études techniques qui ne comporterait pas toutes les compétences requises et dont certaines seraient enseignées à l'université dans le cadre d'un arrimage DEC-BAC ferait en sorte que le diplômé de la formation technique ne trouve aucun débouché dans le système de santé⁴⁹. »

Le rapport Demers recommande néanmoins « d'explorer, à court terme, la possibilité de créer un nouveau diplôme conférant un grade d'études appliquées, décerné en codiplomation par un collège et une université⁵⁰ ».

Une telle option aurait pu être envisagée en début de processus, il y a 20 ans, mais se lancer aujourd'hui dans une aventure de « réingénierie académique » repousserait inévitablement de plusieurs années une décision qui a déjà beaucoup trop tardé.

Tout ceci considéré, l'OPIQ et le CMQ estiment que l'option DEC-BAC ou l'option DEC-certificat ne sont pas des compromis acceptables au regard de la situation actuelle.

⁴⁹ Demers, G. 2014. *Rapport final du chantier sur l'offre de formation collégiale*, p. 76.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 78.

2.3 Description de la solution proposée

Toutes options considérées, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec et le Collège des médecins du Québec ont conclu de manière conjointe et solidaire, que seul un rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes de son niveau technique actuel au niveau de baccalauréat universitaire répond aux besoins identifiés.

C'est la seule option qui satisfait à tous les critères de compétences et de savoirs, qui entrainera les inhalothérapeutes à un jugement clinique bien aiguisé et qui les munira d'une solide culture scientifique dès leur entrée dans la profession. C'est la seule option qui respecte la priorité du MSSS de ne délivrer qu'un seul permis de pratique, favorisant la polyvalence et la mobilité de ces professionnels. C'est aussi la seule option qui peut être mise en place assez rapidement dans des structures déjà en place.

Cette option consiste donc à combiner un diplôme d'études collégiales en Sciences de la nature profil Sciences pures et appliquées ou profil Sciences de la santé, qui fournit une base de culture scientifique, à un baccalauréat en inhalothérapie de 90 crédits. Ce baccalauréat permettra de couvrir tous les aspects cliniques et de combler les écarts documentés entre les compétences attendues et la formation actuelle; il fera des inhalothérapeutes de demain des professionnels savamment formés pour la pratique contemporaine. Ils pourront ainsi assumer pleinement les lourdes responsabilités qui leur incombent et seront aptes à évoluer dans des équipes multidisciplinaires qui s'en trouveront renforcées, au bénéfice premier des patients dont la prise en charge sera améliorée.

2.3.1 Compétences à acquérir, niveau de formation requis et durée des études

Le contenu de ce nouveau programme de baccalauréat en inhalothérapie comporterait l'ensemble du curriculum actuel de *Techniques d'inhalothérapie* qui serait enrichi en fonction de l'accélération et de l'évolution des connaissances constatées dans les conclusions du rapport de 2011, *La formation initiale en inhalothérapie au Québec : déficiences et insuffisances*.

Dans ses grandes lignes, le programme de baccalauréat universitaire poursuivrait l'objectif de préparer les inhalothérapeutes à agir, avec un impact optimal sur la qualité des soins et la condition des patients, dans les milieux cliniques suivants :

- L'assistance anesthésique
- La pratique en sédation-analgésie
- Les soins critiques (assistance ventilatoire efficace et non efficace)
- La réanimation avancée
- Les soins à domicile

De manière générale, toutes tâches qui impliquent de prodiguer des conseils ou d'enseigner à des pairs, à d'autres professionnels de la santé, à des patients ou à leur entourage, d'effectuer une évaluation et un suivi cliniques ou de superviser des activités cliniques, devraient pouvoir être assumées, au terme de la période de transition, par les détenteurs d'un baccalauréat, ce qui inclut, sans s'y limiter :

- La coordination clinique
- L'enseignement spécialisé auprès d'autres professionnels de la santé
- L'enseignement, l'évaluation et le suivi cliniques des clientèles dans les cliniques spécialisées (asthme, MPOC et autres)
- L'élaboration de protocoles et de programmes
- La coordination de projets de recherche

Cette formation universitaire doit entre autres permettre aux candidats à la profession de développer des connaissances pointues et spécialisées en anatomie, asepsie, communication, comorbidité et comortalité, gériatrie, éthique et recherche, évaluation biopsychosociale, hémodynamie, néonatalogie, physiologie et pathologie, urgences anesthésiques, pharmacologie et pharmacodynamie, réanimation avancée, prise en charge des voies aériennes et ventilation effractive et non effractive.

Ces connaissances doivent amener les candidats à la profession à un niveau taxonomique convenable pour synthétiser et analyser les données, pour mieux participer à l'évaluation clinique. Pour y arriver, le programme devra permettre aux étudiants d'établir des liens entre leurs savoirs et la condition de l'usager, dans le but de contribuer aux soins à la hauteur des attentes, avec, notamment, la capacité de proposer des options cliniques pertinentes. Et cela passe avant tout par une exposition clinique suffisante. L'atteinte d'un jugement clinique sûr demande de soumettre les étudiantes et les étudiants à un grand nombre de situations variées dans leur nature et dans leur complexité. Cela exige aussi un encadrement pédagogique qui détient une expertise dans l'enseignement du raisonnement clinique.

Ce programme de baccalauréat fournira aux inhalothérapeutes une formation initiale complète et uniforme qui leur permettra d'exercer l'inhalothérapie en toute sécurité dans des contextes complexes imposant un jugement clinique fiable.

Il se veut une réponse satisfaisante à l'évolution majeure qu'a connue la pratique de l'inhalothérapie au Québec et au Canada au cours de la dernière décennie. Il atteint aussi l'objectif d'optimiser et de pérenniser la contribution de l'inhalothérapie dans le traitement des maladies cardiorespiratoires, notamment au chapitre de la réduction du temps de sevrage de la ventilation mécanique et de la stabilité à long terme des patients.

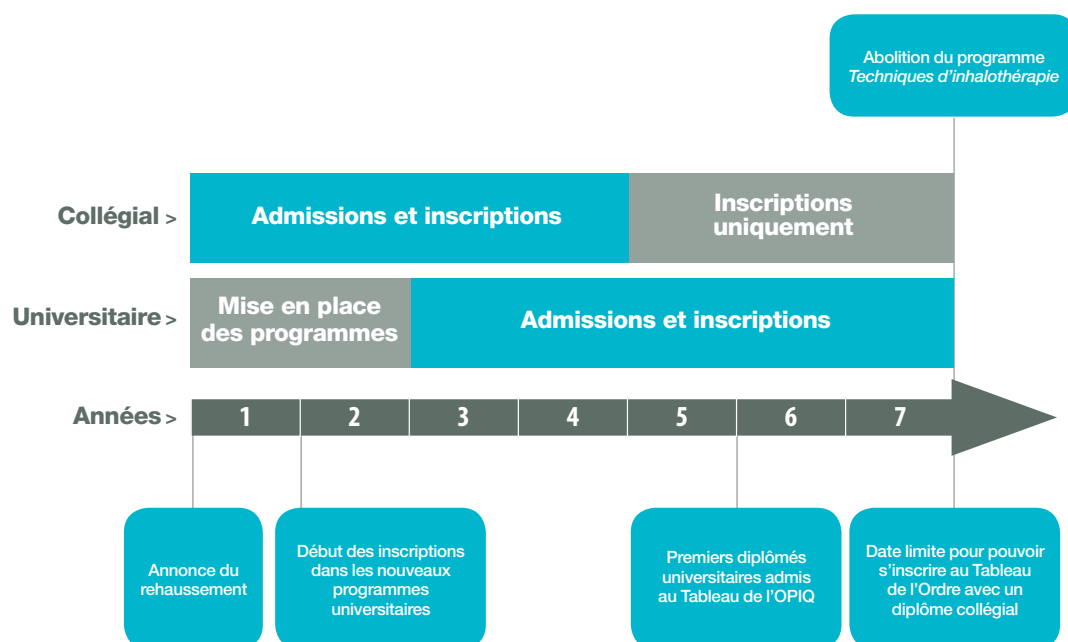
2.3.2 Plan de transition pour les professionnels déjà inscrits au Tableau de l'Ordre et pour les étudiants en cours de formation

Un plan détaillé de transition vers le rehaussement de la formation initiale est en cours d'élaboration. Il s'inspirera en particulier de la démarche menée en Ontario, où la formation des infirmières, dispensée dans les collèges, a été rehaussée avec succès au niveau du baccalauréat. Le plan de transition sera conçu de manière à ce qu'aucune rupture ne survienne dans l'arrivée de nouvelles cohortes. La séquence complète, de l'annonce du rehaussement à l'abolition du programme de formation technique, s'accomplirait sur sept ans. Les inhalothérapeutes en exercice, de même que les étudiants en cours de formation, bénéficieront d'une clause dite grand-père qui leur permettra de poursuivre leur apprentissage selon les termes antérieurs ou leur parcours professionnel.

Puisque le rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes est reconnu comme une priorité par le gouvernement depuis 2008, il est grand temps d'agir ; nous croyons possible que l'orientation soit annoncée en 2020-2021 pour une admission des premiers étudiants au programme de baccalauréat en inhalothérapie en 2021-2022.

Le diagramme suivant schématise la séquence de transition.

Schéma du plan de transition vers une formation initiale de niveau baccalauréat



2.3.3 Facilité de réalisation

L'un des avantages du rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes au baccalauréat est de travailler dans des paramètres réels, soit ceux d'un baccalauréat dans le domaine de la santé comme on en trouve plusieurs dans nos universités. L'élaboration du baccalauréat en inhalothérapie pourrait se dérouler rondement. Plusieurs cours présents dans des domaines tels que la biologie, la pharmacologie, la physiologie qui font partie d'autres cursus de programmes de santé pourraient intégrer le nouveau baccalauréat en inhalothérapie. Ces cours existants pourraient constituer, le tiers jusqu'à la moitié, d'un programme de baccalauréat en inhalothérapie comme l'évoque le tableau suivant.

Exemples de cours existants qui pourraient intégrer un éventuel baccalauréat en inhalothérapie

Numéro de cours	Titre du cours	Nombre de crédits
SMB 2002	Circulation, respiration et rein	3
PHL 3100	Pharmacodynamie des médicaments	3
PSL 6090	Mécanismes régulateurs en physiologie	3
PSL 6170	Physiologie cardiovasculaire	3
SCL 722	Concepts méthodologiques en recherche clinique	2
STT 1700	Introduction à la statistique	1

Source: Université de Montréal.

Par ailleurs, les effectifs en inhalothérapie comptent un certain nombre de Ph. D. dans des disciplines connexes qui pourraient être emballés par la perspective de contribuer à l'instauration de ce nouveau baccalauréat et saisiraient l'occasion d'y enseigner et de lancer une activité de recherche universitaire. Également, des inhalothérapeutes d'expérience pourraient assumer des charges de cours parallèlement au maintien d'une activité professionnelle. L'OPIQ estime qu'il faudrait moins de 18 mois pour développer tout le contenu du programme et former les équipes professorales.

3. Démonstration de la pertinence de la solution proposée

Pour l'OPIQ, le CMQ et de nombreux organismes des milieux de la santé et de l'éducation, le rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes de son niveau technique au niveau du baccalauréat est nécessaire et incontournable. Rappelons que le dossier chemine depuis 20 ans, qu'il a été désigné comme une priorité du MSSS en 2008 et qu'il a fait l'objet d'une entente de principe entre le MSSS et le MELS en 2018.

3.1 Démonstration de la pertinence de la solution proposée sur la protection du public

Comme solution, l'OPIQ et le CMQ préconisent un baccalauréat de 90 crédits. Ce programme permettra de répondre aux compétences attendues, améliorera la qualité des soins, renforcera la protection du public et favorisera les conditions d'exercice des inhalothérapeutes qui seront beaucoup mieux préparés à assumer leurs responsabilités. Le rehaussement de la formation initiale au niveau universitaire produira, selon toutes probabilités, un effet positif sur l'attraction de la profession et stimulera de façon majeure l'avancement des connaissances en déclenchant une activité de recherche en inhalothérapie.

3.1.1 *Impacts sur la réduction de la gravité et de la fréquence des préjudices potentiels (données probantes issues de la documentation scientifique)*

Il convient de rappeler ici que la profession « d'inhalothérapeute » est propre au Québec. Ailleurs au Canada, aux États-Unis ou en Europe, l'éventail des tâches des inhalothérapeutes est scindé entre plusieurs fonctions de niveau universitaire.

D'ailleurs, les inhalothérapeutes posent déjà, sur une base quotidienne, des actes qui sont inscrits au programme de formation universitaire de plusieurs professionnels, comme les ambulanciers paramédics en soins avancés, les perfusionnistes cliniques, les infirmières bachelières, les physiothérapeutes, les kinésiologues. L'étendue des tâches confiées aux inhalothérapeutes commande une grande polyvalence et la meilleure formation possible.

Le caractère unique de la profession d'inhalothérapeute au Québec fait en sorte que les études comparatives et les données probantes qui permettent d'appuyer le rehaussement de leur formation initiale sont éparpillées. Elles proviennent d'études sur des professions apparentées, comme les soins infirmiers, ou sur des actes particuliers. En voici quelques exemples tirés d'une revue de la littérature scientifique :

- **American Association for Respiratory Care, 2019, « Entry to Respiratory Therapy Practice 2030 », Issue Paper :**

Studies have shown that students with baccalaureate preparation have a higher level of critical thinking skills than their associate degree-prepared counterparts. Additionally, there is a growing body of evidence that nurses with a baccalaureate degree in nursing (BSN) provide an improved quality and safer care with a direct correlation to a reduction in mortality as compared to those with an associate degree.

Des études ont montré que les étudiants formés au baccalauréat possèdent un niveau plus élevé de pensée critique que leurs homologues de niveau technique. En outre, de plus en plus de preuves démontrent que les infirmières titulaires d'un baccalauréat en sciences infirmières (B. Sc. inf.) prodiguent des soins plus sécuritaires et de qualité supérieure, en corrélation directe avec une réduction de la mortalité par rapport à celles ayant un diplôme de niveau technique. — Traduction libre.

- **Cho, Eunhee et al., « Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study », *International Journal of Nursing Studies*, 52 (2) : 535-542, 2015 :**

Each 10% increase in nurses having Bachelor of Science in Nursing Degree is associated with a 9% decrease in patient deaths.

Chaque augmentation de 10 % du nombre d'infirmières possédant un diplôme universitaire se traduit par une réduction de 9 % des décès. — Traduction libre.

- **Aiken, Linda H. et al., « Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality », *Journal of the American Medical Association*, 290 (12) : 1617-1623, 2003 :**

A 10% increase in the proportion of nurses holding a bachelor's degree was associated with a 5% decrease in both the likelihood of patients dying within 30 days of admission and the odds of failure to rescue.

Une augmentation de 10 % de la proportion d'infirmières détenant un baccalauréat était associée à une diminution de 5 % à la fois de la probabilité de décès dans les 30 jours suivant l'admission et des probabilités d'échec dans des tentatives de réanimation. — Traduction libre.

- **Johnson, J.H., « Differences in the performances of baccalaureate, associate degree, and diploma nurses: A meta-analysis », *Research in Nursing and Health*, 11(3) : 183-197, 1988 :**

The results indicated significant differences between professional (BSN) and technical (AD and diploma) nurses on measures of nurse performance. Measures resulting in larger effects for professional nurses included communication skills, knowledge, problem-solving, and professional role. However, the hospital setting where a study was conducted and years of nursing experience decreased the size of the effect.

Les résultats ont indiqué des différences marquantes entre les infirmières professionnelles et techniciennes en ce qui a trait aux mesures de performance. Parmi les mesures entraînant les effets les plus importants, on comptait les compétences en communication, les connaissances, la résolution de problèmes et le rôle professionnel. Cependant, le milieu hospitalier et les années d'expérience en soins infirmiers réduisaient l'ampleur de l'effet. — Traduction libre.

- **Blegen, MA et al., « Baccalaureate Education in Nursing and Patient Outcomes », *The Journal of Nursing Administration*, 43(2) : 89-94, 2013 :**

Hospitals with a higher percentage of RNs [registered nurses] with baccalaureate or higher degrees had lower congestive heart failure mortality, decubitus ulcers, failure to rescue, and postoperative deep vein thrombosis or pulmonary embolism and shorter length of stay.

Les hôpitaux avec un plus haut pourcentage d'infirmières titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme de cycle supérieur rapportaient un plus faible taux de mortalité par insuffisance cardiaque congestive, moins d'ulcères de décubitus, d'échecs de réanimation, de thromboses veineuses profondes postopératoires ou d'embolies pulmonaires et des séjours de plus courte durée. — Traduction libre.

3.1.2 Impacts positifs sur la prestation des soins et sur leur accessibilité

Le rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes entraînerait des bénéfices en cascade sur plusieurs professions et milieux cliniques, améliorant la qualité des soins, le fonctionnement des équipes soignantes. Cela pourrait même avoir un impact positif sur le contrôle des coûts.

I. Assistance anesthésique

- Pour les anesthésiologistes, la présence d'inhalothérapeutes mieux formés et plus autonomes permettrait d'optimiser les soins par un meilleur partage des responsabilités. Les inhalothérapeutes pourraient ainsi assurer la surveillance clinique des personnes sous anesthésie générale ou régionale de façon plus sécuritaire durant la phase de maintien selon le protocole établi.

II. Sédation-analgésie

- Compte tenu de la pénurie d'effectifs en anesthésie et de l'augmentation du nombre de chirurgies ambulatoires, les inhalothérapeutes sont de plus en plus sollicités pour contribuer, en toute autonomie, à la gestion de la sédation-analgésie.

III. Milieux de soins critiques

- Des connaissances accrues en surveillance de fonctions physiologiques, hémodynamiques et métaboliques, en gestion avancée des voies aériennes ainsi qu'en réanimation avancée permettraient aux inhalothérapeutes d'assumer de plus grandes responsabilités dans le management du patient sous assistance ventilatoire y incluant le monitoring hémodynamique et métabolique.
- Ce niveau de connaissances favoriserait une meilleure prise en charge des patients par les équipes multidisciplinaires, parmi lesquelles l'inhalothérapeute, dans le cadre d'ordonnances par cibles thérapeutiques, aurait la latitude pour ajuster, par exemple, les paramètres ventilatoires et administrer la médication selon le protocole établi.
- Une meilleure prise en charge du patient sous assistance ventilatoire par l'inhalothérapeute permettrait une gestion plus efficace des sevrages, contribuant ainsi à réduire le temps de séjour et à améliorer la disponibilité de lits aux unités de soins intensifs.

IV. Milieux des urgences

- L'inhalothérapeute pourrait, grâce à une formation accrue, collaborer au triage et amorcer des traitements à partir de protocoles établis.
- Actuellement, le patient consulte le médecin qui lui prescrit un traitement, lequel est administré par l'inhalothérapeute, et ainsi de suite jusqu'à ce que le patient obtienne son congé ou qu'on procède à son admission. Ce va-et-vient crée une lourdeur et des délais, sans bénéfices pour le patient, qui pourraient être amoindris grâce à des ordonnances par cibles thérapeutiques favorisées par la présence d'inhalothérapeutes plus autonomes et mieux formés.

V. Soins cardiorespiratoires généraux

- Une formation accrue ainsi que l'expertise spécifique des inhalothérapeutes en santé cardiorespiratoire leur permettraient d'assumer des fonctions de gestion et de coordination de différents programmes cliniques liés à la fonction cardiorespiratoire, lesquelles sont actuellement effectuées par des infirmières cliniciennes.
- Des inhalothérapeutes plus autonomes, au sein de cliniques médicales et de groupes de médecine de famille (GMF), réaliseraient sur place les tests de spirométrie évitant aux patients de se diriger vers un centre hospitalier. Cette autonomie faciliterait le traitement des personnes atteintes de bronchopneumopathie obstructive chronique et la détection précoce de cette maladie.

VI. Soins à domicile

- L'inhalothérapeute ayant des connaissances plus approfondies notamment en évaluation biopsychosociale, en relation d'aide et en approche aux mourants et sur les pathologies associées à d'autres systèmes physiologiques, pourrait effectuer un meilleur suivi clinique dans une perspective d'amélioration de l'accessibilité aux soins, de la qualité des soins et services dispensés et de la sécurité des patients.
- Avec une formation universitaire, les inhalothérapeutes pourraient accéder aux fonctions d'intervenant pivot pour les programmes de soins à domicile ou encore de gestionnaire de cas (interétablissement). En effet, la majorité de ces rôles est assumée par des professionnels avec un diplôme universitaire, des infirmières en grande partie.

VII. Clinique de douleur

- Dans la majorité des établissements, ce sont les infirmières qui assistent les médecins lors de l'exécution des différentes techniques utilisées ou de la thérapie médicamenteuse et lors du suivi clinique des usagers. La réforme proposée permettrait de mettre à profit les compétences acquises (évaluation cardiorespiratoire, globale et psychosociale, assistance anesthésique, sédation-analgésie et soins critiques) au profit des cliniques de la douleur des établissements.
- De plus, les inhalothérapeutes pourraient préparer le patient, la médication, le monitoring, etc., et assister le médecin lors des interventions diagnostiques et thérapeutiques (anesthésie locorégionale), libérant ainsi les infirmières.

VIII. Recherche

- Les inhalothérapeutes avec une formation universitaire pourraient agir à titre d'assistants ou de coordonnateurs de recherche, contribuant ainsi à l'amélioration des soins et services, fonctions que seules des infirmières peuvent occuper actuellement.
- Un baccalauréat universitaire mènera à l'embauche de professeurs qui ont un intérêt pour la recherche en inhalothérapie et donc au développement d'un champ de recherche dans ce domaine. Une formation de 1^{er} cycle en inhalothérapie ouvre la porte aux programmes de 2^e et 3^e cycles, lesquels forment des chercheurs autonomes. Comme nous l'avons déjà mentionné, une multitude d'éléments et d'aspects de la profession pourraient faire l'objet de recherches pour contribuer à l'avancement de l'inhalothérapie et à la création d'une base de données probantes qui lui est propre.

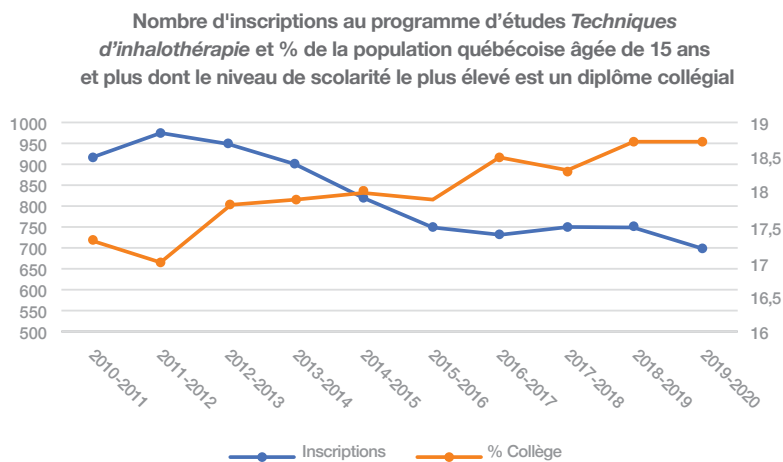
Toutes ces retombées anticipées ne pourront participer pleinement à la sécurité du public et à l'amélioration du système de santé actuel qu'à la condition du passage de la formation du niveau technique au niveau universitaire.

3.2 Impacts du rehaussement sur l'attractivité de la profession

Le gouvernement semble craindre que le rehaussement réclamé de la formation initiale des inhalothérapeutes entraîne un certain effet repoussoir : des exigences trop élevées pourraient décourager des candidats potentiels à la profession et créer des manques dans la réponse aux besoins. L'OPIQ et le CMQ rejettent cette analyse à courte vue et contraire à l'intérêt public.

On note déjà une diminution des inscriptions en *Techniques d'inhalothérapie* ; la situation que l'on veut éviter est donc, à l'heure actuelle, à risque de se produire.

Le graphique suivant illustre la tendance à la baisse des inscriptions en *Techniques d'inhalothérapie* qui est de 23,8 % sur une période de 10 ans, comparée à la part de la population avec un diplôme collégial qui, elle, augmente rapidement. La mise en relation de ces courbes suggère un intérêt croissant pour les formations de niveau universitaire ce qui peut expliquer le désintéressement pour le programme *Techniques d'inhalothérapie*.



Source : MEES, TSE, DGSEG, DIS, Portail informationnel, système Socrate, données au 14 avril 2020 et Institut de la statistique du Québec.

Mais surtout, on ne saurait accepter l'idée qu'un État socialement évolué fasse le choix délibéré de maintenir inchangée une formation qu'il reconnaît déficiente, par peur de manquer de candidats.

Il apparaît plus vraisemblable qu'un rehaussement de la formation initiale augmentera l'attractivité de la profession, ce que démontrent d'ailleurs des exemples récents.

En haussant le niveau de formation initiale des inhalothérapeutes, l'État québécois enverra le message dans ses deux plus importants réseaux, ceux de la santé et de l'éducation, que l'inhalothérapie est un domaine de complexité élevée et de connaissances avancées, qui contribue de manière essentielle à la qualité des soins aux patients.

Mieux formés, mieux reconnus, les inhalothérapeutes titulaires d'une formation universitaire verront en outre s'élargir leur parcours professionnel, qui pourra intégrer des échelons et des fonctions réservés pour l'heure aux détenteurs de diplômes universitaires.

3.2.1 Prévisions sur l'attractivité de la profession

Nous avons tenté de chiffrer le rehaussement de l'attrait de la profession, avec une analyse dite de régression sur discontinuité. Nous avons cherché à déterminer s'il y avait eu une « accélération » dans l'évolution du nombre de candidats à la profession dans des domaines qui ont profité d'un rehaussement de leur formation initiale, soit en architecture, en ergothérapie, en pharmacie, en physiothérapie et en psychologie.

Le calcul consiste à évaluer la différence dans le rythme des admissions à l'ordre professionnel concerné avant et après la date du rehaussement de la formation initiale.

Projection mathématique du rehaussement de la formation sur l'attractivité des professions

	Architecture		Ergothérapie		Pharmacie		Physiothérapie		Psychologie		Infirmières (Ont.)	
	Coef	p	Coef	p	Coef	p	Coef	p	Coef	p	Coef	p
Nombre d'inscriptions à la première année recensée	3179,242	0,000	3975,786	0,000	7829,933	0,000	4384,333	0,000	8133,467	0,000	130159,2	0,000
Effet moyen du rehaussement sur le nombre moyen d'inscriptions	281,722	0,008	-105,286	0,031	154,489	0,009	-184,424	0,001	73,962	0,410	8953,2	0,000
Effet moyen du rehaussement sur l'augmentation annuelle des inscriptions	36,610	0,099	1,055	0,901	27,102	0,012	35,109	0,001	-163,185	0,000	2546,7	0,000

L'étude de ce tableau permet de conclure que dans le cas des architectes et des ergothérapeutes, le rehaussement de la formation n'a entraîné que peu d'effet sur la vitesse d'ajout des membres; la mesure a accéléré les inscriptions en pharmacie et en physiothérapie. Elle a cependant causé un effet de ralentissement en psychologie. Selon toutes probabilités et à la lumière des expériences comparables, le rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes du DEC au baccalauréat devrait stimuler l'intérêt pour la profession ou n'avoir aucune incidence sur le nombre d'admissions à l'Ordre.

Dans cet esprit, un article de la revue de l'[American Association for Respiratory Care](#) établissait en 2019 que le recrutement ne dépendait pas du niveau d'études, mais plutôt de l'efficacité des stratégies pour contrer le premier obstacle à l'inscription, soit la méconnaissance de la profession. Bien que les systèmes éducatifs soient fort différents de part et d'autre de la frontière, l'importance d'une action de promotion de la profession efficace, adaptée et rejoignant les clientèles cibles, est pertinente chez nous aussi.

3.3 Impacts du rehaussement sur la mobilité professionnelle (positifs et négatifs)

3.3.1 La mobilité fonctionnelle (changement de poste ou d'affectation)

Le rehaussement de la formation initiale qualifiante facilitera la mobilité des membres de l'OPIQ au sein du réseau de la santé et élargira leur parcours professionnel en leur donnant accès à de nouvelles fonctions qui nécessitent une formation universitaire, notamment dans les domaines de la gestion.

En outre, la formation initiale de niveau baccalauréat répond à l'une des priorités gouvernementales, depuis le début de ce dossier, soit l'existence d'un seul permis de pratique, précisément aux fins d'une meilleure polyvalence des inhalothérapeutes.

3.3.2 Les normes d'équivalence de diplôme et de formation

Le rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes nécessitera la modification de certaines normes d'équivalence. Le sujet est abordé plus précisément au point 3.5.

3.3.3 Ententes de mobilité entre le Québec et d'autres juridictions

En rehaussant la formation initiale des inhalothérapeutes, le Québec se positionnera comme une force canadienne en thérapie respiratoire. Il se donnera un cadre d'enseignement dynamique et évolutif comparable à celui d'autres provinces canadiennes qui investissent dans l'amélioration des formations touchant à la prise en charge du système cardiorespiratoire. Certaines provinces offrent déjà un programme universitaire de quatre années avec une formation scientifique préalable et s'apprêtent à actualiser leur programme.

Dans le reste du Canada, la majorité des professionnels qui exercent les fonctions des inhalothérapeutes possèdent au moins une année de formation scientifique de base avant d'amorcer leurs études spécialisées en thérapie respiratoire. Ce faisant, ils entrent dans le programme spécialisé dotés d'un bagage scientifique plus important et à un âge un peu plus avancé que leurs collègues québécois.

- En Alberta et au Manitoba, les inhalothérapeutes ont accès à un baccalauréat spécialisé en assistance anesthésique. En Nouvelle-Écosse, le gouvernement a reçu une requête de la part de l'Association des thérapeutes respiratoires pour concevoir un programme universitaire en assistance anesthésique.
- Tout récemment, le Nouveau-Brunswick a créé un programme de niveau universitaire de quatre ans.
- Enfin, la Colombie-Britannique a instauré un programme avancé en assistance anesthésique et en néonatalogie dispensé par l'Université de Kamloops.

Le rehaussement au baccalauréat de la formation initiale des inhalothérapeutes facilitera la mobilité en tendant à uniformiser les formations similaires à travers le Canada.

3.4 Impacts du rehaussement sur la profession elle-même, sur les autres professions réglementées et sur le marché du travail en général (positifs et négatifs)

Le rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes entraînera des effets positifs sur la profession elle-même, sur celles et ceux qui l'exercent et sur les autres professionnels qui les entourent.

3.4.1 L'organisation des soins (réserve d'activités, collaboration interprofessionnelle, réorganisation de la prestation des services, etc.)

Le rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes produira un effet structurant sur l'ensemble de la prise en charge des patients avec des conditions cardiorespiratoires qui nécessitent une attention. Leur expertise accrue consolidera les équipes multidisciplinaires et leur niveau supérieur d'autonomie contribuera à une optimisation des soins.

- **Sur la profession elle-même** : une formation initiale, qui tient pleinement compte des actes qu'ils doivent poser, du jugement clinique dont ils doivent faire preuve et de la culture scientifique qu'ils doivent posséder pour intégrer les données probantes dans leur pratique professionnelle, concourra à donner aux inhalothérapeutes toute la crédibilité qui revient à des experts du système cardiorespiratoire et renforcera, de ce fait, la profession.
- **Sur les autres professions réglementées** : plus d'autonomie pour les inhalothérapeutes donnera plus de flexibilité aux autres professionnels.

- **Commentaire de l'Association des anesthésiologistes du Québec :**

En assistance anesthésique, l'arrivée des inhalothérapeutes, par l'entremise des anesthésiologistes, a signé le début d'une ère nouvelle ayant sans contredit accentué la qualité des soins à la clientèle anesthésique. Ainsi, l'arrivée d'une réforme de la formation devient une séquence logique dans le maintien de la qualité du travail d'équipe qui caractérise nos professions.

— Dr François Gobeil, président de l'Association des anesthésiologistes
du Québec, le 16 avril 2013

- **Arrimage du travail entre médecins et inhalothérapeutes :**

Des inhalothérapeutes mieux formés pourront recourir davantage à des ordonnances collectives, à cibles thérapeutiques notamment, qui leur feront gagner du temps grâce à la collaboration avec les autres professionnels, tout en améliorant la qualité et la sécurité des soins. Or, pour prendre en charge ces ordonnances collectives en situations complexes, il faut que les professionnels puissent porter un jugement clinique fiable, ce qui se développe de manière plus certaine avec une formation universitaire.

- **Sur l'interdisciplinarité** : une formation universitaire permet d'acquérir des compétences liées aux principaux concepts de l'interdisciplinarité, dont la communication et les stratégies qui favorisent une efficacité accrue dans les équipes de soins.

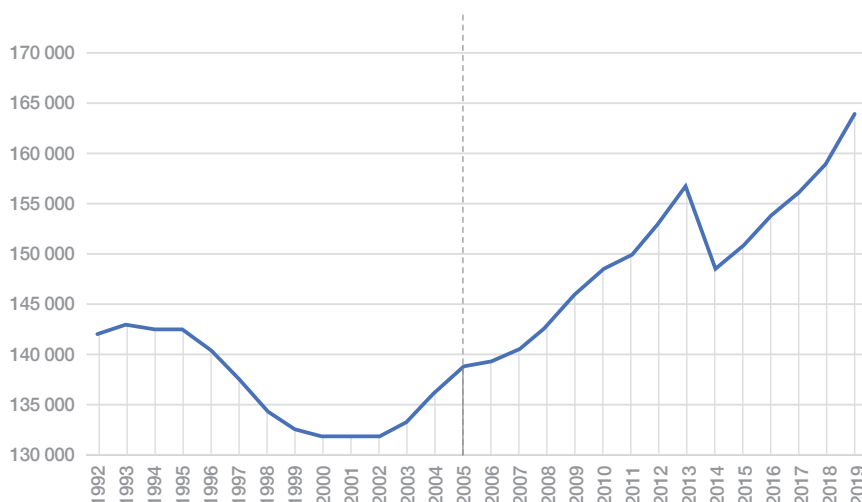
3.4.2 La disponibilité de la main-d'œuvre

Le rehaussement de la formation des inhalothérapeutes n'aura pas d'impact négatif prévisible sur la disponibilité de la main-d'œuvre. Le plan de transition assurera l'arrivée de nouvelles cohortes chaque année.

Une réforme similaire a été accomplie sans difficulté en Ontario avec le rehaussement, en 2005, de la formation initiale des infirmières. Le diplôme universitaire est devenu obligatoire pour toutes les nouvelles admissions à l'Ordre et la formation collégiale a été abolie. La situation est donc très semblable à la réforme proposée à l'égard des inhalothérapeutes au Québec.

Le graphique ci-dessous présente l'évolution des admissions à la profession en Ontario. Il montre que chez nos voisins, le rehaussement de la formation des infirmières s'est accompagné d'une hausse des inscriptions. (Précisons, comme élément contextuel à ce graphique, que la hausse des inscriptions coïncide aussi avec un changement de gouvernement et l'annonce d'investissements accrus dans les services publics après des années de restriction.)

Évolution du nombre d'infirmières et d'infirmiers inscrits en Ontario



3.5 Impacts du rehaussement sur les lois et les règlements professionnels

Plusieurs règlements devraient être amendés à la suite du rehaussement de la formation des inhalothérapeutes.

Code des professions

- Aucune incidence anticipée.

Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute

- Modification possible des exigences de formation additionnelle en vue d'obtenir une habilitation pour effectuer certaines activités autorisées, désormais intégrées à la formation initiale (pensons à la ponction artérielle radiale).

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

- Modification possible des exigences de formation additionnelle en vue d'obtenir une habilitation pour effectuer certaines activités autorisées, désormais intégrées à la formation initiale (pensons à l'autotransfusion).

Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels

- Modification certaine des diplômes donnant ouverture au permis délivré par l'Ordre.

Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de formation aux fins de la délivrance d'un permis de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

- Modification certaine des normes d'équivalence de diplôme pour l'harmonisation avec les diplômes reconnus comme donnant ouverture au permis délivré par l'Ordre.

Règlement sur les autorisations légales d'exercer la profession d'inhalothérapeute hors du Québec qui donnent accès au permis de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

- Modification probable pour assurer que les diplômes donnant ouverture au permis délivré par les autres provinces canadiennes sont équivalents à la formation requise au Québec.

Règlement sur le comité de formation des inhalothérapeutes (AJOUT)

- La composition du comité devra être modifiée pour prévoir des représentants du milieu universitaire plutôt que collégial. À noter que les comités de la formation font actuellement l'objet de travaux de modification par l'Office des professions.

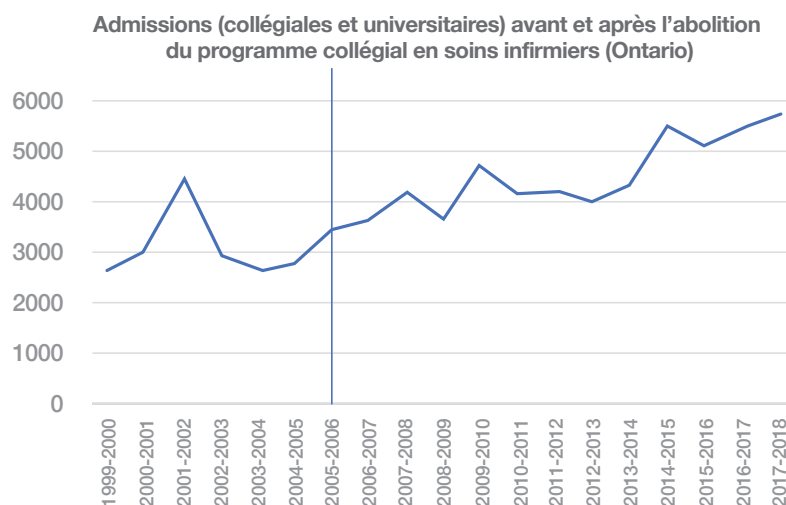
3.6 Impacts du rehaussement sur l'attractivité de la formation, l'accessibilité à la formation, la persévérance aux études et la réussite scolaire

Le rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes ne devrait pas avoir d'incidence négative sur les taux de persévérance et de réussite scolaire. L'impact pourrait même être positif. L'attractivité de la formation ne devrait pas non plus décliner avec le passage du DEC au baccalauréat.

3.6.1 L'attractivité (nombre d'étudiants inscrits) et l'accessibilité (nombre et situation géographique des établissements offrant le programme actuel par rapport aux établissements qui offriraient un programme rehaussé) de la formation

En matière d'attractivité de la formation, l'exemple du rehaussement de la formation des infirmières nous paraît là encore le meilleur point de comparaison. Rappelons que chez nos voisins, à partir de 2005, la formation collégiale d'infirmière a été abolie et remplacée par un baccalauréat.

Avec une période d'observation de plus d'une douzaine d'années, les tendances sont claires : le nombre d'inscriptions ne diminue pas, au contraire, il est de toute évidence en croissance.



La tendance globale reste à la hausse, cela n'exclut pas que des choix individuels aient été faits et que le rehaussement au baccalauréat ait pu décourager certains candidats, mais le résultat est demeuré nettement positif.

La question géographique peut aussi devenir un facteur qui influence les choix individuels, mais son impact est négligeable. À ce sujet, soulignons qu'on trouve des établissements d'enseignement universitaire dans toutes les régions qui offrent la formation de *Techniques d'inhalothérapie*. À titre indicatif, en 2012-2013, on recensait au Québec pas moins de 290 lieux différents où l'on proposait de la formation universitaire⁵¹, ce qui inclut les campus principaux, les campus satellites, les pôles universitaires et les points de services. De l'enseignement universitaire était offert dans toutes les régions, à l'exception du Nord-du-Québec.

Le passage au baccalauréat ne signifie donc pas forcément un accès géographique plus difficile. L'Université de Montréal et l'Université de Sherbrooke, qui comptent toutes deux des lieux de formation dans différentes régions, ont déjà exprimé leur intérêt à développer un programme de premier cycle en inhalothérapie.

3.6.2 Taux de persévérance aux études et taux de réussite du ou des programmes : comparaison avec d'autres cas de rehaussement

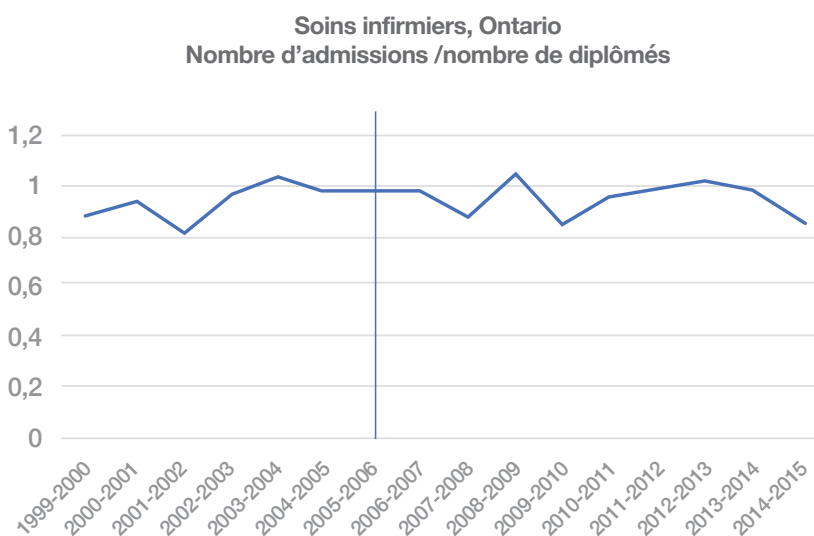
En matière de persévérance ou de réussite scolaire, le rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes ne devrait pas produire d'effets négatifs.

Deux sources viennent appuyer cette anticipation.

- D'abord, les taux de réussite sont plus élevés au baccalauréat qu'au DEC. Pour l'année 2012-2013, le taux de diplomation après 4 ans⁵² indique un taux de réussite de 49,9 % pour une formation technique ou professionnelle et de 59,3 % pour un grade universitaire de premier cycle.
- Également, encore une fois selon l'expérience de l'Ontario où la formation universitaire pour les infirmières est devenue obligatoire en 2008, on n'a pas observé de variation notable dans le ratio entre le nombre d'admissions au programme de formation et le nombre de diplômés.

⁵¹ Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de la Science (MESRS), Direction des contrôles financiers et des systèmes, Gestion des données sur l'effectif universitaire (GDEU), 1^{er} avril 2014. Cité dans Guy Demers, *Rapport final du chantier sur l'offre de formation collégiale*, 2014, p. 72.

⁵² Statistique Canada. *Tableau 37-10-0140-02 Diplomation des étudiants inscrits dans un programme menant à un diplôme de formation technique ou professionnelle, dans la province ou le territoire de la première inscription, selon les caractéristiques de l'étudiant, nouveaux inscrits de 2010-2011 à 2013-2014*.



3.6.3 Capacité de prise en charge et d'accueil des stagiaires

Les milieux de stages, déjà ouverts et développés dans le cadre de la formation technique, devraient pouvoir accueillir des stagiaires du baccalauréat en inhalothérapie. Le système est bien huilé et chaque année, des médecins et des inhalothérapeutes d'expérience encadrent les stagiaires attendus. À cette différence près que les étudiants arriveraient sur les plateaux techniques⁵³ mieux outillés pour effectuer leurs stages et pour interagir avec les professionnels de niveau universitaire. En effet, parce qu'ils les côtoient durant leur formation, notamment lors des laboratoires de simulation haute-fidélité, ils apprennent les schèmes de pensée, les stratégies et le langage propres aux situations vécues en équipe interdisciplinaire. On leur offre ainsi l'occasion de se créer un solide réseau professionnel et de vivre l'interdisciplinarité comme elle se vit au quotidien.

53 Un plateau technique est un ensemble de lieux et d'équipements qui permettent de réaliser, généralement à l'hôpital, des actes curatifs ou diagnostiques.

Conclusion

Le rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes a assez tardé. Les principales parties au dossier reconnaissent la pertinence de la réforme depuis 20 ans. La réforme est une priorité gouvernementale depuis 12 ans. Toutes les options ont été soupesées, analysées, débattues. Il est temps de trancher et d'ordonner, dans les meilleurs délais, le rehaussement de la formation initiale des inhalothérapeutes au niveau du baccalauréat universitaire.

Cette solution est la seule qui répond avant tout à tous les objectifs. Elle permet de combler l'écart entre les compétences attendues et effectives des inhalothérapeutes. Elle les munit du jugement clinique et de la culture scientifique nécessaires pour évoluer au sein d'équipes multidisciplinaires qui prodiguent des soins avancés avec des équipements de pointe. Elle leur permet d'évoluer de manière autonome auprès de clientèles vulnérables dans des milieux cliniques aussi exigeants que l'assistance anesthésique, les soins critiques ou les soins à domicile.

C'est en outre la réforme la plus facile à instaurer, parce qu'elle cadre dans le format connu des baccalauréats du domaine de la santé comme il en existe plusieurs. D'ailleurs, le tiers, sinon la moitié, de l'éventuel baccalauréat en inhalothérapie serait constitué de cours déjà offerts dans d'autres cursus d'enseignement.

Mais avant tout, cette réforme se justifie d'abord et surtout dans l'intérêt des patients, qui ont droit à des soins sécuritaires et de qualité dispensés par des cliniciens formés à la fine pointe du développement des compétences en formation professionnelle. La population québécoise vieillit, les maladies chroniques augmentent, de plus en plus de personnes présentent des situations complexes de comorbidités qui incluent des troubles respiratoires; les soins à domicile connaissent un essor important; les avancées de la science et de la technologie ont transformé la manière de soigner. Dans toute cette mouvance, la mise à niveau de la formation des seuls spécialistes de la prise en charge du système cardiorespiratoire est une telle évidence que tout report supplémentaire serait inacceptable.

L'heure des décisions est venue.

4. Attestation

La personne soussignée se porte garante de l'exactitude des données fournies	
Nom de la personne signataire: Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.	
Titre de la personne signataire (présidente ou président): président	
Signature électronique: 	Date (AAAA-MM-JJ): 2020-07-30



© Andr s Guerra

De gauche   droite
Anne Demers, inh. — Éric Doiron, inh. — Valérie Nadeau, inh.
Hôpital Charles-Le Moyne



Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 721

Montréal (Québec) H3G 1R8

Téléphone: 1 800 561.0029

514 931.2900

Télécopieur: 514 931.3621

www.opiq.qc.ca