

Inhalo

octobre 2020

DOSSIER

VIRUS ET VACCINS

SEMAINE DE L'INHALOTHÉRAPEUTE 2020

 **opiq**
Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec

volume numéro

37.2



Merci.

Tout comme vous, Getinge sait que chaque respiration compte. Nous tenons à remercier les inhalothérapeutes qui jouent un rôle essentiel en assurant des soins optimaux pour la santé pulmonaire et la qualité de vie de leurs patients. Cette année a été difficile, et nous vous félicitons pour votre dévouement et votre passion inébranlables pour fournir des soins optimaux à chaque patient, des nouveau-nés aux malades les plus graves.

Chez Getinge, nous croyons que sauver des vies est le plus beau métier du monde. À titre de partenaire dans le domaine des soins de santé, nous sommes à vos côtés pour vous aider à fournir les meilleurs soins à vos patients.

Explorez nos solutions de ventilation mécanique au www.getinge.com/ca.



GETINGE 



ÉDITORIAL

« Celui qui n'a pas d'objectifs ne risque pas de les atteindre. »

— Sun Tzu

Il y a plus de 20 ans que l'Ordre a inscrit le rehaussement de la formation des inhalothérapeutes comme un objectif prioritaire. Beaucoup d'eau a coulé sous les ponts depuis 1998, sans qu'aucune décision gouvernementale formelle ait été prise. Mais, convaincus de la légitimité de notre demande, jamais nous n'avons baissé les bras.

Après un énième revers, l'Ordre fait contre mauvaise fortune bon cœur et reprend le dossier pour se soumettre au nouveau processus pour toute demande de rehaussement d'un diplôme donnant ouverture au permis d'un ordre adopté par le gouvernement en 2019.

Ce dossier vient de franchir une étape importante et cruciale à son dénouement, soit le dépôt d'un mémoire à l'Office des professions. Fruit d'une concertation inédite entre le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'OPIQ, nous réclamons une réforme de la formation des inhalothérapeutes à un niveau universitaire.

Nous avons examiné la situation sous tous les angles dans une optique de protection du public et en considérant tout ce qui a été fait dans le passé: multiples rapports, rencontres et analyses de différentes solutions, etc.

Et nous — le CMQ et l'OPIQ — concluons que seul un baccalauréat répond à l'ensemble des préoccupations des partenaires impliqués, notamment de munir les inhalothérapeutes d'une pensée critique et d'un jugement clinique aiguisés afin d'assumer pleinement leurs tâches avec un permis unique pour tous les milieux cliniques.

Certes, il s'agit d'un pas de géant, mais nous sommes convaincus qu'avec un dialogue ouvert et la collaboration de toutes les parties prenantes, nous pouvons arriver à assurer une transition harmonieuse et minimiser les impacts.

L'OPIQ tend la main au gouvernement, à l'Office des professions, aux ministères de l'Enseignement et de la Santé, au milieu de l'enseignement et aux inhalothérapeutes afin qu'ensemble, nous marchions vers le même objectif: offrir des soins et des services encore plus sécuritaires et de qualité à la population.

À l'aube d'un automne, qui risque d'être difficile avec la situation pandémique qui perdure, on ne peut que souhaiter que cette deuxième vague soit moins dévastatrice. Nous sommes de tout cœur avec vous.

J'espère vous compter en grand nombre à notre assemblée générale virtuelle le 22 octobre prochain. 🍂

Cordialement,

Josée Prud'Homme



Directrice générale et Secrétaire



Éditorial 3

Avant-propos 4

Mot du président 6

Dossier Virus et vaccins

Retour sur l'Histoire 8

Vaccination contre la grippe saisonnière 12

COVID-19 Infodémie et désinformation: appel à la contamination scientifique! 18

Dossier innovation

Un vaccin thérapeutique contre le cancer d'ici trois ans? 21

Déontologie / inh.: 3 lettres responsables

L'inhalothérapeute et les médias sociaux: le juste équilibre entre la déontologie, le droit à la liberté d'expression et la protection du public 24

D'ordre juridique

L'inhalothérapeute vaccinateur: qui, quoi, comment et pourquoi 26

Finances 29

Actualités

25 ans à la direction générale de l'OPIQ 31

Bonnes pratiques d'utilisation personnelle et professionnelle des médias sociaux 31

Semaine de l'inhalothérapeute 32

Babillard 33

Évènement « C'est poumon bien ! » 34

Questionnaire 35



sommaire



AVANT-PROPOS

« Il y a plus de virus sur Terre (1031) que d'étoiles dans l'univers (1024). »

— Carl Zimmer

« **V**irus et vaccins », voilà le thème très (trop !) à propos de cette édition d'automne de votre revue. C'est un sujet omniprésent, vaste, riche en découvertes et qui défie le temps, mais il mérite encore aujourd'hui une place sous les projecteurs.

Les virus, plus petits êtres vivants connus, sont partout où il y a de la vie. Bien qu'ils existent depuis fort longtemps, ils suscitent encore beaucoup d'interrogations et ils continuent de menacer les êtres humains. Ils sont responsables de plusieurs maladies, qui peuvent être évitées grâce à des mesures de prévention éprouvées ou mieux, être éradiquées à l'aide de vaccins efficaces. Si certains doutent encore de la pertinence des directives de la santé publique et de l'efficacité des vaccins, il suffit pourtant d'un saut dans le passé et d'un regard sur quelques maladies infectieuses qui ont marqué l'histoire de l'humanité et fauché des millions de vies au pays, pour les convaincre du contraire.

Avec l'automne vient une menace que l'on connaît bien : la grippe saisonnière, qui prend une autre dimension cette année. Quand on y pense, l'implication des inhalothérapeutes en vaccination tombe sous le sens. En effet, informer les patients à risque de complications au sujet du vaccin, les encourager à se faire vacciner et administrer le vaccin antigrippal sont des activités cliniques étroitement liées à notre rôle en promotion de la santé et en prévention de la maladie. Néanmoins, l'infodémie et la désinformation nuisent au combat des autorités pour faire respecter les directives de santé publique et encourager la vaccination chez les plus

vulnérables. À cet égard, l'OPIQ lance un appel à la mobilisation et à la contamination scientifique lors de rencontres avec vos proches ou vos patients et, pourquoi pas, dans vos messages sur les médias sociaux... parce qu'**ensemble**, nous pouvons faire une différence !

Pour clore notre dossier spécial sur une note positive, nous vous proposons un excellent article intitulé *Un vaccin thérapeutique contre le cancer d'ici trois ans ?* paru l'été dernier dans le magazine *Le spécialiste*. Tous les espoirs sont permis, si on se fie aux travaux du Dr Claude Perreault, chercheur principal à l'Institut de recherche en immunologie et en oncologie (IRIC) et professeur de médecine à l'Université de Montréal.

Des sujets aussi vastes ne peuvent être couverts seuls et à cet égard nous remercions sincèrement l'Agence Science-Press, Québec Science et la Fédération des médecins spécialistes du Québec pour le partage de leurs publications.

Bon automne à tous et que la santé vous accompagne au quotidien! 🍂

Marise Tétreault

Marise Tétreault, inh., M.A. (communication et santé)



Coordonnatrice aux communications

VERSION INTERACTIVE

Repérez ces icônes qui indiquent des liens



courriel



texte hyperlié



page hyperliée



l'inhalo

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

Président

Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.

Administrateurs

Mélanie Bergeron, inh., Sylviane Landry, inh. (trésorière), Nathalie Lehoux, inh., Cédric Mailloux, inh., Annie Quenneville, inh., B. Sc., Gabrielle St-Pierre, inh., Darlène Tremblay, inh., Isabelle Truchon, inh. (1^{re} vice-présidente)

Administrateurs nommés par l'Office des professions

Anne-Marie Hébert, Lucie Lafontaine, Alain Martineau, Jean-Pierre Tremblay

PERMANENCE

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

Directrice des affaires juridiques
M^{re} Andréanne LeBel

Syndic

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

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

Inspecteur professionnel
Daniel Jorgic, inh.

Coordonnatrice aux communications
Marise Tétreault, inh., M.A.

Coordonnateur au développement professionnel
Pascal Rioux, inh.

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

Rédactrice agréée
Line Prévost, inh., B.A.

Inhalothérapeute-conseil à l'admission
Pierrette Morin, inh., DESS en enseignement

Adjointe de direction
Ophélie Dréau

Adjointe administrative aux affaires juridiques
Anie Grätton

Adjointe administrative à l'inspection professionnelle
Sonia Dusseaux

Adjointe administrative au Tableau des membres
Marie Andrée Cova

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

COMMUNICATIONS

Responsable
Marise Tétreault, inh., M.A.

Collaborateurs

Agence Science-Press, Bernard Cadieux, inh., M. Sc., M.A.P., M^{re} Magali Cournoyer-Proulx, Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), M^{re} Andréanne LeBel, Line Prévost, inh., B.A., réd. a., Josée Prud'Homme, inh., Adm.A., Québec Science, Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2020

Tous droits de reproduction réservés.
Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.
Bibliothèque et Archives Canada
ISSN 2368-3112

Conception graphique, réalisation, révision, correction et traduction Fusion Communications & Design inc.

Photos des membres de l'OPIQ
Andrès Guerra

Publicité

CPS Média
43, avenue Filion, Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R0
Tél. : (450) 227-8414 poste 310 • Téléc. : (450) 227-8995
Normand Lalonde, gestionnaire de compte
Courriel : nlalonde@cpsmedia.ca

Publication trimestrielle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 721
Montréal (Québec) H3G 1R8
Tél. : (514) 931-2900 • 1 800 561-0029
Téléc. : (514) 931-3621
Courriel : info@opiq.qc.ca

Envoi de publication : contrat n° 400 647 98

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

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

Quand vous traitez des patients atteints d'hypertension pulmonaire, choisissez...



Un seul appareil.

Utilisation à l'unité des soins intensifs néonataux.

Utilisation invasive et non-invasive.

Utilisation dans la salle d'IRM.

Indiqué pour le transport.

Depuis plus de 15 ans.



Applications

- Le système d'administration INOmax DS_{IR}™ administre un traitement par INOmax™ (monoxyde d'azote pour inhalation). Le système d'administration INOmax DS_{IR} Plus doit toujours être utilisé conformément aux indications, aux directives d'utilisation, aux contre-indications, aux mises en garde et aux précautions décrites dans le libellé d'INOmax. La population cible approuvée se limite aux nouveau-nés. Se reporter à la monographie d'INOmax avant l'utilisation.

Avertissements de l'appareil

- Une interruption brusque d'INOmax peut entraîner une aggravation de l'oxygénation et une augmentation de la pression artérielle pulmonaire, c'est-à-dire un syndrome de rebond d'hypertension pulmonaire. Pour éviter l'interruption brutale du traitement, utilisez l'INOblender™ ou déclenchez immédiatement le système d'administration de secours pour reprendre le traitement par INOmax et consultez la notice d'accompagnement du produit INOmax.
- Si l'alarme de NO₂ élevé s'active, vérifiez que le système d'administration est bien installé tout en poursuivant l'administration d'INOmax.
- Ne raccordez pas le dispositif à d'autres équipements ne faisant pas partie du système.
- Si une alarme est déclenchée, il faut s'assurer que le patient est en sécurité avant de procéder au diagnostic ou à la réparation de la panne.
- Utilisez uniquement du NO/N₂ de qualité pharmaceutique avec INOmax.

Avertissements de l'appareil : utilisation dans un environnement de RM

- Utilisez uniquement un cylindre de taille « 88 » (1 963 litres) qui est marqué « MR Conditional. Keep cylinder at 100 gauss or less. » (Compatible avec l'IRM sous certaines conditions. Garder le cylindre dans la zone de 100 gauss ou moins) avec l'INOmax DS_{IR} MRI lorsque l'appareil est utilisé dans la salle d'IRM. L'utilisation de tout autre cylindre peut être dangereuse, car il pourrait se transformer en projectile.
- Le système INOmax DS_{IR} Plus MRI est classé comme utilisable en RM dans certaines conditions avec un appareil d'IRM à 1,5 ou 3,0 teslas SEULEMENT dans les zones où l'intensité du champ magnétique est inférieure à 100 gauss.
- L'appareil contient des composantes ferromagnétiques et sera soumis à une force d'attraction importante à proximité de l'aimant. Il doit donc être utilisé dans un champ limitrophe inférieur à 100 gauss.
- Un champ magnétique puissant du type de celui émis par un système d'IRM peut affecter la capacité de l'INOmètre à détecter si la valve du cylindre est ouverte. Cela peut entraîner le déclenchement d'une alarme « Valve du cylindre fermée » alors que la valve du cylindre est en réalité ouverte. Si cette alarme se déclenche, repositionnez/tournez le chariot de l'INOmax DS_{IR} Plus MRI en dehors de la zone des 100 gauss pour réduire l'interférence magnétique dans le secteur de l'INOmètre jusqu'à ce que le graphique de la poignée du cylindre s'affiche en vert sur l'écran. Cela réglera le problème de l'alarme « Valve du cylindre fermée ». Il suffit généralement de déplacer le chariot du système INOmax DS_{IR} Plus MRI de moins de 15 cm (6 po) ou 90 degrés. Notez que le traitement par INOmax sera interrompu une heure après le déclenchement de l'alarme indiquant la fermeture du régulateur du cylindre si rien n'est fait pour régler la situation.

Consultez les manuels d'utilisation et d'entretien d'INOmax DS_{IR} Plus et de DS_{IR} Plus MRI pour connaître les renseignements importants, y compris en matière de sécurité, ainsi que les mises en garde. Consultez la monographie d'INOmax sur le site à l'adresse www.mallinckrodt.ca/wp-content/uploads/2017/11/INOMAX-Monographie-du-Produit.pdf pour connaître les renseignements sur les effets indésirables et la posologie qui n'ont pas été abordés dans cette présentation. Il est également possible d'obtenir la monographie et les manuels du produit en téléphonant au 1 877 566-9466.



Mallinckrodt, la marque figurative « M » et le logo de Mallinckrodt Pharmaceuticals sont des marques de commerce de l'entreprise Mallinckrodt. Les autres marques sont des marques de commerce qui appartiennent à une entreprise de Mallinckrodt ou à leurs propriétaires respectifs.
© 2020 Mallinckrodt CA-2000036 07/2020



MOT DU PRÉSIDENT

« L'homme est un animal social. »

— Aristote, *Les Politiques*

L'état d'urgence sanitaire déclarée le 13 mars dernier, en raison de la pandémie de COVID-19 et qui se poursuit, a bouleversé nos vies. Mais, plus que tout, c'est la « pause » — décrétée le 23 mars et prolongée jusqu'en mai ! — qui s'est avérée le plus difficile. La distanciation sociale, l'interdiction de visiter nos familles, nos malades et nos aînés, la fermeture des écoles, des commerces et des frontières, ce confinement imposé, quoique nécessaire, ne nous réussit pas.

Ainsi, privés d'interactions sociales, nous nous sommes tournés vers les réseaux sociaux pour briser l'isolement, rester en contact et prendre des nouvelles de nos proches, de nos amis et de nos collègues, pour nous informer, pour partager nos expériences et encourager la solidarité. Sauf que le meilleur et le pire se côtoient souvent dans les médias sociaux... Si leur utilisation comporte de nombreux avantages, elle soulève aussi certains enjeux et défis pour les professionnels de la santé, notamment concernant le partage d'information et l'image professionnelle.

La pandémie a permis à plusieurs vulgarisateurs et communicateurs scientifiques d'envahir les médias sociaux pour devenir de véritables influenceurs ! Les médias sociaux peuvent être une source d'informations, dans la mesure où les données qui s'y trouvent sont factuelles, pertinentes, véridiques et qu'elles s'appuient sur des données scientifiques crédibles, récentes et vérifiables. Sans frontières, ils brisent l'isolement professionnel en connectant une ou plusieurs personnes qui ne se sont jamais rencontrées et en favorisant le partage d'information, d'expertise et d'expérience.

Cependant, les médias sociaux peuvent être aussi vecteurs de désinformation. On a pu en constater l'ampleur durant la pandémie lorsque fausses nouvelles, faux remèdes et théories du complot ont foisonné ! Avant de relayer une information, il faut en vérifier les sources qui doivent être avérées et crédibles. Comme inhalothérapeute, nous avons l'obligation d'exercer notre profession selon les normes les plus élevées. Nous ne pouvons diffuser d'information tendancieuse, ce qui, en plus de provoquer de la confusion chez nos patients, pourrait entraîner des mesures disciplinaires.

Plusieurs inhalothérapeutes utilisent les médias sociaux pour des publications d'ordre privé ou public. Puisqu'elles demeurent associées au titre professionnel de la personne qui les a publiées, nous devons faire preuve de modération et d'objectivité et éviter les débordements et les dérapages afin de ne pas porter ombrage à notre profession.

Les médias sociaux présentent sans conteste de nombreux avantages. Mais la frontière entre la vie personnelle et la sphère professionnelle est



parfois mince... Je vous invite donc à la prudence. Pour soutenir un usage responsable par les inhalothérapeutes, l'Ordre a publié un [guide de bonnes pratiques d'utilisation personnelle et professionnelle des médias sociaux](#).

Je termine en vous conviant à l'assemblée générale des membres qui aura lieu par webdiffusion — pandémie oblige ! — le 22 octobre prochain à 17 h pour connaître l'avancement des travaux de l'Ordre.

Sur ce, je vous souhaite un bel automne.



Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.

Président

Association pulmonaire du Québec	27
Banque Nationale	30
FIQ	11
FSSS-CSN	14
Getinge	2
La Capitale Assurances générales	25

Mallinckrodt Pharmaceuticals	5
Medtronic Canada inc.	20
Transplant Québec	16
UQAT	28



index des annonceurs



A WORD FROM THE PRESIDENT

«Man is a social animal.»

— Aristotle, *Politics*



Our lives were upended by the public health emergency declared on March 13th, because of the ongoing COVID-19 pandemic. Most of all, the “pause”—declared on March 23rd and extended until May!—is what turned out to be the most difficult to endure. Social distancing, being forbidden to visit our families, patients, and seniors, the closure of schools, businesses, and borders, this compulsory lockdown, although necessary, is unsuitable to us.

Deprived of social interactions, we fell back on social media to break the isolation, keep in contact, get news from our relatives, friends and colleagues, stay informed, share experiences and encourage solidarity. However, the good and the bad are often side by side in social media... If it brings many benefits, social media also raises some issues and challenges for health professionals, particularly about sharing information and professional image.

The pandemic has allowed many popularizers and scientific communicators to invade social media and become real influencers! Social media can be a source of information, insofar as the available data is factual, pertinent, truthful and based on credible, recent, and verifiable scientific data. Borderless, it breaks professional isolation by connecting one or more person that never met each other, encouraging them to share information, expertise, and experience.

Yet, social media may also become a vector of disinformation. We were able to see the [full extent of this phenomenon during the pandemic with the proliferation of false news, false cures, and conspiracy theories!](#) Before passing along information, the source must be verified for truthfulness and credibility. As respiratory therapists, we are obligated to exercise our profession by upholding the highest standards. We cannot disseminate

tendentious information which, on top of confusing our patients, might entail disciplinary measures.

Many respiratory therapists use social media to publish public or private information. Since these posts are linked to the professional title of the person who published them, we must show moderation and objectivity, and avoid excess and loss of control, to avoid showing the profession in a bad light.

Without question, social media offers many benefits. But the line between personal life and professional world is sometimes paper-thin... Thus, I invite you to be careful. The Ordre has published a [guide about personal and professional practices on social media to promote a responsible use by respiratory therapists.](#)

In closing, I invite you to join our general assembly—taking place by webcast because of the pandemic—on October 22nd at 5:00 PM to learn more about the progress of the work done by the Ordre.

On this note, I hope you have a great fall season.



Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.
President

Retour sur l'Histoire



par **Marise Tétreault**, inh., M.A., coordonnatrice aux communications, OPIQ.

Épidémie et pandémie

L'actuelle pandémie nous rappelle que les maladies contagieuses ont été nombreuses à décimer des populations alors que l'histoire nous apprend que ces crises sanitaires sont liées à des contextes socioculturels et économiques particuliers. À titre d'exemples, l'épidémie de choléra est associée à l'arrivée massive d'immigrants au pays; la grippe espagnole s'est quant à elle répandue au moment de la démobilisation à la fin de la Première Guerre mondiale. Malgré les progrès réalisés dans le domaine de la bactériologie et de la virologie, le 20^e siècle n'échappe pas aux gripes pandémiques, en raison notamment de la mondialisation et de l'accroissement du tourisme¹.

Pour en apprendre davantage sur ces sujets, voici un bref retour sur quelques-unes des maladies infectieuses qui ont fauché des millions vies au pays et marqué l'histoire de l'humanité.

Variole (1616)^{2,3,4}

Ce virus a été signalé pour la première fois en 1616, en Nouvelle-France près de Tadoussac au Québec, premier poste de traite des fourrures de la colonie.

Le saviez-vous ?

L'étendue d'une contagion se résume à deux mots près. On parle d'**épidémie**^a pour définir le « développement et la propagation rapide du nombre de cas d'une affection contagieuse sur un territoire où elle sévissait de manière endémique ou dans une collectivité antérieurement indemne ». Mais sa dissémination sur « un continent, un hémisphère ou dans le monde entier » fait d'elle une **pandémie**^b... Tout est donc une question d'ampleur!

a Grand dictionnaire de terminologie. (2020). « [Épidémie](#) ». Office québécois de la langue française.

b Grand dictionnaire de terminologie. (2020). « [Pandémie](#) ». Office québécois de la langue française.

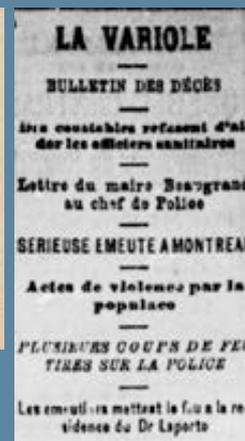
ÇA NE DATE PAS D'HIER!

Devant l'ampleur de l'épidémie de 1885, les autorités municipales ont rendu la vaccination obligatoire. Alors que l'opinion des médecins était divergente, la population refusait de se faire immuniser. Le 18 septembre, une émeute a éclaté dans la ville. Les gens arrachaient les affiches en faveur de la vaccination et saccageaient l'Hôtel de Ville, les pharmacies, le domicile du responsable officiel des vaccins et ceux des magistrats municipaux. En définitive, c'est l'étendue de l'épidémie — qui a fauché 3164 vies, dont 2117 enfants — qui aura convaincu les Montréalais d'accepter l'immunisation.



1 Émeute à l'Hôtel de Ville de Montréal contre la vaccination obligatoire (1885).

Source: <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=90492557>.



2 Entrefilet du 29 septembre 1885 dans le journal *Le Canadien*.

Source: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Entrefilet_du_29_septembre_1885_dans_le_journal_Le_Canadien.jpg.

variole

À partir de 1768, la variolisation de bras à bras s'est étendue en Amérique du Nord dans le but d'en limiter sa propagation. Un peu plus tard, le vaccin antivariolique, mis au point par Jenner en 1796, était si répandu et si efficace que le monde a cru la maladie éradiquée. Or, les épidémies de variole ont persisté et celle de 1885 à Montréal en a fait dramatiquement preuve alors que le conducteur d'un train — fébrile et couvert d'éruptions cutanées sur les mains, le visage, le torse et les bras — est entré en gare. Admis dans un hôpital montréalais, il a survécu, non sans infecter sa literie au passage. Conséquemment, la variole s'est emparée de l'hôpital. En guise de réponse, le Bureau de la santé montréalais a fait l'erreur de laisser sortir les patients asymptomatiques... On imagine la suite.

Poliomyélite (1910)^{5,6}

La poliomyélite, appelée aussi polio ou maladie paralysante, est une maladie infectieuse causée par le poliovirus. Ce virus se propage facilement d'un humain à l'autre et il a une préférence pour les jeunes enfants. Le Canada, touché plus sévèrement que nulle part ailleurs, connaît ses premières flambées localisées de polio au cours des années 1910 et ses premières vagues épidémiques vers la fin des années 1920. Au pays, la maladie a atteint son apogée en 1953 où presque 9000 cas et 500 décès ont été confirmés. On estime que 11 000 personnes ont souffert de cette maladie paralysante entre 1949 et 1954. L'inoculation généralisée du vaccin Salk (lancé en 1955) et du vaccin oral Sabin (lancé en 1962) aura permis de maîtriser ce virus au début des années 1970. Ce n'est toutefois qu'en 1994 que le Canada a été déclaré pays exempt de cette maladie. Malheureusement, les gens qui ont eu la chance de guérir de cette maladie paralysante sont à risque de développer, 15 à 40 ans plus tard, un syndrome de postpoliomyélite. Ce trouble du système nerveux affaiblit progressivement les muscles et entraîne une fatigue intense et des douleurs musculaires et articulaires.



Patient souffrant de la poliomyélite placé dans un respirateur artificiel à pression négative (poumon d'acier).

Source: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Poumon_artificiel.jpg.

ÇA NE DATE PAS D'HIER!

Au plus fort de la crise, les commerces ont vu baisser leur chiffre d'affaires en raison d'une pénurie de main-d'œuvre ou d'une demande insuffisante pour leurs produits. Pour contenir la propagation du virus, les administrations municipales ont fermé tous les services publics, à l'exception de ceux jugés essentiels, tandis que les gouvernements provinciaux ont adopté des lois concernant la quarantaine et le port du masque obligatoire en public.



Source: BÉLAIR-CIRINO, M., NOËL, D., BÉLAND, A.
«1918 — La grippe espagnole vue du Devoir». *Le Devoir*, 8 mai 2020.

grippe espagnole

Grippe espagnole (1918)^{7,8,9,10}

Malgré ses origines géographiquement inconnues, cette maladie est communément appelée la grippe espagnole. Si elle est apparue à la fin de la Première Guerre mondiale, elle est entrée au Canada au moment où les troupes revenaient du front. L'une de ses caractéristiques est le fait qu'elle a tué préférentiellement les jeunes gens en bonne santé, ce qui diffère des autres souches de la grippe qui, elles, s'avèrent généralement plus à risque chez ceux dont l'immunité est moindre (par exemple les aînés, les jeunes enfants ou les personnes qui ont des conditions préexistantes). Le Canada a été durement touché et le Québec n'a pas été épargné par cette maladie qui est apparue en septembre 1918 chez des soldats de Saint-Jean-sur-Richelieu. Malgré l'application de mesures préventives, on estime que 530 000 personnes ont été atteintes et que le virus a fait 14 000 victimes. Bien que de moins en moins virulente, la souche de la grippe de 1918 est demeurée active au Canada jusqu'au milieu des années 1920. Elle a depuis été identifiée comme étant un virus de type H1N1.

Fait notoire, le Canada a créé le premier ministère de la Santé en 1919, en réponse à la grippe espagnole.

ÇA NE DATE PAS D'HIER!

À l'époque, la plupart des provinces offraient gratuitement un «sérum de convalescence» lorsque les personnes contractaient la polio. Il n'y a jamais eu de preuve de l'efficacité de ce sérum, qui était constitué de sang donné par celles qui avaient survécu à la maladie. En Ontario, lors de l'épidémie de 1937, une hausse marquée des cas de paralysie respiratoire a forcé la construction en urgence de 27 poumons d'acier. L'assemblage, qui s'est échelonné sur une période de 6 semaines, s'est effectué au sous-sol de l'Hôpital pour enfants malades de Toronto.

poliomyélite

SRAS (2003)^{11,12}

Le Canada connaît une épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003. Maladie infectieuse causée par un coronavirus, elle était jusque-là méconnue. Le premier cas est signalé en Chine en novembre 2002. Le virus se propage ensuite dans plus de 20 pays. Au Canada, l'épidémie s'est largement concentrée à Toronto. Principalement circonscrite aux hôpitaux, où les professionnels de la santé, les aînés et les personnes souffrant de maladies préexistantes sont les plus à risque, l'épidémie lèvera le voile sur un système de soins de santé mal préparé aux épidémies et aux crises de santé publique. Au total, on a dénombré 438 cas probables de SRAS au Canada, entraînant 44 décès.

ÇA NE DATE PAS D'HIER!

Pendant la crise, des milliers de Canadiens ont été mis en quarantaine, alors que d'autres se la sont volontairement imposée. De même, les aéroports de Toronto et de Vancouver ont examiné chaque voyageur à la recherche d'une fièvre élevée. En avril 2003, l'OMS émettait un avis déconseillant tout voyage non essentiel à Toronto. Les responsables gouvernementaux et les experts ont critiqué cette décision, la jugeant inutile à un moment où l'épidémie était en voie de s'affaiblir. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) leva l'avis un peu plus d'une semaine plus tard.

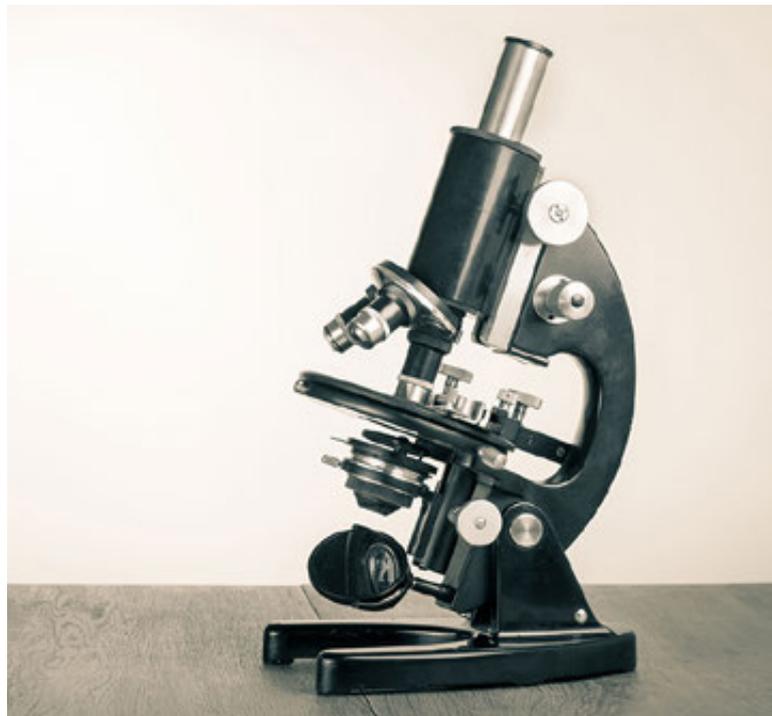
SRAS**H1N1 (2009)**^{13,14,15}

Le virus de la grippe H1N1, baptisée au début « grippe porcine », est signalé pour la première fois au Mexique en février 2009. L'Agence de santé publique du Canada (ASPC) signale un premier cas en avril 2009. En juin de la même année, l'OMS déclare une pandémie. Contrairement à la grippe saisonnière, qui survient durant l'hiver, c'est au cours de la période estivale que le virus H1N1 a d'abord infecté les Canadiens avant de déferler à nouveau l'hiver suivant. En juillet 2010, plus de 200 pays ou territoires ont déjà signalé la présence du virus et les autorités ont annoncé un bilan officiel de 18000 personnes tuées par le H1N1 à l'échelle mondiale, dont 428 Canadiens.



Image obtenue au microscope électronique du virus réassorti de la grippe de 2009, prise par le *Centers for Disease Control and Prevention*.

Source: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:H1N1_influenza_virus.jpg.

H1N1**De la variolisation à la vaccination**^{16,17,18}

Comme on l'a vu, la variole a été ravageuse partout au pays. Affaiblie par la variolisation et éradiquée par vaccination antivariolique, elle est donc au cœur de l'histoire du vaccin.

Variolisation

Depuis longtemps, on avait noté qu'une personne guérie de la variole ne risquait plus de contracter la maladie une seconde fois. Ce constat mena à la variolisation (inoculation de la variole), qui fut un temps considérée comme le seul traitement prophylactique de la variole. Élaboré par les Chinois, il consistait à inoculer le virus aux gens non atteints en utilisant des fragments de pustule prélevés chez des varioleux ayant une forme bénigne de la maladie. La pratique courante était le passage dit de « bras en bras », où l'on ponctionnait le pus d'une pustule fraîche pour l'inoculer par scarifications à un sujet sain. Bien qu'efficace, elle n'en demeurerait pas moins à risque d'infection, d'épidémie et de décès.

Vaccinostyles (stylets métalliques) servant à inoculer par scarifications.

Source: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Vaccinostyle.jpg>.

**variolisation**

DOSSIER

Virus et vaccins

1

Vaccination

On doit à Edward Jenner, un intuitif médecin de campagne anglais, l'invention du vaccin en 1796. Ayant l'œil observateur, il avait relevé la présence de petites cicatrices sur les mains des fermiers qui assuraient la traite de leurs vaches. Celles-ci étaient typiques de la vaccine, nom donné à la forme bénigne de la variole chez les vaches. Il avait aussi noté que ces fermiers semblaient épargnés par la maladie lors d'épidémies. De là est née l'idée de changer la nature de l'inoculum utilisé dans la variolisation en remplaçant la pustule issue du virus humain par celle induite par la variole bovine. De l'intuition à la réalisation, Jenner transmet d'abord la vaccine à un jeune enfant sain et, par la suite, il l'inocule avec le virus de la variole. Comme il l'espérait, l'enfant n'a pas développé la maladie. Sa découverte fut nommée la vaccination antivariolique. 🍂

Gravure de 1802 : comparaison de la variole (à gauche) et la vaccine (à droite) 16 jours après l'inoculation.

Source : https://fr.wikipedia.org/wiki/Variolisation#/media/Fichier:Inoculation_day_16.png.



vaccination



Références

1. GOULET, D. Avril 2020. « [Les grandes épidémies qui ont frappé le Québec](#) ». *Québec Science*.
2. SPAULDING, W. B. et M. FOSTER-SANCHEZ. Mâj: février 2020. « [La variole au Canada](#) ». *L'encyclopédie canadienne*.
3. MARSH, J.H. Mâj: mars 2015. « [L'épidémie de variole de Montréal en 1885](#) ». *L'encyclopédie canadienne*.
4. CADOTTE, M. Mâj: juillet 2015 par E. JAMES-ABRA. « [Épidémie au Canada](#) ». *L'encyclopédie canadienne*.
5. RUTTY, C.J. Mâj: juillet 2019. « [Le Canada et la mise au point du vaccin contre la polio](#) ». *L'encyclopédie canadienne*.
6. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. S. d. *Histoire de la polio*.
7. GOULET, *Les grandes épidémies qui ont frappé le Québec, op. cit.*
8. BAILEY, P.G. Mâj: juillet 2020 par T. Marshall. « [Les pandémies au Canada](#) ». *L'encyclopédie canadienne*.
9. DICKIN, J., BAILEY, P. G., JAMES-ABRA, E. Mâj: mars 2020. « [La grippe espagnole de 1918 au Canada](#) ». *L'encyclopédie canadienne*.
10. DICKIN, J., BAILEY, P. G., JAMES-ABRA, E. Mâj: mai 2017. « [Grippe au Canada](#) ». *L'encyclopédie canadienne*.
11. BAILEY, *Les pandémies au Canada, op. cit.*
12. RAE, R. et A. ZENG. Mâj: mars 2020. « [Le SRAS au Canada](#) ». *L'encyclopédie canadienne*.
13. GOULET, *Les grandes épidémies qui ont frappé le Québec, op. cit.*
14. BAILEY, *Les pandémies au Canada, op. cit.*
15. DICKIN, BAILEY, JAMES-ABRA, *Grippe au Canada, op. cit.*
16. SPAULDING, FOSTER-SANCHEZ, *La variole au Canada, op. cit.*
17. LACHAUSSÉE, C. 24 mai 2020. « [La bataille des vaccins : une histoire de la vaccination au Québec](#) ». *Ça date pas d'hier*, Radio-Canada.
18. KRIFI, M. N. 2017. *Naissance et essor de la vaccinologie et de l'immunothérapie*. ISTE Editions Ltd, Londres, Royaume-Uni, p. 19-31.

Dénoncez le TSO et la substitution d'emploi

La FIQ est fière d'annoncer le lancement de son **application mobile** qui permettra de :

- **Dénoncer** le TSO
- **Signaler** la substitution
- **Recevoir** des nouvelles en direct portant sur la négo.

PLUS FORTES AVEC
MON #AppliFIQ!

 Télécharger gratuitement
App Store

 Télécharger gratuitement
Google play

Téléchargez l'application sur l'Apple Store et Google Play.

fiq

Vaccination contre la grippe saisonnière



par **Marise Tétréault**, inh., M.A., coordonnatrice aux communications, OPIQ.

Dans l'actualité

L'immunisation est l'une des réalisations les plus importantes en santé publique. Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la vaccination permet d'éviter de 2 à 3 millions de décès par année¹ et pour l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), elle a permis de sauver plus de vies au pays que toute autre intervention sanitaire. Qui plus est, si l'on diminue ou cesse la vaccination, il est clairement démontré que les maladies évitables par la vaccination reviendront, même dans les populations avec de bonnes conditions de vie et un accès adéquat aux soins de santé².

Cet automne, la saison de la grippe s'annonce particulièrement mouvementée et imprévisible. Voici, en quelques points, ce qui faisait la nouvelle au moment d'écrire ces lignes.

Vaccination contre la grippe saisonnière en contexte de pandémie de COVID-19

La vaccination est le meilleur moyen de protection contre l'influenza et ses complications. Ce vaccin doit être administré chaque année à l'automne. Depuis 2018, le Programme d'immunisation contre l'influenza du Québec (PIIQ) recommande le vaccin pour les personnes à risque d'hospitalisation et de décès associés à l'influenza, soit les personnes âgées de 6 mois à 74 ans vivant avec une maladie chronique et les personnes de 75 ans et plus.

► [Fiche indicative concernant la vaccination gratuite contre la grippe et contre les infections invasives à pneumocoque](#) (septembre 2020)

Pour la campagne de vaccination 2020 et dans la perspective où le virus de l'influenza circulera parallèlement à celui du SRAS-CoV2, il sera doublement important de prioriser la clientèle ciblée dans le but de réduire le taux d'hospitalisation liée à la grippe saisonnière alors qu'on connaît un rebond de la pandémie de COVID-19.

Que nous réserve la prochaine saison grippale ?

De nombreuses questions se posent quant à l'impact de la grippe saisonnière sur la pandémie et vice versa. Par exemple, comment la grippe saisonnière cohabitera-t-elle avec la COVID-19? Est-ce que les personnes infectées par la grippe seront plus ou moins sensibles au virus du SRAS-CoV2? Qu'arrivera-t-il si une personne attrape les deux virus en même temps (co-infection ou *twindemic*)? Comment distinguer les patients atteints de la grippe de ceux ayant contracté la COVID-19? Et si, par mégarde ou par méconnaissance, on isolait ces patients ensemble? Et si l'hiver 2021 était une année d'exception ou d'exemption? Allons lire la réponse de Marine Corniou publiée dans *Québec Science* à la page suivante!

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). S. d. [Vaccination](#).

2. MSSS. Protocole d'immunisation du Québec: [Impacts des programmes de vaccination](#).

Grippe et COVID-19 : vers une épidémie double à l'automne?

Par [Marine Corniou](#) pour [Québec Science](#), 27 juillet 2020. Reproduction autorisée.

Avec l'automne arrivera une menace que l'on connaît bien, mais qui prend une autre dimension cette année : la grippe saisonnière.

Comment cette maladie coexistera-t-elle avec la COVID-19? Est-ce que les personnes infectées par la grippe seront plus sensibles au coronavirus, et inversement? Que se passera-t-il si quelqu'un attrape les deux virus en même temps?

Et à l'hôpital, comment feront les soignants pour distinguer les patients atteints de la COVID-19 de ceux infectés par la grippe?

Le Dr François Marquis, chef de services des soins intensifs de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, se posait déjà la question cet été dans le [carnet de bord](#) qu'il tient pour *Québec Science*: « On n'a pas d'expérience à départager rapidement un cas de COVID-19 d'un cas d'influenza alors que, cliniquement, les symptômes peuvent être similaires. Qu'arrive-t-il si, par mégarde, on isole ces patients ensemble? On ne sait pas non plus comment traiter un patient qui contracte les deux maladies. »

Dans la plupart des pays, les mesures de confinement imposées dès le mois de mars [ont mis fin brutalement](#) à la saison grippale 2019-2020.

Ainsi, pour anticiper la double menace automnale, les regards de l'hémisphère Nord se sont tournés vers le sud, où la saison de la grippe débute plus tôt, dès le mois de juin, en prélude à la nôtre.

Or, des observations en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Afrique du Sud indiquent que la nouvelle saison grippale n'a pas vraiment eu lieu, conséquence des fermetures d'école, de la distanciation physique et autres restrictions. En Australie, par exemple, seuls 36 décès attribués à la grippe ont été rapportés entre janvier et la mi-août, contre 480 pour la même période l'an dernier.

Une bonne chose en soi, mais qui laisse les chercheurs sans réponses. Le risque de co-infection, notamment, inquiète les médecins. Les anglophones parlent même de « *twindemic* » ou pandémie jumelle possible pour la saison 2020-2021.

« La grippe affecte environ 7 millions de Canadiens chaque année, entraînant 12 000 hospitalisations et 3 500 décès. Les plus forts taux de mortalité sont observés chez les personnes de plus de 65 ans », rappelait la Dr^e Angel Chu, spécialiste des maladies infectieuses à l'Université de Calgary et vice-présidente d'Immunitation Canada, lors d'un webinaire du *Canadian Healthcare Network Team* visant à aider les professionnels de la santé à se préparer à la saison grippale.

Or, les personnes de plus de 65 ans sont aussi les plus vulnérables face à la COVID-19. « Au Canada, 96,8 % des décès de la COVID-19 sont survenus chez les plus de 60 ans. Par ailleurs, 85 % des personnes hospitalisées pendant la

pandémie avaient au moins une comorbidité, cardiaque ou respiratoire, ou du diabète », précisait-elle.

Âge et comorbidités sont aussi les facteurs qui augmentent le risque de complications en cas de grippe. Sans oublier que la saison froide est également celle où circulent d'autres virus respiratoires comme les rhinovirus ou le virus syncytial respiratoire.

Plus que jamais, il est donc recommandé de se faire vacciner contre la grippe saisonnière, en particulier si on a plus de 65 ans ou si on souffre d'une maladie chronique (comme le diabète, l'insuffisance cardiaque, l'asthme, etc.).

Le Comité consultatif national de l'immunisation du Canada recommande que la vaccination antigrippale puisse se faire dans des cliniques mobiles ou des lieux dédiés (loin des hôpitaux), en particulier pour les aînés. « Tout le monde devrait se faire vacciner tôt, car cela prend deux semaines avant que le système immunitaire réagisse pleinement », a indiqué la Dr^e Chu.

L'hémisphère Nord pourrait, comme le Sud, être lui aussi « chanceux » et ne pas subir l'assaut de la grippe cette année. Mais dans le doute, il faut mettre les bouchées doubles et se préparer au pire. La couverture vaccinale contre la grippe saisonnière est chaque année inférieure aux objectifs : selon l'Institut national de la santé publique du Québec, en 2017-2018 seules 55 % des personnes âgées de 65 ans ou plus étaient vaccinées. Du côté des personnes atteintes de maladies chroniques âgées de 18 ans ou plus, cette proportion ne s'élevait qu'à 39 %. □

Les inhalothérapeutes à nouveau mobilisés

Parce que les inhalothérapeutes interviennent quotidiennement auprès des personnes atteintes de maladies cardiorespiratoires chroniques, ils sont des professionnels de choix dans la mise en place de stratégies visant à promouvoir l'immunisation et à accroître la couverture vaccinale auprès de la population en générale et de leurs patients en particulier.

Pandémie oblige, les cliniques à haut débit vaccinal seront probablement limitées, voire, annulées cette année. Par conséquent, le Comité consultatif national de l'immunisation du Canada (CCNI) recommande d'envisager d'autres stratégies d'administration de vaccins contre la grippe cet automne dans le but d'éviter les foules tout en maintenant ou en augmentant le taux de vaccination. Parmi les moyens envisagés, soulignons, sans s'y limiter, l'utilisation de cliniques de proximité ou mobiles pour joindre certains quartiers, l'administration du vaccin antigrippal au moment de la visite de suivi des patients en clinique ou à domicile et une offre de service étendue de façon opportune aux personnes qui accompagnent les patients³.

Sur le terrain, la collaboration des inhalothérapeutes sera plus que jamais sollicitée. Leur participation peut prendre plusieurs formes, dont celles-ci :

- Informer les patients et leurs proches au sujet des vaccins offerts;
- Vacciner les [personnes ciblées par le programme d'immunisation contre l'influenza du Québec – PIQ](#) (octobre 2019) selon une ordonnance individuelle ou collective.

L'implication des inhalothérapeutes en vaccination tombe sous le sens. En effet, informer nos patients à risque de complications au sujet du vaccin, les encourager à se faire vacciner et administrer le vaccin antigrippal sont des activités cliniques étroitement liées à notre rôle en promotion de la santé et en prévention de la maladie. Cela représente aussi une excellente opportunité d'occuper pleinement notre champ d'exercice en santé publique... Et ce sera d'autant plus vrai et essentiel lorsqu'arrivera un vaccin contre la COVID-19.

Pour plus d'informations relatives à cette activité pour les inhalothérapeutes : [Vacciner — Programme de vaccination](#) (OPIQ)

Débat dans l'opinion publique, contrevérités et confiance⁴

Le conflit entre les « pros vaccin » et les « antivax » ne date pas d'hier... Rappelons-nous l'émeute de Montréal en 1885 (*voir p. 8*). Cette bataille dans l'opinion publique a tout pour s'amplifier si l'on considère l'avalanche de désinformation qui déferle, notamment, sur les médias sociaux, depuis l'arrivée au pays de la COVID-19.

À cet égard, dans sa conférence de presse, le 25 août dernier, la docteure Theresa Tam, directrice de la santé publique du Canada, mettait en garde la population contre la propagation de contrevérités sur le Web à l'égard des vaccins. Cette sortie suivait les résultats d'un sondage suggérant qu'une partie des Canadiens craignent de se faire vacciner contre la COVID-19. En contrepartie, D^{re} Tam reconnaissait que les autorités devaient mieux comprendre ceux et celles qui s'inquiètent ou s'opposent à la vaccination et qu'il était nécessaire de fournir toutes les informations relatives à l'approbation des vaccins par Santé Canada. Fait intéressant, elle soulignait aussi l'importance de la « confiance dans les vaccins », considérant qu'elle était partie intégrante du déploiement réussi d'une campagne de vaccination.

Et si le vaccin contre la grippe donnait la grippe ?

Voilà l'un des mythes les plus persistants entourant ce vaccin et il fait en sorte que plusieurs personnes craignent de se faire vacciner contre l'influenza. Le *Détecteur de rumeurs* nous explique ce qu'il en est à la page suivante.

3. GOUVERNEMENT DU CANADA. 5 août 2020. [Lignes directrices sur l'administration de vaccins contre la grippe en présence de la COVID-19](#). Comité consultatif national de l'immunisation du Canada (CCNI).

4. LA PRESSE CANADIENNE. 25 août 2020. « Plus d'un Canadien sur dix refuserait un vaccin contre la COVID-19 ». *Le Devoir*.



AU FRONT AVEC LES INHALOTHÉRAPEUTES



ENSEMBLE POUR CHACUN
csn.qc.ca/coronavirus

Le vaccin contre la grippe donne la grippe? Faux

Par [Ève Beaudin](#) pour l'[Agence Science-Press](#), jeudi 19 décembre 2019. Reproduction autorisée.

« Le vaccin contre la grippe donne la grippe » : voilà l'un des mythes les plus persistants entourant ce vaccin et il fait en sorte que plusieurs personnes craignent de se faire vacciner contre l'influenza. *Le Détecteur de rumeurs* explique ce qu'il en est.

Les vaccins antigrippaux ne transmettent pas la grippe. Le virus de la grippe contenu dans les vaccins offerts sous forme d'injection est [inactif](#), et celui qui est présent dans les vaccins intranasaux est [vivant, mais atténué, de sorte qu'il ne peut provoquer l'influenza](#). De plus, le virus affaibli ne peut se multiplier qu'à des températures froides, comme celles présentes dans le nez : il ne peut donc pas infecter les zones plus chaudes de notre corps, comme les poumons.

Cela dit, certaines personnes peuvent se sentir malades après avoir reçu le vaccin contre la grippe, ce qui peut leur

faire croire qu'elles sont tombées malades suite à leur injection. Or, ressentir des effets physiques suite à la vaccination est plutôt dû à la réponse normale du corps au vaccin, ce qu'on appelle la réponse immunitaire. Lorsqu'on reçoit le vaccin, le corps reconnaît le virus de la grippe comme un envahisseur, même s'il est inactif. Il développe alors des anticorps qui attaqueront le virus de la grippe s'il est à nouveau exposé dans le futur. Cette réponse immunitaire naturelle peut provoquer chez certaines personnes une faible fièvre, des maux de tête, des douleurs musculaires ou de la fatigue, tous des effets secondaires qui peuvent

être confondus avec des symptômes de la grippe. On estime que [moins de 2 % des personnes](#) qui se font vacciner contre la grippe développeront de la fièvre.

D'autre part, ceux qui ressentent de tels symptômes grippaux après avoir reçu un vaccin, peuvent avoir été exposés à la grippe avant d'avoir reçu le vaccin ou dans les deux semaines suivant l'injection, alors que l'immunité contre le virus n'est pas encore complète.

Les vaccins contre la grippe sous forme de vaporisateur nasal contiennent un vaccin vivant atténué contre l'influenza (vaccin quadrivalent *FluMist^{MD}*). Toutefois, au Québec, ce type de vaccin ne sera pas offert cette saison en raison de la [pénurie de médicaments au Canada](#). □

Cet article fait partie de la rubrique du Détecteur de rumeurs, [cliquez ici](#) pour accéder aux autres textes.

Parlons vaccination!^{5,6,7}

La réticence ou le refus de se faire vacciner — malgré la disponibilité des vaccins — menace d'inverser les progrès réalisés dans la lutte contre les maladies évitables par la vaccination. À cet égard, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) déclarait l'an dernier que la réticence à la vaccination était l'une des principales menaces pour la santé en 2019. Parmi les arguments contre la vaccination, soulignons les difficultés d'accès et le manque de confiance envers les vaccins. Pour contrer cette menace, l'OMS mise sur l'implication des travailleurs de la santé (TdS) et des vaccinateurs pour informer, rétablir la confiance et influencer la population en faveur de la vaccination. Plus près de nous, le ministère de la Santé et des Services sociaux considère que les professionnels de la santé jouent un rôle primordial dans la réussite des programmes de vaccination. Les parents de jeunes enfants et la population comptent sur eux pour avoir des réponses justes et être rassurés au sujet de la pertinence de la vaccination.

5. OMS, 21 mars 2019. [Ten threats to global health in 2019](#).

6. [Déclaration de l'ICMRA sur la confiance à l'égard de la sécurité et de l'efficacité des vaccins \(pour les professionnels de la santé\)](#).

7. MSSS. MàJ 30 avril 2018. Protocole d'immunisation du Québec (PIQ): [Communication efficace en vaccination](#).

Besoin d'améliorer votre communication en vaccination ?

Suivez ce lien vers les conseils aux vaccinateurs proposés dans le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ): [Communication efficace en vaccination](#) (MSSS).

Nouvelle formation du MSSS sur la vaccination contre la grippe saisonnière 2020-2021

- ▷ [Travailleurs du réseau](#)
- ▷ [Travailleurs hors réseau](#)

Besoin de comprendre pourquoi les parents sont hésitants à faire vacciner leur enfant ?

Allons voir ce qu'en pense Dominique Wolfshagen dans un texte publié par l'*Agence Science-Press* à la page suivante.

Vaccination : pourquoi des parents hésitent? C'est compliqué.

Par [Dominique Wolfshagen](#) pour l'[Agence Science-Press](#). 30 juillet 2020. Reproduction autorisée.

Une personne sur trois hésite à faire vacciner son enfant au Québec. On a vite fait de se moquer de ces parents et pourtant, plusieurs bénéficient d'un haut niveau d'éducation. Comment en viennent-ils à douter? Voyage au cœur de l'hésitation vaccinale, à ne pas confondre avec le mouvement antivaccin.

Quand on parle des antivaccins, ce sont bien souvent les théories les plus abracadabrantes qui captent l'attention, [comme l'allégation](#) que des micropuces seront soi-disant cachées dans un éventuel vaccin contre la COVID-19.

Mais quiconque nourrit des réserves face aux vaccins sera happé par des histoires bien plus terre-à-terre.

Par exemple: un bébé de 6 mois, qui n'avait pas encore reçu son vaccin contre la méningite à pneumocoque, meurt aux soins intensifs de cette sévère infection. La mère n'avait rien contre les vaccins: elle ne connaissait pas la maladie et avait oublié de faire vacciner son enfant.

Un deuxième récit: chaque année, des centaines de nourrissons meurent

subitement, sans explication apparente, mais plusieurs parents rapportent que leur bébé venait de recevoir un ou des vaccins dans les 24 heures précédant le décès.

Jouer avec la peur légitime

Susciter le doute grâce à la peur est une stratégie couramment employée par les antivaccins. C'est ainsi qu'ils peuvent mettre de l'avant ce troisième exemple: dans des cas rarissimes, [il est arrivé](#) qu'une réaction allergique à un vaccin provoque un décès. Ce fait troublant ne sera mentionné qu'avec extrême prudence par les autorités de la santé, qui mettent plutôt de l'avant — avec raison — le fait que les vaccins empêchent annuellement [des millions de décès](#) et de souffrances pouvant laisser des séquelles. La balance

bénéfice-risque penche ainsi nettement en faveur de la vaccination. Mais le malaise à aborder les risques sera interprété par les complotistes comme un camouflage de la «vérité». C'est ici que peut germer chez le parent l'hésitation, la peur d'être le cas exceptionnellement malchanceux.

Or, si elles veulent se mesurer aux antivaccins, les institutions de santé publique ont tout un rattrapage à faire du côté des communications. Comme l'ont révélé des études récentes, les mouvements antivaccins sont [plus actifs sur les réseaux sociaux](#) et privilégient des échanges plus personnalisés. Ils ont par conséquent de meilleures chances d'offrir l'affirmation sur mesure qui ébranlera la confiance des personnes hésitantes. Et ils peuvent s'appuyer sur des éléments véridiques pour construire du faux.

Par exemple, dans le cas du second récit mentionné plus haut, le syndrome de la mort inattendue du nourrisson est un phénomène réel, mais dont les causes sont encore inconnues. Le problème est que le moment le plus à risque pour les bébés, soit autour de l'âge de 2 à 4 mois, concorde avec l'âge des premiers vaccins.



TRANSPLANT
QUÉBEC

Ensemble depuis 50 ans,
pour le don d'organes, pour la vie

SAURIEZ-VOUS IDENTIFIER
UN DONNEUR D'ORGANES?

Formation en ligne gratuite
60 minutes • 1,5 crédit

transplantquebec.ca/formation-en-ligne

Vaccination : pourquoi des parents hésitent? C'est compliqué.

suite

Pour des parents cherchant un sens à la mort de leur bébé, la coïncidence peut alors sembler suspecte, même s'il a été démontré que [les vaccins ne sont pas en cause](#).

« Si je choisis de faire vacciner mon enfant et qu'il se passe quelque chose, c'est un choix actif qui va me faire sentir coupable », rappelle Eve Dubé, anthropologue et chercheuse à l'Université Laval et à l'Institut national de santé publique du Québec. « Quand la vaccination fonctionne, il ne se passe rien! On n'aura jamais la confirmation que notre enfant a évité une maladie grâce au vaccin », poursuit celle qui a également siégé deux années sur le comité d'experts sur l'hésitation à la vaccination de l'Organisation mondiale de la santé. Elle rappelle que c'est précisément parce que les vaccins sont si efficaces qu'on n'a plus peur de graves maladies, et donc, qu'on oublie leur nécessité.

Une approche respectueuse

Comment s'y prendre, dans ce cas, pour entamer un dialogue avec ces hésitants? En commençant par écouter leur position, répond Arnaud Gagneur, pédiatre et professeur à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Il en sait quelque chose : l'enfant décédé du premier récit était son patient.

C'est en cherchant à éviter que de telles situations ne se reproduisent que le médecin a mis au point ce qui deviendra le Programme EMMIE (pour Entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants), qui consiste à rencontrer les parents dans les heures ou jours suivant l'accouchement, afin d'aborder le sujet des vaccins sans discours préétabli ni leçon de morale. Le principe a d'abord été testé en Estrie il y a quelques années, puis à l'échelle de la province. L'objectif est de couvrir toutes les maternités d'ici 2021.

À noter que même sans cette intervention, sur le tiers des Québécois qui expriment des doutes envers les vaccins, la majorité des parents finissent par accepter de vacciner leur enfant, quoique certains le font avec un retard ou en acceptant seulement certains vaccins. Environ 80 % des enfants québécois de deux ans sont à jour dans leur couverture vaccinale.

En plus de guider un certain nombre d'indécis, le Programme EMMIE [estime](#) avoir amélioré le respect du calendrier de vaccination chez les parents acceptant le vaccin. De plus, l'hésitation ressentie par les parents qui ont suivi le programme diminuerait de 30 à 40 %, et l'adhésion à la couverture vaccinale complète entre 0 et 2 ans, augmenterait d'environ 9 %.

Le secret de cette réussite, selon le Dr Gagneur, se trouverait donc dans l'approche respectueuse, qui fait confiance à la capacité de juger des parents. « Le fait de dissocier la discussion de l'acte de vacciner permet un dialogue plus libre, sans que les parents aient l'impression qu'on les attend avec une seringue cachée derrière le dos. À la limite, le conseiller en vaccination ne saura pas si l'enfant sera vacciné après la rencontre, et les parents ont deux mois pour y réfléchir » avant d'arriver à la première date recommandée de vaccination du calendrier, explique le pédiatre.

Il précise que par le passé, des études avaient démontré que les parents hésitants affirmaient avoir besoin de plus de renseignements pour prendre leur décision, mais que lorsqu'on leur en fournissait, cela n'affectait pas le taux de vaccination.

Le Programme EMMIE suggère plutôt que ce qui importe, c'est la façon de donner ces informations et le moment pour le faire. « Les parents qui hésitent ont vraiment l'impression d'être jugés » quand ils expriment leurs craintes. « C'est essentiel de les traiter avec respect », insiste Arnaud Gagneur.

Variante québécoise

L'obligation vaccinale, comme en France, n'est pas la voie à suivre, selon Eve Dubé : « le mouvement antivaccin devient plus agressif quand on implante la vaccination obligatoire, ce qui n'est pas le cas au Québec. » C'est ce qui expliquerait en partie pourquoi aucun groupe organisé spécifiquement contre les vaccins n'y ait émergé. Eve Dubé note toutefois que certains réseaux, comme des regroupements prônant une santé dite « naturelle » ou « holistique », intègrent des éléments antivaccins dans leur discours.

De tels arguments antivaccins s'immiscent par ailleurs au Québec par l'entremise d'échanges réels et virtuels. « Ça apporte [une sorte de biais](#), parce que si l'information vient d'une personne en qui on a confiance, on ne va pas orienter nos recherches pour démontrer que cette personne a tort », fait remarquer la chercheuse.

Il est possible que le Programme EMMIE contribue positivement aux discussions privées, même si cela ne figure pas dans ses objectifs. « On n'a pas de données pour le prouver, précise Arnaud Gagneur, mais mon impression est que les parents rencontrés seront moins susceptibles, ensuite, de partager de la désinformation. » □

*L'Agence Science-Press et Québec
Science joignent leurs efforts pour explorer les
dessous des théories du complot en santé. Ceci
est le premier reportage.*

COVID-19

Infodémie et désinformation : appel à la contamination scientifique^{1,2}



par **Marise Tétreault**, inh., M.A., coordonnatrice aux communications, OPIQ.

Les chercheurs sont plusieurs à étudier l'infodémie liée à la COVID-19 ainsi que la désinformation, qui est omniprésente en ce temps de pandémie. Les questions de recherche sont tout aussi nombreuses que variées : d'où viennent les fausses nouvelles? Qu'est-ce qui favorise leur diffusion? Quels impacts ont-elles sur les comportements et les attitudes de ceux qui les embrassent? Pour trouver réponse à leurs interrogations, des équipes analysent les publications émanant, entre autres, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et des institutions gouvernementales. Parallèlement, elles épluchent des corpus entiers de textes parus dans les médias traditionnels (p. ex. journaux, revues à caractère scientifique) et ceux qui sont publiés et partagés par tout un chacun dans les médias sociaux.

Sans faire rapport de toutes les études publiées à ce jour ni les mettre en opposition, voici néanmoins un article, révisé par les pairs et présenté par une équipe de chercheurs majoritairement issus de l'Université McGill, dans *Harvard Kennedy School/Misinformation review* (traduction libre).

Bien que cette recherche comporte certaines limites, les chercheurs ont pu mettre en évidence des différences de comportement et d'attitude importantes entre les personnes qui puisent leur information dans les médias sociaux et celles qui s'informent par l'entremise des médias traditionnels.

Chose certaine, la désinformation nuit au combat des autorités pour faire respecter les directives de santé publique et endiguer la pandémie. Pour reprendre les mots du directeur général de l'OMS : « les informations fausses se propagent plus vite et plus facilement que ce virus, et elles sont tout aussi dangereuses.³ »

Ainsi, puisque l'impact de la désinformation sur la santé des personnes et des populations ne peut être ignoré, pourquoi ne pas profiter de notre voix d'inhalothérapeute (individuelle ou collective) pour lancer une riposte dans les médias sociaux.

ENSEMBLE, contaminons ces plateformes d'échanges en partageant de l'information pertinente, véridique et factuelle, qui s'appuie sur des données scientifiques récentes et dont la source est crédible et vérifiable.

ENSEMBLE, faisons la promotion des directives émises par les instances gouvernementales, comme celles issues de la santé publique.

ENSEMBLE, réfutons et corrigeons l'information inexacte, trompeuse ou erronée qui circule, tout en respectant bien sûr notre champ d'expertise. Au besoin, intégrons nos références dans nos publications.

ENSEMBLE, nous pouvons faire une différence!



Titre:

Les causes et conséquences des perceptions erronées concernant la COVID-19: comprendre le rôle des médias traditionnels et sociaux

Constats

De leurs travaux menés à l'échelle canadienne, les auteurs ont tiré les trois constats suivants :

- La désinformation au sujet de la COVID-19 circule davantage sur Twitter que dans les médias dits traditionnels.
- Il y a une forte corrélation entre l'exposition aux médias sociaux et les perceptions erronées concernant la COVID-19. L'inverse est aussi vrai lorsque les lecteurs consultent les médias traditionnels.
- En raison de ces perceptions erronées, les utilisateurs de médias sociaux sont moins portés à respecter les directives de santé publique, comme la distanciation physique, et à percevoir la COVID-19 comme une menace.



Psitt! Besoin de trouver de l'information récente, fiable et validée, voici la liste suggérée par Rémi Quirion, scientifique en chef du Québec.

[La communauté scientifique dans la lutte contre la COVID-19.](#)

1. BRIDGMAN, A., MERKLEY, E., LOEWEN, P.J., OWEN, T., RUTHS, D., TEICHMANN, L., ZHILIN, O. (2020). « [The causes and consequences of COVID-19 misperceptions: understanding the role of news and social media](#) ». *The Harvard Kennedy School (HKS) Misinformation Review*. <https://doi.org/10.37016/mr-2020-028>.
2. LA PRESSE CANADIENNE. 29 juillet 2020. « [S'informer sur les réseaux sociaux rend plus vulnérable aux fausses nouvelles sur la COVID-19](#) ». *Le Devoir*.
3. TEDROS ADHANOM GHEBREYESUS. 15 février 2020. [Conférence sur la sécurité de Munich](#).

Vaccin contre la COVID-19 : 6 choses à savoir

Par [Catherine Crépeau](#) pour l'[Agence Science-Press](#), jeudi 6 août 2020. Reproduction autorisée.

Le vaccin contre le SRAS-CoV-2 suscite de nombreuses questions et fausses nouvelles. Six choses à savoir sur ce traitement anti-COVID.

Ce type de virus est-il un bon candidat pour un vaccin? Oui

Le SRAS-CoV-2 est un virus relativement stable. Cela signifie que, bien qu'il subisse des mutations comme tous les virus, cette évolution n'est [pas très rapide](#) : les analyses ont montré très peu de variations, considérant le grand nombre de gens contaminés au fil des mois. Une telle stabilité laisse le temps à notre organisme pour apprendre à produire des anticorps.

Ce n'est pas le cas de tous les virus. Par exemple, avec le VIH, le temps que l'organisme apprenne à produire des anticorps, l'enveloppe du virus a tellement changé que les anticorps ne peuvent plus le neutraliser.

Et même s'il reste encore beaucoup de choses à éclaircir sur la réponse immunitaire à ce coronavirus, des observations laissent croire que les anticorps développés lors de l'infection sont efficaces.

Cela étant dit, malgré les efforts énormes déployés par des chercheurs partout dans le monde, il est possible qu'un vaccin tarde à être trouvé. Il faut trouver précisément la bonne protéine et la bonne formulation qui feront produire les bons anticorps à notre système immunitaire.

En voulant aller trop vite, la recherche ne sera pas faite dans les règles? Peut-être

En raison de l'urgence, tout vaccin prometteur contre la COVID-19 est susceptible de traverser les étapes habituelles en mode accéléré : tests in vitro ou sur [des animaux](#), essais cliniques

limités puis à grande échelle, mécanismes d'approbation par les autorités de la santé. On pourrait être tenté d'écourter la durée des essais cliniques, au risque de ne pas voir apparaître d'éventuels effets secondaires à moyen ou à long terme, comme on le fait normalement avec les nouveaux vaccins. Ce qui [pourrait créer une ouverture](#) pour les militants anti-vaccins souhaitant prétendre qu'il n'est pas testé dans les règles ou qu'il est susceptible de présenter des risques.

L'[Organisation mondiale de la santé](#) (OMS) recensait, fin-juillet, 26 vaccins en phase d'essais cliniques et 139 en phase préclinique. La [London School of Hygiene & Tropical Medicine](#), pour sa part, dénombrait plus de 200 projets de vaccins, dont une trentaine au stade des essais cliniques. Les essais cliniques sont des essais sur les humains qui visent à [prouver l'efficacité et la sécurité du vaccin](#). Ils se déroulent en trois phases et devraient, pour les candidats actuellement les plus prometteurs, se poursuivre jusqu'à la fin de l'année.

Enfin, avant de pouvoir être fabriqué à des milliards de doses et distribué au sein des différentes populations, le vaccin devra aussi être approuvé par les autorités de santé des différents pays.

Des résultats encourageants :

la ligne d'arrivée est donc proche? Non

Des résultats encourageants [ont été dévoilés à la fin-juillet](#). Est-ce à dire que la ligne d'arrivée est proche? Pas si vite. Ces résultats proviennent des essais de phase I et II qui analysent comment les gens réagissent aux injections. Cela signifie que l'évaluation portait surtout sur la

sécurité et la posologie des vaccins. Résultats : aucun effet indésirable grave n'a été enregistré ; les effets secondaires les plus observés ont été de la fièvre, de la fatigue et une douleur au point d'injection du vaccin.

L'efficacité de ces vaccins devra être établie dans un essai de phase III, sur un nombre de participants plus important. Puisque cela consiste à injecter le vaccin à des populations « à risque », il se peut qu'il faille attendre des mois avant de voir si ces groupes ont été moins nombreux que les gens « non immunisés » à développer la maladie.

Pourrait-il y avoir plus d'un vaccin? Oui

Les premiers vaccins à arriver sur le marché ne sont pas nécessairement les plus efficaces ou les plus sûrs, préviennent les chercheurs.

Les recettes à l'étude étant nombreuses, plusieurs vaccins pourraient être mis en marché. Il suffit de regarder du côté de l'influenza. Le type de vaccin qui fonctionne bien chez les enfants n'est pas le même que celui qui fonctionne bien chez les personnes âgées.

Un vaccin qui n'empêcherait pas d'être infecté pourrait malgré tout être considéré comme un succès s'il parvenait à contenir la progression de la COVID-19 chez une personne infectée, ou s'il empêchait les cas de détresse respiratoire sévère, responsables de la plupart des hospitalisations aux soins intensifs.

Un vaccin obligatoire? Peu probable

Peut-on imaginer que le vaccin éventuel soit obligatoire? Il faut savoir qu'au Québec, comme dans presque toutes les provinces canadiennes et la plupart des États américains, la loi permet à tout citoyen de refuser un traitement ; et aucun vaccin n'est obligatoire.

La [Loi québécoise sur la santé publique](#) permet toutefois à l'État d'imposer un

Vaccin contre la COVID-19: 6 choses à savoir *suite*

vaccin à l'ensemble ou à une portion de la population. Il peut aussi obliger une personne à se faire soigner en raison du haut degré de contagion d'une maladie. C'est le cas pour les maladies « à traitement obligatoire », comme la tuberculose.

La réponse à la question dépendra donc de l'évaluation que fera la santé publique de la gravité de la situation. L'évolution des données scientifiques sur la COVID-19 et l'état de l'opinion publique, favorable ou défavorable à un vaccin, pourraient faire pencher la balance.

Un vaccin pour tous ou réservé aux pays riches?

Alors que certains pays, comme les États-Unis et la Chine, se disent prêts à immuniser leur population en priorité — s'ils le peuvent —, d'autres insistent pour que le vaccin soit accessible à tous. Lors de l'assemblée de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en mai, plus de 130 pays ont adopté une [résolution appelant à assurer l'accès équitable](#) à tous les produits et à toutes les technologies de santé essentiels pour combattre le virus, ainsi que leur juste distribution.

Ces pays veulent éviter que, comme lors de la pandémie de grippe H1N1 de 2009, les pays riches négocient d'importantes commandes anticipées de vaccins, évinçant ainsi les pays pauvres. C'est déjà commencé: [ces dernières semaines](#), les États-Unis ont

signé des ententes avec des laboratoires pour avoir la priorité sur la future production d'un vaccin, des investissements qui dépassaient les 8 milliards [à la fin-juillet](#). Le Canada, pour sa part, est en discussions pour précommander des doses de vaccins pour sa population.

Il reste donc à voir comment se traduira la résolution de l'OMS sur le terrain puisqu'il n'y a pas d'entité mondiale chargée de commander et de payer la fabrication des vaccins à l'échelle mondiale.

L'[Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation](#) (GAVI), une organisation internationale à but non lucratif basée en Suisse, qui vise à accroître l'accès aux vaccinations dans le monde, entend veiller à ce que les habitants les plus pauvres de la planète ne soient pas laissés de côté lorsqu'un vaccin sera disponible.

GAVI participe à des campagnes de financement avec les gouvernements et le secteur privé afin d'accélérer l'accès des enfants à la vaccination. Elle favorise aussi l'apparition de nouveaux fabricants de vaccins, notamment dans les pays émergents, pour renforcer la concurrence et faire baisser le coût des vaccins. □

*Cet article fait partie de la rubrique du
Détecteur de rumeurs, [cliquez ici](#) pour
accéder aux autres textes.*



MERCI

LES HÉROS DE LA SANTÉ FONT UNE DIFFÉRENCE

L'avenir nous réserve encore de nombreux défis. C'est pourquoi, au moment où les systèmes de santé reprennent les interventions chirurgicales qui avaient été mises en attente, nous continuons de chercher des moyens de les soutenir tout en assurant la sécurité des patients et du personnel soignant.

**NOUS PASSERONS AU TRAVERS
TOUS ENSEMBLE.**

medtronic.ca

© 2020 Medtronic. Tous droits réservés.

Medtronic

Plus loin, ensemble

Un vaccin thérapeutique contre le cancer d'ici trois ans ?

par **Suzanne Blanchet**, réd. a.

Source : FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC (FMSQ). Été 2020.
Le Spécialiste : Soigner, malgré la pandémie, p. 25-27. Reproduction autorisée.

Premier médecin au Québec à avoir effectué une greffe de moelle osseuse, en 1980, le D^r Claude Perreault s'apprête à remettre son chapeau de pionnier, cette fois à titre de chercheur. Il espère en effet délaissier bientôt ses souris de laboratoire pour tester sur des humains un vaccin thérapeutique contre le cancer, qui pourrait se révéler une primeur mondiale.

Un vaccin nous permettra-t-il un jour de vaincre le cancer ? Tous les espoirs sont permis, si on se fie aux travaux du D^r Claude Perreault, chercheur principal à l'Institut de recherche en immunologie et en oncologie (IRIC) et professeur de médecine à l'Université de Montréal. Il précise toutefois :

« C'est un vaccin qui s'ajoutera à l'arsenal thérapeutique, et non un vaccin préventif comme on l'entend habituellement. On parle tout de même d'un vaccin, parce qu'on injecte une substance contre laquelle on veut faire réagir le système immunitaire. »

De quelle substance s'agit-il ? Étonnamment, le D^r Perreault a trouvé réponse à ses questions dans les « poubelles » de l'ADN. Afin d'expliquer son cheminement, l'hématologue relate d'abord les découvertes les plus récentes qui ont mené à la sienne.

Jusqu'aux années 2000, seuls ceux qui faisaient de la transplantation de moelle osseuse s'intéressaient à l'immunothérapie pour le traitement du cancer ; les autres n'y voyaient pas un grand potentiel.

Au début des années 2000, le chercheur [Robert Schreiber](#) montre que des souris dont le système immunitaire avait été forcé à ne plus fonctionner développent des cancers inhabituels : sein, tube digestif, poumon...

À la même époque, le chercheur français [Jérôme Galon](#) montre pour sa part que le pronostic est meilleur chez l'humain lorsqu'un grand nombre de cellules immunitaires infiltrent une tumeur.

Enfin, en 2013, une nouvelle famille de médicaments est apparue, celle des stimulants généraux du système immunitaire, ce qui a valu un [prix Nobel](#) à ses découvreurs, James Allison et Tasuku Honjo.

Les nombreux chapeaux du D^r Claude Perreault

Étudiant en médecine à l'Université de Montréal au début des années 1970, Claude Perreault hésite entre la neurologie et l'hématologie. Toutefois, l'effervescence qui entoure cette dernière spécialité pèse plus lourd dans la balance. Aussitôt revenu de France après ses études postdoctorales, il devient le premier médecin à effectuer une greffe de moelle osseuse au Québec, en 1980.

Il passe toute sa carrière de clinicien à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, devenu entretemps l'une des installations du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Il y crée le laboratoire d'histocompatibilité et fonde l'unité de transplantation de moelle osseuse.

Parallèlement, il est chercheur principal à l'Institut de recherche en immunologie et oncologie depuis 2005, où il dirige le laboratoire de recherche sur l'immunobiologie. Il est également professeur titulaire à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. En 2018, il abandonne le volet clinique malgré sa passion de soigner, afin de faire progresser plus rapidement ses recherches sur un vaccin thérapeutique contre le cancer.

Chercher à la bonne place

Comment une simple injection de ces stimulants fait-elle régresser des tumeurs résistantes à la chimiothérapie? Que reconnaissent donc les cellules immunitaires sur les cellules cancéreuses? Pourquoi ne sommes-nous pas capables de trouver ce qu'elles reconnaissent? Ces questions turlupinent le D^r Perreault et son équipe composée d'un chimiste, d'informaticiens et d'étudiants. Ils sont à la recherche de molécules nommées «antigènes cancer-spécifiques» (ACS). Ces molécules seraient d'abord reconnues par les cellules immunitaires, ou lymphocytes T, avant d'éliminer les cellules cancéreuses.

« Pendant de nombreuses années, nous n'arrivions pas à trouver, car nos prémices de base n'étaient pas bonnes, comme c'est souvent le cas lorsqu'on ne trouve pas.

Ces prémices étaient fondées sur le fait que les molécules ACS devaient être codées par l'ADN qui fabrique les protéines bien connues du corps humain. Or, cet ADN codant ne représente que 2 % de tout l'ADN. Convaincue que les 98 % restants ne servent à rien, la communauté scientifique utilise parfois à tort les expressions «ADN poubelle» ou «junk DNA» pour désigner l'ADN non codant. Un jour, le D^r Perreault se demande si, contrairement à la croyance, cet ADN non codant pourrait avoir son utilité. Et si, par exemple, cette partie de l'ADN produisait des protéines, elle aussi?

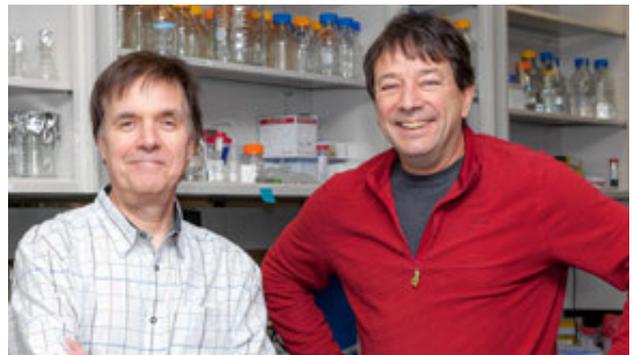
« Il nous a fallu des années pour concevoir des outils qui nous ont finalement permis de découvrir les protéines fabriquées par l'ADN non codant. Des protéines différentes des autres, plus petites, mal repliées, à l'air bizarre, mais que le système immunitaire sait reconnaître comme quelque chose d'utile.

Des antigènes dans l'ADN non codant

L'équipe du D^r Perreault constate qu'une des protéines fabriquées par l'ADN non codant est la syncytine, essentielle à la formation du placenta. Pas de placenta, pas d'êtres humains. On est donc loin des protéines inutiles! Constatant aussi que cet ADN fabrique des antigènes reconnus par le système immunitaire, les chercheurs de l'IRIC décident d'explorer cet aspect pour concevoir un vaccin thérapeutique contre le cancer.

Comme ils ne pouvaient tester d'emblée sur des êtres humains ces protéines à l'air bizarre, ils ont d'abord travaillé sur des souris (voir l'encadré *Des souris et des hommes*), auxquelles ils ont injecté à la fois des cellules cancéreuses, qui auraient normalement dû les tuer en un mois, à la fois le vaccin pour les contrer.

Ce vaccin a guéri ou prévenu le cancer, selon les antigènes utilisés, chez 10 à 100 % des souris. La protection s'est maintenue pendant toute la vie de la souris. Afin de s'en assurer, les chercheurs avaient injecté à nouveau des cellules cancéreuses à celles ayant survécu, mais aucune n'a eu le cancer par la suite.



Dans l'ordre habituel, les D^s Perreault et Patenaude.

Une fondation pour soutenir la recherche

Survivant depuis près de 40 ans d'une leucémie myéloïde chronique grâce aux bons soins et à la détermination du D^r Claude Perreault, le D^r Robert Patenaude a récemment annoncé la création du Fonds vaccin thérapeutique contre le cancer, qui vise à appuyer l'équipe du D^r Perreault. [Lisez ici](#) le vibrant témoignage du D^r Patenaude.

Des souris et des hommes

Le froid, la faim et les chats font en sorte que l'espérance de vie d'une souris en liberté est de trois mois. Celles du laboratoire du D^r Claude Perreault peuvent vivre jusqu'à deux ans. «Je ne veux pas parler contre mes souris, que j'adore, mais c'est une espèce à part. Elles bénéficient de conditions idéales, hébergées dans une animalerie avec humidité et éclairage contrôlés, bien nourries, avec des jeux dans leur cage...»

En contrepartie, le chercheur bénéficie lui aussi de conditions idéales avec ses souris: issues de lignées pures, elles sont en quelque sorte des jumelles identiques, ayant le même bagage génétique, à l'exception des chromosomes X et Y. «Pour étudier les risques et les avantages de la transplantation de moelle osseuse, par exemple, nous pouvions faire la transplantation de 50 donneuses de la lignée A dans 50 receveuses de la lignée B, faire le contraire, faire des croisements... C'est très pratique pour apprendre les règles de base, il faut commencer là.»

La simplicité a toutefois ses limites. Ces souris jumelles peuvent devenir un inconvénient dans la mise au point d'un nouveau traitement, car chaque être humain est unique au monde. Le D^r Perreault insiste: la diversité est fascinante. De plus, comme les humains cohabitent avec une grande quantité de microbes, principalement dans le tube digestif, leur microbiome est fort différent de celui des souris de laboratoire. Vient donc un moment où, pour mesurer l'efficacité de son traitement, un chercheur doit nécessairement passer à l'étape suivante et poursuivre ses études sur des cellules et des tissus humains, puis sur les humains eux-mêmes.



[Bien comprendre en trois minutes](#)



Pierre Thibault, chercheur à l'IRIC et professeur titulaire de chimie à l'Université de Montréal.

Dernière étape avant le vaccin

Les travaux de recherche comportent trois étapes :

- 1 trouver les antigènes ;
- 2 identifier les antigènes partagés par plusieurs tumeurs ou plusieurs personnes ;
- 3 déterminer la capacité des antigènes à stimuler le système immunitaire.

« Nous avons découvert de nombreux antigènes cancéreux. Pour ce qui est de la leucémie aigüe et du cancer de l'ovaire, nous en sommes à la troisième étape. Nous nous penchons maintenant sur le cancer du sein et celui du poumon.

Les recherches du D^r Perreault ont d'abord porté sur la leucémie aigüe, étant donné la possibilité d'avoir accès à la [Banque de cellules leucémiques du Québec](#), et sur le cancer de l'ovaire, des collaborateurs à Toronto et en Allemagne ayant permis à l'équipe de l'IRIC d'utiliser des spécimens de haute qualité dont ils disposaient.

Lorsque les trois étapes seront franchies, son équipe pourra passer à l'étude clinique de phase 1 sur l'être humain. Probablement d'ici trois ans. Comme tout nouveau traitement, le vaccin thérapeutique sera d'abord utilisé chez des patients qui n'ont pas répondu à la chimiothérapie ni à la radiothérapie.

Plus vite il aura prouvé son efficacité, plus vite il pourra être administré à l'ensemble des patients, éventuellement en lieu et place des traitements plus envahissants et coûteux que le vaccin, et qui ne donnent pas toujours les résultats escomptés. Néanmoins, le D^r Perreault ne peut que se réjouir des plus récentes statistiques de la Société canadienne du cancer, qui montrent que le risque de décéder de la majorité des cancers a déjà considérablement diminué... bien que le vieillissement de la population fasse craindre une remontée. D'où la nécessité du vaccin thérapeutique. 🌻



L'inhalothérapeute et les médias sociaux:

le juste équilibre entre la déontologie, le droit à la liberté d'expression et la protection du public

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

Il est désormais acquis que nos publications sur *Facebook*, *Instagram*, *LinkedIn* ou sur tout autre type de médias sociaux ne s'inscrivent pas dans le contexte de notre vie privée. Nos publications sur ces plateformes étant souvent accessibles par un vaste public, on ne peut prétendre qu'elles constituent un échange « entre amis ». Il faut ainsi s'attendre à ce que celles-ci fassent l'objet d'un examen minutieux, voire de critiques, par ceux qui s'y intéressent.

Il n'est donc pas étonnant, en cette ère de pandémie, que plusieurs personnes aient dénoncé des prises de position ayant circulé sur les médias sociaux et qui venaient de professionnels de la santé. Entre autres, il a été rapporté qu'une plainte privée avait été déposée à l'endroit d'un médecin, devant le conseil de discipline de son ordre professionnel, au motif qu'il aurait commis des actes dérogatoires à l'honneur et à la dignité de la profession en ayant contribué « à la tenue d'une manifestation contre les mesures sanitaires », en ayant « favorisé la désinformation » et en ayant « dénigré » le D^r Horacio Arruda¹.

Le droit à la liberté d'expression, bien que consacré par la *Charte des droits et libertés de la personne*², peut difficilement servir de paravent ou d'excuses dans de telles circonstances. Les tribunaux ont conclu que ce droit doit être exercé dans le respect des droits d'autrui, notamment en ce qui a trait au droit à la vie, à la sûreté et à l'intégrité des individus, comme le reconnaît l'article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne*.

Par conséquent, nous invitons tout membre de l'Ordre à faire preuve de prudence lorsqu'ils associent leur titre à des opinions ou à des points de vue qui ne représentent pas la position officielle de l'Ordre ou qui pourraient nuire à l'honneur et à la dignité de la profession. Tout membre de l'Ordre doit s'assurer que chaque écrit qu'il diffuse est conforme aux normes et aux données scientifiques et que son contenu ne mine pas la confiance du public envers la profession.

Plusieurs dispositions du *Code de déontologie des inhalothérapeutes*³ viennent encadrer le type de propos qui peut être publié par un membre de la profession. À titre d'exemples :

- l'article 3 énonce que l'inhalothérapeute doit tenir compte de l'ensemble des conséquences prévisibles que peuvent avoir ses recherches et travaux sur la santé publique;
- l'article 4 prévoit que l'inhalothérapeute doit exercer sa profession selon les normes les plus élevées;
- l'article 5 stipule que l'inhalothérapeute doit favoriser les mesures d'éducation et d'information en inhalothérapie;
- les articles 46 à 48 régissent le type de publicités qui peuvent être faites et qui doivent éviter de dévaloriser l'image de la profession, et proscrirent toute publicité fautive, trompeuse, incomplète, faisant appel à l'émotivité du public ou susceptible d'induire en erreur;
- enfin, l'article 49 interdit de faire, ou permettre que soit faite, par quelque moyen que ce soit, de la publicité susceptible d'influencer indument des personnes qui peuvent être, sur le plan physique ou émotif, vulnérables du fait de leur âge, de leur état de santé ou de la survenance d'un événement précis.

En contexte de pandémie et à l'aube des campagnes de vaccination à venir (grippe saisonnière et COVID-19), ce rappel est primordial. Plusieurs situations ont été rapportées à l'Ordre concernant des propos ou des comportements qui impliquaient des inhalothérapeutes. D'ailleurs, l'Ordre a publié une [mise en garde](#) et des [lignes directrices](#) ont récemment été adoptées par le conseil d'administration de l'Ordre. De tels propos ou pareils comportements, même dans la sphère de la vie

privée, peuvent nuire à l'image de la profession, mettre à risque des patients et des collègues et même engager notre responsabilité civile.

Plusieurs exemples de conduite pouvant nuire à l'honneur et à la dignité de la profession nous viennent à l'esprit. Notamment, les inhalothérapeutes à titre d'exécutants de la vaccination antigrippale ne devraient pas être des promoteurs de positions qui vont à l'encontre des programmes nationaux en vaccination. Comme autres exemples, mentionnons les suivants :

- des vidéos, relayées par un inhalothérapeute, qui seraient contraires aux orientations de la santé publique ou qui approuvent des prises de position qui sont contraires aux directives de la santé publique ou de la communauté scientifique (en matière de vaccination par exemple);
- le fait d'encourager des comportements qui vont à l'encontre des mesures sanitaires ou des règles de santé publique;
- des photos montrant la participation du professionnel à des fêtes privées où les mesures de distanciation ne sont pas respectées;
- le fait de s'exprimer contre le port du masque;
- la promotion de produits naturels non scientifiquement prouvés.

Même si ces publications peuvent s'inscrire dans le domaine de la vie privée, le fait d'y associer son titre professionnel est susceptible d'affecter la confiance du public et être dérogoire à l'honneur et à la dignité de la profession. Rappelez-vous qu'en tant qu'inhalothérapeute, vous êtes un agent de promotion et un expert en santé cardiorespiratoire. Vos propos devraient donc être dirigés en ce sens, de sorte à promouvoir, en tout temps, la santé cardiorespiratoire, particulièrement en ce temps de pandémie. 



Références

1. Saillant, N. 25 août 2020. «[Plainte contre le médecin antimasque Marc Lacroix](#)». *Le Journal de Québec*.
2. RLRQ c. C-12.
3. RLRQ c. C-26, r 167.



AVANTAGES PENSÉS POUR LES EMPLOYÉS DES SERVICES DE LA SANTÉ

MERCI!
d'être là au quotidien pour nous et nos familles

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

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

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

 **opiq**
Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

La Capitale 

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



L'inhalothérapeute vaccinateur : qui, quoi, comment et pourquoi



par M^e **Andréanne LeBel**, directrice des affaires juridiques, OPIQ.

Le contenu du présent article n'est fourni qu'à titre informatif et ne constitue pas un avis ou une opinion juridique de quelque nature que ce soit.

Un flou a longtemps existé quant à la possibilité pour l'inhalothérapeute de vacciner. À l'inverse de ses collègues infirmiers et infirmières auxiliaires et pharmaciens, l'inhalothérapeute ne possède pas une activité réservée spécifique à la vaccination. Cela étant, il est dorénavant notoire qu'il peut procéder à la vaccination, sur ordonnance et dans les paramètres de son champ d'exercice.

L'activité réservée « administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, sur ordonnance » implique que l'inhalothérapeute peut vacciner, c'est-à-dire :

- 1 évaluer la condition cardiorespiratoire d'une personne symptomatique;
- 2 administrer, sur ordonnance et conformément aux recommandations du [Protocole d'immunisation du Québec \(PIQ\)](#), les produits immunisants compris dans le PIQ qui sont en lien avec son champ d'exercice (nous y reviendrons plus loin). Et ce, peu importe que les programmes de vaccination soient gratuits ou non et qu'il exerce dans le réseau public ou dans le secteur privé;
- 3 administrer l'adrénaline (épinéphrine) en situation d'urgence, chez un patient avec une réaction allergique ou anaphylactique.

À ce titre, le PIQ inclut la prise en charge des urgences liées à la vaccination et intègre l'administration d'adrénaline si requise, en vertu du *Protocole d'intervention dans le cas d'anaphylaxie en milieu non hospitalier*.

Mentionnons qu'une lecture combinée des diverses dispositions applicables aux situations d'urgence¹ pourrait, dans certaines situations, soutenir qu'en l'absence d'une ordonnance à cet effet, l'inhalothérapeute peut — et même doit — administrer l'adrénaline chez un patient avec une réaction allergique ou anaphylactique. En effet, une personne peut exercer une activité qui ne lui est pas réservée en vue de répondre à une situation d'urgence, si elle a les connaissances minimales requises pour l'exercer et qu'aucun professionnel habilité ne peut intervenir dans l'immédiat. Il n'est donc pas exclu que ces dispositions puissent s'appliquer à l'inhalothérapeute en cas d'anaphylaxie après l'administration d'un vaccin. Cela étant, la mise en place d'ordonnances collectives qui couvrent ces situations est de bonne pratique.



Nécessité d'une ordonnance

Lorsqu'elle est effectuée par l'inhalothérapeute, la vaccination a la particularité d'être assujettie à une ordonnance, laquelle peut être individuelle ou collective. Dans l'objectif de faciliter le travail lié à son élaboration et d'encourager un déploiement optimal, l'OPIQ propose sur son site Web un [modèle d'ordonnance collective](#) pour permettre aux inhalothérapeutes d'« administrer des vaccins contre la grippe et le pneumocoque ».

Compétence

Aucune formation réglementaire n'est nécessaire pour vacciner. Cela dit, l'inhalothérapeute est tenu d'exercer toute activité professionnelle avec compétence². Il revient donc à chaque inhalothérapeute de déterminer ses besoins de formation et de prendre les moyens nécessaires pour tenir à jour et perfectionner ses connaissances et habiletés. En plus de maîtriser la réanimation cardiorespiratoire, il doit entre autres s'assurer de maîtriser les éléments suivants :

- le [Protocole d'immunisation du Québec \(PIQ\)](#), qui constitue la norme de pratique professionnelle au Québec (inclut entre autres les notions de base sur l'immunisation et la consignation des informations au registre de vaccination);
- les techniques d'administration d'un vaccin.

Des [suggestions de lecture](#) et de [vidéo d'accompagnement](#) sont recensées sur la page dédiée se trouvant sur le site Web de l'Ordre.

Produits immunisants, en lien avec le champ d'exercice, compris dans le PIQ

Une activité réservée s'inscrit toujours dans les paramètres fixés par le champ d'exercice de la profession. Ainsi, les produits immunisants qui sont administrés par l'inhalothérapeute différeront de ceux administrés par d'autres vaccinateurs, puisque la finalité propre à chaque profession n'est pas la même.

Il est opportun de rappeler le champ d'exercice de la profession d'inhalothérapeute qui se lit comme suit :

Contribuer à l'évaluation³ de la fonction cardiorespiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique, contribuer à l'anesthésie et traiter des problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire⁴;

De même, la vaccination s'inscrit dans une activité de prévention de la maladie comprise dans le champ d'exercice de la profession :

L'information, la promotion de la santé et la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités font également partie de l'exercice de la profession du membre d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles⁵.

À l'heure actuelle, les produits immunisants compris dans le PIQ et pouvant être administrés par l'inhalothérapeute sont les vaccins contre la grippe et le pneumocoque. Advenant l'avènement d'un vaccin contre la COVID-19, il s'inscrirait également dans le champ d'exercice de la profession.

La vaccination et les étudiants

S'il s'agit d'une activité professionnelle requise pour compléter leur programme d'études, l'étudiant en inhalothérapie (stagiaire) et la personne admissible par équivalence peuvent procéder à la vaccination — sous la supervision d'un professeur d'enseignement clinique, d'un chargé d'enseignement clinique ou d'un inhalothérapeute qui est disponible pour une intervention rapide.

Quant à l'externe en inhalothérapie, il n'est pas autorisé à vacciner⁶.

La pertinence de la vaccination par l'inhalothérapeute: rejoindre les personnes à risques élevés de complications associées à l'influenza

Au soutien de la révision des groupes ciblés par le programme gratuit⁷, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) explique que : « Les études québécoises des dernières années confirment que 80 % des hospitalisations attribuables à l'influenza surviennent dans le groupe des personnes qui sont atteintes de maladies chroniques⁸. Or, l'inhalothérapeute intervient régulièrement auprès de ces personnes, plus précisément celles atteintes de maladies cardiorespiratoires chroniques. Ses interventions en matière d'immunisation, que ce soit en vaccinant contre la grippe ou en informant les patients et leurs proches au sujet des vaccins offerts, contribuent à l'augmentation de la couverture vaccinale des personnes à risques élevés de complications associées à l'influenza. Ce qui réduit les hospitalisations et les décès qui parfois en résultent. »

Références

1. Article 2 de la [Charte des droits et libertés de la personne](#), article 3 (1) du [Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence](#) et article 15 du [Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec](#).
2. Article 4 du [Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec](#).
3. Depuis le 19 juillet 2018, les inhalothérapeutes sont autorisés à évaluer la condition cardiorespiratoire d'une personne symptomatique.
4. Art. 37 (s) du [Code des professions](#).
5. Art. 39.4 du [Code des professions](#).
6. [Règlement sur les activités professionnelles qui peuvent être exercées par des personnes autres que des inhalothérapeutes](#).
7. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Octobre 2019. [Programme d'immunisation contre l'influenza au Québec \(PIIQ\) — Information à l'intention des professionnels de la santé](#). Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, p. 1.
8. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Octobre 2019. [Programme d'immunisation contre l'influenza au Québec \(PIIQ\) — Information à l'intention des professionnels de la santé](#). Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, p. 3.

CQSR
Congrès Québécois
en Santé Respiratoire

JOUR 1
Dédié au cancer pulmonaire.

JOUR 2
Les dernières découvertes et les traitements des
maladies respiratoires telles que l'asthme et les MPOC.

ÉVÉNEMENT VIRTUEL

5 & 6 novembre
2020

Inscription en ligne avant le 4 octobre pour bénéficier du rabais

FORMATION

À DISTANCE



OFFERT À TEMPS COMPLET ET TEMPS PARTIEL À DISTANCE

CERTIFICAT EN INHALOTHÉRAPIE : ANESTHÉSIE ET SOINS CRITIQUES

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

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

INFORMATION

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

UQAT
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

L'ORDRE Y ÉTAIT

En raison de la pandémie de COVID-19 et de l'état d'urgence sanitaire qui se poursuit, les rencontres ont eu lieu par visioconférence ou par conférence téléphonique.

- **CIQ**
 - Assemblée des membres
 - Forum des présidents
 - Forum des syndics
- **MSSS et ordres professionnels**
 - Comité des partenaires
- **Office des professions**
 - Rencontre d'échanges sur les comités de la formation
- **Regroupement des ordres professionnels de la santé et des services sociaux**
 - Comité de pilotage

Retirer de son REER, est-ce une bonne idée ?

par le service de rédaction, Banque Nationale.

Vous songez à faire un retrait de vos REER pour payer vos dépenses ou vos dettes ? Avant de procéder, il est important de bien comprendre les conséquences de cette opération. Tour d'horizon en 4 questions.

1. Puis-je retirer de mes REER pour payer mes dettes ou mes dépenses ?

« Oui, c'est possible, mais ça ne devrait jamais être votre première option », affirme Vanessa Houghton, conseillère senior à la Banque Nationale. Sortir ses REER avant la retraite comporte plusieurs conséquences fiscales :

- **Un décaissement anticipé entraîne des retenues**
Au Québec, au moment du décaissement, votre institution financière effectuera des retenues d'impôt (fédéral et provincial) entre 21 % et 31 %*, selon le montant de votre retrait.
- **Les sommes retirées s'ajoutent à votre revenu imposable**
« Si votre revenu total imposable se situe près de la limite supérieure d'une tranche d'imposition, les sommes retirées du REER pourraient vous faire passer à un taux d'imposition plus élevé », ajoute l'experte.
- **Vous perdez ces droits de cotisation**
Vos droits de cotisation ne sont pas renouvelables. Une fois votre santé financière rétablie, vous ne pourrez pas remettre les sommes retirées dans votre REER.
- **Vous diminuez votre fonds de retraite**
Le REER est un placement en prévision de la retraite. En vous privant de ces économies, vous pourriez mettre en péril votre confort à la retraite.
- **Vous perdez des occasions de rendement**
Vous vous privez également de la possibilité de faire fructifier votre argent. Une somme de 7 000 \$ placée dans un REER pendant trente ans, avec un taux de rendement annuel de 5 %, se traduira par des gains de 24 274 \$, pour un total de 31 274 \$.

2. Devrais-je plutôt retirer de l'argent de mon CELI ?

Oui, les sommes retirées ne sont pas imposées et vous allez retrouver vos droits de cotisation dès l'année suivante. Mais retirer de son CELI devrait être une solution de dernier recours. Le CELI ne devrait pas être considéré comme un compte-épargne ou un fonds d'urgence.

3. Quelles sont les autres options pour payer mes dépenses ou mes dettes ?

Avant de retirer de vos REER ou de votre CELI, il faudrait rencontrer votre conseiller pour faire le tour des autres options possibles selon votre situation. Il pourra aussi vous proposer des outils et des [conseils pour rembourser vos dettes](#).

4. Quand est-ce une bonne idée de piger dans mes REER ?

Il y a deux scénarios où il peut être intéressant de retirer ses REER avant l'âge de la retraite : l'achat d'une première propriété et un retour aux études. « Le régime d'accession à la propriété (RAP) vous permet de retirer jusqu'à 35 000 \$ pour votre mise de fonds. Le régime d'encouragement à l'éducation permanente (REEP) vous permet de retirer vos REER pour payer vos frais de scolarité et autres dépenses reliées à un retour aux études. » Plusieurs conditions s'appliquent.

En terminant, si vous songez à faire un retrait de vos REER, prenez rendez-vous avec un conseiller qui analysera votre situation tout en vous accompagnant vers une meilleure santé financière. 🍂

L'offre de la Banque Nationale pour les inhalothérapeutes est encore plus avantageuse. Pour connaître les avantages et privilèges reliés à cette offre, visitez bnc.ca/specialistesante.

* Les taux peuvent varier et sont donnés à titre indicatif.

On s'occupe de vos finances. On vous laisse le soin des patients.

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

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



Fière partenaire de:



bnc.ca/specialiste-sante

* Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Platine, *World Mastercard*^{MD} ou *World Elite*^{MD} *Mastercard*^{MD} de la Banque Nationale. L'économie annuelle potentielle de 1 036\$ est une illustration de ce qui peut être obtenu par un détenteur de l'offre. Elle est basée sur le profil type d'un détenteur de l'offre qui détient ce qui suit: un forfait bancaire équivalent au forfait Le Total^{MC}; une carte de crédit *World Elite Mastercard*; une marge hypothécaire Tout-En-Un Banque Nationale^{MD} avec un solde annuel courant de 150 000\$; une marge de crédit personnelle avec un solde annuel courant de 25 000\$, le tout avec une bonne cote de crédit auprès des bureaux de crédit. L'économie a été calculée de la manière suivante: absence de frais mensuels liés aux transactions incluses dans le forfait Le Total (économie annuelle de 311 \$), plus un rabais annuel de 0,25% sur le taux de la marge Tout-En-Un (économie annuelle de 375 \$), plus un rabais annuel de 2,00% sur le taux de la marge personnelle (économie annuelle de 500 \$), moins le montant des frais annuels liés à la carte de crédit *World Elite Mastercard* pour un an. Ces rabais représentent la différence entre ce que pourrait avoir un client ne faisant pas partie de l'offre, et un client qui en fait partie. Certaines conditions d'admissibilité s'appliquent, pour plus de détails, visitez bnc.ca/specialiste-sante. Il se peut que l'économie potentielle ne représente pas l'économie nette que vous obtiendrez, puisqu'elle varie selon votre situation financière. MC RÉALISONS VOS IDÉES et LE TOTAL sont des marques de commerce de la Banque Nationale du Canada. ^{MD} MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International inc., employées sous licence par la Banque Nationale du Canada. ^{MD} TOUT-EN-UN BANQUE NATIONALE est une marque de commerce déposée de la Banque Nationale du Canada. © 2018 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés.

25 ans à la direction générale de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec!



Le 24 juillet dernier, madame Josée Prud'Homme, notre directrice générale, célèbre ses 25 années à la barre de l'Ordre!

Pandémie oblige, le contexte actuel nous a empêchés de marquer l'occasion comme nous l'aurions souhaité, mais nous tenons à lui signifier notre appréciation. Sous sa gouverne, l'OPIQ s'est développé tant et si bien, qu'il est devenu un important acteur des soins de santé au Québec, l'un de ceux dont on ne peut plus ignorer la voix. Son esprit visionnaire, son dynamisme, sa capacité d'innovation et de créativité, son leadership lui confèrent une grande crédibilité au sein du système professionnel.

Ainsi, le conseil d'administration et la permanence souhaitent saluer son énergie, son enthousiasme, sa détermination et la passion investis dans la mission de l'organisation et dans le rehaussement de la formation, cause qu'elle défend ardemment depuis plus de 20 ans.

Les inhalothérapeutes ne pouvaient rêver d'un meilleur porte-étendard pour la profession, qu'elle a fait rayonner bien au-delà des limites traditionnelles.

Félicitations et merci Madame Prud'Homme!

Bonnes pratiques d'utilisation personnelle et professionnelle des médias sociaux

Lignes directrices à l'intention des inhalothérapeutes

Les habitudes de recherche et de consommation de l'information ont changé au fil des années et les médias sociaux se sont avérés des outils de communication performants et incontournables pour une société avide d'information.

La confidentialité, c'est aussi sur le Web!

Les inhalothérapeutes doivent faire du droit à la vie privée et à la confidentialité une priorité absolue lorsqu'ils utilisent les médias sociaux.

Attention aux faux pas!

Malgré les atouts indéniables associés aux médias sociaux, leur usage comporte aussi d'importants enjeux à considérer.

Une présence professionnelle en ligne complète et réussie!

Les médias sociaux sont de remarquables outils de promotion de la santé et de rayonnement professionnel. À cet égard, l'OPIQ encourage ses membres à les utiliser dans le but, notamment, d'occuper pleinement son champ d'exercice, de promouvoir la santé et de prévenir la maladie auprès des personnes, des familles et des collectivités.

Bonne discussion!



LES INHALOTHÉRAPEUTES, DÉTERMINÉS À SAUVER DES VIES



Christopher Dubuc, inh.

Maxime Borduas-Paré, inh.

Renée Vaillancourt, inh.

Anne Demers, inh.



semaine de
l'inhalothérapeute
25 au 31 octobre 2020



Formation continue

Durant la pandémie de COVID-19, l'Ordre a décidé d'appliquer une réduction de 50 % sur les [forfaits institutionnels](#), et ce, peu importe le nombre de personnes à inscrire. Les formations sont disponibles sur le *Campus OPIQ*.

Est-ce une formation reconnue par l'OPIQ? L'OPIQ vous invite à consulter les capsules à cet effet dans la section « [membre/formation continue](#) ».

Dans la dernière année, l'OPIQ a publié deux cadres de référence et un guide de pratique clinique:

- [La tenue de dossier \(2020\)](#)
- [Pratique professionnelle en abandon du tabac \(2020\)](#) conjointement avec le CMQ, l'OIIQ et l'OPQ.
- [La prévention des infections \(2019\)](#)

Par ailleurs, le Collège des médecins du Québec a publié en aout un guide d'exercice qui s'intitule [Le transfert interétablissements : prise en charge et sécurité du patient](#). L'Ordre a collaboré à ce projet à titre de réviseur externe.

Ce sont là des outils forts utiles pour votre pratique professionnelle quotidienne.

Formation continue: modification apportée

Le conseil d'administration de l'OPIQ a résolu de reconnaître à tous les inhalothérapeutes 5 heures de formation continue reliées à la COVID-19.

[En savoir plus](#)

AGA virtuelle le 22 octobre 2020

Les inhalothérapeutes sont convoqués à l'assemblée générale annuelle (AGA) 2020 des membres qui aura lieu **le jeudi 22 octobre prochain à compter de 17 h, par webdiffusion. Il sera possible de s'exprimer et de voter en direct, à distance.**

Vous pouvez dès maintenant vous [inscrire](#) (obligatoire) pour participer à l'AGA.

L'ordre du jour et la documentation afférente sont accessibles [en ligne](#), afin d'en prendre connaissance.

Au plaisir de vous rencontrer, virtuellement!

Suivez-nous sur nos médias sociaux et surveillez notre infolettre pour rester informés au sujet des activités de formation du *Campus OPIQ*. Suivez ce lien pour connaître les activités de formation externes à l'OPIQ: [Activités de formation externes à l'OPIQ](#)

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



Sauver des vies, une inspiration à la fois!

Le 20 aout dernier, l'OPIQ lançait une vaste campagne numérique de sensibilisation sous le thème [Sauver des vies, une inspiration à la fois!](#)

D'une durée de 6 semaines, cette campagne mettait de l'avant le rôle des inhalothérapeutes, leur apport essentiel dans les équipes de soins, les bénéfices pour les patients ainsi que les enjeux liés à leur formation. Des témoignages inédits d'inhalothérapeutes ainsi que de patients et membres de leur famille étaient aussi abordés.

Les coulisses de la campagne

Curieux de savoir « où » et « comment » les 3 vidéos de la campagne ont été tournées? Suivez ce lien [vers les coulisses de la campagne](#) et découvrez l'envers du décor avec Sonia Goudreau, Cynthia Coudé, Nancy Talbot, Marie-Pierre Robert et Catherine Provencher-Martineau.

L'OPIQ remercie sincèrement tous les inhalothérapeutes qui ont participé à ce projet médiatique et qui ont fait rayonner la profession par leur témoignage et leur passion.



Sonia Goudreau, inh.



Cynthia Coudé, inh.



Nancy Talbot, inh.



Marie-Pierre Robert, inh.



Catherine Provencher-Martineau, inh.



ÉVÈNEMENT « C'EST POUMON BIEN! »

À GO, ON SE REMET EN MARCHÉ

Encore cette année, l'OPIQ invite les inhalothérapeutes...

cliniciens, gestionnaires, enseignants et étudiants, leurs parents et amis à joindre des milliers de marcheurs à l'occasion de la [Grande marche du Grand défi Pierre Lavoie](#), en partenariat avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

Pandémie oblige,

l'évènement sera différent cette année. La Grande marche se fera chez vous dans le respect des directives de santé publique en vigueur.

Réservez les 17 et 18 octobre prochain à votre agenda.

Le grand DÉFI
PIERRE LAVOIE
PRESCRIT PAR LES MÉDECINS DE FAMILLE

ON SE REMET EN MARCHÉ

5 KM | 17 ET 18 OCTOBRE 2020
INSCRIPTION GRATUITE
ONMARCHÉ.COM

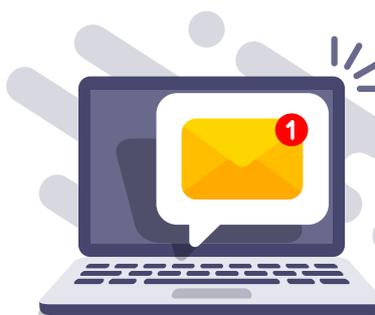
DE LA MAISON, SEUL OU EN FAMILLE

NOUVEAU CONCEPT

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC | RioTinto | PARTENAIRE D'ACTION QUÉBÉCOR

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

Pour plus d'information, visitez nos pages Web dédiées au programme *En santé cardiorespiratoire* et suivez-nous sur



Vous souhaitez être informé par courriel quand l'OPIQ propose une activité, publie un nouveau document, une nouvelle édition de la revue ou lorsqu'une nouvelle formation est mise en ligne sur le *Campus OPIQ*?

Rien de plus simple... Abonnez-vous aux communications de l'OPIQ!

Connectez-vous à [votre dossier en ligne](#). De là, il vous sera possible de modifier vos informations à partir de la section [Tableau des membres](#) ▶ [Modifier vos renseignements](#).

questionnaire de formation continue

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



La lecture des articles suivants *Retour sur l'Histoire* (p. 8) et *Le vaccin contre la grippe donne la grippe?* *Faux* (p. 15) est requise pour pouvoir remplir le questionnaire de formation continue.

01 VRAI ou FAUX

Le choléra s'est répandu en raison de l'accroissement du tourisme au pays.

02 Qui suis-je?

Épidémie associée à l'arrivée massive d'immigrants au pays?

- a. Choléra
- b. Grippe espagnole
- c. Poliomyélite
- d. Variole

03 Qui suis-je?

Développement et propagation rapide du nombre de cas d'une affection contagieuse sur un territoire où elle sévissait de manière endémique ou dans une collectivité antérieurement indemne.

- a. Pandémie
- b. Épidémie

04 VRAI ou FAUX

L'une des caractéristiques de la grippe espagnole est le fait qu'elle a tué préférentiellement les jeunes gens en bonne santé.

05 Qui suis-je?

Maladie qui se propageait facilement d'un humain à l'autre tout en ayant une préférence pour les jeunes enfants.

- a. Variole
- b. Poliomyélite
- c. Choléra
- d. Grippe espagnole

06 VRAI ou FAUX

Lorsqu'on reçoit le vaccin antigrippal, le corps développe des anticorps qui attaqueront le virus s'il y est à nouveau exposé.

07 VRAI ou FAUX

Le virus de la grippe contenu dans les vaccins offerts sous forme d'injection est vivant.

08 VRAI ou FAUX

On estime que moins de 2 % des personnes qui se font vacciner contre la grippe développeront de la fièvre.

09 VRAI ou FAUX

Le fait de ressentir des effets physiques à la suite de la vaccination est une réponse normale du corps au vaccin et c'est ce que l'on appelle la réponse immunitaire.

10 VRAI ou FAUX

Le virus affaibli peut se multiplier à des températures froides ou chaudes. Il peut donc infecter les zones comme le nez, la gorge et les poumons.

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