

# L'ÉVALUATION: PIERRE ANGULAIRE DU JUGEMENT CLINIQUE DE L'INHALOTHÉRAPEUTE

AVRIL 2015



Mémoire présenté à l'Office des professions du Québec



Rédigé par:  
**Andrée Lacoursière**, avocate, adjointe à la direction générale, OPIQ  
**Élaine Paré**, inh., Ph. D. en pédagogie, chargée de projet, OPIQ

**Collaboratrice au contenu**

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

**Révision linguistique**

Line Prévost, inh. réd. a., coordonnatrice aux communications, OPIQ

**Mise en page, graphisme et révision**

Fusion Communications  Design

## Table des matières

---

INTRODUCTION	5
1. HISTORIQUE DE L'ENCADREMENT LÉGAL DE L'INHALOTHÉRAPIE: DES ACTES DÉLÉGUÉS AUX ACTIVITÉS RÉSERVÉES	7
1.1. Modernisation de la pratique en santé physique: <i>Loi 90</i>	8
1.2. Modernisation de la pratique en santé mentale et en relations humaines: changement de paradigme	10
2. UNE PROFESSION EN CONSTANTE MUTATION: L'ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DES INHALOTHÉRAPEUTES	11
3. L'ÉVALUATION PAR LES INHALOTHÉRAPEUTES AU QUOTIDIEN	12
3.1. Définitions du concept d'évaluation	12
3.2. L'évaluation selon les secteurs d'activité	16
3.2.1. Soins à domicile	16
3.2.2. Laboratoire d'épreuves diagnostiques	17
3.2.3. Soins critiques (soins intensifs, urgence, transfert intra et interhospitalier)	17
3.2.3.1. À l'urgence	18
3.2.3.2. Aux soins intensifs	19
3.2.4. Anesthésie et sédation-analgésie	20
3.2.5. Autres lieux de pratique: les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques d'enseignement sur l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	20
4. LA FORMATION INITIALE	22
5. PROBLÉMATIQUES LIÉES À LA NOTION DE CONTRIBUTION À L'ÉVALUATION	23
6. COMPARAISON AVEC LE RESTE DU CANADA	24
CONCLUSION	25
ANNEXE 1 Lettre du ministre de la Santé et des Services sociaux (juillet 2006)	26
ANNEXE 2 La pratique de l'inhalothérapie à travers le Canada (avril 2011)	28
ANNEXE 3 Lettre d'appui de l'Association des anesthésiologistes du Québec	33
ANNEXE 4 Lettre d'appui du Collège des médecins	36



## Introduction

---

Voilà près de 50 ans que les inhalothérapeutes participent activement à l'amélioration et au maintien de la santé cardiorespiratoire de la population québécoise. Il y a plus de 10 ans, l'entrée en vigueur de la *Loi 90* se soldait par un gain considérable pour les membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. La reconnaissance de leur expertise en soins et services de santé cardiorespiratoire a conduit à l'obtention d'un champ d'exercice mieux défini, auquel se sont ajoutées sept activités réservées, dont la surveillance clinique de la condition des personnes sous anesthésie (incluant la sédation-analgésie) ou sous assistance ventilatoire et l'administration et l'ajustement des médicaments et d'autres substances, conférant ainsi plus d'autonomie aux inhalothérapeutes.

Or, depuis l'entrée en vigueur de ces modifications au *Code des professions*, le libellé « contribuer à l'évaluation » figurant au champ d'exercice de l'inhalothérapeute est source de confusion dans les divers milieux cliniques, tant publics que privés, laissant place à des interprétations variables, souvent restrictives, tant de la part des professionnels de la santé que de la part des gestionnaires. Cette situation qui perdure empêche d'une part le déploiement optimal des connaissances et des compétences des inhalothérapeutes au sein des équipes interdisciplinaires et, d'autre part, provoque des situations qui pourraient s'avérer préjudiciables pour les patients (p. ex. les inhalothérapeutes sont parfois exclus du processus de soins). Ces constats compromettent la collaboration interprofessionnelle, l'un des grands principes mis de l'avant par la *Loi 90*.

À l'instar de plusieurs autres professionnels de la santé qui partagent cette activité, dont nos collègues infirmières, l'évaluation est la pierre d'assise de l'exercice contemporain des inhalothérapeutes puisque pour exercer les différentes activités qui leur sont réservées, notamment celles qui consistent à effectuer l'ajustement des médicaments et d'autres substances, ils doivent évaluer au préalable la condition cardiorespiratoire des patients à leur charge. Cette évaluation implique l'exercice d'un jugement clinique compte tenu de l'intensité et de la complexité des soins du moment et sous-jacents.

Par conséquent, l'utilisation par le législateur, au paragraphe s) de l'article 37 du *Code des professions*, de la notion de contribution à l'évaluation de la fonction cardiorespiratoire non seulement ne reflète

pas la réalité professionnelle des inhalothérapeutes, mais constitue ici une erreur historique, selon le président du Collège des médecins du Québec.

Ce mémoire se divise en six parties. La première partie relate l'historique de l'encadrement légal de l'inhalothérapie. On y décrit la chronologie des étapes juridiques menant à l'intégration des inhalothérapeutes au système professionnel en 1984. On verra qu'au fil des années le champ de pratique de l'inhalothérapeute se développe progressivement, surtout avec l'application de la *Loi 90* dont la résultante concrète est la reconnaissance formelle de l'expertise des inhalothérapeutes en soins cardiorespiratoires. Mais le libellé actuel du *Code des professions* donne lieu à des interprétations différentes de la part d'intervenants en santé œuvrant à divers paliers, ce qui occasionne des conflits.

La deuxième partie expose comment l'essor technologique, l'avènement des soins ambulatoires et la complexification des cas cliniques, pour ne nommer que ceux-là, exigent désormais l'application d'un jugement clinique sûr de la part de l'inhalothérapeute. Un jugement qui implique obligatoirement l'acte d'évaluer.

Après quelques définitions, la troisième partie explique la place prépondérante de l'évaluation dans le processus du raisonnement clinique. Les spécificités de l'évaluation de l'inhalothérapeute au regard de différents secteurs d'activités — soins à domicile, urgence, soins intensifs, laboratoire d'épreuves diagnostiques et autres secteurs émergents — sont également abordées.

La quatrième partie traite de la place qu'occupe l'enseignement de l'évaluation dans le programme de formation initiale et des différents travaux menés par le MELS et l'OPIQ dans le cadre de la révision dudit programme.

La formulation actuelle de l'attribution de l'activité d'évaluation par le *Code des professions* occasionne différentes problématiques décrites dans la cinquième partie.

Enfin, la sixième partie établit la comparaison entre l'activité d'évaluation au Québec et les autres provinces canadiennes.

Ainsi, désireux de trouver, de concert avec le Collège des médecins, une solution permanente à l'état de confusion qui entoure l'interprétation de notre champ d'exercice et afin que ce dernier reflète la pratique contemporaine de l'inhalothérapeute, nous vous soumettons le présent mémoire. Nous croyons qu'il démontre clairement la nécessité pour le législateur de modifier l'encadrement légal pour finalement lui reconnaître une activité réservée d'évaluation cardiorespiratoire.

## 1. Historique de l'encadrement légal de l'inhalothérapie : des actes délégués aux activités réservées

C'est à Montréal en 1964, à l'Institut de l'Hôpital Saint-Joseph de Rosemont, que la première école d'inhalothérapie voit le jour au Québec. Une première cohorte de finissants intègre alors le marché du travail en 1966 et, dès 1969, la Corporation des techniciens inhalothérapeutes du Québec obtient ses lettres patentes. Aujourd'hui, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec compte plus de 4000 membres.

Sans reconstituer la petite histoire de la profession, ce qui nous amènerait au-delà des considérations utiles au présent mémoire, retenons que l'apport des premiers techniciens inhalothérapeutes au système de santé est très limité et presque seulement de nature technique. En plus d'assurer la manipulation de l'oxygène dans les centres hospitaliers, ces pionniers se démarquent surtout par leurs connaissances approfondies des différents appareils propres au soutien ventilatoire des patients atteints de problèmes cardiorespiratoires. Toutefois, non seulement les connaissances et les techniques ont-elles évolué au fil du temps, mais les attentes des patients et de l'équipe soignante à l'égard des inhalothérapeutes se sont aussi métamorphosées.

Jusqu'en 1982, aucun texte de loi n'encadre spécifiquement la pratique professionnelle des inhalothérapeutes. La Corporation des techniciens inhalothérapeutes est alors régie par des règlements généraux, lesquels se limitent à prévoir les modalités de fonctionnement de l'organisation. En l'absence d'une obligation légale, l'adhésion à la Corporation s'effectue sur une base entièrement volontaire, puisque la pratique de l'inhalothérapie dans les centres hospitaliers au Québec n'est pas réservée aux seules personnes membres de la Corporation.

Qui plus est, avant 1982, aucune loi ni aucun règlement n'attribuent aux inhalothérapeutes d'activités propres à leur profession. Ils agissent sur simple prescription individuelle d'un médecin. Cette modalité a notamment pour effet un développement inégal de la pratique dans les différents établissements, qui varie selon les besoins et la volonté du corps médical en place.

C'est justement pour mieux encadrer certaines pratiques, qui se sont développées au fil du temps, que le Collège des médecins adopte en 1982 le *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posées par des classes de personnes autres que des médecins*<sup>1</sup>. Par ce règlement, le Collège délègue certains actes médicaux à des groupes dont les membres possèdent une formation jugée adéquate pour les effectuer. Les inhalothérapeutes constituent l'une des catégories de personnes concernées. Ainsi, on retrouve à l'annexe C du Règlement une liste de vingt-cinq actes médicaux qui, selon les conditions prescrites, peuvent être posés par les personnes inscrites au tableau de la Corporation des techniciens inhalothérapeutes du Québec.

Parmi les conditions prescrites à l'annexe C pour poser un acte, on retrouve différents niveaux de surveillance médicale (immédiate, sur place et à distance) ainsi que des restrictions quant aux lieux où certains actes peuvent être posés. Ces modalités ont pour effet de limiter grandement l'autonomie professionnelle des inhalothérapeutes. Qui plus est, le libellé des actes prévus à l'annexe C reflète la nature purement technique à cette époque de la pratique des inhalothérapeutes.

En 1984, les inhalothérapeutes intègrent finalement le système professionnel. Par leur incorporation au *Code des professions*, les inhalothérapeutes obtiennent un champ d'exercice qui leur est propre, défini au paragraphe s) de l'article 37. Ainsi, l'inhalothérapie consiste alors à « promouvoir la santé respiratoire, poser un acte relié aux techniques de l'anesthésie, de l'élaboration d'un diagnostic, du traitement, de la réadaptation de la fonction respiratoire et de la réanimation, de même qu'à l'administration de médicaments et de gaz médicaux, selon une ordonnance, et l'observation des réactions du patient pendant le traitement.<sup>2</sup> » À l'époque, il s'agit d'une avancée majeure pour les inhalothérapeutes.

<sup>1</sup> *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*, RLRQ, chapitre M-9, r. 1.1.

<sup>2</sup> *Code des professions*, RLRQ, chapitre C-26, art. 37 par. s).

D'une part, le champ élargit de façon considérable la pratique des inhalothérapeutes, puisque son libellé est beaucoup plus large comparé à celui décrivant les actes médicaux au règlement de délégation d'actes du Collège des médecins. D'autre part, les actes médicaux qui peuvent être posés par les inhalothérapeutes en vertu des dispositions du champ évocateur n'ont plus dorénavant à leur être formellement délégués par le Conseil de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le Conseil d'administration (C.A.) de l'établissement comme c'était le cas pour les actes prévus à l'annexe C. Certains actes, par exemple l'intubation endotrachéale ou l'administration de produits sanguins au bloc opératoire, leur sont maintenant autorisés en vertu du champ évocateur, avec pour seule condition l'ordonnance médicale.

Au cours des années 1980 et 1990, l'évolution des connaissances en santé cardiorespiratoire se poursuit à un rythme accéléré. Ce faisant, l'apport des inhalothérapeutes aux soins de santé s'accroît considérablement. De simples techniciens, ils deviennent cliniciens, aptes à exercer un jugement clinique de façon autonome auprès de leurs patients. Toutefois, malgré de nombreuses tentatives de modernisation, l'encadrement légal de la pratique n'évolue pas au rythme des nouvelles compétences et des transformations du réseau de la santé et des services sociaux. La désuétude sans cesse grandissante de ce cadre perdure jusqu'à l'adoption en 2002 de la *Loi 90*<sup>3</sup>.

Avec l'entrée en vigueur de cette loi, l'on attribue aux inhalothérapeutes, comme à tous les professionnels du secteur de la santé, un champ d'exercice modernisé définissant l'essence de la profession. Le législateur réserve également sept activités liées au champ d'exercice. On reconnaît alors formellement l'expertise des inhalothérapeutes en soins cardiorespiratoires.

Bien qu'il s'agisse là d'une avancée majeure pour la profession, certaines difficultés dans l'application de cette loi s'observent rapidement sur le terrain. En effet, certaines activités que les inhalothérapeutes effectuaient déjà avant la *Loi 90*, notamment les ponctions artérielles radiales, ne sont pas incluses dans le libellé du champ. Pour remédier à la situation, le Collège des médecins adopte en 2005 le *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute*<sup>4</sup>. Ce règlement sera de nouveau modifié en 2011 pour autoriser les activités reliées au fonctionnement des équipements d'assistance pulmonaire ou circulatoire par membrane extracorporelle (*extra corporal membrane oxygenation [ECMO]*) et d'autotransfusion<sup>5</sup>.

Une autre difficulté apparaît ensuite, soit l'interprétation par les différents intervenants sur le terrain de la notion de « contribution à l'évaluation ». Source de conflits dans certains milieux, le choix de retenir le libellé « contribuer à l'évaluation » au lieu d'« évaluer » a pour effet de limiter la pratique des inhalothérapeutes et porter potentiellement atteinte à l'efficacité, la qualité et la sécurité des soins.

### 1.1. Modernisation de la pratique en santé physique : *Loi 90*

Dans son premier rapport d'étape publié en novembre 2001, le Groupe de travail Bernier mandaté pour moderniser l'organisation professionnelle du secteur de la santé émet le constat qu'à l'instar des autres professions de la santé, la profession d'inhalothérapeute connaît de profonds changements qui l'amènent « à devoir exercer plus que jamais son jugement clinique<sup>6</sup> » et « à assumer une responsabilité plus grande en matière d'évaluation et du suivi du patient<sup>7</sup> ». Au terme de ses travaux, le Groupe constate également « que l'évaluation apparaît au champ de la profession au même titre que plusieurs professions<sup>8</sup> ». Dans cette optique, l'Ordre a alors recommandé au Groupe de travail que quatre secteurs d'activités soient désormais réservés aux inhalothérapeutes, dont « l'évaluation inhalothérapeutique en matière de soins respiratoires » ainsi que « l'évaluation préliminaire et l'exécution des épreuves diagnostiques de la fonction cardiorespiratoire<sup>9</sup> ».

Au final, les suggestions de l'Ordre n'ont toutefois pas été retenues. Sans explications précises, le Groupe de travail choisit plutôt de retenir dans son rapport final la formule « contribue à

3 *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, 2002, RLRQ, chapitre 33.

4 *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute*, RLRQ, chapitre M-9, r. 6.

5 *Ibid.*

6 OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. 2003. *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines : rapport d'étape du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, Rapport Bernier*. Québec, chapitre 6, p. 186. [En ligne] [[http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme\\_professionnel/01\\_premier%20rapport%20Bernier.pdf](http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/01_premier%20rapport%20Bernier.pdf)] (consulté le 15 avril 2015)

7 *Ibid.*

8 *Ibid.*

9 *Ibid.*



l'évaluation de la fonction cardiorespiratoire» dans le libellé du champ d'exercice de l'inhalothérapie. Encore aujourd'hui, l'énoncé retenu nous semble un parallogisme, d'autant plus que parmi les autres professionnels de la santé visés par la *Loi 90*, seules les infirmières auxiliaires se sont vu octroyer comme nous le libellé de « contribuer à l'évaluation », alors que les orthophonistes et audiologistes, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes se voyaient réserver une activité d'évaluation dans leur champ d'expertise.

Quoi qu'il en soit, comme mentionnée précédemment, l'interprétation de la notion de « contribution à l'évaluation » pose problème depuis le début de l'application de la loi. Nous émettons l'hypothèse que cette situation n'est pas étrangère au fait que lorsque l'on compare l'interprétation des deux notions de « contribution à l'évaluation » et d'« évaluation » proposée par l'Office des professions (OPQ) dans son Cahier explicatif de la *Loi 90*<sup>10</sup> avec les explications relatives à ces deux mêmes concepts dans le rapport d'étape du Groupe de travail Bernier, on note une divergence d'interprétation.

En effet, en ce qui a trait à la notion d'« évaluation », le Groupe de travail Bernier stipule que « l'activité d'évaluation a été réservée lorsqu'elle est pratiquée par des professionnels qui travaillent en première ligne et qui interviennent directement auprès des clientèles **sans diagnostic préalable**<sup>11</sup>. » Il poursuivait en précisant que « chacune des professions qui réalisent l'évaluation collabore avec le médecin et les spécialistes du domaine médical concerné<sup>12</sup>. »

Or, dans son Cahier explicatif, l'OPQ occultait complètement cette notion d'absence de diagnostic préalable comme fondement à la réserve de l'activité d'« évaluation ». L'OPQ introduit plutôt un lien entre la notion d'« évaluation » et l'exercice du « jugement clinique ». Ainsi, on peut y lire que l'évaluation « implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif<sup>13</sup>. »

En conséquence, à la lumière de ce qui précède, nous sommes d'avis que la prémisse de base du Groupe de travail Bernier de réserver l'activité d'« évaluation » uniquement aux professionnels qui interviennent auprès des clientèles *sans diagnostic préalable* est par trop limitative et ne reconnaît pas la réalité de l'exercice des professionnels. En effet, bien que la majorité des inhalothérapeutes œuvrent en première ligne, ils ont rarement, sauf lorsqu'ils travaillent à l'urgence, à intervenir auprès de patients qui ne disposent pas d'un diagnostic préalable. En revanche, ils doivent recourir à un *jugement clinique* sur l'état de leurs patients afin de poser certaines des activités qui leur sont réservées, comme *exercer la surveillance clinique de la condition des personnes sous anesthésie, y compris la sédation-analgésie ou sous assistance ventilatoire ou encore administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance*, ou encore celles relatives au *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute*.

De plus, pour être en mesure de porter un jugement clinique, ils doivent préalablement effectuer une *évaluation* de la condition cardiorespiratoire du patient à la suite de la collecte de toutes les données pertinentes sur sa situation de santé.

Nous nous sommes par ailleurs intéressés à l'application de ces deux notions par l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ). Dans son Guide d'application de la *Loi 90*, l'OIIQ traite notamment de la distinction à faire entre « évaluer » et « contribuer à l'évaluation » dans un contexte de collaboration avec les infirmières auxiliaires à qui le législateur a aussi octroyé la « contribution » à l'évaluation. Ainsi, on peut y lire que pour l'OIIQ « évaluer implique que l'infirmière porte un jugement clinique sur la situation de santé d'une personne, après avoir analysé l'ensemble des données dont elle dispose, et communique les constats de son évaluation<sup>14</sup> ». L'infirmière auxiliaire, quant à elle, « contribue à l'évaluation » en recueillant des données objectives et subjectives, en les consignait au dossier du patient et en les fournissant à l'infirmière afin qu'elle en tienne compte dans

10 OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. 2003. *Loi 90 (chapitre 33) Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé: cahier explicatif*. Québec, 109 p.

11 OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. 2003. *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines: rapport d'étape du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, Rapport Bernier*. Québec, chapitre 6, p. 249. [En ligne] [[http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme\\_professionnel/01\\_premier%20rapport%20Bernier.pdf](http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/01_premier%20rapport%20Bernier.pdf)] (consulté le 15 avril 2015).

12 *Ibid.*, p. 250.

13 *Ibid.*, p. 249.

14 ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. 2010. *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières – Mise à jour du Guide d'application publié en 2003*. Montréal, Québec, p. 36

- 15 *Ibid.*
- 16 Lettre de D<sup>r</sup> Charles Bernard, président du Collège des médecins, à maître Jean-Paul Dutrisac, président de l'Office des professions, datée du 7 janvier 2014.
- 17 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. 2009. Analyse de profession – Inhalothérapeute. MELS, 85 p. [En ligne] [[http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/dpse/formation\\_professionnelle/AnalyseProfession\\_Inhalotherapie.pdf](http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/formation_professionnelle/AnalyseProfession_Inhalotherapie.pdf)].
- 18 *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, 2009, RLRQ, chapitre 28.
- 19 OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. 2005. *Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines, Rapport du comité d'experts*. Québec, chapitre 2, p. 36.
- 20 *Ibid.*
- 21 *Ibid.*
- 22 *Ibid.*
- 23 OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. 2005. *Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines-Sommaire, Rapport du comité d'experts*. Québec, chapitre 2, p. 7.
- 24 *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence*, RLRQ, chapitre M-9, r. 2.1.
- 25 *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un thérapeute du sport*, RLRQ, chapitre M-9, r. 11.1.
- 26 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. 2013. *Lettres patentes constituant l'Ordre professionnel des sexologues du Québec*, chapitre C-6, r. 222.2. [En ligne] [[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C\\_26/C26R222\\_2.HTM](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_26/C26R222_2.HTM)].
- 27 GAZETTE OFFICIELLE DU QUÉBEC. Décembre 2014. *Projet de Lettres patentes constituant l'Ordre professionnel des criminologues du Québec*, p. 4673. [En ligne] [<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=62468.pdf>].

son évaluation, dans le but d'établir les priorités en matière de soins et de suivi<sup>15</sup>. Or, les faits démontrent qu'en 2015, le rôle que l'inhalothérapeute joue au sein des équipes de soins va bien au-delà de la simple « contribution » telle que définie dans le document de l'OIIQ, puisque les inhalothérapeutes exercent logiquement un jugement clinique afin d'être en mesure de traiter leurs patients en toute sécurité.

Par conséquent, au paragraphe s) de l'article 37 du *Code des professions*, l'utilisation par le législateur de la notion de « contribuer à l'évaluation » de la fonction cardiorespiratoire non seulement ne reflète pas la réalité professionnelle des inhalothérapeutes, mais constitue ici une erreur historique, aux dires mêmes de D<sup>r</sup> Charles Bernard, président du Collège des médecins<sup>16</sup>.

D'ailleurs, la dernière analyse de la profession (janvier 2009), effectuée par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et à laquelle ont participé plus de 30 % de nos membres, démontre clairement que les inhalothérapeutes effectuent déjà en toute autonomie l'évaluation cardiorespiratoire de leurs patients<sup>17</sup>. En effet, non seulement procèdent-ils à l'évaluation de leurs patients, mais, comme nous le verrons plus loin, ils le font souvent à la demande d'autres membres de l'équipe multidisciplinaire, dont les médecins et les infirmières.

## 1.2. Modernisation de la pratique en santé mentale et en relations humaines : changement de paradigme

Dans la foulée de l'adoption de la *Loi 90*, l'Office des professions du Québec mandate un groupe d'experts, présidé par D<sup>r</sup> Jean-Bernard Trudeau, afin de soumettre des propositions en vue de moderniser la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines. Au terme de l'exercice, le projet de *Loi 21* prévoit la réserve de treize activités<sup>18</sup>. Onze de ces activités portent sur l'évaluation. Bien que la définition introduite dans le cadre de l'implantation de la *Loi 90* soit maintenue, le groupe de D<sup>r</sup> Trudeau propose un changement d'approche dans la réserve de l'activité d'« évaluation » en ne retenant pas le diagnostic préalable comme condition essentielle à son obtention.

En effet, dans son rapport publié en 2005, le comité d'experts insiste d'abord sur la nécessité de distinguer le « diagnostic » de l'« évaluation » effectuée par les professionnels de la santé autres que les médecins<sup>19</sup>. Le comité souligne que le « diagnostic est l'évaluation médicale qui peut requérir un examen complet de l'ensemble des organes, appareils et systèmes du corps humain<sup>20</sup> » et que « l'expertise unique du médecin justifie l'attribution exclusive de cette activité. Ce qui n'empêche pas les autres professionnels de procéder à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif<sup>21</sup> ». Le comité conclut en affirmant que « l'évaluation est le jugement clinique qui s'inscrit dans la finalité des champs d'exercice de chacune des professions<sup>22</sup> ».

Ainsi, à l'instar du groupe de D<sup>r</sup> Bernier, celui de D<sup>r</sup> Trudeau considère que l'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir d'informations dont dispose le professionnel et d'en communiquer les conclusions. Toutefois, il n'est plus forcément question de l'absence de diagnostic préalable. Les évaluations seront réservées à chaque groupe de professionnels selon leurs connaissances et leurs compétences particulières<sup>23</sup>. Ce même principe sera repris de nombreuses fois dans la *Loi 21* pour réserver l'activité d'évaluation. Le Collège des médecins a depuis autorisé par règlement des activités d'évaluation notamment aux techniciens ambulanciers en soins avancés (2011)<sup>24</sup> et aux thérapeutes du sport (2012)<sup>25</sup>.

Certains groupes de professionnels se sont aussi vu réserver une activité d'évaluation dans la mesure où il existe déjà un diagnostic ou une évaluation effectuée par un professionnel habilité. C'est le cas des sexologues (2013)<sup>26</sup> et bientôt des criminologues (2015)<sup>27</sup>.

## 2. Une profession en constante mutation : l'évolution de la pratique professionnelle des inhalothérapeutes

---

Comme nous l'avons dit précédemment, les inhalothérapeutes ont vu leur rôle en évaluation clinique s'étendre et s'approfondir avec l'évolution de la pratique. Cette transformation découle d'une longue liste de changements intervenus depuis les années 1990, avec entre autres les effets de la *Loi 90*, l'essor technologique, le développement de nouvelles approches multi et interdisciplinaires, les ordonnances collectives (locales et nationales), les protocoles cliniques, les soins ambulatoires, etc. À cela s'ajoute la complexification des conditions cliniques à traiter.

Par conséquent, les nouvelles approches cliniques permettent notamment de répondre adéquatement aux problèmes actuels dans le domaine de la santé (vieillesse de la population, alourdissement des clientèles en soins cardiorespiratoires souvent porteuses de comorbidité, contraintes budgétaires, pénuries de professionnels) et aussi de profiter au maximum des nouvelles opportunités offertes par le développement des connaissances et des techniques.

À titre d'exemple, les inhalothérapeutes travaillent dans le cadre de ces nouvelles approches cliniques, en vertu de protocoles complexes où leur jugement professionnel devient un facteur important dans l'atteinte des résultats visés par la thérapie. Dans le contexte de ces protocoles, dont les balises et les modalités d'application sont déterminées sur la base des consensus scientifiques, l'inhalothérapeute détient l'autonomie d'action nécessaire pour décider de la modalité thérapeutique, de la médication et de la fréquence de l'application de l'ordonnance. L'inhalothérapeute contribue ainsi, en règle générale, à réduire le temps de sevrage de la ventilation mécanique des patients et à augmenter leur stabilité clinique. Ces nouvelles façons de faire nécessitent de la part du professionnel à qui l'on confie cette responsabilité un jugement clinique solide et des connaissances spécifiques tant d'un point de vue clinique que technologique. Cette tendance s'observe partout dans la profession, incluant les secteurs les plus avancés de la pratique, comme l'assistance ventilatoire en soins critiques.

Les changements intervenus au cours des dernières années et les progrès technologiques ont par ailleurs favorisé une présence accrue et un enrichissement du rôle des inhalothérapeutes en assistance anesthésique, en sédation-analgésie et en soins critiques. En effet, cela dépasse désormais la surveillance des équipements et autres appareillages qu'ils installent. Il s'agit maintenant de l'appréciation et de l'évaluation clinique du patient. Les médecins étant en nombre restreint le soir, la nuit et les fins de semaine, les inhalothérapeutes sont souvent la référence dans les centres hospitaliers.

Les réformes instaurées dans le fonctionnement du réseau de la santé contribuent aussi à redéfinir l'exercice professionnel des inhalothérapeutes en faisant appel à un jugement clinique accru. Les inhalothérapeutes participent à une large gamme de programmes de soins multidisciplinaires et interdisciplinaires en établissement (p. ex. : réadaptation pulmonaire, suivi de malade pulmonaire en clinique MPOC ou clinique de l'asthme, etc.) et hors établissement (soins à domicile, GMF).

Dans ces secteurs d'activité, les inhalothérapeutes exercent généralement des fonctions de consultation, d'enseignement, d'évaluation et de suivi clinique dans lesquelles le degré d'autonomie, de responsabilité et de jugement clinique requis est élevé. En conséquence, les attentes des médecins en matière de soutien et d'assistance de la part des inhalothérapeutes sont de plus en plus importantes.

### 3. L'évaluation par les inhalothérapeutes au quotidien

Il convient ici de partager quelques définitions de l'action d'évaluer sur lesquelles l'OPIQ s'appuie.

#### 3.1. Définitions du concept d'évaluation

L'évaluation fait partie intégrante du processus de raisonnement clinique et ne peut en être dissociée. Selon l'approche cognitiviste, le raisonnement clinique est considéré comme un processus de résolution de problème appliqué au domaine de la santé<sup>28,29,30,31,32,33,34</sup>. Chaque profession peut avoir sa propre définition puisque chacune comporte des problèmes qui lui sont spécifiques. En ce qui concerne l'inhalothérapeute, le raisonnement clinique consiste en « un processus de résolution de problème et de prise de décision utilisé pour :

- a) évaluer, maintenir ou améliorer la condition cardiorespiratoire ;
- b) évaluer et optimiser l'interface personne-appareillage ;
- c) formuler une opinion ou répondre à un questionnement à propos d'un problème de santé cardiorespiratoire, tout en tenant compte des dimensions affectives, psychologiques et sociales que comporte ce problème pour la personne»<sup>35</sup>.

L'étude de Mishoe<sup>36</sup> fait émerger trois catégories de situations professionnelles auxquelles sont confrontées régulièrement les inhalothérapeutes et qui commandent l'emploi du raisonnement clinique. Il s'agit de :

- a) situations qui se rapportent à la condition physique du malade ;
- b) situations se rapportant à l'appareillage ;
- c) situations où c'est la communication interprofessionnelle ou avec les patients et ses proches qui est en jeu.

Chaque situation comporte des problèmes qui lui sont propres. Le tableau 1 donne plusieurs exemples de problèmes se rapportant à chacune des trois catégories de situations professionnelles mentionnées précédemment.

28 BARNES, T.A. et collab. 2010. «Competencies needed by graduate respiratory therapists in 2015 and beyond». *Respiratory Care*, vol. 55, n° 5, p. 601-616.

29 ELSTEIN, A.S. et A. SCHWARTZ. 2002. «Evidence base of clinical diagnosis: clinical problem solving and diagnostic decision making. Selective review of the cognitive literature». *British Medical Journal*, vol. 324, p. 729-732.

30 FAUCHER, C. 2009. *Explicitation du raisonnement clinique chez des optométristes de niveaux compétent et expert: développement d'un modèle de raisonnement clinique en optométrie*. Thèse de doctorat en éducation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada, 442 p.

31 GRUPPEN, L.D. et FROHNA, A.Z. 2002. «Clinical reasoning» dans G.R., NORMAN, C. VAN DER VLEUTEN, D.I. NEWBLE (Ed.), *International handbook of research in medical education*, London: Kluwer Academic Publishers, p. 205-230.

32 HIGGS, J. et M.A. JONES. 2008. «Clinical decision making and multiple problem spaces» dans J. HIGGS, M.A. JONES, S. LOFTUS, N. CHRISTENSEN (Ed.), *Clinical reasoning in the health professions*, 1<sup>re</sup> éd., London, Butterworth, Heinemann, Elsevier, 1995, p. 3-17.

33 NENDAZ, M. et collab. 2005. «Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement». *Pédagogie Médicale*, vol. 6, n° 4, p. 235-254.

34 MISHOE, S.C. 2003. «Critical thinking in respiratory care practice: a qualitative research study». *Respiratory Care*, vol. 48, n° 5, p. 500-516.

35 PARÉ, É. 2014. *Raisonnement clinique en Techniques d'inhalothérapie: étude des modalités d'enseignement et des interventions pédagogiques lors des stages*. Thèse de doctorat en éducation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada, p. 57.

36 MISHOE, op. cit., p. 500-516.

**Tableau 1.** Exemples de problèmes spécifiques aux catégories de situations professionnelles.

Situations professionnelles	Problèmes associés
<b>État du patient</b>	<p>État non correspondant à l'état supposé:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• désaturation</li> <li>• hypercapnie</li> <li>• travail respiratoire augmenté</li> <li>• sevrage difficile</li> <li>• inconfort</li> </ul> <p>Ajustement d'une prescription, d'un traitement            Prescription médicale jugée incorrecte            Patient difficile:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• comprend difficilement les consignes</li> <li>• ne coopère pas</li> </ul>
<b>Interface appareillage-patient</b>	<p>Ventilation mécanique:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• activation d'alarmes</li> </ul> <p>Appareillage:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tests de vérification échoués</li> <li>• mauvais fonctionnement de l'appareil</li> <li>• équipement spécialisé non disponible</li> <li>• montage non conventionnel</li> <li>• nouvelle technologie</li> </ul>
<b>Communication</b>	<p>Interprofessionnelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sollicitation d'une opinion</li> <li>• questions à propos de l'état du patient</li> <li>• questions à propos de l'appareillage</li> <li>• participation à la décision</li> </ul> <p>Avec le patient ou ses proches:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• questions de la part du patient et de ses proches</li> </ul>

Tiré et traduit de Mishoe, 2003, p. 506.

Mentionnons ici que l'Association américaine de soins respiratoires (*American Association of Respiratory Care* [AARC]) s'est appuyée, entre autres, sur cette étude pour formuler un profil de compétences à l'entrée de la pratique pour l'année 2015 et au-delà<sup>37</sup>.

L'approche cognitive a largement contribué à mieux comprendre le processus sous-jacent au raisonnement clinique en se basant sur l'observation d'experts dans différents domaines. Ainsi, les principes généraux utilisés afin d'identifier, de comprendre, de décrire et de trouver une solution lorsqu'un problème se pose peuvent aussi s'appliquer à une situation problématique spécifique au contexte de la santé.

Le raisonnement clinique comporte les étapes suivantes :

1. recueil de données (dossier médical, examen physique, entrevue);
2. construction d'une représentation initiale du problème;
3. analyse des données;
4. évaluation des données recueillies;
5. interprétation;
6. représentation finale du problème;
7. choix de l'intervention la plus pertinente (il peut s'agir de maintenir le statu quo).

Le raisonnement clinique ne s'arrête pas à l'étape de l'évaluation. L'inhalothérapeute conduit le processus dans son entier. Il l'applique régulièrement à de multiples situations professionnelles

<sup>37</sup> BARNES, T.A. et collab. 2010. «Competencies needed by graduate respiratory therapists in 2015 and beyond». *Respiratory Care*, vol. 55, n° 5, p. 601-616.

38 ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. 2011. *La formation initiale en inhalothérapie au Québec. Déficiences et insuffisances.* Rapport non publié, 32 p.

39 ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. 2013a. *Description des contextes de pratique des inhalothérapeutes travaillant en assistance anesthésie.* Rapport non publié, 79 p.

40 ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. 2013b. *Description des contextes de pratique des inhalothérapeutes travaillant en soins à domicile.* Rapport non publié, 86 p.

41 ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. 2014. *Description des contextes de pratique des inhalothérapeutes travaillant en soins critiques.* Rapport non publié, 110 p.

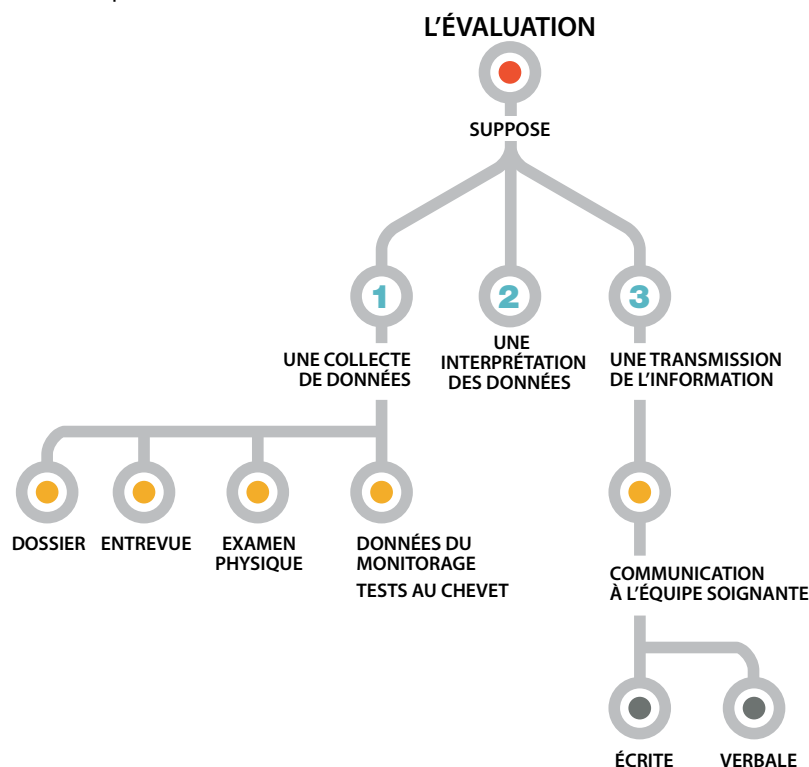
se présentant dans sa pratique. Quant au jugement clinique, il est le résultat du processus de raisonnement clinique. Il découle du ou des constats tirés de l'application de ce processus.

Dans le cadre du processus de révision de la formation initiale de l'inhalothérapie, les divers travaux menés par l'OPIQ<sup>38,39,40,41</sup> ont confirmé l'importance et la progression de l'évaluation clinique dans la pratique de l'inhalothérapie.

Ces rapports montrent aussi que les médecins s'appuient sur l'évaluation de l'inhalothérapeute et sur son jugement clinique, afin de prendre les décisions appropriées. Par conséquent, tout comme pour nos collègues infirmières, l'évaluation est la pierre d'assise de l'exercice des inhalothérapeutes puisqu'essentielle à la surveillance et au suivi clinique de la condition cardiorespiratoire de leurs patients, ainsi qu'à l'ajustement de la médication ou de la thérapie en toute autonomie.

La figure 1 illustre ce que suppose l'application de l'évaluation clinique faite par l'inhalothérapeute.

Figure 1. Les implications de l'évaluation.



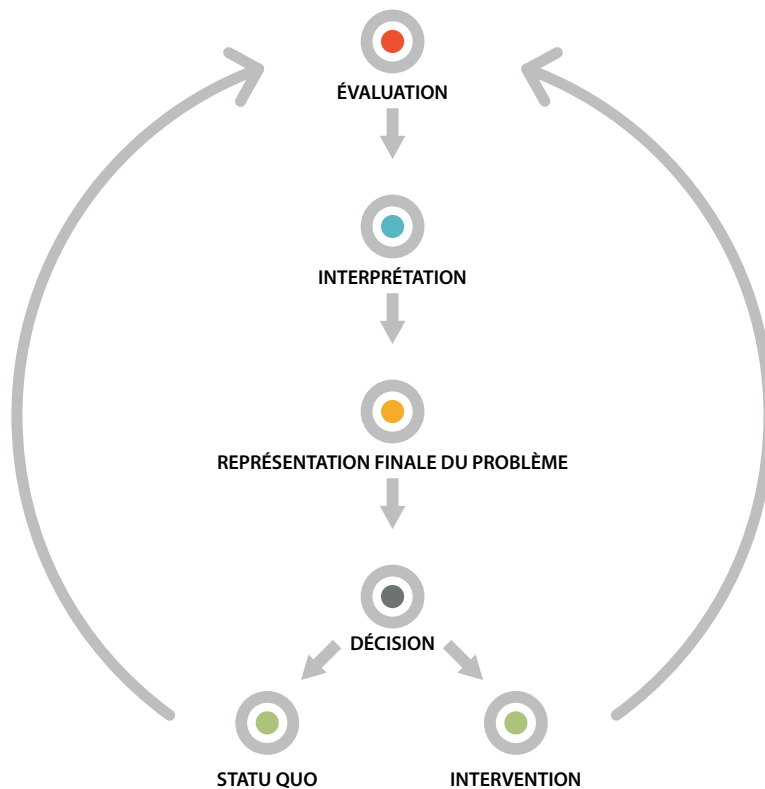
Pour ce faire, l'inhalothérapeute recueille d'abord toutes les données cliniques pertinentes à la situation de santé du patient, entre autres au moyen de l'auscultation, de la prise des signes vitaux, des symptômes respiratoires et de divers tests diagnostiques. Ces données sont ensuite analysées, quantifiées et interprétées en fonction de l'état du patient. Des constats sont alors formulés. C'est ainsi que l'inhalothérapeute exerce son jugement clinique avec discernement.

D'ailleurs, l'OIIQ résume ainsi le processus : « qu'il s'agisse de l'évaluation initiale ou de celle en cours d'évolution, l'évaluation est un processus dynamique qui implique que [l'infirmière] porte un jugement clinique sur la situation de santé d'une personne et qu'elle communique les conclusions »<sup>42</sup>.

42 TRUCHON, S. 2013. « L'évaluation clinique : cet incontournable ». *Chronique déontologique*, Infoiiq. [En ligne] (<http://www.infoiiq.org/chronique-deonto/evaluation-clinique-cet-incontournable/2013>) (consulté le 15 avril 2015).

Ainsi, l'évaluation « implique une vérification constante de l'idée qu'un clinicien se fait d'un problème (sa représentation) et guide la quête de nouvelles informations et la décision d'entreprendre une action »<sup>43</sup>. La figure 2 illustre ce propos.

**Figure 2.** L'évaluation: un processus continu.



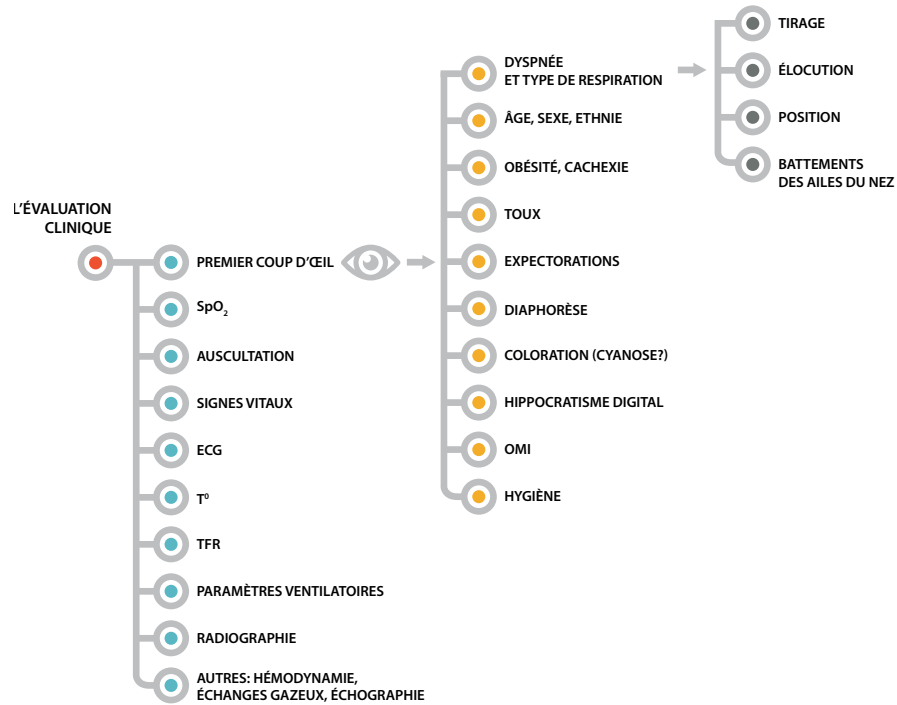
À partir de cette **évaluation**, l'**inhalothérapeute sera notamment en mesure de :**

- déceler des complications liées à la condition cardiorespiratoire ou des problèmes de santé;
- déterminer la gravité ou l'urgence d'une situation;
- déterminer et ajuster le suivi clinique;
- ajuster la médication ou la thérapie selon une ordonnance (individuelle, collective ou nationale);
- exercer la surveillance clinique requise de façon sécuritaire;
- aviser le médecin au moment opportun;
- diriger au besoin le patient vers un autre professionnel de la santé ou une autre ressource.

43 FAUCHER, C. 2009. *Explicitation du raisonnement clinique chez des optométristes de niveaux compétent et expert: développement d'un modèle de raisonnement clinique en optométrie*. Thèse de doctorat en éducation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada, p. 81.

La figure 3 montre le nombre de données que traite l'inhalothérapeute lorsqu'il se trouve au chevet du patient. Ces données varient selon le contexte de travail.

**Figure 3.** Données disponibles au chevet du patient et traitées par l'inhalothérapeute selon le contexte de pratique.



### 3.2. L'évaluation selon les secteurs d'activité

L'inhalothérapeute œuvre dans différents secteurs d'activité. L'évaluation se traduit donc de différentes façons pour chaque secteur.

#### 3.2.1. Soins à domicile

Dans ce secteur, la pratique des inhalothérapeutes se caractérise par une responsabilité professionnelle élevée, en particulier en ce qui a trait à la surveillance et à l'évaluation clinique du patient. La supervision médicale se traduit surtout par une communication à distance avec le médecin et l'équipe soignante, selon le jugement de l'inhalothérapeute, en fonction de l'évolution des données cliniques.

L'environnement technologique complexe offre un plus grand éventail de solutions. Cela pose toutefois de nouveaux défis puisque la pratique évolue parallèlement vers des cas de plus en plus lourds faisant justement appel aux nouvelles technologies et approches cliniques disponibles.

De même, le suivi clinique s'appuie de façon croissante sur l'interprétation de données et d'enregistrements sophistiqués fournis par les appareils d'assistance respiratoire, ce qui conduit l'inhalothérapeute à pousser toujours plus loin son jugement clinique dans le choix de la meilleure thérapie.



De plus, le secteur des soins à domicile se distingue par une grande collaboration interdisciplinaire où l'ensemble des professionnels engagés dans le suivi d'un patient partage de l'information et, dans une certaine mesure, des connaissances cliniques, afin d'en tirer les données essentielles au suivi adéquat de l'état global du patient et d'optimiser les diverses interventions.

Par conséquent, **l'évaluation lui permet dans ce cas-ci de :**

1. déceler une éventuelle amélioration ou une détérioration de l'état de santé cardiorespiratoire du patient;
2. participer activement au diagnostic et proposer des solutions ou des changements au plan d'action thérapeutique;
3. agir à titre d'intervenant pivot auprès de clientèles atteintes de maladies cardiorespiratoires chroniques et proposer un plan d'intervention individuelle (PII) adapté;
4. ajuster la médication et le plan d'action selon les résultats de son évaluation;
5. discuter avec le médecin traitant et l'équipe multi ou interdisciplinaire afin d'optimiser le suivi clinique du patient et communiquer les renseignements nécessaires à l'identification de problématiques de santé autres que respiratoires ou identifier des besoins de services ou de soins.

### 3.2.2. Laboratoire d'épreuves diagnostiques

Dans ce contexte de travail, l'inhalothérapeute conduit plusieurs types d'épreuves diagnostiques telles que celles concernant l'évaluation de la fonction cardiorespiratoire au repos et à l'effort, l'évaluation de la fonction cardiaque et la polysomnographie. Il est aussi appelé à évaluer la gazométrie sanguine et à effectuer des prélèvements bronchiques pour cytologie et bactériologie<sup>44</sup>.

Ce secteur d'activité commande une grande autonomie de l'inhalothérapeute qui travaille dans des conditions de supervision éloignée. Les différentes épreuves diagnostiques qu'il fait passer impliquent qu'il établisse la cohérence entre tous les résultats observés en regard du diagnostic préalable et de l'état du patient. L'inhalothérapeute examine et accorde une grande attention aux données obtenues. Il s'assure en tout temps de leur validité et de leur fidélité, car c'est entre autres à l'aide de ces données que les médecins établiront le traitement le plus approprié. Certains des tests sont éprouvants (spirométrie, épreuves d'effort) et régulièrement, à la suite de son évaluation, l'inhalothérapeute prend la décision d'arrêter le test en cours afin d'éviter tout risque de préjudices.

Dans ce contexte, **l'évaluation permet** donc :

1. d'établir la cohérence entre les tests, le diagnostic et l'état du patient;
2. de formuler des suggestions au médecin traitant;
3. de surveiller la condition clinique et les réactions des patients lors des tests;
4. de pouvoir administrer et ajuster la médication (ordonnance collective);
5. de décider d'interrompre, au besoin, l'examen selon l'évaluation de la condition du patient.

### 3.2.3. Soins critiques (soins intensifs, urgence, transfert intra et interhospitalier)

Dans ces différents contextes de travail, la pratique des inhalothérapeutes se caractérise de plus en plus par l'application d'ordonnances collectives exprimées sous forme d'objectifs thérapeutiques et par des protocoles spécialisés ou ultraspécialisés, dans l'application desquels les inhalothérapeutes doivent faire preuve de jugement clinique, d'autonomie et de maturité.

44 ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. 2015. Profession : inhalothérapeute. [En ligne] [\[http://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2014/03/OPIQ\\_ProfessionInhalotheapeute\\_BrochureWeb.pdf\]](http://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2014/03/OPIQ_ProfessionInhalotheapeute_BrochureWeb.pdf) (consulté le 5 mars 2015).

### 3.2.3.1. À l'urgence

Dans ce contexte, les interventions de l'inhalothérapeute se produisent surtout à la suite d'un diagnostic, mais aussi en attente de son obtention, comme dans les cas de détresse respiratoire.

Un récent rapport produit par l'OPIQ<sup>45</sup>, qui fait état de la complexité de la pratique de l'inhalothérapie à l'urgence, contient plusieurs témoignages d'inhalothérapeutes soulignant toute l'importance de l'évaluation. Les inhalothérapeutes procèdent fréquemment à une évaluation éclairée et précise de la condition cardiorespiratoire des patients, en raison de la labilité de leur état et du fait que le médecin ne se trouve pas toujours au chevet immédiat du patient. De plus, cet environnement fournit moins de données objectivées, les résultats d'examen n'étant pas toujours disponibles et la technologie utilisée moins élaborée qu'à l'unité des soins intensifs par exemple. L'inhalothérapeute fonde donc son évaluation à partir de données restreintes, ce qui lui impose une vigilance accrue afin d'établir des liens judicieux entre les signes observés et le niveau de gravité de l'état du patient.

En outre, ce contexte de travail implique souvent l'application de protocoles ou d'ordonnances collectives qui confèrent alors beaucoup d'autonomie à l'inhalothérapeute. Bien qu'ils soient encadrés par une démarche systématique établie, il n'en demeure pas moins que les inhalothérapeutes doivent reconnaître la présence d'une situation problématique et la gérer de façon adéquate en procédant aux interventions appropriées dans les circonstances.

Ajoutons que le secteur de l'urgence occasionne plusieurs situations où des actions immédiates sont requises avant même l'obtention d'un diagnostic ou dans l'attente de celui-ci. En effet, tout état de détresse cardiorespiratoire impose une intervention corrective telle qu'un apport supplémentaire en oxygène, l'amorce d'une ventilation manuelle avec ballon de réanimation, même l'installation d'une ventilation non effractive en attendant l'arrivée du médecin. Le rapport de l'OPIQ<sup>46</sup> met en lumière la confiance des médecins envers l'évaluation effectuée par les inhalothérapeutes et les mesures qui en découlent, lorsque se produit ce type d'événement.

Enfin, l'inhalothérapeute est régulièrement sollicité pour prendre en charge la sédation-analgésie. Cette surveillance n'est assujettie à aucune condition et peut être effectuée en toute autonomie, non seulement au bloc opératoire, mais aussi dans les unités de soins critiques ou à l'urgence, selon l'état du patient et les besoins du milieu. Il va sans dire que cette procédure requiert l'évaluation étroite du niveau de sédation et d'analgésie et de la condition cardiorespiratoire ce qui implique l'analyse et la mise en relation de plusieurs données obtenues à l'aide de l'observation directe du patient et du monitoring.

Quant aux situations de transfert, en particulier celles des transferts extrahospitaliers, elles sont un autre exemple où l'évaluation de l'inhalothérapeute est cruciale. Dans ces circonstances, l'inhalothérapeute travaille en étroite collaboration avec l'infirmière et le personnel ambulancier, plus rarement avec le médecin qui n'est présent que lors de situations très particulières ou en présence d'une clientèle pédiatrique ou néonatale. L'inhalothérapeute dispose d'informations succinctes et œuvre dans un environnement où différentes ressources du milieu hospitalier deviennent inaccessibles. Les informations requises et transmises lors d'un transfert découlent avant tout de l'évaluation clinique: signes vitaux de base provenant du monitoring et données factuelles du respirateur, si en fonction. Il doit continuellement mettre en relation les données recueillies avec l'état du patient et prendre les décisions qui s'imposent, par exemple apporter des changements aux paramètres ventilatoires. Il arrive que l'inhalothérapeute refuse de procéder au transfert, et ce, pour différentes raisons, par exemple lorsque son évaluation clinique indique que le patient n'est pas en état de le subir.

46 *Ibid.*

### 3.2.3.2. Aux soins intensifs

La pratique dans ce secteur d'activité est marquée par la transformation de la formulation des ordonnances médicales qui sont régulièrement exprimées sous forme d'objectifs thérapeutiques. Ces formulations d'ordonnance constituent une délégation de responsabilité importante à l'inhalothérapeute qui doit assumer, aussi longtemps qu'il le juge sécuritaire, la cueillette, l'analyse et l'interprétation des données cliniques et une partie significative de la prise de décision concernant l'évolution du traitement, pouvant aller jusqu'au sevrage complet du respirateur et l'extubation du patient.

Cette forme de pratique exige de l'inhalothérapeute une évaluation clinique continue du patient, afin de mettre en relation un nombre élevé de données, parfois contradictoires, pour collaborer au diagnostic, faire des recommandations concernant le traitement et, au besoin, agir rapidement. Les attentes sont donc élevées de la part du corps médical et engagent une responsabilité professionnelle rehaussée pour l'inhalothérapeute au chevet du patient.

Les soins intensifs requièrent un usage étendu de tests, procédures et technologies de plus en plus sophistiqués en ce qui a trait au monitoring et à la thérapie cardiorespiratoire. L'inhalothérapeute assume la responsabilité professionnelle du bon fonctionnement et du bon usage de ces technologies afin qu'elles produisent des données fiables et l'effet thérapeutique recherché. Cet environnement technologique tend à se complexifier, offrant un plus grand éventail de solutions, mais posant aussi de nouveaux défis. Ainsi, l'**évaluation clinique** s'appuie sur l'interprétation de données et d'enregistrements sophistiqués fournis par les appareils d'assistance respiratoire et autres appareils de monitoring amenant l'inhalothérapeute à exercer avec précision son jugement clinique pour proposer ou faire des choix thérapeutiques judicieux.

#### **En contexte de soins critiques, l'évaluation permet à l'inhalothérapeute de :**

1. procéder à une évaluation cardiorespiratoire en toute autonomie, le soir et la nuit à la demande de l'infirmière ou du médecin traitant, parfois absent de l'unité ;
2. recueillir, analyser et interpréter adéquatement un grand nombre de données cliniques telles que les observations de l'auscultation pulmonaire et les résultats des paramètres ventilatoires ;
3. orienter la prise de décision ;
4. participer au diagnostic ;
5. collaborer à l'élaboration du plan thérapeutique ou proposer des changements à celui-ci ;
6. optimiser la ventilation ;
7. anticiper les complications possibles ;
8. déceler les améliorations/détériorations de l'état de santé du patient ;
9. intervenir selon l'ordonnance, le protocole ou l'urgence de la situation ;
10. appliquer un protocole de substitution de la médication inhalée avec l'ajustement des dosages ;
11. ajuster la médication (sédation-analgésie).

### 3.2.4. Anesthésie et sédation-analgésie

En salle d'opération, l'inhalothérapeute effectue la surveillance clinique de la condition des personnes sous anesthésie, y compris la sédation-analgésie. La pratique contemporaine en assistance anesthésique se caractérise par une grande collaboration interdisciplinaire, où les anesthésiologistes attendent des inhalothérapeutes des raisonnements cliniques (évaluation de la situation, reconnaissance des problèmes, analyse, prise de décision, application des mesures, réévaluation), et ce, à toutes les étapes de la procédure anesthésique.

Cette interdisciplinarité va jusqu'à la prise en charge par l'inhalothérapeute durant toutes les phases de l'anesthésie, à l'exception de l'induction, de l'entière responsabilité de la surveillance clinique du patient — au même titre que la pratique en soins à domicile.

Par conséquent, **l'évaluation permet à l'inhalothérapeute de :**

1. mettre en application une ordonnance verbale ou collective pour maintenir la stabilité de l'état du patient (maintien optimal de la tension artérielle ou de la curarisation) à partir d'objectifs généraux ou d'indications spécifiques énoncés par l'anesthésiologiste;
2. ajuster les gaz anesthésiques et la médication ou autre substance (p. ex. les produits sanguins) selon les paramètres physiologiques du patient et l'ordonnance;
3. reconnaître rapidement les situations qui requièrent une intervention immédiate de l'anesthésiologiste;
4. prendre l'initiative de certaines actions urgentes;
5. surveiller la condition du patient sous anesthésie ou sédation-analgésie;
6. communiquer de façon compétente, à distance, avec l'anesthésiologiste afin de faciliter et de valider la prise de décision;
7. opérer et assurer le fonctionnement de l'équipement d'autotransfusion et la surveillance clinique des personnes qui y sont reliées.

### 3.2.5. Autres lieux de pratique : les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques d'enseignement sur l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

En ces lieux de travail, l'inhalothérapeute intervient, entre autres, auprès de différentes clientèles telles que les personnes souffrant de MPOC, d'asthme et d'apnée du sommeil. Il s'implique de près dans l'évaluation des personnes dont l'état respiratoire s'est modifié. Il agit aussi auprès des fumeurs actifs (cessation tabagique) et de ceux de plus de 40 ans ayant des symptômes respiratoires<sup>47</sup>. Enfin, il effectue le suivi des personnes sous oxygénothérapie ambulatoire.

Des modèles d'intégration de l'inhalothérapeute ont cours actuellement. Par exemple, au GMF-CRI Maisonneuve-Rosemont de Montréal, « les médecins recommandent systématiquement à l'inhalothérapeute tous les patients de 40 ans et plus qui fument ou qui ont fumé et qui ont des symptômes respiratoires<sup>48</sup> » afin qu'il procède à une première collecte de données (histoire de la fonction respiratoire, examen, spirométrie, mesure du CO expiré) qui permettra au médecin de poser son diagnostic. Pour la clientèle asthmatique suivie par ce même GMF, l'inhalothérapeute évalue la condition respiratoire du patient, enseigne au patient les moyens de bien maîtriser sa maladie et vérifie l'observance thérapeutique. Il est aussi souligné qu'« en tout temps, les médecins peuvent recommander un patient à l'inhalothérapeute pour une évaluation ponctuelle et urgente de la condition respiratoire, pour un traitement et pour de l'enseignement de nouveaux traitements ». Ce qui illustre bien l'importance que revêt l'évaluation faite par les inhalothérapeutes dans les GMF.

47 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 2014. *Guide d'intégration des professionnels de la santé en GMF. Inhalothérapeute.* [En ligne] [[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/?document/2014/14-920-03W\\_inhalo.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/?document/2014/14-920-03W_inhalo.pdf)] (consulté le 10 avril 2015).

48 *Ibid.*

Le travail effectué dans les cliniques d'enseignement sur l'asthme et la MPOC comporte un large volet consacré à l'évaluation des patients. Ces cliniques permettent d'assurer la continuité des soins et leur principale mission est de rendre la personne le plus autonome possible dans la prise en charge de sa maladie. Les inhalothérapeutes spécialement formés pour travailler dans ces cliniques conduisent en toute autonomie les entrevues initiales et de suivi, évaluent la condition cardiorespiratoire, enseignent aux patients et valident l'efficacité de leurs interventions éducatives. Des ordonnances collectives encadrent la prestation des épreuves diagnostiques (spirométrie) et de certaines interventions (administration et ajustement de la médication) sans que le patient ait été vu par un médecin<sup>49</sup>. Leur position privilégiée leur permet, s'il y a lieu, d'adresser les patients à d'autres services (cessation tabagique, rééducation respiratoire).

49 *Ibid.*

Dans ce contexte, **l'évaluation par l'inhalothérapeute permet de :**

1. mesurer l'efficacité des traitements et de s'assurer de l'observance thérapeutique du patient et du suivi du plan d'action afin d'éviter les exacerbations ;
2. guider les médecins lors de l'interprétation des résultats ;
3. collaborer au dépistage et au suivi de certaines clientèles présentant des problèmes respiratoires ;
4. appliquer des ordonnances collectives selon son jugement clinique ;
5. diriger le patient vers des ressources plus adaptées à ses besoins.

## 4. La formation initiale

---

Des travaux sont en cours depuis 2008 afin de rehausser le programme de formation initiale des inhalothérapeutes. Néanmoins, nous sommes d'avis que, dans l'état actuel des choses, les inhalothérapeutes possèdent déjà la formation requise pour évaluer la fonction cardiorespiratoire d'un patient.

Pour acquérir les compétences nécessaires pour exercer l'inhalothérapie, les étudiants doivent développer plusieurs éléments de compétence concernant l'évaluation. L'examen des treize compétences à acquérir figurant au devis ministériel de 1997 identifie plusieurs éléments de compétences directement reliés à l'évaluation de l'état physique du patient. Nous constatons en effet que, pour la validation des éléments de compétences relatives à l'évaluation, les étudiants doivent satisfaire des critères de performances précis attestant qu'ils réussissent à développer une connaissance satisfaisante de l'évaluation cardiorespiratoire.

Les étudiants acquièrent tout au long de leur formation des notions portant sur la biologie et la physiologie des différents systèmes, principalement les systèmes pulmonaire et cardiaque, la physiopathologie et la pharmacologie. Ils doivent par la suite, en situation de stage clinique, démontrer l'établissement de liens entre les différentes informations recueillies afin d'être en mesure d'exercer un jugement clinique sur l'état de leur patient, d'identifier un problème et d'intervenir de façon adéquate.

À la faveur des effets de la *Loi 90* et d'autres transformations des modes de fonctionnement, l'activité d'évaluation chez les inhalothérapeutes s'est, non seulement étendue, mais aussi approfondie au fil des vingt dernières années. Tout comme les aspects technologiques ou cliniques, l'activité d'évaluation a évolué; le jugement clinique de l'inhalothérapeute se trouve plus fréquemment sollicité et à un degré supérieur.

Afin de refléter l'ensemble des nouvelles exigences de la pratique contemporaine, le MELS a entrepris en 2008 la révision de la formation initiale en inhalothérapie. Ce processus est toujours en cours. L'analyse de la profession réalisée en 2009 par le MELS a défini 207 opérations distinctes regroupées en sept tâches et a identifié, en plus de nouvelles tâches/opérations, certaines déjà présentes, dont le niveau cognitif ou la complexité s'est accru avec le temps<sup>50</sup>.

À titre d'exemple, l'inscription explicite de l'activité «ajustement au besoin du traitement» est significative puisque cette activité fait directement appel à l'établissement de liens entre la pathologie, les données physiologiques du patient, les résultats des différents tests et analyses, la médication et l'objectif poursuivi. L'autonomie décisionnelle et la mise en œuvre de l'ordonnance (collective ou individuelle) habituellement assujetties à un protocole clinique sont importantes. L'inhalothérapeute doit faire preuve de jugement clinique et d'un sens d'analyse pour être en mesure d'arrimer de façon sécuritaire toutes les informations et les données recueillies avec la stratégie clinique, au bénéfice du patient.

Les travaux réalisés dans le cadre du processus de révision de la formation initiale ont donc confirmé l'intensification de l'activité d'évaluation. Ces études ont constaté que l'évaluation clinique des patients par les inhalothérapeutes s'est non seulement poursuivie au fil des ans, mais elle s'est approfondie à la faveur de nouvelles activités ou d'activités présentant un niveau cognitif relevé. Cela justifie *a fortiori* une formation plus poussée et le rétablissement de la cohérence du cadre juridique en ce qui a trait à l'activité d'évaluation.

50 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC.  
2009. Analyse de profession –  
Inhalothérapeute. MELS,  
p. 15. [En ligne] [[http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/dpse/formation\\_professionnelle/AnalyseProfession\\_Inhalotheapeute.pdf](http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/formation_professionnelle/AnalyseProfession_Inhalotheapeute.pdf)]  
(consulté le 10 avril 2015).

## 5. Problématiques liées à la notion de contribution à l'évaluation

Comme nous l'avons énoncé précédemment, le fait que l'évaluation effectuée par un inhalothérapeute ne soit pas clairement énoncée dans le *Code des professions* crée non seulement des situations ambiguës dans les milieux de travail, mais entrave également la pratique professionnelle des inhalothérapeutes et nuit à la prestation des soins de qualité, voire sécuritaires. Les manifestations de ces difficultés sont nombreuses.

En soins à domicile, par exemple, les inhalothérapeutes voient parfois leur intervention limitée, car du seul fait qu'ils ne sont pas autorisés à **évaluer** les patients dont ils assurent le suivi, ils ne peuvent ajuster la médication comme prévu au protocole clinique, dans les cas de surinfection bronchique notamment. De plus, lors du suivi des maladies chroniques, on désigne un professionnel à titre d'intervenant pivot. Or, dans certains milieux, l'on invoque le fait que l'inhalothérapeute n'est pas autorisé à évaluer le patient pour soutenir qu'il ne peut pas agir comme intervenant pivot auprès de la clientèle atteinte de MPOC ou encore qu'il ne peut pas appliquer et ajuster le protocole clinique, et ce, même après avoir pris les signes vitaux, ausculté le patient et analysé son état de santé.

Le dossier des vignettes de stationnement est un autre exemple concret des limites qu'impose le libellé actuel. Certains patients souffrant de MPOC diagnostiqué par un médecin peuvent obtenir une vignette de stationnement pour personnes handicapées qui leur permet de stationner à proximité des entrées d'immeubles. Pour ce faire, ils doivent remplir un formulaire à l'intention de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et le faire signer par un professionnel de la santé autorisé à cette fin. Parmi ces professionnels, on retrouve les médecins, les infirmières, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les optométristes, les psychologues et les éducateurs spécialisés. Or, malgré des demandes répétées, les inhalothérapeutes ne font toujours pas partie de cette liste. D'ailleurs, en 2006, le ministre de la Santé évoquait justement le motif de notre champ d'exercice qui ne prévoit qu'une « contribution à l'évaluation<sup>51</sup> ».

La vaccination est un autre exemple des limites imposées par la seule contribution à l'évaluation. Le ministère de la Santé et des Services sociaux met à la disposition des professionnels de la santé le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)<sup>52</sup>. Ce dernier constitue la norme de pratique professionnelle au Québec pour tous les vaccinateurs. Il définit les responsabilités que se partagent les différents professionnels de la santé impliqués en immunisation. Les professionnels identifiés comme « vaccinateur » sont les médecins, les infirmières et les sages-femmes. On spécifie cependant que les infirmières auxiliaires, puisqu'elles peuvent contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne, peuvent collaborer à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*. Toutefois, bien que le *Code des professions* prévoie que les inhalothérapeutes sont autorisés à *administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance*, le PIQ ne mentionne pas le rôle que pourraient jouer les inhalothérapeutes comme vaccinateurs. Nous sommes d'avis que cette omission découle du fait que les inhalothérapeutes ne sont pas autorisés à évaluer. Cela est d'autant plus surprenant, alors que, lors de l'écllosion de la grippe H1N1, le Ministère avait demandé à l'Ordre s'il était possible de recourir aux services des inhalothérapeutes comme vaccinateurs.

51 Lettre de M. Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux à madame Céline Beaulieu, présidente de l'OPIQ, datée du 31 juillet 2006. Voir annexe 1.

52 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 2014. *Guide d'intégration des professionnels de la santé en GMF*. Inhalothérapeute. [En ligne] [[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/ff/documentation/2014/14-920-03W\\_inhalo.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/ff/documentation/2014/14-920-03W_inhalo.pdf)] (consulté le 10 avril 2015).

## 6. Comparaison avec le reste du Canada

---

Lorsque l'on compare le cadre légal des inhalothérapeutes du Québec avec celui de nos homologues des autres provinces canadiennes, on constate que dans plusieurs provinces l'« évaluation » fait partie soit du champ d'exercice ou encore des activités autorisées aux inhalothérapeutes.

Comme vous le constaterez en consultant le tableau comparatif en annexe 2, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve, l'évaluation fait partie du champ de pratique des thérapeutes respiratoires. En Ontario, la thérapie respiratoire consiste notamment en *l'évaluation et le traitement des troubles cardiorespiratoires*. En Nouvelle-Écosse, on parle de *application of professional respiratory therapy knowledge, skills, and judgement in the provision of diagnostic, **assessment** and therapeutic modalities* [...]. À Terre-Neuve, dernière province réglementée en 2012, la loi habilitante stipule que la thérapie respiratoire *means the application of professional therapy in the **evaluation**, treatment care and maintenance of cardiopulmonary function* [...].

Au Manitoba, parmi les activités réservées aux thérapeutes respiratoires, on retrouve **l'évaluation** de l'efficacité des procédés et techniques sur le patient. En Saskatchewan, on parle de *patient assessment*.



## Conclusion

---

Depuis plusieurs années déjà, l'OPIQ revendique la reconnaissance de l'évaluation à titre d'activité réservée aux inhalothérapeutes. Dans les pages qui précèdent, nous avons fait la démonstration que cette reconnaissance est devenue essentielle à la pleine réalisation de plusieurs activités déjà réservées aux inhalothérapeutes depuis l'entrée en vigueur de la *Loi 90*.

Il est important de rappeler que pour l'OPIQ et le CMQ cette non-reconnaissance historique engendre des confusions inopportunes dans le cadre du déploiement des activités cliniques interdisciplinaires et que la révision du *Code des professions* avec le *Bill Omnibus* est l'occasion idéale pour remédier à cette erreur historique.

Ce besoin de reconnaissance est d'autant plus criant que l'évaluation s'actualise déjà sur le terrain et est largement reconnue par les médecins qui travaillent quotidiennement avec les inhalothérapeutes notamment les intensivistes, les anesthésiologistes, les pneumologues et les urgentologues.

Les nouvelles connaissances et les besoins de santé de la population exigent le déploiement optimal des compétences de tous les professionnels de la santé. Dans le contexte actuel de vieillissement de la population, où les soins ambulatoires et prodigués à domicile occupent une place de premier plan dans la prestation des soins, le rôle de clinicien que joue l'inhalothérapeute prend tout son sens.


Nous avons montré que l'évaluation s'inscrit dans une démarche plus large, celle du raisonnement clinique, un processus de résolution de problèmes appliqués au domaine de la santé. Le jugement clinique est le résultat de ce processus. L'évaluation constitue une étape du raisonnement clinique et en est indissociable. Le raisonnement clinique fait déjà partie intégrante de la pratique quotidienne de l'inhalothérapeute, afin qu'il puisse assumer et réaliser pleinement les activités réservées et autorisées relatives à l'ajustement de la médication et de la surveillance clinique de la condition des personnes. Les problèmes spécifiques traités par chaque profession médicale donne lieu à différentes définitions du raisonnement clinique qui comportent certaines variantes. Une définition du raisonnement clinique propre à l'inhalothérapeute a donc été présentée. Chaque secteur d'activité de la profession a fait l'objet d'une description des formes que prend l'évaluation.

Qu'il œuvre auprès d'une clientèle possédant un diagnostic du système cardiorespiratoire déjà établi ou, plus rarement, en attente d'un diagnostic médical, l'inhalothérapeute exerce déjà l'évaluation en toute autonomie. Les consultations menées jusqu'à maintenant auprès de différentes instances (Collège des médecins, Association des anesthésiologistes du Québec) reconnaissent cet état de fait et la pertinence de revoir l'encadrement légal de l'évaluation. D'ailleurs, l'Ordre entend poursuivre les consultations au cours des prochaines semaines.

En terminant, la reconnaissance d'une activité d'évaluation aux inhalothérapeutes apparaît la solution appropriée pour prendre acte de la réalité de la pratique contemporaine de l'inhalothérapie au Québec.

## Annexe 1

## Lettre du ministre de la Santé et des Services sociaux (juillet 2006)

 Québec  
Gouvernement du Québec  
Le ministre de la Santé  
et des Services sociaux

Québec, le 31 juillet 2006

Madame Céline Beaulieu  
Présidente  
Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec  
1440, rue Ste-Catherine Ouest, bureau 320  
Montréal (Québec) H3G 1R8

Madame la Présidente,

Je vous remercie d'avoir porté à mon attention les documents relatifs à vos démarches réalisées dans le but de faire reconnaître, par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), la profession d'inhalothérapeute pour compléter le formulaire de demande de vignette de stationnement pour personnes handicapées.

Dans votre correspondance, vous faites référence à celle du 20 avril 2005, de monsieur Alain Colletterte, directeur du développement en sécurité routière à la SAAQ, adressée à madame Sonia Cloutier, inhalothérapeute, dans laquelle il l'informe que des modifications législatives sont nécessaires à cette reconnaissance et que « ce changement ne pourrait se faire sans l'accord préalable du ministère de la Santé et des Services sociaux ».

La SAAQ n'a pas interpellé le ministère à ce sujet et nos vérifications auprès des responsables du dossier à la direction de monsieur Colletterte sont à l'effet qu'il n'y a pas de travaux en cours pour procéder à une modification du Code de la sécurité routière à ce niveau. Elle appuie sa décision sur le champ d'exercice des inhalothérapeutes, défini au paragraphe s) du Code des professions, et sur les conditions d'exercice des activités réservées aux inhalothérapeutes. La SAAQ ne procédera pas à une modification à moins qu'il y ait des changements au Code des professions qui permettraient aux inhalothérapeutes d'interpréter les tests diagnostiques de façon autonome (sans ordonnance médicale).

.../2

Québec 1075, chemin Sainte-Foy, 15 <sup>e</sup> étage Québec (Québec) G1S 2M1 Téléphone : 418 266-7171 Télécopieur : 418 266-7197	Montréal 400, rue Fullum, 7 <sup>e</sup> étage Montréal (Québec) H2K 2L6 Téléphone : 514 873-3700 Télécopieur : 514 873-7488
---	--

## Annexe 1

---

### Lettre du ministre de la Santé et des Services sociaux (juillet 2006) suite

2

Le ministère est en accord avec la position de la SAAQ à cet effet. Malgré toute la bonne foi de vos revendications et vos préoccupations à l'égard de la clientèle, le ministère ne peut donner suite à votre demande.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le ministre,



Philippe Couillard

N/Réf. : 06-MS-02025

## Annexe 2

### La pratique de l'inhalothérapie à travers le Canada (avril 2011)

Province	Les champs de pratique	Activités	Niveau de formation
Québec	<p><b>Contribuer à l'évaluation</b> de la fonction cardiorespiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique, contribuer à l'anesthésie et traiter des problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire.<sup>1</sup></p>	<p><b>Activités réservées :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>effectuer l'assistance ventilatoire, selon une ordonnance;</li> <li>effectuer des prélèvements, selon une ordonnance;</li> <li>effectuer des épreuves de la fonction cardiorespiratoire, selon une ordonnance;</li> <li>exercer une surveillance clinique de la condition des personnes sous anesthésie, y compris la sédation-analgésie ou sous assistance ventilatoire;</li> <li>administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;</li> <li>mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance;</li> <li>introduire un instrument, selon une ordonnance, dans une veine périphérique ou dans une ouverture artificielle ou dans et au-delà du pharynx ou au-delà du vestibule nasal.<sup>2</sup></li> </ol> <p><b>Activité autorisée :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>effectuer la ponction artérielle radiale.<sup>3</sup></li> </ol>	Technique collégiale de 3 ans
Ontario	<p><b>Champ d'application</b></p> <p>L'exercice de la profession de thérapeute respiratoire consiste dans l'application de l'oxygénothérapie, dans le monitoring des fonctions respiratoires ainsi que dans l'<b>évaluation</b> et le traitement des troubles cardiorespiratoires et troubles associés en vue d'assurer ou de rétablir la ventilation.<sup>4</sup></p>	<p><b>Actes autorisés</b></p> <p><b>Art. 4</b> Dans l'exercice de la profession de thérapeute respiratoire, un membre est autorisé, sous réserve des conditions et restrictions dont est assorti son certificat d'inscription, à accomplir les actes suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>pratiquer sous le derme les interventions prescrites;</li> <li>pratiquer des intubations au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales ou au-delà du larynx;</li> <li>pratiquer des aspirations au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales ou au-delà du larynx;</li> <li>administrer des substances par voie d'injection ou d'inhalation;</li> <li>administrer des substances prescrites par voie d'inhalation.<sup>5</sup></li> </ol> <p><b>Exigences supplémentaires relatives aux actes autorisés</b></p> <p><b>Art. 5 (1)</b> Le membre ne doit pas accomplir d'actes autorisés en vertu de la disposition 1, 2 ou 4 de l'article 4, à moins que ne l'ordonne l'une ou l'autre des personnes suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>un membre de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, de l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario ou de l'Ordre royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario;</li> <li>un membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario qui est titulaire d'un certificat d'inscription supérieur aux termes de la <i>Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers</i>;</li> <li>un membre d'une profession de la santé qui est prescrite par règlement.<sup>6</sup></li> </ol>	3-year Ontario College Advanced Diploma Program

## Annexe 2

### La pratique de l'inhalothérapie à travers le Canada (avril 2011) *suite*

Province	Les champs de pratique	Activités	Niveau de formation
Alberta		<p><b>Authorized restricted activities</b></p> <p><b>Art. 17 (1)<sup>7</sup></b> A registered member may, in the practice of respiratory therapy and in accordance with the standards of practice, perform the following restricted activities:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) to cut a body tissue, to administer anything by an invasive procedure on body tissue or to perform surgical or other invasive procedures on body tissue below the dermis or the mucous membrane for the following purposes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>i. performing blood analyses;</li> <li>ii. assisting with cardiac procedures;</li> <li>iii. performing hemodynamic monitoring;</li> <li>iv. assisting with anesthesia;</li> <li>v. administering injections;</li> <li>vi. suturing;</li> <li>vii. performing routine wound care;</li> </ul> </li> <li>b) to insert or remove instruments, devices, fingers or hands beyond the point in the nasal passages where they normally narrow and beyond the pharynx for the purpose of inserting or removing tubes;</li> <li>c) to administer blood or blood products when assisting with anesthesia;</li> <li>d) to administer anesthetic gases, including nitrous oxide, for the purposes of anesthesia or sedation when assisting with the provision of anesthesia or bronchodilation;</li> </ul> <p><b>(2)</b> For the purpose of section, « assisting » means a regulated member of another college or a physician is on-site directing the procedure being performed.</p> <p><b>Special authorization restricted activities</b></p> <p><b>Art. 18<sup>8</sup></b> A regulated member who has provided evidence satisfactory to the Registrar of having completed and remaining current in the advanced training required by the Council and who has received notification from the Registrar that the authorization is indicated on the regulated members register is authorized to perform the following restricted activities for the purposes of performing extracorporeal membrane oxygenation, needle thoracentesis and the insertion and maintenance of chest tubes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) to cut a body tissue, to administer anything by an invasive procedure on body tissue or to perform surgical or other invasive procedures on body tissue below the dermis for the purpose of insertion and maintenance of chest tubes, insertion of central venous pressure catheters and needle thoracentesis;</li> <li>b) to insert or remove instruments, devices, fingers or hands into an artificial opening into the body for the purpose of insertion and maintenance of chest tubes, insertion of central venous pressure catheters and needle thoracentesis;</li> <li>c) to administer blood or blood products for the purpose of extracorporeal membrane oxygenation;</li> <li>d) to order any form of ionizing radiation in medical radiography for the purpose of ordering a chest X-ray.</li> </ul>	3-year Alberta College Diploma

## Annexe 2

La pratique de l'inhalothérapie à travers le Canada (avril 2011) *suite*

Province	Les champs de pratique	Activités	Niveau de formation
Manitoba	<p><b>Art. 1 (1)<sup>9</sup></b> «thérapie respiratoire» L'application scientifique, sous surveillance et coordination médicales, de techniques et méthodes visant à aider le médecin dans le diagnostic et le traitement sûrs et efficaces des troubles respiratoires et troubles connexes, et dans la promotion du bien-être des patients atteints de ces troubles.</p> <p>Définition complémentaire de thérapie respiratoire:</p> <p><b>Art. 1 (2)<sup>10</sup></b> Sans limiter la portée générale de la définition de «exercice de la thérapie respiratoire» et de «thérapie respiratoire», est réputé exercer la thérapie respiratoire au sens de la présente loi quiconque, au moyen d'annonce publicitaire, d'enseigne ou de déclarations quelles qu'elles soient, verbales ou écrites, prétend, fait croire ou déclare qu'il a ou se fait passer pour avoir les qualités, l'aptitude ou la volonté nécessaires pour aider une personne par un traitement <b>sous surveillance et coordination médicales</b>, au moyen de gaz médicaux, d'aérosols, d'oxygène, d'air comprimé ou d'autres mélanges de gaz médicaux thérapeutiques, appliqués directement ou indirectement aux voies respiratoires, ce qui s'entend également:</p>	<p>a) de l'administration de médicaments par les méthodes précédentes;</p> <p>b) du dégagement des voies respiratoires avec ou sans appareils mécaniques;</p> <p>c) des mesures visant à l'utilisation sûre et efficace de matériel et de techniques sur le patient;</p> <p>d) de l'évaluation de l'efficacité des procédés et techniques précédents;</p> <p>e) de l'exercice de l'expertise technologique nécessaire pour évaluer efficacement le matériel, pour encourager la mise au point de nouveau matériel propre à répondre aux besoins particuliers;</p> <p>f) de la réalisation des examens et mesures servant de moyens d'appui aux fins du diagnostic ou de l'évaluation du fonctionnement du système cardiopulmonaire;</p> <p>g) de l'application des techniques de réanimation cardiopulmonaire;</p> <p>h) de la prise d'échantillons de sang artériel ou capillaire aux fins d'analyse des gaz dans le sang.</p> <p>Les services et procédés visés aux alinéas (2) a), b), c), d), f), g) et h) ne sont pas limités à la thérapie respiratoire.</p>	4-year program leading to a Bachelor's degree in Medical Rehabilitation: B.M.R. (R.T.)

## Annexe 2

La pratique de l'inhalothérapie à travers le Canada (avril 2011) *suite*

Province	Les champs de pratique	Activités	Niveau de formation
Nouvelle-Écosse	<p><b>Art. 1(w)</b><sup>11</sup> « practice of respiratory therapy » means the application of professional respiratory therapy knowledge, skills and judgement in the provision of diagnostic, <b>assessment</b>, and therapeutic modalities to assist in the management of cardiorespiratory and related disorders, in collaboration with physicians and other health care professionals, to achieve optimal respiratory health, wellness and functional performance and includes, but is not limited to:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. <b>conducting patient cardiorespiratory assessment;</b></li> <li>ii. performing basic respiratory care therapy modalities;</li> <li>iii. performing airway management techniques;</li> <li>iv. optimizing pulmonary ventilation;</li> <li>v. applying medical gas theory;</li> <li>vi. providing cardiopulmonary resuscitation and stability;</li> <li>vii. administering and monitoring prescribed pharmaceutical substances;</li> <li>viii. procuring blood samples from various sites;</li> <li>ix. performing pulmonary diagnostic testing;</li> <li>x. performing cardiac diagnostic testing;</li> <li>xi. performing hemodynamic monitoring;</li> <li>xii. performing hyperbaric medicine therapy;</li> <li>xiii. performing anaesthesia assistance within the scope of practice of the profession;</li> <li>xiv. such delegated medical functions as are approved in accordance with the Medical Act;</li> <li>xv. educating patients, families, colleagues and health care professionals concerning respiratory care;</li> <li>xvi. such other aspects of respiratory therapy as may be prescribed in regulations approved by the Governor in Council, and research, administration and education relevant to subclauses (i) to (xvi).</li> </ul>	3-year program leading to a diploma or a four-year program leading to a bachelor's degree in health sciences
Nouveau-Brunswick	<p><b>Art. 2</b><sup>12</sup> Définition de « thérapie respiratoire » et « exercice de la thérapie respiratoire »:</p> <p>L'application scientifique de connaissances, de techniques et de méthodes concernant le système cardiopulmonaire humain, effectuée par un thérapeute respiratoire ou en collaboration avec des médecins et d'autres professionnels de la santé <b>pour l'évaluation</b>, le diagnostic, le traitement et la promotion du mieux-être des patients et des personnes qui souffrent de troubles respiratoires et de troubles connexes, y compris selon l'ordonnance d'un médecin et les protocoles établis:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) l'administration de médicaments et autres agents thérapeutiques;</li> <li>b) l'application et la gestion du dégagement des voies respiratoires, à l'aide ou non de dispositifs;</li> <li>c) la prise d'échantillons de sang artériel ou capillaire aux fins d'analyse des gaz dans le sang.<sup>13</sup></li> </ul>	Programme collégial de 4 ans

## Annexe 2 La pratique de l'inhalothérapie à travers le Canada (avril 2011) suite

Province	Les champs de pratique	Activités	Niveau de formation
Saskatchewan	La <i>Respiratory Therapists Act</i> ne définit pas de champ de pratique ni d'activités spécifiques. On se réfère au <i>CSRT Standard of Practice</i> .	A typical posting for an RRT position in a health regions reads as follows:  Provides general and specialized respiratory care <b>including but not limited to:</b>  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. airway management including endotracheal intubation (as certified within the RHD);</li> <li>2. arterial line insertion (as certified within the RHD);</li> <li>3. patient transport;</li> <li>4. tracheostomy tube changes and care (as certified within the RHD);</li> <li>5. mechanical ventilation;</li> <li>6. arterial blood gas procurement and analysis (as certified within the RHD);</li> <li>7. <b>patient assessment;</b></li> <li>8. delivery of medication;</li> <li>9. patient teaching;</li> <li>10. in-servicing;</li> <li>11. oxygen therapy;</li> <li>12. humidification therapy;</li> <li>13. attendance at emergency situations including high risk deliveries;</li> <li>14. calibration and maintenance of equipment;</li> <li>15. suction therapy;</li> <li>16. bedside spirometry testing;</li> <li>17. assistance with bronchoscopies;</li> <li>18. resuscitation.</li> </ol>	
Terre-Neuve	<b>Definition:</b> «respiratory therapy» means the application of professional therapy in the <b>evaluation, treatment, care and maintenance of cardiopulmonary function</b> utilizing specialized medical expertise and advanced medical technology. <sup>14</sup>		

1 Art. 37 s), *Code des professions*, RLRQ, chapitre C-26

2 Art. 37.1 s), *Code des professions*, RLRQ, chapitre C-26

3 *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute*, (RLRQ, chapitre C-26, a. 94 par. h)

4 Art. 3, *Loi de 1991 sur les thérapeutes respiratoires*, L.O. 1991, Chapitre 39

5 Art. 4, *Loi de 1991 sur les thérapeutes respiratoires*, L.O. 1991, Chapitre 39

6 Art. 5, *Loi de 1991 sur les thérapeutes respiratoires*, L.O. 1991, Chapitre 39

7 Art. 17, *Respiratory Therapists Regulation*, Profession Regulation 137/2009

8 Art. 18, *Respiratory Therapists Regulation*, Profession Regulation 137/2009

9 Art. 1 (1), *Loi sur les Thérapeutes respiratoires*, C.P.L.M. c. R115.

10 Art. 1 (2), *Loi sur les Thérapeutes respiratoires*, C.P.L.M. c. R115.

11 Art. 1(w), *Respiratory Therapists Act*, S.N.S. 2007, c. 13.

12 Art. 2, *Loi sur les thérapeutes respiratoires*, 3<sup>e</sup> session, 56<sup>e</sup> législature, Nouveau-Brunswick, 57-58 Elizabeth II, 2009.

13 Art. 2, *Loi sur les thérapeutes respiratoires*, 3<sup>e</sup> session, 56<sup>e</sup> législature, Nouveau-Brunswick, 57-58 Elizabeth II, 2009.

14 Art.2, *Respiratory Therapist Regulations under the Health Professions Act*, September 20, 2012.



Lettre d'appui de l'Association des anesthésiologistes du Québec (avril 2013)



## Annexe 3

## Lettre d'appui de l'Association des anesthésiologistes du Québec (avril 2013) suite

Madame Josée Prud'homme  
Page 2

---

Non seulement les connaissances et la technologie progressent, mais également les champs et les modes de pratique telle que la multidisciplinarité/interdisciplinarité. Quoiqu'encore de croissance modeste sur le terrain, au même titre que la cogestion et la complémentarité des services, la multidisciplinarité est là pour rester et croître. Dans ce contexte, il ne fait aucun doute dans notre esprit que la réforme de la formation des inhalothérapeutes au Québec est une priorité.

Évidemment, de par leur expertise, nous sommes d'avis que les modalités de cette réforme et le type de diplomation doivent être sous la responsabilité de l'ordre et du ministère de l'éducation. En ce qui a trait au contenu de la formation, basé évidemment sur les besoins, il nous apparaît judicieux de mieux comprendre les attentes du corps médical directement et non seulement se limiter, quoiqu'essentielles, à des entrevues d'inhalothérapeutes même d'expériences variées. Cette approche ayant l'avantage de permettre une plus grande objectivité et souvent faciliter l'instauration du changement. De plus, tel que mentionné par le Collège des médecins, nous réitérons l'importance d'une transition minimisant l'impact sur la clientèle dans la dispensation des services.

**Et l'anesthésiologie?**

Pour ce qui est des secteurs d'activités touchant plus particulièrement l'anesthésiologie, soit l'assistance anesthésique, la sédation analgésie et les soins critiques, nous aimerions apporter certains commentaires que nous avons déjà eu la chance de partager avec votre présidente en ce qui a trait aux deux premiers secteurs.

En assistance anesthésique, l'arrivée des inhalothérapeutes, par l'entremise des anesthésiologistes, a signé le début d'une aire nouvelle ayant sans contredit accentuée la qualité des soins à la clientèle anesthésique. Dans la complémentarité et l'interdisciplinarité, nous pouvons fièrement conclure que pour la très grande majorité de nos institutions, la mission est accomplie. Ainsi, l'arrivée d'une réforme de la formation devient une séquence logique dans le maintien de la qualité du travail d'équipe qui caractérise nos professions.

Lettre d'appui de l'Association des anesthésiologistes du Québec (avril 2013) suite

Madame Josée Prud'homme  
Page 3

---

Dans le cas de la sédation analgésie, sollicitée pendant de nombreuses années, l'anesthésiologiste n'a pu qu'exceptionnellement répondre à la demande, étant fortement sollicité au bloc opératoire dans un contexte de pénurie. Malgré l'apparente accalmie de cette pénurie, il n'en demeure pas moins que les besoins étaient et sont encore de plus en plus présents aujourd'hui. Pour sa part, pour ce qui est de ce secteur d'activité spécifique, l'AAQ voit les départements d'anesthésiologie beaucoup plus comme des experts conseils, gardiens de la qualité de l'acte, plutôt que des dispensateurs directs de soins. Évidemment, on parle ici de sédation et non de l'oxymoron, sédation profonde, signifiant anesthésie générale, ni de considérations particulières telle que la pédiatrie où la présence médicale est requise.

**L'évaluation**

Finalement, quoique mal aimée, l'évaluation demeure la pierre angulaire, le passage obligé, de la mesure de la connaissance acquise. Il nous apparaît logique, quoique non de notre ressort, de s'assurer d'une façon quelconque de la qualité de la formation et des compétences acquises. D'autant plus que le consensus semble clair face aux lacunes de formation des inhalothérapeutes du Québec vis à vis le reste du Canada. Constat intéressant pour la quantité de la main-d'œuvre locale, diminuant la mouvance interprovinciale, mais certainement préoccupante pour la qualité des soins dispensés.

En espérant le meilleur des succès dans vos démarches, soyez assurée, Madame Prud'homme de notre entière collaboration au maintien d'un partenariat fort et collégial, tant pour nos deux professions que dans l'intérêt de notre clientèle commune.



François Gobeil, M.D.  
Président

c.c. : Dr Charles Bernard  
Dr Jean-Bernard Trudeau

## Annexe 4

## Lettre d'appui du Collège des médecins (janvier 2014)



Le 7 janvier 2014

Maître Jean Paul Dutrisac  
Président  
Office des professions du Québec  
800, place d'Youville – 10<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1R 5Z3

**Objet : Reconnaissance de l'évaluation à titre d'activité réservée aux inhalothérapeutes du Québec**

Monsieur le Président,

À la suite de notre rencontre en date du 2 décembre 2013, je souhaite réaffirmer l'importance que le Collège des médecins du Québec (CMQ) accorde à la reconnaissance de l'évaluation à titre d'activité réservée aux inhalothérapeutes du Québec.

Au cours de la dernière année, le CMQ a rencontré les représentants de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) à plusieurs reprises afin de faire le point sur l'objet en titre. L'OPIQ a également produit, en collaboration avec le CMQ, un document justificatif qui a été partagé avec le comité directeur sur les activités médicales partageables (CDAMP) en mai 2013. Par la suite, les représentants de l'OPIQ ont rencontré les membres du CDAMP en septembre 2013.

Dans le cadre de la reconnaissance recherchée, le CDAMP a donné son appui à l'OPIQ. Celui-ci fut ensuite entériné par le Conseil d'administration du CMQ du 18 octobre 2013 et partagé avec le Dr François Gobeil, président de l'Association des anesthésiologistes du Québec. Ce dernier s'est montré favorable à la démarche de reconnaissance.

Essentiellement, le CMQ considère qu'il faut corriger cette non reconnaissance historique car elle engendre des confusions inopportunes dans le cadre du déploiement des activités cliniques interdisciplinaires dans le système de santé. Dans les faits, les inhalothérapeutes ont la formation et la compétence pour réaliser une évaluation en toute autonomie lorsqu'un diagnostic du système cardiorespiratoire est connu. D'ailleurs les activités qui leurs sont actuellement réservées et qui ont été bonifiées depuis l'entrée en vigueur de la loi 90 ne peuvent s'actualiser pleinement sans la capacité d'évaluer en respect du champ d'exercice propre aux inhalothérapeutes.

Le CMQ appuie donc cette reconnaissance de l'évaluation par les inhalothérapeutes qui en pratique s'actualise déjà et qui est largement reconnue par les médecins qui travaillent quotidiennement avec les inhalothérapeutes notamment les anesthésistes, les pneumologues et aussi les urgentologues.

Parallèlement, nous avons discuté avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) au sujet de l'appui qu'apporte le CMQ à la démarche de l'OPIQ. L'OIIQ s'est dit prêt à collaborer afin que le changement demandé se fasse harmonieusement. En ce sens, une rencontre entre les trois ordres sera programmée dès les premiers mois de 2014 afin de coordonner la démarche de reconnaissance.

## Annexe 4

---

### Lettre d'appui du Collège des médecins (janvier 2014) suite

Me Jean Paul Dutrisac  
Office des professions du Québec  
20140106

2

D'ores et déjà, nous vous demandons d'envisager que la reconnaissance d'évaluation aux inhalothérapeutes soit insérée dans le cadre de la révision du Code des professions via le Bill Omnibus. Le CMQ pourrait entre-temps envisager de corriger la situation de façon temporaire via un règlement d'autorisation.

Je vous prie de recevoir, Monsieur le Président, mes salutations les plus distinguées.

Le Président-Directeur général,



Charles Bernard, M.D.  
CB/JBT/kb

C.c : Mme Lucie Tremblay, Présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec  
M. Jocelyn Vachon, Président de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec







**Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec**

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 721

Montréal (Québec) H3G 1R8

Téléphone: 1 800 561.0029

514 931.2900

Télécopieur: 514 931.3621

[www.opiq.qc.ca](http://www.opiq.qc.ca)