

inhalo

automne 2023 / hiver 2024

DOSSIER

SPÉCIAL CONGRÈS 2023

NOUVELLE CHRONIQUE

MÉDIAS SOCIAUX / ENJEUX + BONNES PRATIQUES

Concours

10 000 bonnes raisons d'apprendre à se connaître

À gagner 4 x 10 000 \$

Nous avons tant à offrir, et vous avez tout à gagner. Demandez une soumission auto, habitation ou véhicules de loisirs.

Participez maintenant!
gagnez.beneva.ca/opiq

beneva

Détails et règlements disponibles au gagnez.beneva.ca/opiq. Le concours se termine le 10 janvier 2024. Le prix à tirer est l'un des quatre (4) chèques d'une valeur de 10 000 \$. Aucun achat requis. Le gagnant devra répondre à une question d'habileté mathématique. © Beneva inc. 2023 ^{MD} Le nom et le logo Beneva sont des marques de commerce de Groupe Beneva inc. utilisées sous licence.



Avant-propos	4
Entrevue avec la nouvelle présidente	5
Dossier	
Spécial congrès 2023	
Portrait de Véronique Adam, conférencière chouchou et lauréate du <i>Mérite du CIQ 2023</i>	7
À l'avant-scène	10
La biomécanique respiratoire : un régulateur de la posture et de la marche	12
Quelle est l'importance de visualiser les courbes de CO ₂ expiré ?	16
Pourquoi et comment rendre sa pratique professionnelle culturellement sécurisante pour les patients issus des Premiers Peuples	20
Tableau d'honneur 2023	24
Le congrès en images	25

Médias sociaux / enjeux + bonnes pratiques	
À votre avis...	28
Déontologie / inh. : 3 lettres responsables	
Conjuguer avec une personne difficile, pas toujours facile	30
Assurances	32
Finances	33
Babillard	35
Questionnaire	37



sommaire

VERSION INTERACTIVE

Repérez ces icônes qui indiquent des liens



courriel



texte hyperlié



tableau hyperlié



page hyperliée



l'inhalo

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

Présidente

Karine Grondin, inh., FCSRT

Administrateurs et administratrices

Mohamed Belhadj, inh., Josée Boudreault, inh., Nathalie Lehoux, inh., Cédric Mailloux, inh. (vice-président), Nikolay Moroz, inh., Julie Roy, inh., Gabrielle St-Pierre, inh., Yves Tremblay, inh.

Administrateurs et administratrices nommé(e)s par l'Office des professions

Philippe Barcelo, Cécile Beaumont, Manon Bonnier, Alain Martineau (trésorier)

PERMANENCE

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

Directrice des affaires juridiques
M^{re} Andréanne LeBel

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

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

Inspecteur professionnel
Daniel Jorgic, inh.

Conseiller à la qualité de la pratique
El Amine Fettar, inh.

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

Coordonnateur au développement professionnel
Pascal Rioux, inh.

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

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

Adjointe de direction
Catherine Larocque

Adjointe administrative aux affaires juridiques
Anie Gratton

Adjointe administrative à l'inspection professionnelle
Peggy Casse en remplacement d'Ophélie Dérau

Adjointe administrative au Tableau des membres
Marie Andrée Cova

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

COMMUNICATIONS

Responsable
Marise Tétreault, inh., M.A.

Collaborateurs et collaboratrices
Véronique Adam, inh., Geneviève Boucher, inh., Bernard Cadieux, inh., M. Sc., M.A.P., M^{re} Magali Cournoyer-Proulx, Mélissa Gagnon-Hamelin, inh., Karine Grondin, inh., FCSRT, Alexandra Hassan, inh., Marily Lavoie, inh., Jessie Lepage, B. Éd., Line Prévost, inh., B.A., réd. a., Catherine Provencher Martineau, inh., Pascal Rioux, inh., Benoît Tremblay, inh.

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2023

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

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

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

**Publication bisannuelle
de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec**

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

Envoi de publication: contrat n° 400 647 98

Lorsque possible, sans trop alourdir le texte, nous recourons en alternance aux procédés de rédaction épicienne (formulation neutre, féminisation syntaxique) et au masculin générique, selon une approche recommandée par l'OQLF.

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



AVANT-PROPOS

Une première fois... qui pourrait devenir coutume !

C'est avec joie que nous vous présentons cette nouvelle édition de votre revue constituée de grandes premières. Première parution consacrée au congrès de l'OPIQ, elle propose quelques résumés de conférences, dont deux ont été rédigés par Marily Lavoie, inh. et Jessie Lepage qui signent ici un premier article. Parlant de première fois, ne manquez pas notre première chronique *Médias sociaux | Enjeux et bonnes pratiques*, nos entrevues avec Karine Grondin, récemment élue présidente de l'Ordre et Véronique Adam, inhalothérapeute, conférencière chouchou et lauréate du prix *Mérite du CIQ 2023*, qui nous parle, notamment, de sa première conférence. Vous avez envie de vous lancer et de proposer une conférence à notre prochain congrès ? Répondez à l'appel de conférence en page 27. Vous hésitez ? Inspirez-vous des témoignages d'appréciation d'inhalothérapeutes, qui ont su relever le défi de présenter une première conférence au dernier congrès de l'OPIQ.

Bonne lecture !



Marise Tétreault

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



Coordonnatrice aux communications

AstraZeneca Canada inc.	11
Banque Nationale	15
Beneva	2
CISSS de l'Outaouais (Hôpital de Maniwaki)	34
FIQ	9

Johnson & Johnson Inc.	6
Karl Storz Endoscopy Canada Ltd.	14
Linde Canada Inc.	27



index des annonceurs



Entrevue avec Karine Grondin, présidente de l'OPIQ

Le 22 septembre dernier, madame Karine Grondin a été élue à la présidence du CA de l'OPIQ pour un mandat de quatre ans. Afin d'en apprendre davantage sur son parcours d'inhalothérapeute et d'administratrice, ainsi que sur ses motivations à s'impliquer dans le développement de la profession, nous lui avons posé cinq questions. Nous la remercions très sincèrement d'avoir accepté d'y répondre.

Tout d'abord, parlez-nous de votre expérience comme inhalothérapeute.

J'ai reçu mon diplôme en mai 1997, puis commencé ma pratique professionnelle en février 1998 au CHUS de Sherbrooke, et j'y suis toujours. Avant d'entrer au programme d'inhalothérapie, j'avais obtenu un DEC en sciences universelles et amorcé un baccalauréat en architecture, que je n'ai pas terminé. En 2019, j'ai obtenu un certificat de l'Université Laval en leadership du changement.

Dès le début de ma carrière, j'ai démontré un intérêt marqué pour la pratique professionnelle et l'excellence des soins. Après deux années de pratique, je suis devenue coordonnatrice clinique de nuit; à cette époque, nous agissions plutôt à titre d'assistants-chefs, assumant les mêmes rôles et responsabilités. Depuis 2010, je suis coordonnatrice clinique en inhalothérapie. Je suis responsable, entre autres, de l'orientation des nouveaux inhalothérapeutes, du développement et du maintien des compétences et de l'application des bonnes pratiques cliniques. Depuis quelques années, je collabore avec le laboratoire de physiologie respiratoire. Je travaille auprès de toutes les clientèles : néonatale, pédiatrique, adulte et gériatrique.

En 2021, la Direction des services multidisciplinaires (DSM) – qualité de mon organisation m'a confié le mandat de travailler conjointement avec les autres services d'inhalothérapie et autres directions de mon CIUSSS afin de collaborer à l'amélioration de la pratique professionnelle transversale.

Le transfert de connaissances occupe aussi une place importante dans ma pratique. J'enseigne à la Faculté de médecine et des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke où j'anime des ateliers pratiques. Je suis instructrice en réanimation néonatale depuis plusieurs années et en ACLS depuis plus d'un an. J'ai aussi déjà enseigné au Cégep de Sherbrooke.

Je suis une personne d'action et j'aime m'impliquer. Je siège au conseil d'administration de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires depuis mai 2020, à titre de représentante du Québec. Je termine mon dernier mandat en mai 2024. Je suis d'ailleurs *Fellow*¹ de cette même organisation depuis avril 2023.

Et, depuis le 22 septembre, je suis présidente de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec!

Vous êtes membre du CA de l'OPIQ depuis 2021. Dites-nous, en quelques mots, pourquoi vous avez posé votre candidature à un poste d'administratrice de l'OPIQ.

Ayant collaboré à diverses reprises à certains dossiers de l'OPIQ, j'ai acquis une meilleure connaissance du rôle et de la mission de l'organisation. Je souhaitais m'impliquer à ce niveau. La reconnaissance professionnelle de l'expertise des inhalothérapeutes dans les trajectoires de soins est un atout pour améliorer la prise en charge et la sécurité des patients.

Qu'est-ce que ce poste d'administratrice vous a permis d'apprendre relativement au rôle des ordres dans le système professionnel québécois?

L'importance de la richesse des échanges et de la complémentarité des expertises dans un conseil d'administration et de la collaboration interprofessionnelle pour assurer le mandat essentiel qu'est la protection du public.

Tout récemment, vous avez été élue à la présidence. Quelles raisons ont motivé votre décision de vous présenter à ce poste?

Avec mon bagage clinique et mon intérêt marqué pour les meilleures pratiques professionnelles, je souhaitais m'impliquer activement dans des dossiers sensibles ou fondamentaux. Appuyée par les compétences variées du conseil d'administration, je me sentais bien entourée pour assumer un tel mandat et pérenniser le travail de collaboration déjà entamé avec les autres organisations, dont le conseil interprofessionnel du Québec, les divers ordres professionnels et l'Office des professions.

Quels sont les prochains chantiers/défis/enjeux que vous désirez prioriser?

Deux dossiers d'envergure et d'actualité : la modernisation du système professionnel et l'élargissement des pratiques. Il importe que nous soyons présents et à l'affût des développements. J'ajouterais la mise en œuvre du plan stratégique 2023-2028 de l'Ordre qui vient d'être déposé.

En terminant, quel message aimeriez-vous laisser aux inhalothérapeutes et aux étudiantes et étudiants en inhalothérapie?

Au cours de ma pratique professionnelle, j'ai travaillé sur divers dossiers et rencontré de nombreux professionnels. J'ai tissé des liens, travaillé dans l'adversité, mais aussi savouré des réussites. Il faut saisir les opportunités et s'investir, miser sur la force de son équipe, la richesse des autres et croire en notre expertise professionnelle, sans nécessairement en connaître la finalité ou bien s'attendre à ce que tout soit parfait. Comme disait Winston Churchill : « Le succès n'est pas final, l'échec n'est pas fatal. C'est le courage de continuer qui compte. »

Je profite de l'occasion pour vous souhaiter, ainsi qu'à vos proches, de très joyeuses fêtes! Même si les soins et services de santé ne prennent jamais de pause, tentez de profiter de cette période de l'année pour pratiquer des activités qui vous procurent bonheur et réconfort. 



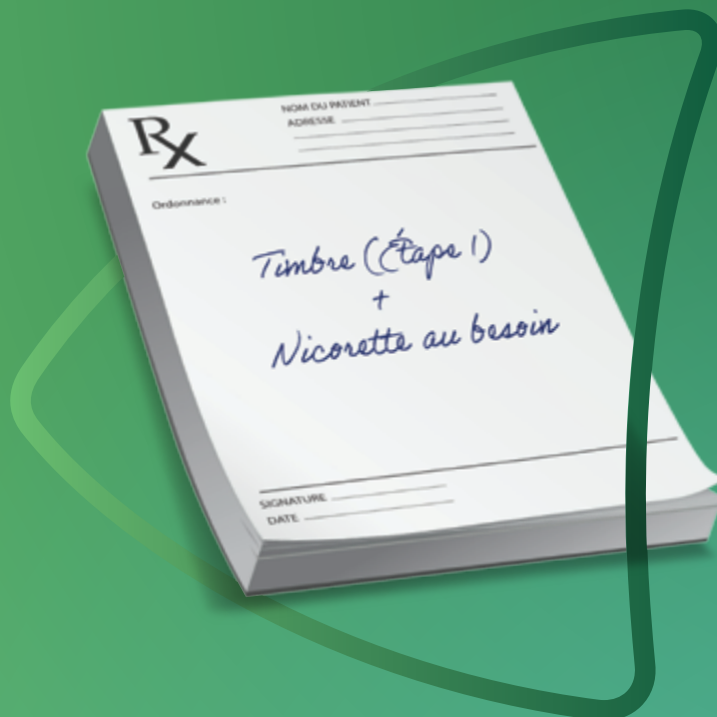
Karine Grondin, inh., FCSRT
Présidente

1. La Société canadienne des thérapeutes respiratoires a créé la désignation «FCSRT» pour reconnaître les membres inscrits qui ont apporté une importante et constante contribution au développement de la science et/ou de la profession et qui se sont engagés à maintenir leurs compétences en obtenant 25 crédits de formation/développement professionnel continu par année. Pour [en savoir plus](#) (en anglais seulement).

AJOUTEZ DU POUVOIR À LEUR VOULOIR, AVEC UNE THÉRAPIE DE REMPLACEMENT DE LA NICOTINE D'ASSOCIATION



La thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) d'association, qui fait appel au timbre NICODERM® et à un produit NICORETTE® (gomme/pastille/inhalateur/vaporisateur buccal), est utilisée pour aider vos patients à arrêter de fumer, en réduisant les symptômes de sevrage et les envies de nicotine¹⁻⁵.



Donner des **CONSEILS** aux patients, ne serait-ce que pendant 3 minutes augmente les taux d'abandon, preuves à l'appui⁶

Il a été démontré que le **TRAITEMENT D'ASSOCIATION** était 30 % plus efficace que l'utilisation d'une seule TRN¹

La TRN d'association peut être **REMBOURSÉE** aux patients à qui on la prescrit

ENVISAGEZ de prescrire NICODERM + NICORETTE à vos patients qui sont prêts à essayer de cesser de fumer¹

Voir les mises en garde, les précautions et le mode d'emploi de NICODERM® (timbre transdermique de nicotine) à health-products.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=02093111&lang=fre, de la gomme NICORETTE® (gomme de polacrilex de nicotine) à health-products.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=02091933&lang=fre, de la pastille NICORETTE® (pastille de résinate de nicotine) à health-products.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=02247347&lang=fre, de l'inhalateur NICORETTE® (système d'inhalation de nicotine) à health-products.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=02241742&lang=fre et de NICORETTE® VapoÉclair® (vaporisateur buccal de nicotine) à health-products.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=80110857&lang=fre pour évaluer les bienfaits et les risques de ces produits. Toujours demander aux patients de lire l'étiquette. Les licences de mise en marché des produits sont accessibles sur demande par l'entremise du service de l'Information médicale de J&J, en composant le 1-866-311-5659 (pour NICODERM®) ou 1-866-311-5606 (pour NICORETTE®).



RÉFÉRENCES : 1. Licence de NICODERM®, 5 juillet 2017. 2. Licence de NICORETTE® VAPOÉCLAIR®, 9 mai 2022. 3. Licence de la gomme NICORETTE®, 29 avril 2021. 4. Licence de l'inhalateur NICORETTE®, 15 juin 2021. 5. Licence de la pastille NICORETTE®, 31 mars 2021. 6. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update.

Portrait de Véronique Adam, conférencière chouchou et lauréate du Mérite du CIQ 2023

Introduction

Encore cette année, les inhalothérapeutes étaient nombreux à la présentation sur l'hypoventilation alvéolaire chronique offerte par Véronique Adam, inhalothérapeute, assistante-chef clinique en inhalothérapie et responsable de la formation et du développement au programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD) du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Pédagogue hors pair et conférencière recherchée, madame Adam présente à notre congrès annuel depuis 2014. Elle est d'ailleurs une conférencière chouchou de l'OPIQ depuis 2019.

En septembre dernier, l'Ordre lui a aussi décerné le Mérite du CIQ. Ce prix, qui constitue une reconnaissance de l'ensemble du monde professionnel, témoigne de son implication et de ses réalisations dans le domaine de l'enseignement et du rayonnement de la profession au niveau provincial, national et international.

Afin d'en apprendre davantage sur son parcours et ses motivations comme conférencière, nous lui avons posé cinq questions. Nous la remercions très sincèrement de s'être prêtée au jeu.

Q1

À ce jour, vous avez présenté six conférences au congrès de l'OPIQ. Racontez-nous votre première expérience.

Ma toute première expérience comme conférencière a eu lieu au congrès de l'*American Association for Respiratory Care (AARC)* en Californie, où j'ai présenté en anglais; j'étais pétrifiée! Donc, j'étais contente qu'on m'offre l'occasion, en 2014, de présenter en français — plus naturel et confortable pour moi! —, lors de l'événement conjoint de l'OPIQ avec la Société canadienne des thérapeutes respiratoires (SCTR). Il y avait deux « premières » pour moi à ce congrès : ma première conférence officielle en français et la première rencontre de notre groupe du Réseau de la ventilation à domicile de la SCTR. Plusieurs défis m'attendaient, avec tout le stress qui en découle!

Plusieurs collègues anglophones sont venus m'épauler lors de cette conférence en français, malgré le fait qu'ils ne parlaient pas du tout français! Ça m'avait fait chaud au cœur. Je me souviens aussi des questions posées par l'assistance, c'est toujours déstabilisant les premières fois.

Q2

Qu'est-ce qui vous a motivé à accepter l'invitation?

J'étais vraiment honorée de discuter des modes de ventilation autoajustables utilisés à domicile. J'avais l'occasion d'expliquer non seulement comment nous travaillions avec ce mode à domicile, mais aussi comment la patientèle pouvait en bénéficier! J'avais enfin la chance d'introduire le sujet de l'assistance ventilatoire à domicile, de parler de la réalité à domicile pour ces patients et patientes, en espérant aider les inhalothérapeutes à bien répondre aux besoins de cette clientèle lorsqu'elle se présente dans leurs milieux de soins.

...

Q3

Comment se prépare-t-on en amont d'une conférence ?

La préparation d'une conférence débute toujours de la même façon pour moi :

- Je dresse un plan des éléments que je veux absolument aborder.
- J'effectue une revue de la littérature, donc il y a quand même beaucoup de lecture à faire.
- Je prépare la présentation *PowerPoint* avec mes objectifs du moment et j'y insère tous les éléments dont j'aimerais discuter lors de ma conférence et tout ce que je trouve intéressant : données probantes, histoires de cas, diagrammes, photos, etc.
- Par la suite, je commence à « apprendre et à pratiquer » ma présentation, ce qui équivaut à parler toute seule pour évaluer si la narration et les sujets présentés sont clairs ou non. Je confirme alors la façon de présenter les éléments : dois-je les inscrire sur les diapositives ou simplement les aborder de vive voix ? Après, je trie et fais une sélection définitive parmi tous mes ajouts.
- Je travaille l'aspect visuel de la présentation afin que mes diapositives soient agréables à regarder et pas trop chargées.
- Et finalement, je pratique et je chronomètre ma présentation. Je m'assure de maîtriser mon débit verbal — ni trop rapide ni trop lent — et surtout de respecter le temps qui m'est alloué. Je déteste quand les gens dépassent le temps qui leur est alloué, en raison des conséquences sur les autres présentateurs.

Je ressens toujours une certaine fébrilité avant de présenter une conférence, surtout au moment où je suis assise dans la salle de conférence, juste avant mon tour. Ma nervosité se manifeste le plus souvent par un serrement dans la gorge, une sécheresse de la bouche et une petite toux. On s'habitue, au fil de temps, mais quand je présente lors d'événements d'envergure, comme le *CHEST Conference*, devant des médecins américains qui ne sont pas accoutumés à l'accent francophone, je demeure très stressée. Avec les années, j'ai compris que c'est en raison de mon expertise en ventilation à domicile qu'on m'invite et pour partager mes connaissances, l'accent devient secondaire pour les gens.

Portrait de la lauréate du prix *Mérite du CIQ 2023* Véronique Adam



Inhalothérapeute diplômée de la promotion 1998 du Collège de

Rosemont, Véronique Adam a commencé sa carrière au Centre hospitalier régional de Lanaudière (CISSS de Lanaudière). En 2003, elle entre au Programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD) pour travailler auprès des clientèles pédiatriques et adultes sous assistance ventilatoire à domicile; elle développera une très grande expertise dans ce domaine pointue. En 2012, on lui confie le poste de coordonnatrice clinique jusqu'en 2015, année où elle devient assistante-chef clinique en inhalothérapie et responsable de la formation et du développement, poste qu'elle occupe encore aujourd'hui.

Dès les débuts de sa carrière, Véronique s'est démarquée par son professionnalisme, son empathie et son dévouement, de même que par l'excellence de ses suivis cliniques et la qualité de ses enseignements. Elle développe la documentation destinée à la clientèle du PNAVD, leur famille, ainsi qu'à ses pairs. Avec l'instauration d'un calendrier de formation, elle s'assure aussi que tous les inhalothérapeutes partenaires du PNAVD à travers la province, les autres professionnels de la santé, incluant les médecins et les résidents en pneumologie des différentes universités québécoises, reçoivent une formation qualifiante et de qualité sur l'assistance ventilatoire à domicile, les soins à prodiguer et l'appareillage utilisé.

En plus d'être membre de l'Ordre, elle est également membre de l'*American College of Chest Physicians (ACCP)* et de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires (SCTR). Depuis 2012, elle est d'ailleurs présidente du Réseau de la ventilation à domicile de la SCTR, qui offre un forum aux inhalothérapeutes travaillant en assistance ventilatoire à domicile partout au Canada pour partager leurs connaissances et pour promouvoir les meilleures pratiques en ventilation à domicile. Elle est aussi membre, à titre personnel, du comité directeur du *Home-based mechanical ventilation and Neuromuscular disease* de l'ACCP.

Son expertise en ventilation à domicile lui vaut de siéger à des comités ad hoc ou à des groupes de travail du ministère de la Santé sur ce sujet ou d'autres connexes comme le Groupe de travail sur l'apnée obstructive du sommeil et la révision du cadre de référence du PNAVD.

Depuis 25 ans déjà, madame Adam participe activement à l'avancement et au rayonnement — provincial et international — de la profession, de même qu'à la sécurité des soins et à l'amélioration continue de la qualité de la pratique par la qualité de ses enseignements et de ses présentations. Ces derniers lui ont d'ailleurs valu en 2017 le *Prix d'excellence en enseignement du conseil multidisciplinaire* du CUSM.

« C'est mon enthousiasme pour mon travail et mes patients qui me pousse à partager ma réalité et mon expertise [...] »

Q4

À ce jour, vous avez présenté plus de 21 conférences au Québec, au Canada et aux États-Unis. Qu'est-ce qui vous motive à poursuivre dans cette voie tout en élargissant votre auditoire ?

Être invitée à présenter dans plusieurs congrès m'a offert plusieurs opportunités. J'apprends beaucoup et pas seulement à propos de mon centre d'intérêt. Observer les gens présenter leurs conférences m'a aidée à trouver mon style comme conférencière, quoi faire et ne pas faire. Je valide scientifiquement le contenu qui est présenté par rapport au mien; je m'attarde à l'angle choisi pour la présentation et je regarde la réaction de l'auditoire, si elle apprécie ou non. Être conférencière dans plusieurs congrès m'a aussi permis d'en apprendre plus sur les façons de faire à l'extérieur du Québec et du Canada, de rencontrer et de connaître bon nombre de personnes, dont les auteurs des études scientifiques que je lis. J'ai ainsi pu leur poser mes questions de vive voix.

Par contre, la préparation des conférences présentées en anglais demande un immense travail et m'intimide toujours. J'essaie alors de mettre en perspective les points positifs: j'ai acquis une expertise dans mon domaine, j'ai créé des liens avec des personnes que je n'aurais jamais rencontrées, n'eût été ces conférences, et j'ai visité plusieurs belles villes canadiennes, américaines et européennes.

Q5

Que retenir personnellement de cette expérience professionnelle ?

Je ne compte plus les fois où, assise dans une salle de conférence, je me disais que notre programme offrait davantage en matière de soins et de services. Ma motivation première est de présenter et partager l'expertise de notre programme développée au fil de ses 30 ans d'existence et son impact sur notre clientèle.

J'ai aussi présenté des conférences conjointes avec certains de mes patients, pour qu'ils puissent parler de leurs réalités et exprimer leurs visions. Leur donner la parole a toujours été important pour moi.

C'est mon enthousiasme pour mon travail et mes patients qui me pousse à partager ma réalité et mon expertise et à vivre ces belles expériences, qui m'ont façonnée avec le temps. Je n'avais aucune idée que je pouvais faire ce que je fais !

En terminant, quel message aimeriez-vous laisser aux inhalothérapeutes qui hésitent à se lancer comme conférencier(-ière) ou à accepter une invitation pour présenter une conférence au congrès de l'OPIQ ?

Soyons honnêtes, être conférencier ou conférencière nous sort de notre zone de confort. La préparation d'une conférence est un processus laborieux. Cela demande un effort soutenu pour effectuer la recherche documentaire, s'assurer de la validité et la véracité du contenu et de bien maîtriser le sujet ! Sans compter le stress que cela peut générer, car on veut offrir une conférence de qualité, tant sur le fond que sur la forme. Pourquoi alors s'imposer tout cela ?

Voyons les aspects positifs. Travailler sur un sujet précis approfondit tes connaissances et développe ton expertise. En partageant ce savoir, tu permets à ton auditoire d'en apprendre plus sur le sujet. Tu contribues donc à l'amélioration des soins et des pratiques, car les patients recevront des soins de qualité adaptés à leurs besoins selon les pathologies. Quand des collègues me disent avoir rencontré certains patients dont je parle dans mes conférences et avoir compris leurs besoins, c'est ma récompense !



**La FIQ, mobilisée
pour défendre
vos conditions
de travail**

Inhalothérapeutes | Infirmières |
Infirmières auxiliaires | Perfusionnistes cliniques



À l'avant-scène

L'OPIQ salue chaleureusement la présence d'inhalothérapeutes qui ont présenté **une première conférence** au dernier congrès.



Si l'on se fie à leurs commentaires, l'expérience s'est avérée des plus positives. À l'avant-scène pour une première fois, ils et elles ont su capter l'attention de leur auditoire. Nous espérons les recevoir à nouveau! Imitiez-les et devenez vous aussi conférencier(-ière) à notre congrès!



1



2

TÉMOIGNAGE

Quelle fierté d'avoir contribué à faire connaître une autre facette du champ d'exercice des inhalothérapeutes. On a aussi un important rôle à jouer en prévention de la maladie et en promotion de la santé.

Geneviève Boucher , inhalothérapeute en santé publique, CISSS de la Montérégie-Est et **Alexandra Hassan** , inhalothérapeute en santé publique, CISSS de la Montérégie-Centre ont présenté la conférence **« Cesser de fumer est la meilleure décision pour votre santé. » Dix mots qui peuvent changer la vie des usagers et de leur famille.**



TÉMOIGNAGE

J'ai adoré ma première expérience comme conférencière! Partager mon expérience avec des collègues de tous les milieux a vraiment été enrichissant! À refaire assurément!

Mélissa Gagnon-Hamelin, inh., coordonnatrice en recherche clinique aux soins intensifs, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a présenté la conférence **Une histoire de greffe pulmonaire par l'inhalothérapeute.**



TÉMOIGNAGE

Prendre le temps d'approfondir un sujet donné m'a permis d'apprendre et d'intégrer de nouvelles théories et d'améliorer ma pratique comme professionnelle. De plus, j'ai également pu partager mes nouvelles connaissances avec les inhalothérapeutes du Québec, en plus des gens de mon milieu. Ensemble, nous pouvons être des acteurs du changement et ainsi continuer de promouvoir l'excellence.

Catherine Provencher Martineau, inh. et **Frédéric Mior**, anesthésiologiste, CIUSSS de l'Estrie – CHU de Sherbrooke ont présenté la conférence **Le couple inhalo-anesthésiste. Obtenez-en plus de votre équipe!**



BREZTRI^{MC}
AEROSPHERE[®]
budésonide / glycopyrronium /
fumarate de formotérol dihydraté en
suspension pressurisée pour inhalation

LE **POUVOIR** DE RÉDUIRE LES EXACERBATIONS CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE MPOC¹

BREZTRI^{MC} AEROSPHERE[®] est indiqué comme traitement d'entretien à long terme pour réduire les exacerbations liées à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et traiter l'obstruction des voies respiratoires chez les patients atteints de MPOC, y compris la bronchite chronique et/ou l'emphysème mal maîtrisés malgré un traitement par une association CSI/BALA ou AMLA/BALA¹.



Consultez les
résultats de l'étude
et téléchargez des
ressources utiles
pour votre
pratique

Indications et usage clinique :

BREZTRI^{MC} AEROSPHERE[®] n'est pas indiqué :

- pour le traitement des épisodes aigus de bronchospasme ou de l'asthme;
- chez les enfants et adolescents de moins de 18 ans.

Mises en garde et précautions pertinentes :

- Risque de manifestations graves liées à l'asthme - hospitalisations, intubations, décès
- Ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une détérioration rapide de la MPOC
- Usage excessif avec d'autres BALA ou d'autres AMLA
- Activité anticholinergique : utiliser avec prudence chez les patients qui présentent une hyperplasie symptomatique de la prostate, une rétention urinaire ou un glaucome à angle fermé
- Effets cardiovasculaires tels qu'une arythmie et variations du pouls et de la tension artérielle, et allongement de l'intervalle QTc
- Conduite de véhicules et utilisation de machines
- Candidose

- Risque d'effets généraux, y compris syndrome de Cushing, traits cushingoïdes, inhibition de la fonction surrénalienne, diminution de la densité minérale osseuse, hypokaliémie et hyperglycémie, cataracte, pression intraoculaire et glaucome
- Hypercorticisme et suppression surrénalienne
- Insuffisance surrénalienne chez les patients auparavant traités par un corticostéroïde à action générale
- Patients qui présentent une hyperplasie symptomatique de la prostate, sont atteints de glaucome, de troubles convulsifs, de thyrotoxicose, patients ayant une sensibilité aux amines sympathomimétiques, patients atteints d'insuffisance hépatique grave ou d'une hépatopathie, ou de rétention urinaire
- Dans de rares cas, troubles éosinophiliques
- Vulnérabilité ou affaiblissement de la résistance aux infections
- Surveillance de l'hypokaliémie, de l'hyperglycémie, des effets osseux et oculaires et des effets des corticostéroïdes chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique

- Bronchospasme paradoxal
- Risque accru de pneumonie
- Femmes enceintes et qui allaitent
- Personnes âgées (≥65 ans)

Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie du produit à breztri-fr.azpm.ca pour obtenir des renseignements importants concernant les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie. Vous pouvez aussi obtenir la monographie du produit en appelant AstraZeneca Canada au **1-800-668-6000**.

AMLA : antagoniste muscarinique à longue durée d'action; BALA : bêta₂-agoniste à longue durée d'action; CSI : corticostéroïde en inhalation.

Référence : 1. Monographie de BREZTRI^{MC} AEROSPHERE[®]. AstraZeneca Canada Inc., 30 septembre 2021.



La biomécanique respiratoire : un régulateur de la posture et de la marche

par **Benoît Tremblay**, inhalothérapeute en réadaptation respiratoire,
résume ici le contenu de la conférence qu'il a présentée au dernier congrès de l'OPIQ, à Rivière-du-Loup

Les objectifs de la conférence étaient de revoir certaines connaissances et d'en transmettre de nouvelles, d'informer les inhalothérapeutes, mais aussi de les sensibiliser à la relation entre la posture, les appuis expiratoires et la marche pour leur permettre de mieux la comprendre.

NDLR

La présentation *PowerPoint* de cette conférence est accessible dans le répertoire de documents du [Campus OPIQ](#), sous l'onglet « Communauté », dans la zone réservée aux membres du site de l'OPIQ. Vous pouvez vous y référer, pour consulter l'entièreté des diapositives, qui ne sont pas toutes reproduites ici en raison de l'espace restreint. En cas de disparité entre ce résumé et la présentation, cette dernière aura, en tout temps, préséance.

La marche est l'activité physique la plus naturelle chez l'être humain. Dès la naissance, les étapes du développement moteur que l'enfant traverse vers la station debout et la marche s'effectuent en lien étroit avec l'évolution de la biomécanique respiratoire. Une fois la position debout atteinte, la croissance de celle-ci se poursuit jusqu'à l'adolescence et l'âge adulte.

La biomécanique respiratoire

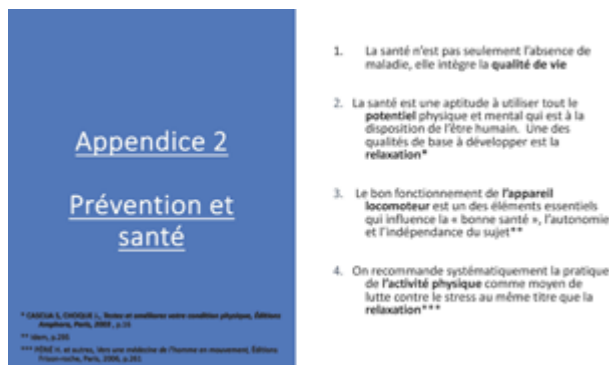
Jusqu'au dernier souffle, cette « intime relation » marche – biomécanique respiratoire demeure présente. Elle témoigne de la place que chaque personne occupe dans la société à travers une « attitude ou posture respiratoire ». Cette étroite relation évolue dans toutes les dimensions de la respiration chez l'être humain : physiologique, mentale, émotionnelle, sociale et spirituelle. Il est donc essentiel d'en comprendre certains mécanismes de base pour répondre le mieux possible aux besoins de notre patientèle en matière de prévention, de suivi et de maintien à domicile (voir diapositive 43).

L'efficacité énergétique et le plaisir de la marche proviennent de la mobilité des quatre membres, d'un libre port de la tête et d'un soutien respiratoire complet du tronc à chaque respiration que nous nommons : le centre d'appui respiratoire et postural équilibré en mouvement ou CARPEM (voir diapositive 13). Cet appui peut se définir comme « la relation biomécanique entre les muscles abdominaux inférieurs, le plancher pelvien, le sacrum, la colonne vertébrale, l'occiput et le sternum dans un état d'équilibre avec la meilleure capacité résiduelle fonctionnelle (CRF) possible. L'évaluation clinique et le suivi thérapeutique se réalisent dans les positions : assise, debout, à la marche ».

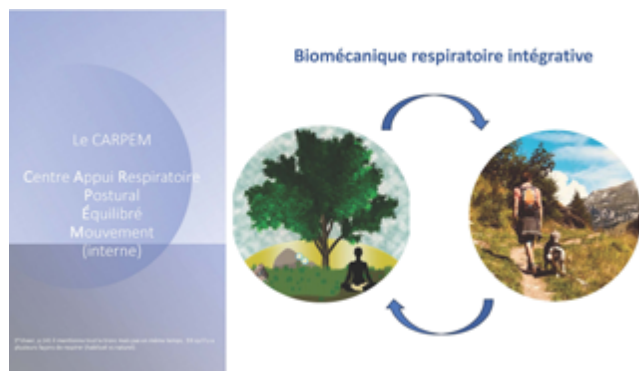
...

« [...] l'utilisation des lèvres pincées constitue une compensation plus ou moins efficace, souvent développée par défaut chez notre patientèle. » »

diapositive 43.
Appendice 2 Prévention et santé



diapositive 13.
Biomécanique respiratoire intégrative



diapositive 15. **Évaluation clinique individualisée**
Expiration «maximale» lente: VRE?



Le stress chronique systémique

La fluidité biomécanique de la marche et de la respiration est réduite par les effets combinés de la maladie pulmonaire et des tensions chroniques systémiques¹. Ces tensions se retrouvent dans toutes les parties du corps et nous les avons regroupées par bandes anatomiques (*voir diapositive 15*).

En situation de stress chronique, le soutien du CARPEM se perd. Il est compensé par des surtensions « normalisées et souvent non ressenties » dans les yeux, la mâchoire, les mains, les bras jusqu'au sternum. Les psoas, les carrés de lombes, les muscles fessiers et les mollets réagissent alors en surtension pour maintenir l'équilibre, ce qui augmente la dépense d'énergie et le risque de blessure. Dans cette situation, la totalité des tensions présentes empêche la personne d'expirer de façon optimale, ce qui limite sa capacité à marcher et accroît son anxiété.

Évaluation du type postural

Deux types de posture opposée résultent des effets du stress chronique systémique : la posture hypotonique et la posture hypertonique. Entre les deux, il existe des possibilités infinies de variations, dont une posture centrale rigide (*voir diapositive 16*).

Les deux principales postures ont un appui inspiratoire et expiratoire au niveau du plexus solaire et bloquent le mouvement libre des dernières côtes qui relient la cage thoracique et l'abdomen.

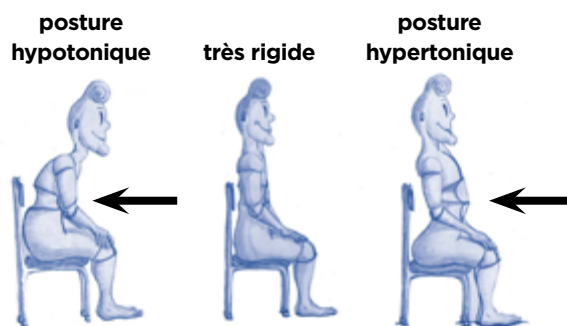
Les asynergies respiratoires et posturales (ARP)

Nous devons d'abord évaluer cliniquement les asynergies respiratoires et posturales (ARP). Idéalement, elles doivent être évaluées en décubitus dorsal, en position assise, debout et à la marche, puisque le passage d'une position à l'autre cause souvent des tensions de compensation pour se tenir droit et marcher droit².

1 Évaluation de la maladie par la CVF et des tensions chroniques par les volumes pulmonaires : volume courant, capacité inspiratoire, volume de réserve expiratoire et capacité vitale.

2 Voir les diapositives 19 à 27 pour des exemples cliniques.

diapositive 16. **Équilibration**



Il est préférable que la personne sache reconnaître et ressentir ces asynergies afin de comprendre les exercices à effectuer pour en profiter au maximum. C'est un important élément de motivation.

Voici quelques ARP parmi les plus courantes que l'on évalue par une expiration maximale lente (EML) selon les capacités individuelles :

Appuis expiratoires de compensation (asynergies)

- Appuis du sternum ou enroulement d'une ou des deux épaules
- Appui sur le plexus solaire
- Projection de la mâchoire (souvent associée avec les lèvres pincées)

Notons ici que l'utilisation des lèvres pincées constitue une compensation plus ou moins efficace, souvent développée par défaut chez notre patientèle. On peut en augmenter l'efficacité par une rééducation respiratoire ou la remplacer, lorsque c'est réalisable, par une expiration de soutien vers le CARPEM (abdominal bas) par le son «S» pour maintenir les petites voies aériennes libres après avoir équilibré le thorax selon le type postural.



Par exemple, si la posture de départ est hypertonique : relâcher d'abord les surplus de tensions inspiratoires de la cage thoracique par un son soupilé «A» suivi du son «S». Il est préférable d'éviter d'inspirer avant d'expirer chez les personnes hypertoniques.

La rééducation respiratoire : libérer le mouvement respiratoire du tronc

Après avoir effectué une évaluation biomécanique, l'inhalothérapeute accompagnera le patient ou la patiente à libérer progressivement le mouvement respiratoire du tronc entier. Il ou elle utilisera une inspiration nasale «silencieuse³» efficace (légère ouverture des dernières côtes et du tronc entier) avec un volume pulmonaire courant et un début d'expiration par relâchement des surtensions sans affaissement de la partie supérieure du tronc.

Chez la personne hypotonique, lorsqu'une ou deux épaules sont enroulées, l'inspiration peut être soutenue et ressentie dans les lobes supérieurs et associée avec une subtile augmentation de la lordose partir du sacrum. Dans tous les cas, nous devons favoriser une inspiration dorsale basse progressive, sans affaissement à l'expiration.

Des exercices simples, efficaces et rapides permettent d'obtenir une amélioration de l'efficacité de la respiration et de la marche. Selon l'évaluation clinique, à titre d'exemples, voici quelques exercices possibles à exécuter AVANT LA MARCHÉ (court déplacement au domicile, extérieur ou escalier) :

- Poser les tensions
- Libération de la tête, du sternum
- Libération du sternum et des épaules
- Descente vers le CARPEM, détente du sternum et ouverture des épaules (élargir le dos, équilibrer les psoas et les carrés des lombes) pour favoriser une respiration dorsale basse et un mouvement cohérent du bassin. Cet exercice peut s'effectuer en flexion avant du tronc (pieds l'un contre l'autre et genoux en ouverture) et permet d'atteindre le soutien optimal pour une toux facile et efficace.

Vers la marche

Une fois mieux «posé ou assis» dans le CARPEM, la marche sera facilitée. Par la suite, nous pouvons y associer un rythme inspiratoire et expiratoire de marche qui s'adaptera aux capacités de chaque personne, à partir des points d'appui expiratoires de départ.

³ Tout bruit inspiratoire en provenance du nez est le résultat de surtensions. Le nez est un «tuyau» et non le moteur inspirateur (diaphragme) et les muscles inspireurs par pression négative.

C-MAC^{HD}
CHOICE CHANGES EVERYTHING

Un choix qui change tout.

Système C-MAC HD : La seule plateforme qui offre des options réutilisables et à usage unique, pour répondre à tous vos besoins en matière de voies respiratoires

STORZ
KARL STORZ-ENDOSKOP

KARL STORZ Endoscopy Canada Ltd., 7171 Millcreek Drive | Mississauga, ON L5N 3R3, Canada Phone: 905-816-4500 Toll-free: 800-268-4880 • Fax: 905-816-4599 • E-Mail: info-canada@karlstorz.com
www.karlstorz.com

Nous devons éviter d'utiliser des temps expiratoires ou un nombre de pas fixé à l'avance. En ce sens, les rythmes de la marche afghane s'avèrent très pertinents en les jumelant à l'équilibre biomécanique (voir diapositive 34). Ces rythmes peuvent s'apprendre en simulant les mouvements, assis sur une chaise ou debout en marchant sur place.

En ces temps de COVID et de COVID longue, ce travail postural est d'autant plus important qu'il aide à réduire, pour plusieurs personnes, l'inconfort physique provoqué par le port essentiel du masque, qui exige un effort inspiratoire supplémentaire. Comme nous l'évaluons cliniquement en rééducation respiratoire, cet effort augmente les tensions chroniques systémiques et peut causer une inversion du mouvement des dernières côtes, de l'anxiété et de l'instabilité des pieds au sol. Ce travail postural offre la possibilité à bon nombre de personnes d'être plus actives tout en favorisant le port du masque. Il en est de même pour faciliter l'adaptation au CPAP et éviter les tensions de résistance à long terme pour les personnes atteintes d'apnée du sommeil.

Enfin, il est bon de rappeler que les personnes qui font de la réadaptation pulmonaire doivent porter une attention spéciale à se rapprocher d'un appui dans le CARPEM et à dissocier les exercices de renforcement des membres des côtés droit et gauche. La libération de la respiration avant la réadaptation offre une meilleure conservation de l'énergie et une marche plus fluide par la suite.

diapositive 34. La posture debout



En conclusion

Même si les aspects posturaux et la marche ne représentent qu'une modeste partie de la rééducation respiratoire, nous espérons que les connaissances partagées sur les liens entre la posture, les appuis expiratoires et la marche contribueront à améliorer la santé des patients et patientes, et des inhalothérapeutes qui les mettront en pratique! Peut-être ces nouvelles connaissances vous pousseront-elles à aller plus loin dans cette discipline essentielle — jusqu'à en faire un sujet de projets de fin d'études ou de recherche, qui sait? — et ainsi continuer à en bonifier l'efficacité et surtout maintenir son caractère innovant en promotion de la santé et en prévention de la maladie.



**Votre expertise
nous tient à
coeur**

**La Banque Nationale applaudit
votre travail exceptionnel !**

bnc.ca/professionnel-sante

Fière partenaire de



Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit MastercardMD Platine, World MastercardMD, World EliteMD de la Banque Nationale. Certaines restrictions s'appliquent. Pour plus de détails, visitez bnc.ca/professionnel-sante. MD MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International Inc. La Banque Nationale du Canada est un usager autorisé. MD BANQUE NATIONALE et le logo de la BANQUE NATIONALE sont des marques de commerce déposées de Banque Nationale du Canada. © 2021 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés. Toute reproduction totale ou partielle est strictement interdite sans l'autorisation préalable écrite de la Banque Nationale du Canada.



Quelle est l'importance de visualiser les courbes de CO₂ expiré ?

par **Marily Lavoie**, inhalothérapeute clinicienne, C. anesthésie et soins critiques, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Hôpital de la Baie qui résume la conférence de **Stéphane Delisle***, inhalothérapeute, Ph. D. sciences cliniques, FCCM, présentée au dernier congrès de l'OPIQ, à Rivière-du-Loup

Lors du dernier congrès de l'OPIQ, sur le thème *S'inspirer des courants innovants*, monsieur Stéphane Delisle nous a rappelé l'importance de visualiser et d'analyser avec justesse les courbes de CO₂. Puisque nous analysons fréquemment cette donnée qui fournit de précieuses informations, j'ai pensé vous en présenter un résumé. Bonne lecture!

NDLR

Les textes présentés en anglais ont été librement adaptés en français par l'auteure. La présentation PowerPoint de cette conférence est accessible dans le répertoire de documents du [Campus OPIQ](#), sous l'onglet « Communauté », dans la zone réservée aux membres du site de l'OPIQ. Les images qui accompagnent ce texte sont tirées de la présentation. En cas de disparité entre ce résumé et la présentation, cette dernière aura, en tout temps, préséance.

Les ballons-masques

A

avant d'aborder la visualisation des courbes de CO₂, monsieur Delisle a présenté une étude récente réalisée pour comparer les ballons-masques les plus utilisés lors d'une réanimation cardiorespiratoire (RCR) (voir image 1). Trois volets ont été étudiés, soit :

- 1 La préoxygénation
- 2 L'efficacité du ballon-masque
- 3 La réinspiration de CO₂



Image 1. Ballons-masques mis au banc d'essai
(de gauche vers la droite) : MI3, Mercury petit-adulte, Mercury Adulte, Laerdal, Intersurgical petit-adulte, Intersurgical adulte, AMBU, Weinmann, O-two (tirée de la diapositive 2. Description de l'étude).

* Monsieur Delisle est professeur adjoint de clinique au département d'anesthésiologie et de médecine de la douleur de l'Université de Montréal et directeur général, Collège Ellis.

« Pour éviter l'hyperinflation, un ballon-masque de format «petit-adulte» est à privilégier lorsque disponible. »

Figure 1. **Préoxygénation: FiO₂** (diapositive 5)

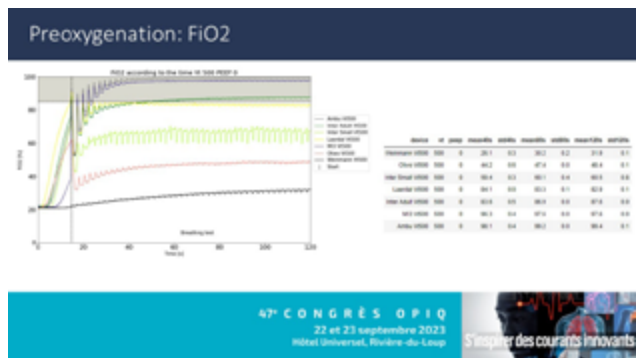


Figure 2. **Volume courant (Vc) inspiratoire moyen** (tirée de la diapositive 12. RCR: Vci)

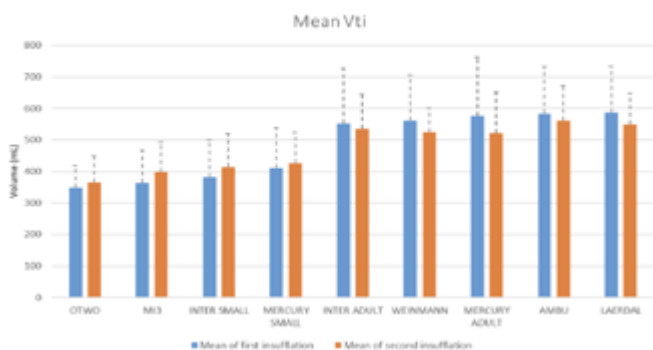


Tableau 1. **Réinspiration** (diapositive 19)

BAG	Mean CO ₂ value (mmHg)	Rebreathing (Yes/No)
Ambu	0,071	NO
Inter Adult	7,689	YES
Inter Small	0,29	NO
Mercury Adult	0,043	NO
Mercury Small	21,703	YES
MI3	0,049	NO
Otwo	0,415	NO
Laerdal	18,422	YES
Weinmann	2,115	NO

1. La préoxygénation

Pour ce premier volet, le test, effectué sur banc d'essai, consistait à maintenir l'effort respiratoire pour mobiliser, sans PEP, un volume courant (Vc) de 300 ml. Avec l'un ou l'autre des ballons-masques mentionnés plus haut, l'assistance ventilatoire a pris au moins une minute pour atteindre une FiO₂ minimale de 85 %. Ceci s'explique par la dilution de l'O₂ par l'air ambiant généré par les efforts respiratoires.

Le même test a été réalisé, mais, cette fois, pour mobiliser, toujours sans PEP, un Vc de 500 ml. Si seulement quelques ballons-masques ont été en mesure de fournir une FiO₂ de 85 %, elle a néanmoins été atteinte plus vite (voir figure 1). Finalement, un troisième test a été effectué en conservant le même Vc de 500 ml, mais en ajoutant une PEP de 5 cmH₂O. Cette fois-ci, tous les ballons-masques mis à l'essai ont fourni plus de 85 % de FiO₂ à l'intérieur de 30 secondes. Cela dit, si l'ajout d'une PEP de 5 cmH₂O empêche la dilution de la FiO₂, le travail respiratoire se trouve, en contrepartie, augmenté.

Message clé > Il faut chercher un juste milieu, entre l'atteinte rapide d'une FiO₂ minimale de 85 % et le travail respiratoire minimal nécessaire pour mobiliser un Vc adéquat.

2. L'efficacité du ballon-masque

Pendant la réanimation, il est très important d'éviter l'hyperinflation. Pour ce faire, il est préférable de ventiler avec un Vc d'environ 400 ml chez un adulte.

Toujours selon la même étude, cinq des neuf ballons-masques ont dépassé le seuil de 500 ml (voir figure 2). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que certains des ballons utilisés sont de taille «adulte» plutôt que «petit-adulte» ce qui permet de ventiler avec un plus grand Vc.

Message clé > Pour éviter l'hyperinflation, un ballon-masque de format «petit-adulte» est à privilégier lorsque disponible.

3. La réinspiration du CO₂

Phénomène peu connu, il a été démontré qu'il est possible de réinspérer du CO₂ par le ballon-masque. Ceci est causé par l'inefficacité de la valve inspiratoire qui contamine l'O₂ du réservoir par l'air expiré. À la suite de l'étude réalisée, trois ballons-masques ont dénoté de la réinspiration, ce qui n'est nettement pas acceptable en contexte de réanimation (voir tableau 1).

Message clé > La lecture du CO₂ expiré sera erronée en raison de la possible réinspiration de CO₂ lors de l'utilisation de ces 3 ballons-masques.

Regard vers le futur

Lors de la ventilation par ballon-masque, il est difficile d'être précis, notamment en ce qui a trait au temps inspiratoire (Ti) et au volume courant (Vc). Pour pallier, nous pourrions bientôt utiliser l'un ou l'autre des appareils portatifs suivants:

- **Moniteur de ventilation:** mesure le Vc délivré à chaque ventilation.
- **Ballon-masque autonome:** délivre un Vc, une pression de ventilation, une fréquence respiratoire et une PEP selon des paramètres prédéterminés.
- **Outil Cardio Pulmonary Ventilation (CPV) du ballon MI3 d'Air Liquide:** créé spécifiquement pour l'assistance ventilatoire durant la RCR, cet outil a pour but d'éviter que des manœuvres de compressions cardiaques soient effectuées sur des poumons affaissés. Il peut être comparé à un frein respiratoire. En effet, il produit une résistance à l'expiration, ce qui empêche le collapsus des petites voies aériennes dû aux compressions cardiaques.

L'importance du signal de CO₂ pour guider la ventilation durant la réanimation cardiorespiratoire

Avant d'aborder la deuxième et dernière partie de la présentation, le conférencier a d'abord rappelé que les compressions thoraciques servent à maintenir la circulation sanguine et que la pression négative, induite par la décompression, pourrait mobiliser certains échanges d'air. L'assistance ventilatoire (manuelle ou mécanique) sert, pour sa part, à maintenir les échanges gazeux. Voici les cinq sujets qui ont été présentés:

- 1 La ventilation passive générée par compressions thoraciques
- 2 Spécificité de la ventilation pendant la RCR
- 3 Collapsus des voies aériennes en fin d'expiration
- 4 Ventilation excessive durant la RCR
- 5 La courbe de CO₂, un reflet du volume pulmonaire et de la distension thoracique

1. La ventilation passive générée par compressions thoraciques

On a formulé plusieurs suppositions dans le passé concernant la mobilisation passive du Vc lors des compressions thoraciques.

Voici les résultats d'une expérience menée sur trois groupes de patients:

- **Patients intubés et curarisés:**
Vc médian mobilisé de 156 ml/compression
- **Patients intubés en arrêt cardiaque:**
Vc médian mobilisé de 0 ml/compression
- **Patients intubés en arrêt cardiaque + masseur automatique:**
Vc médian mobilisé de 41,5 ml/compression

À la lumière des résultats obtenus, les compressions thoraciques seules ne mobilisent pas un volume courant suffisant pour maintenir les échanges gazeux et une bonne oxygénation.

2. Spécificité de la ventilation pendant la RCR

La réanimation, avec ses compressions rapides et fortes, représente une situation unique au cours de laquelle le volume pulmonaire peut chuter sous le niveau de la capacité résiduelle fonctionnelle (CRF). Or, le volume pulmonaire est un déterminant de l'efficacité du retour veineux qui survient lors de la décompression.

En pratique, pour entraîner un retour veineux, il doit y avoir une pression négative induite par la décompression du thorax. Or, si les poumons sont vides (affaissés), il sera impossible de générer cette pression négative et d'assurer un retour veineux.

3. Collapsus des voies aériennes en fin d'expiration

Lorsqu'un patient en arrêt cardiaque est sous respirateur, il est important de surveiller les courbes de débit et de pression, car le massage cardiaque est observable en simultané par les oscillations sur les courbes ventilatoires.

Comme le démontre la **figure 3** ci-dessous, la présence d'oscillations avec une PEP de 5 cmH₂O signifie que les poumons sont « ouverts ». À l'opposé, si l'on met la PEP à 0 mmHg, les oscillations disparaîtront carrément de la courbe de pression, car les poumons se seront « fermés ».

Figure 3. **Collapsus (partiel ou complet) des voies aériennes en fin d'expiration** (tirée de la diapositive 28, Fermeture des voies aériennes intrathoracique pendant la RCR)

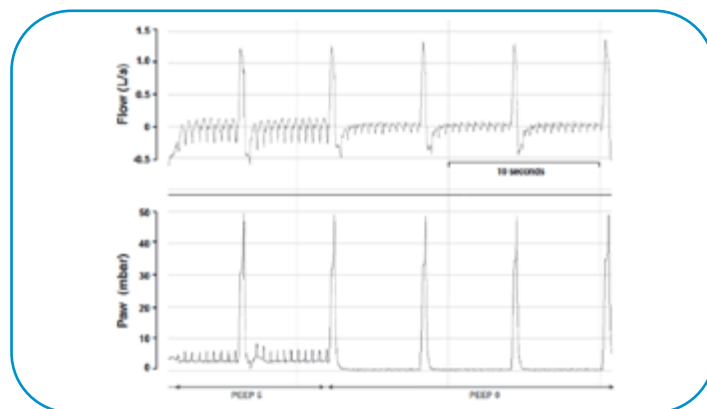


Figure 4. **Taux de survie** (tirée de la diapositive 29 : ventilation excessive pendant la RCR)

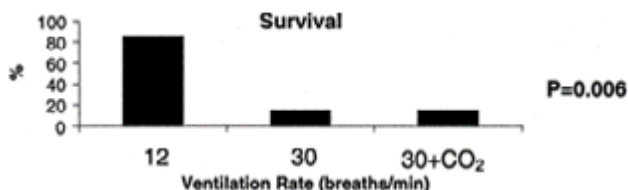


Figure 5. **Le signal du CO₂ : reflet du volume pulmonaire** (tirée de la diapositive 32)

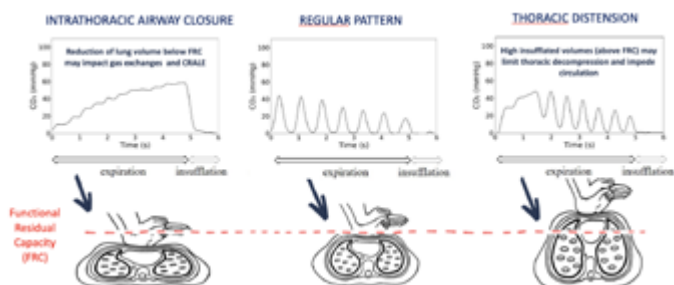
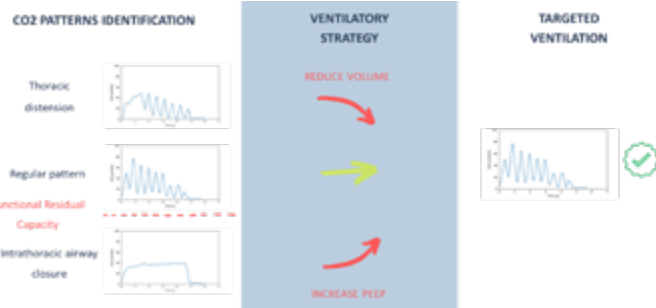


Figure 6. **Stratégie ventilatoire basée sur l'analyse de la courbe de CO₂** (tirée de la diapositive 42)



4. Ventilation excessive durant la RCR

Il est important de respecter la règle ventilatoire de 12 respirations/min, car la survie du patient en dépend. En pratique, l'hyperventilation diminue de façon importante la survie (voir figure 4).

5. La courbe de CO₂, un reflet du volume pulmonaire et de la distension thoracique

En contexte de RCR, la courbe de CO₂ peut guider les intervenants sur l'efficacité du massage thoracique. Comme le démontrent les images ci-dessous, lors de compressions thoraciques faites au-dessus de la capacité résiduelle fonctionnelle (CRF), nous observons deux scénarios sur la courbe de CO₂ :

- 1 on voit d'abord un plateau pour ensuite percevoir les oscillations, ce qui témoigne d'une distension thoracique ;
- 2 nous observons la retransmission du massage cardiaque (petite oscillation), ce qui témoigne de poumons « ouverts ».

À l'opposé, lors d'un massage cardiaque effectué **en dessous** de la CRF, il y aura un changement visible sur les courbes de CO₂ par une absence de retransmission (perte des oscillations), signe d'un collapsus des petites voies aériennes.

Dans les deux cas, il conviendra d'optimiser l'assistance ventilatoire (voir figures 5 et 6). En présence d'une distension thoracique, il faut diminuer le volume courant et lors d'une fermeture pulmonaire, il faut augmenter la PEP.

Conclusion

L'importance de mesurer le CO₂ expiré et d'en analyser ses courbes lors d'une réanimation cardiorespiratoire est bien établie. Selon les différentes études présentées précédemment, le capnographe reflète l'état des poumons et nous fournit de l'information précieuse. Nous pouvons détecter, en un coup d'œil, s'il y a une fermeture des petites voies aériennes ou une distension thoracique. Dans les deux cas, nous devons modifier la stratégie ventilatoire pour l'adapter aux besoins du patient.



Référence

DELISLE, S. (2023, 22 septembre). *Quelle est l'importance de visualiser les courbes de CO₂ expiré ?* Conférence, congrès annuel, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, Rivière-du-Loup.

Pourquoi et comment rendre sa pratique professionnelle culturellement sécurisante pour les patients issus des Premiers Peuples

par **Jessie Lepage**, bachelière en éducation (B. Éd.) de l'Université du Québec à Montréal (2021), étudiante à la maîtrise en sciences de l'Éducation à l'Université de Sherbrooke, chargée de cours à l'Université de Sherbrooke, inhalothérapeute (2007-2022) Jessie.lepage@usherbrooke.ca

Pour citer cet article

LEPAGE, J. (2023). « Pourquoi et comment rendre sa pratique professionnelle en pratique culturellement sécurisante pour les patients issus des Premiers Peuples ? Revue *l'inhalo* (40)2, 20-23.

NDLR

Dans ce texte, l'auteure applique la règle d'invariabilité du mot « inuit » (sans s), par respect pour les peuples inuit et leur utilisation de leur langue traditionnelle.

Inuk est la forme singulière d'*Inuit*. *Inuk* désigne un être humain tandis qu'*Inuit* désigne des êtres humains dans la langue des peuples inuit, l'inuktitut. L'Office québécois de la langue française accepte les deux versions.

Pour plus d'informations, voir: [DORAIS, L.-J. \(2004\). Rectitude politique ou rectitude linguistique? Comment orthographier « Inuit » en français. *Études Inuit Studies*, \(28\)1, 155-159.](#)

Mise en contexte

En septembre 2021, Joyce Echaquan décédait dans des conditions de soins inhumaines. Quelques heures avant son décès, elle réussit à se filmer, en direct de sa chambre d'hôpital¹. Sur cet enregistrement, nous pouvions l'entendre demander de l'aide, mais surtout, nous étions aux premières loges pour entendre les professionnelles de la santé l'insulter grossièrement, avec des mots discriminatoires, empreints de racisme et de jugements. La responsabilité de ces professionnelles de la santé était d'être présentes et de soigner leur patiente, du mieux qu'elles pouvaient, dans la dignité, le respect et l'humanité^{2,3}. Ce n'est pas ce qui s'est produit, car dans son rapport, la coroner de l'enquête publique, Géhane Kamel (2021) a mentionné que :

Force est de constater que la voie de la réconciliation est un chemin long et ardu. Des efforts sont d'autant plus nécessaires puisque les conclusions de cette enquête indiquent que Mme Echaquan a bel et bien été ostracisée, que son décès est directement relié aux soins obtenus lors de son hospitalisation en septembre 2020 et que sa mort aurait pu être évitée⁴.

Lors du procès de ces dernières, nous avons appris qu'elles avaient suivi une formation en sécurisation culturelle offerte par l'hôpital. La question à se poser : est-ce qu'une seule formation en sécurisation culturelle était suffisante pour former adéquatement toutes les personnes

gravitant autour des patients autochtones ? À ce jour, l'Institut national de santé publique du Québec mentionne que :

Les conditions de succès des formations en sécurisation culturelle pour le personnel de la santé sont encore peu documentées dans la littérature scientifique. Les études recensées font état d'une grande hétérogénéité des formats, des contenus et des modes de prestation et donc ne permettent pas de tirer des conclusions claires quant aux caractéristiques favorables au succès des formations⁵.

Le décès de Joyce Echaquan n'aura pas été vain. À la suite de son décès, des actions ont été instaurées dans le système de la santé afin d'assurer qu'un tel événement ne se reproduise plus à l'égard des patients autochtones. On a fait de la sensibilisation auprès des établissements de soins de santé et du personnel et une formation en ligne sur le concept de sécurisation culturelle était obligatoire. Une formation enregistrée, aidant « à développer des compétences relationnelles et communicationnelles et à saisir la complexité et les conséquences des traumatismes historiques et récents sur l'état de santé des Autochtones⁶. »

Mais qu'entend-on par soins culturellement sécurisants ? Pourquoi ajuster les pratiques professionnelles aux patients autochtones et comment bien le faire ? Nous sommes sur la bonne voie, mais il serait inapproprié de dire qu'aujourd'hui, les soins en santé dont bénéficient les peuples autochtones sont culturellement sécurisants et adaptés à leur contexte de vie.

L'objectif de cet article n'est pas de vous indiquer la bonne marche à suivre, mais plutôt de vous informer sur le processus d'adaptation de votre pratique professionnelle en une pratique culturellement sécurisante.

Avant de comprendre, il faut connaître

Afin de pouvoir offrir des soins culturellement sécurisants, il faut comprendre le concept de sécurisation culturelle. Mais il faut avant tout connaître la clientèle autochtone pour comprendre l'importance de ce concept en santé. Au Québec, la rencontre entre allochtones^a et autochtones est encore hésitante. La majorité de la population québécoise ne connaît des Autochtones que ce qu'elle a appris durant son parcours scolaire ou par des informations inexactes transmises par un système québécois teinté de colonialisme — le refus d'admettre la présence du racisme systémique en est un bel exemple —, dans une société où la discrimination, les mythes et les préjugés sont encore bien présents dans les discours. Déconstruire ces derniers, aller à la rencontre des peuples autochtones et les connaître davantage sont les premières étapes à suivre.

Employer les termes appropriés pour nommer les Autochtones est un élément essentiel pour ne pas blesser la personne ; les mots « Indien(ne) ou réserve^b » sont péjoratifs. Les termes « Autochtones » et « Premiers Peuples » désignent les « Premières Nations », les « Inuit » et les « Métis^c ». Par contre, les Premières Nations ne sont pas des Inuit et vice versa, car les descendances de ces deux familles diffèrent^d. En général, il est préférable de les désigner par Premières Nations ou Inuit ou par le nom de leur nation si vous le connaissez^e. Dans le cas contraire, vous pouvez le demander à votre patient(e), cela est un bel exemple de sécurisation culturelle.



Figure 1. LA BOITE ROUGE VIF. (2023). Communautés Premières Nations et Inuit au Québec. Perspectives des Premiers Peuples dans l'éducation au Québec.

Les Québécois partagent la vaste étendue du territoire avec 11 nations autochtones définies en trois familles : algonquienne, iroquoienne et Inuit^f. Les Inuit comptent 16 villages sur le Nunangat^g et les Premières Nations s'étendent partout dans la province avec 40 communautés (figure 1). Ils représentent 2,3 %⁷ de la population québécoise, dont 37 % habitent en milieux urbains⁸. De ce fait, il est fort probable que vous ayez à traiter une personne autochtone un jour ou l'autre.

Reconnaître leurs traumatismes antérieurs et présents est aussi un aspect important concernant les Autochtones. Les traumatismes intergénérationnels liés aux pensionnats autochtones ont marqué aux plans psychologique, physique, socioculturel, affectif et identitaire, des générations directement impliquées. Elles héritèrent des conséquences pour le reste de leur vie ; il en va de même pour les générations subséquentes^{9,10,11}. La Commission de la vérité et de la réconciliation¹² a d'ailleurs qualifié l'époque des pensionnats de génocide culturel. Le manque de considération,

- a Terme utilisé lorsque l'on parle de personnes non autochtones.
- b Le mot « réserve » est aujourd'hui remplacé par « communauté ».
- c Prendre note qu'il n'y a pas de communauté Métis au Québec. Les communautés Métis se retrouvent principalement dans les provinces de l'Ouest comme le Manitoba et la Saskatchewan. L'article tiendra compte seulement des Premières Nations et des Inuit.
- d Pour plus d'informations, je vous invite à écouter la capsule [Parole autochtone: les Inuit et les Premières Nations](#).
- e Pour plus d'informations, je vous invite à écouter la capsule [Notions de base à maîtriser quand on parle des autochtones](#).
- f Les nations appartenant à la famille algonquienne sont : llnu, Eeyou, Naskapi, Mi'kmak, Wolastoqiyik Wəhsipekwik, W8banaki, Atikamekw Nehiroowiswak et Anishinabeg. La famille iroquoienne regroupe les Wendat et les Kanien'kehà : ka, les Inuit sont seuls dans leur famille.
- g « Territoire » en inuktitut.

Photo : Kuujjuaq (Nation Inuit)
© Jessie Lepage



qui perdure à l'égard des réalités et des enjeux historiques et actuels, contribue aux relations difficiles qu'entretiennent les Autochtones avec le système de santé. Il en résulte des portées percutantes sur leur santé et sur leur bien-être et la confiance qu'ont ces derniers envers ce système s'en trouve toujours affectée et difficile¹³. Tous ces éléments sont à considérer, à comprendre et à accepter lorsque l'on veut rendre sa pratique professionnelle culturellement sécurisante.

Le concept de sécurisation culturelle

Il est né en Nouvelle-Zélande dans les années 1980. Irihapeti Ramsden, infirmière d'origine maorie, introduit le concept de la sécurisation culturelle dans le but d'offrir des soins de santé sans discrimination et sans préjugés aux patients issus de son peuple. Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux définit la sécurisation culturelle comme « une approche qui reconnaît la présence des iniquités [...] et cherche à combler ces écarts par des pratiques pertinentes »¹⁴. Carole Lévesque expose la sécurisation culturelle comme une démarche dynamique de justice sociale en voie de transformation vers un processus de vérité et réconciliation. Il s'agit, selon elle, de l'opportunité d'établir un mouvement d'innovation et de changement social. La sécurisation culturelle concerne tous les acteurs de tous les niveaux impliqués dans les soins de santé (organisations des Premiers Peuples, gouvernement, direction, etc.) dans une relation biculturelle¹⁵. Les Autochtones font partie du processus décisionnel, donc les perspectives autochtones sont au centre du modèle en tenant compte de leurs dimensions culturelles. Ce concept promeut des rapports égalitaires, respecte leurs cultures et reconnaît leurs pratiques ancestrales¹⁶.

Le concept comporte quatre composantes^{16,17,18} (figure 2) qui doivent être développées dans un processus continu afin de pouvoir adapter culturellement une pratique professionnelle (voir figure 2). À priori, il est important de savoir que certaines personnes peuvent, intentionnellement ou non, se situer dans une composante externe du concept. **L'inconscience culturelle** se définit par une destruction culturelle, une

discrimination envers les autochtones et leur culture et une incompréhension face à eux et à tout ce qui les concerne¹⁹. De ce fait, il importe d'avoir une ouverture d'esprit et une réflexion critique sur ces propres valeurs et sur soi-même avant de pouvoir s'investir dans ce processus de sécurisation culturelle^{20,21}. La **conscience culturelle** est la première étape du concept. Elle se réalise lorsque l'on démontre un intérêt à l'égard des Autochtones, que l'on accepte de nouvelles informations et que l'on désire en apprendre davantage sur eux²². Ensuite, après avoir entendu de nouveaux éléments, avoir cheminé dans ces apprentissages et être conscientisé à la culture, à la langue et à l'histoire de l'autre, vient la **sensibilité culturelle**. Le respect des particularités et des enjeux qui les concernent fait partie des actions professionnelles tout comme la continuité à se former et à s'informer sur les peuples autochtones²³. Dès lors, une meilleure compréhension des traumatismes subis et la déconstruction des préjugés facilitent l'intégration des cultures autochtones dans les actions professionnelles. L'adaptation des pratiques vient alors plus naturellement. Être à l'écoute de leurs besoins et de leurs demandes nous donne le pouvoir d'agir lorsque possible sur ce que l'on peut, avec et pour eux. C'est ce qu'on appelle la **compétence culturelle**. Hilary Weaver l'a définie comme étant : *the ability to integrate cultural knowledge and sensibility with skills for a more effective and culturally appropriate helping process*²⁴. Finalement, et SEULEMENT si la personne autochtone ayant reçu les soins admet qu'elle s'est sentie culturellement en sécurité, on peut affirmer qu'il y a **sécurisation culturelle** et que la pratique professionnelle est culturellement adaptée. Comme le concept est promu par les Autochtones, conçu avec et pour eux, seule la personne autochtone peut déclarer qu'il y a présence de sécurisation culturelle.

Tshuapamitinan

Nous nous voyons

Le cheminement des allochtones vers une pratique professionnelle culturellement sécurisante est un processus continu, qui s'effectue avec humilité culturelle et avec *Etuaptmumk*^h. L'utilisation d'*Etuaptmumk* permet de reconnaître qu'il y a plus d'une vision du monde. En conjuguant les connaissances des visions occidentales et autochtones²⁵, un respect des savoirs de l'une et de l'autre s'établit²⁶. Il est alors possible de porter un regard critique sur les différences, les points communs et les forces de ces points de vue²⁷. Il n'y a aucune hiérarchie qui s'installe entre allochtones et autochtones et des liens cordiaux, respectueux et humains se créent entre tous²⁸. En ajoutant l'humilité culturelle à sa posture personnelle, on considère « sa culture d'un œil critique tout en cherchant à comprendre les autres avec respect, à reconnaître et à corriger le déséquilibre des forces et à contribuer à des partenariats qui sont mutuellement avantageux et non paternalistes »²⁹.

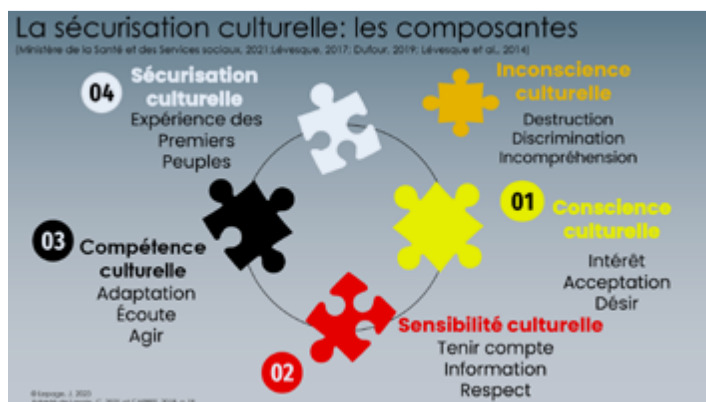


Figure 2. LEPAGE, J. (2023). Les composantes du concept de sécurisation culturelle selon une vision holistique.

^h *Etuaptmumk* en langue Mi'kmak veut dire « vision à double perspective » ou *two eyes seeing*.

Conclusion

Adapter sa pratique afin qu'elle soit culturellement sécurisante pour les personnes autochtones, c'est faire preuve d'ouverture d'esprit, de respect et d'accueil envers l'autre. C'est aussi de les reconnaître, de les voir et d'apprendre à les connaître. C'est un long processus individuel et collectif, mais essentiel à leur santé et à leur bien-être. Le système de santé québécois et toutes les personnes qui y travaillent sont responsables de rebâtir des relations de confiance avec les peuples autochtones pour s'assurer qu'une tragédie comme celle de Joyce Echaquan ne se reproduise jamais. Cela implique que tout un chacun, autant les allochtones que les autochtones, marche ENSEMBLE vers une réconciliation cordiale et humaine.

Je terminerai sur une note plus personnelle. Ayant vécu allochtone pendant 33 ans et retrouvé mon statut d'ilnu que depuis 5 ans, à la suite du projet de loi C-31³⁰, je peux affirmer que ce cheminement d'ouverture et d'apprentissage de l'autre n'est pas facile. Vous allez faire des erreurs, vous ne serez pas toujours d'accord avec ce que vous apprendrez et vous serez confronté dans vos valeurs. Laissez-vous du temps afin de faire de belles rencontres avec vos patient(e)s issu(e)s des Premiers Peuples. Ce sont des gens résilients, remplis d'humour et avec des expériences de vie tellement enrichissantes. Ils ont beaucoup à nous enseigner et je vous promets que vous ne serez pas déçu!

Tshinshkumitnau, merci!



Références

- JOSSELINE, M.-L. (2021, 23 mai). [Les dernières heures de vie de Joyce Echaquan, selon les témoignages](#). Radio-Canada, Espaces autochtones.
- LÉGIS QUÉBEC. (2023). [I-8, r. 9 - Code de déontologie des infirmières et infirmiers, section II, Relation entre l'infirmière ou l'infirmier et le client](#). Gouvernement du Québec.
- LÉGIS QUÉBEC. (2023). [C-26, r. 167 - Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec, section II, Devoirs et obligations envers le client](#). Gouvernement du Québec.
- JOSSELINE, M.-L. (2021, 1^{er} octobre). [Joyce Echaquan: le racisme est l'une des causes de sa mort](#). Radio-Canada, Espaces autochtones.
- DÉSILETS, G. (2022). [Conditions de succès et limites des formations en sécurisation culturelle pour le personnel de santé et services sociaux](#). Institut national de santé publique du Québec, p. 1.
- DÉSILETS, G. (2022). [Conditions de succès et limites des formations en sécurisation culturelle pour le personnel de santé et services sociaux](#). Institut national de santé publique du Québec, p. 1.
- STATISTIQUE CANADA. (2017). [Série « Perspective géographique », Recensement de 2016](#). Statistique Canada.
- REGROUPEMENT DES CENTRES D'AMITIÉ AUTOCHTONE DU QUÉBEC (RCAAQ). (2006). [Les Autochtones en milieu urbain: Une identité revendiquée](#).
- GOULET, J.-G. (2006). Maîtres chez nous: les fondements des projets de justice et de citoyenneté des autochtones et des allochtones au Québec. *Anthropologie et Sociétés*, 30(1), 87-201.
- LEPAGE, P. (2009). *Mythes et réalités sur les peuples autochtones*. DesLibris.
- TEORAN, J. (2006). Mashtuiatsh: Analyse d'un conflit interne chez les Pekuakamiulnuatsh. *Civilisations. Revue internationale d'anthropologie et de sciences humaines - Confrontations et alliances dans les Amériques autochtones*, 55, 35-51.
- COMMISSION DE VÉRITÉ ET RÉCONCILIATION DU CANADA. (2015). [Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir — sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada](#), 584 p.
- GREENWOOD, M. (2019). [Modelling change and cultural safety: A case study in northern British Columbia health system transformation](#). *Healthcare Management Forum* (32)1, 11-14.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). [La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux: vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit](#). Gouvernement du Québec, p. XV.
- LÉVESQUE, C., RADU, I. et SOKOLOFF, M. (2014). [Le concept de sécurisation culturelle: origine et portée](#). Institut national de la recherche scientifique, p. 4.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). [La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux: vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit](#). Gouvernement du Québec, p. 9.
- MORIN-HOLLAND, A.D. (2019). [La sécurisation culturelle, un concept à préconiser pour la profession du travail social auprès de personnes autochtones: de la théorie à la pratique](#) [mémoire de maîtrise, École de travail social, Université d'Ottawa], 17-18.
- LÉVESQUE, C., RADU, I. et SOKOLOFF, M. (2014). [Le concept de sécurisation culturelle: origine et portée](#). Institut national de la recherche scientifique, p. 8-9.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). [La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux: vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit](#). Gouvernement du Québec, 10-11.
- WABANO CENTER FOR ABORIGINAL HEALTH (2014). [Creating Cultural Safety](#). Ottawa, 3-4.
- MORIN-HOLLAND, A.D. (2019). [La sécurisation culturelle, un concept à préconiser pour la profession du travail social auprès de personnes autochtones: de la théorie à la pratique](#) [mémoire de maîtrise, École de travail social, Université d'Ottawa], p. 53.
- BABA, L. (2013). [Sécurité culturelle en santé publique chez les Premières Nations, les Inuit et les Métis: état des lieux sur la compétence et la sécurité culturelle en éducation, en formation et dans les services de santé](#). Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 1-44.
- LÉVESQUE, C., RADU, I. et SOKOLOFF, M. (2014). [Le concept de sécurisation culturelle: origine et portée](#). Institut national de la recherche scientifique, p. 8.
- WEAVER, H. N. (1999). Indigenous People and the Social Work Profession: Defining Culturally Competent Services. *Social Work* (44)3, 217-225.
- MARTIN, D.H. (2012). Two-Eyed Seeing: A Framework for Understanding Indigenous and Non-Indigenous Approaches to Indigenous Health Research. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, (44)2, 20-42.
- ROWETT, J. L. (2018). Etuaptmunk: A research approach and a way of being. *Antistasis*, (8)1, 54-62.
- HATCHER, A., BARTLETT, C., MARSHALL, M. et MARSHALL, A. (2019). [La double perspective: une aventure scientifique interculturelle](#).
- MARSHALL, M., MARSHALL, A. et BARTLETT, C. (2015). Two-Eyed Seeing in Medicine. Dans Greenwood, M., De Leeuw, S., Lindsay, N.M. et Reading, C. (dir.), *Determinants of Indigenous Peoples' Health in Canada: Beyond the Social*, 16-24, Canadian Scholars' Press Inc.
- CLEAVER, S. R., CARVAJAL, J. K. et SHEPPARD, P. S. (2016). [L'humilité culturelle: une façon de penser pour orienter la pratique à l'échelle mondiale](#). *Physiother Can*, 68(1), p. 3.
- HURLEY, M. C. et SIMEONE, T. (2010, novembre). [Résumé législatif du projet de loi C-31: Loi sur l'équité entre les sexes relativement à l'inscription au registre des Indiens](#). (40^e législature, 3^e session), Gouvernement du Canada.

tableau d'honneur 2023

1



2



3



4



5



1

PRIX MÉRITE DU CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC (CIQ)

Madame Véronique Adam

Sur la photo, dans l'ordre habituel
Karine Grondin, présidente de l'OPIQ,
Véronique Adam, inh., assistante-chef
clinique, inhalothérapie, Programme
national d'assistance ventilatoire à
domicile (PNAVD), CUSM, Danielle
Boué, présidente du CIQ et Jocelyn
Vachon, président sortant de l'OPIQ.

2

PRIX LUC-PERREAU Madame Catherine Provencher Martineau

Sur la photo, dans l'ordre habituel
Karine Grondin, présidente de l'OPIQ,
D^r Nikola Joly, président de
l'Association des anesthésiologistes
du Québec, Catherine Provencher
Martineau, inh., CIUSSS de
l'Estrie-CHUS et Jocelyn Vachon,
président sortant de l'OPIQ.

4

PRIX ÉLAINE-TROTTIER Madame Nathalie Lemieux

Nathalie Lemieux, inh., CISSS des
Laurentides-Hôpital Saint-Eustache

5

PRIX ROMÉO-SOUÇY Madame Marie-Pier Lefrançois-Tanguay

Marie-Pier Lefrançois-Tanguay, inh.,
chargée d'enseignement clinique,
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal-
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

3

PRIX JACQUELINE-GAREAU Madame Isabelle Soucy

Sur la photo, dans l'ordre habituel
Karine Grondin, présidente de l'OPIQ,
Linda Blais, PAA, directrice de
comptes, Beneva, Isabelle Soucy, inh.,
CLSC de Cowansville-du-Sud,
CIUSSS de l'Estrie-CHUS, et Jocelyn
Vachon, président sortant de l'OPIQ.

BOURSES D'EXCELLENCE DE L'OPIQ

Cégep de Chicoutimi :
Gabrielle Lavoie (23029),
Alyson Richard (23022)

Collège de Rosemont :
Alexia Thomas (23071)

Cégep de Sainte-Foy :
Jasmine Allard (23046),
Marianne Côté (23060)

Cégep de Sherbrooke :
Arianne Lambert (23048)

Cégep de Valleyfield :
Erika Rémillard (23055)

Collège Vanier :
Kyra Annita Williams (23082)



**Cliquez ici
pour en savoir plus
sur la lauréate**



Alex Harvey

La persévérance
et la poursuite de ses rêves

Les inhalothérapeutes furent nombreux à entendre l'histoire unique d'Alex Harvey, triple champion du monde et olympien en ski de fond.

Une conférence inspirante qui nous a rappelé combien nos interventions au sein des équipes et auprès des patient(e)s valent leur pesant d'or !

Félicitations à France St-Jean, inhalothérapeute et enseignante à la retraite du Collège de Rosemont, qui a reçu la carte chouchou 2023 de l'OPIQ.

France St-Jean et Pascal Rioux, coordonnateur au développement professionnel, OPIQ

France St-Jean conférencière chouchou

opiq
Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec



le congrès en images

Précieux partenaires

Au cœur du congrès, le Salon des partenaires est un lieu privilégié d'échanges fructueux entre les inhalothérapeutes et les nombreux exposants. À cet égard, nous les remercions cordialement, car ils comptent pour beaucoup dans la réussite de notre événement.

Après une décennie à occuper ce poste, Jocelyn Vachon a quitté le fauteuil de la présidence de l'OPIQ. Homme de conviction et d'engagement, il n'a pas hésité à joindre les troupes au front, au plus fort de la pandémie. Son amour profond envers la profession, l'Ordre et ses membres, et son leadership positif ont marqué ses mandatures. Merci pour tout, monsieur Vachon, et bonne chance dans vos nouveaux projets !

Félicitations à Karine Grondin élue à la présidence du CA de l'OPIQ pour un mandat de quatre ans. Nous lui souhaitons la plus chaleureuse bienvenue et la meilleure des chances dans ses nouvelles fonctions !



Banquet de clôture



Soumettez votre proposition



Congrès 2024

Joignez-vous à nous les 1^{er} et 2 novembre 2024
au Manoir Saint-Sauveur, dans la magnifique région des Laurentides

Appel de conférence jusqu'au 31 janvier 2024

**Le comité scientifique s'active
déjà à l'organisation de la prochaine
édition du congrès de l'OPIQ!
Surprenez-nous!**

Nous recherchons des sujets de conférence qui permettront aux inhalothérapeutes de parfaire leurs connaissances scientifiques et leurs compétences cliniques, de réfléchir à leur pratique professionnelle, de sortir de leur zone de confort et de se surpasser.

N'hésitez pas à proposer une conférence et à partager avec vos pairs votre expertise — ou celle de votre équipe — ou votre expérience d'une pratique innovante ou toute autre question d'intérêt!

Vous avez jusqu'au **31 janvier 2024 à 23 h 59** pour soumettre votre proposition en remplissant le [formulaire](#) et en le retournant à [Marie Andrée Cova](#).

Nous attendons vos propositions avec impatience!

Cherchons inhalothérapeutes!

*Nos clients assurent la vitalité de notre organisation.
Nos employés sont notre principal atout.*



Respirez bien. Dormez bien. Vivez bien.



Chef de file de l'oxygénothérapie à domicile, du diagnostic des troubles du sommeil et du traitement CPAP, Medigas cherche pour son équipe des inhalothérapeutes d'expérience ou fraîchement diplômé(e)s. Les candidat(e)s doivent être membres en règle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec.

Nous avons actuellement des postes à temps plein disponibles à Rimouski et la région du Grand Montréal.

*Nous vous invitons à envoyer votre CV à
fannie.theriault@linde.com*



À votre avis...

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

Malgré leurs nombreux avantages, les médias sociaux possèdent le potentiel de brouiller la frontière entre la vie personnelle et la sphère professionnelle. Ils comportent aussi un lot d'enjeux qu'il convient de circonscrire pour un usage responsable.

Nous vous proposons cette nouvelle chronique, qui exposera une situation fictive soulevant un ou des enjeux liés à de possibles activités en ligne par des inhalothérapeutes et les bonnes pratiques à adopter pour éviter les faux pas.

En 2020, l'OPIQ publiait des lignes directrices à l'intention des inhalothérapeutes pour de [*Bonnes pratiques d'utilisation personnelle et professionnelle des médias sociaux*](#).

L'OPIQ souhaitait ainsi

- sensibiliser les inhalothérapeutes quant aux enjeux liés à l'utilisation des médias sociaux dans leur vie personnelle et professionnelle;
- les guider dans le respect de leurs responsabilités professionnelles, de leurs obligations déontologiques et des lois applicables;
- favoriser un bon usage des médias sociaux et une conduite responsable par les inhalothérapeutes.

NDLR

Par «**utilisation des médias sociaux**», on entend un usage fait à partir d'un ordinateur, d'un téléphone intelligent ou d'une tablette numérique, peu importe, si l'appareil est un bien personnel ou un outil professionnel.



Pour ce faire, six principes directeurs ont été dégagés :

- 1 Responsabilité
- 2 Confidentialité
- 3 Respect de la distance professionnelle
- 4 Image et réputation
- 5 Conflits d'intérêts et influences
- 6 Rigueur scientifique

Et les bonnes pratiques d'utilisation fondées sur des expériences qui ont fait leurs preuves ont été regroupées sous 7 «P».

7P

1 Privé ou professionnel

2 Patient

3 Protection

4 Prudence

5 Publication

6 Positif

7 Publicité

Mise en situation

Pendant son quart de travail de nuit, Marc reçoit à l'urgence un patient présentant d'importantes brûlures au visage, au thorax et aux avant-bras. Devant la gravité des blessures et la rareté d'un tel cas, il décide de photographier ce patient « à peine reconnaissable » et de partager la photo avec ses collègues à partir de son compte Instagram personnel.

Un des destinataires de la photo fait suivre la photo à d'autres membres du personnel, ce qui rend la publication virale.

À votre avis...

À quel enjeu Marc est-il confronté ?

Quelles auraient été les bonnes pratiques à adopter ?

Réponses et piste de réflexion

Enjeu de confidentialité

La photo a permis de remonter le fil des événements jusqu'à Marc. Le chef de service se demande s'il y a eu violation du droit à l'image et à la vie privée du patient... même s'il était méconnaissable. Il se questionne aussi sur un manquement possible aux règles entourant le secret professionnel et la confidentialité des renseignements médicaux. Finalement, il s'interroge sur une éventuelle altération du lien de confiance du public envers les professionnels. Il convoque Marc pour en discuter.

La rencontre conscientise l'inhalothérapeute à l'impulsivité et au manque de professionnalisme de ses gestes. Il profite de cette malheureuse situation pour relire la politique de son employeur relative à la prise de photos et de vidéos en établissement et pour la partager avec ses collègues par la même occasion.

Parmi les bonnes pratiques à adopter :

- respecter le droit à la vie privée et à la confidentialité de toute personne en s'assurant qu'aucun renseignement ne permet de l'identifier (p. ex. photo de patient ou collègue) sans son consentement libre et éclairé ;
- connaître la politique concernant les médias sociaux de son employeur ou de l'organisation à laquelle il est affilié le cas échéant ;
- tenir compte :
 - du caractère permanent de tout ce qui paraît sur les médias sociaux ;
 - de la nature publique de ses publications, peu importe les réglages utilisés. Concrètement, sa publication peut être sauvegardée par une autre personne et ensuite être réaffichée à son insu ou sans son consentement ;
 - du large spectre de diffusion de sa publication ;
 - du fait qu'on ne connaît pas le lectorat (québécois, canadien, voire étranger), puisqu'Internet n'a aucune barrière géographique.

Conclusion

Malgré les atouts indéniables associés aux médias sociaux, leur utilisation comporte aussi d'importants enjeux à considérer. Ainsi, pour un usage responsable des médias sociaux, il convient de peser les avantages et les risques encourus avant de publier et de viser le meilleur équilibre qui soit.

En tout temps, l'inhalothérapeute doit conserver son indépendance professionnelle, faire preuve de professionnalisme et de respect envers la confidentialité, l'image, la vie privée et la réputation de toutes les parties concernées. Il doit gérer avec rigueur scientifique ses publications, qui formeront, au fil du temps, un tatouage permanent dans l'univers virtuel des médias sociaux.





Conjuguer avec une personne difficile, pas toujours facile...

par **Bernard Cadieux**, inh., M. Sc., M.A.P., syndic, responsable des dossiers de pratique illégale et usurpation de titre, OPIQ et **M^e Magali Cournoyer-Proulx**, associée Fasken Martineau DuMoulin S.E.N.C.R.L., s.r.l.

En tant que professionnel(le) de la santé, vous avez certainement été exposé(e) à des situations difficiles impliquant soit des patients ou leurs proches, des collègues ou d'autres personnes dans votre milieu de travail. Devant ces situations, comment avez-vous réagi? Avez-vous agi promptement ou avec recul? Avez-vous privilégié vos intérêts ou ceux de votre patient? Vous êtes-vous demandé si vous disposiez de moyens pour prévenir ces comportements ou pour vous assurer que ce genre de situation ne se reproduise plus?

Ces situations délicates sont souvent pénibles à gérer et ont parfois mené certains professionnel(le)s à des inconduites qui ont, malheureusement, entraîné l'imposition de sanctions disciplinaires.

En voici quelques illustrations.

Dans un premier cas¹, un médecin psychiatre a fait l'objet d'une plainte intrahospitalière ayant abouti à la suspension de son statut et de ses privilèges pour trois mois. Il avait réagi à un patient qui lui avait craché au visage, en le pourchassant dans l'hôpital pour lui asséner un coup de poing. Le tribunal a conclu, à juste titre, qu'il était indigne pour un psychiatre d'attaquer physiquement et de poursuivre un patient psychiatrique dans les corridors d'un hôpital, n'importe où, au Québec ou ailleurs, et que le médecin aurait dû recourir à d'autres méthodes plus pacifiques.

Dans une autre situation², une infirmière auxiliaire s'est vue imposer une période de radiation temporaire de six mois pour ne pas avoir fait preuve de diligence en négligeant d'intervenir promptement auprès d'un patient. Alertée par ses collègues sur des comportements antérieurs du patient, cette professionnelle craignait que le patient devienne agité, voire agressif, lors d'un épisode d'hypoglycémie. En conséquence de sa non-intervention, le patient s'est étouffé et est décédé. Le conseil de discipline a noté que la professionnelle avait omis de consulter le dossier médical du résident, son plan de soins et son formulaire d'administration de médicaments. Elle ignorait le statut glycémique du résident plus tôt en journée et qu'un médicament est prescrit pour ses épisodes d'hypoglycémie. Devant la situation, la professionnelle semble avoir été paralysée dans ses actions par son stress et sa peur. Elle n'est pas intervenue et n'est pas allée chercher l'infirmier présent à la résidence.

¹ G...-É... C... et Centre hospitalier X, 2006 CanLII 88544 (QC TAQ).

² Infirmières et infirmiers auxiliaires (Ordre professionnel des) c. Hayes, 2022, QC CDIA 14.

« Comme inhalothérapeute, plusieurs articles du *Code de déontologie des inhalothérapeutes* édictent les principes qui devraient guider vos interventions devant ce genre de situation. »

Enfin, dans une autre affaire impliquant une inhalothérapeute³, le conseil de discipline a imposé une radiation d'un mois à la professionnelle qui était intervenue en représailles, après avoir été informée d'un conflit survenu entre sa collègue et un médecin résident. Le tribunal a conclu que l'inhalothérapeute n'avait pas agi avec dignité et courtoisie lors d'une intervention pour code bleu en s'adressant à voix forte à un médecin résident pour exiger qu'il s'identifie, devant la patiente et au moins un membre de sa famille, plutôt que de prodiguer les soins requis à cette patiente.

Comme inhalothérapeute, plusieurs articles du *Code de déontologie des inhalothérapeutes* édictent les principes qui devraient guider vos interventions devant ce genre de situation :

Article 6. Avant de poser un acte professionnel, l'inhalothérapeute doit **tenir compte des limites** de ses connaissances, de ses aptitudes et des moyens dont il dispose.

Article 9. L'inhalothérapeute doit chercher à établir une **relation de confiance** avec son client. À cette fin, il doit offrir ses services de façon personnalisée.

Article 10. L'inhalothérapeute doit s'acquitter de ses obligations professionnelles avec **intégrité**.

Article 13. En plus des avis et des conseils, l'inhalothérapeute doit fournir à son client les explications nécessaires à la **compréhension** des services qu'il lui rend.

Article 16. L'inhalothérapeute doit **subordonner son intérêt personnel**, celui de la société au sein de laquelle il exerce sa profession ou dans laquelle il a des intérêts et celui de toute autre personne exerçant sa profession au sein de cette société, à l'intérêt de son client.

Article 17. L'inhalothérapeute **doit ignorer toute intervention d'un tiers** qui pourrait influencer sur l'exécution de ses devoirs professionnels au préjudice de son client.

En prenant conscience des difficultés qui s'imposent dans votre pratique, nous croyons qu'il vous revient d'agir en amont et de réfléchir à la conduite appropriée pour éviter ou bien gérer ce genre de situations délicates et difficiles auxquelles vous pourriez être confronté(e)s.



Nous vous invitons également à vous référer aux standards de pratique et aux guides publiés par l'OPIQ⁴ qui fournissent un rappel fort utile de certaines lignes directrices qui devraient guider vos interventions, notamment en matière de professionnalisme et de communication.

En tout temps, voici quelques conseils généraux qui peuvent vous être utiles lorsque vous ferez face à de telles situations :

- Sachez à qui vous avez affaire
- Communiquez adéquatement
- Agissez en toute indépendance
- Connaissiez et respectez vos limites
- Identifiez et comprenez la difficulté
- N'hésitez pas à obtenir l'aide requise
- Documentez vos interventions

Nous sommes convaincus que le respect de ces quelques consignes favorisera la gestion proactive de la situation et aidera grandement à réduire le risque qu'une situation délicate s'aggrave ou qu'un conflit dégénère. 

³ Inhalothérapeutes (Ordre professionnel des) c. Fortier, 2019 CanLII 54671 (QC OPIQ).

⁴ Voir, entre autres, le guide intitulé [Standards de pratique, un gage de compétence](#) ainsi que le guide [Parler, écouter, écrire: l'art de communiquer en santé](#).



3 bonnes raisons de vous procurer une assurance juridique

Chaque année, des centaines de milliers de Québécois vivent des problèmes liés au droit : erreur médicale, harcèlement au travail, vol d'identité ou parent devenu inapte. Ces situations peuvent vous mettre dans l'embarras avec divers frais à payer. Voyez comment nous pouvons vous protéger avec l'assurance juridique.

1. Investissez un faible montant pour une grande protection

Offerte à prix doux (environ 1 \$ par semaine) et recommandée par le Barreau du Québec, l'assurance juridique vous procure un soutien financier et un accompagnement appréciable :

- Elle inclut le remboursement d'une partie des frais requis pour faire valoir vos droits ou couvrir par exemple les services d'avocats ou de notaires. Les réclamations d'assurance juridique n'entraînent ensuite aucune hausse de prime.
- Elle protège votre conjoint ou votre conjointe et vos enfants (s'ils vivent sous votre toit) sans coût supplémentaire.

2. Évitez plusieurs problèmes juridiques

Honoraires d'avocat, frais d'expertise ou d'arbitrage... Tous ces frais peuvent malmener un budget. C'est pourquoi bien des couvertures d'assurance juridique englobent des ennuis pouvant vous toucher un jour ou l'autre qui touchent divers domaines du droit :

- la consommation (ex. découverte d'un vice caché à l'achat d'une maison ou rénovation mal réalisée);
- les dommages matériels ou corporels (ex. : une blessure lors d'une activité sportive);
- la propriété et l'habitation (ex. : un problème de voisinage);
- le travail (ex. le harcèlement moral ou un congédiement injustifié) et plus encore.

Bon à savoir : si vos revenus se situent parmi ceux de la classe moyenne, vous n'auriez pas droit aux services gratuits de l'aide juridique en cas d'ennuis.

3. Soyez soutenu dans des situations particulières

Polyvalente, l'assurance juridique sert aussi à titre préventif pour des besoins spécifiques. Imaginez que vous deviez faire rédiger votre mandat d'incapacité ou rédiger votre testament : l'assurance juridique rembourserait alors une partie des honoraires de votre notaire. Après une séparation, elle pourrait également prendre en charge une part des coûts des séances de médiation familiale non couvertes par l'État.

Bref, son rôle est étendu. Informez-vous auprès de votre conseiller en assurance pour plus de détails à ce sujet!

beneva

Six avantages d'acheter une voiture électrique

Les voitures électriques gagnent en popularité. Peut-être que l'idée d'en avoir une vous a traversé l'esprit ? Voici les six avantages d'acheter une voiture électrique.

1. Économies sur le coût de recharge

L'un des grands avantages de la voiture électrique, c'est que ça vous permet de faire des économies. Ça pourrait même coûter jusqu'à quatre fois moins cher par kilomètre parcouru, selon Ressources naturelles Canada.

Les économies que vous pourriez faire par année ? Rouler 20 000 km dans une voiture compacte électrique pourrait vous faire économiser entre environ 1 500 \$ et 1 700 \$, selon BC Hydro et Hydro-Québec.

Le montant économisé dépend de plusieurs facteurs, comme le prix de l'essence et de l'électricité, le nombre de kilomètres parcourus, le modèle de voiture et la technologie utilisée.

Pour avoir une idée des coûts par kilomètre des différents marques et modèles de voitures, Ressources naturelles Canada offre un outil de recherche des cotes de consommation d'énergie par véhicule.

2. Économies sur le coût d'entretien

Les véhicules électriques coûtent moins cher d'entretien que les véhicules à essence. Selon le type de voiture (entièrement électrique ou hybride rechargeable), on retrouve des avantages comme :

- › L'absence ou la diminution des changements d'huile
- › La durabilité des freins (il y a un système de freinage par récupération d'énergie qui use moins les disques et les plaquettes de frein)
- › La structure du moteur électrique plus simple, donc qui nécessite moins de changements de pièces et de visites au garage

3. Subventions gouvernementales à l'achat ou à la location

Même si les voitures électriques coûtent moins cher en énergie et en entretien, leur prix de vente et de location reste souvent plus élevé que les véhicules à essence. Le gouvernement fédéral offre des subventions aux particuliers et aux entreprises.

Plusieurs provinces ajoutent aussi leurs propres incitatifs. Ils s'appliquent sur l'achat ou la location de véhicules admissibles, le remplacement d'un vieux véhicule ou même sur l'acquisition et l'installation d'une borne de recharge.

4. Offres avantageuses sur les prêts et les assurances

Certains assureurs offrent des rabais sur les assurances auto pour certains modèles. Il y a aussi des institutions financières qui ont mis en place des prêts-autos avantageux sur les voitures électriques et hybrides. Ça vaut le coup de s'informer.

5. Privilèges sur les routes

Le Québec et l'Ontario offrent des plaques d'immatriculation vertes aux détenteurs de voitures électriques ou hybrides rechargeables admissibles. Selon la région, elles donnent accès à certains privilèges, comme :

- › La possibilité de circuler sur des voies réservées
- › Les stationnements gratuits et réservés à plusieurs endroits
- › L'accès gratuit à des routes à péages ou à des traversiers

6. Avantages pour l'environnement

La voiture électrique n'émet pas de gaz à effet de serre quand elle roule. Selon Hydro-Québec, si l'on tient compte du cycle de vie d'une voiture (incluant les matériaux pour la construire), une voiture électrique émettra 65 % moins de gaz à effet de serre qu'une voiture à essence pour 150 000 km parcourus. De plus, elle réduit aussi la pollution sonore créée par les moteurs à combustion.

Choisir la voiture électrique, ça peut être avantageux pour vos finances et pour l'environnement. Ça vaut aussi la peine d'évaluer vos besoins et de vous informer sur ce que ça implique avant de passer à l'action.

Découvrez l'offre de la Banque Nationale pour les inhalothérapeutes à bnc.ca/professionnel-sante.



Viens vivre
tes passions ici!

LE CISSS DE L'OUTAOUAIS RECRUTE



INHALO- THÉRAPEUTES

 **PONTIAC**

FAIS CARRIÈRE EN OUTAOUAIS!

viensvivretespensions.ca

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais

Québec 



L'ORDRE Y ÉTAIT

Ministère de la Santé et des Services sociaux

- Rencontres avec la Direction de l'attraction de la main-d'œuvre (vaccination et élargissement des pratiques)
- Rencontre avec le sous-ministre Daniel Paré
- Salon national de l'éducation de Montréal

Ministère de l'Enseignement supérieur

- Rencontres avec la responsable de la révision du programme en inhalothérapie

FIQ

- Rencontres statutaires

Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)

- Forum des directions générales
- Forum des présidents
- Forum de l'admission
- Forum des syndicats
- Forum des conseillers juridiques
- Comité organisateur du 9^e congrès du CIQ
- Colloque des dirigeants 2023

Table de collaboration interordre de la santé et des services sociaux

- Comité de pilotage

Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire

- Rencontres du comité exécutif
- Rencontres du comité de pilotage de la révision du profil national des compétences (PNC)

Office des professions

- Rencontres avec la nouvelle présidence de l'Office des professions

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

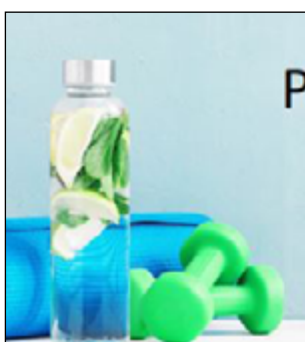
- Rencontres diverses : vaccination et élargissement des pratiques
- Remise des prix Florence 2023

Semaine pour un
Québec sans tabac

du 14 janvier au 20 janvier 2024

Accédez au matériel promotionnel

cqts 



Panier santé et bien-être

Inhalothérapeutes...

il est toujours temps
de penser **(aussi)** à vous!

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



Formation continue

Nouvelle activité de formation

- **OPIQ-8001**
Est-ce une MPOC, une toux chronique, de l'asthme... non, c'est une bronchiectasie!
- **OPIQ-8002**
Inhalateurs en MPOC: réflexion sur l'optimisation et l'approche non pharmacologique



RAPPEL
Fin de la période de référence
31 mars 2024

30 heures de formation obligatoire sur 2 ans



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

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

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

Rappel

Règlement sur la formation continue

Période de référence 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2024

L'inhalothérapeute doit conserver ses pièces justificatives (certificat, relevé de notes, attestation de participation) jusqu'à l'expiration des 4 années suivant sa déclaration de formation continue et les fournir à l'OPIQ sur demande.

Chaque pièce justificative doit minimalement contenir ces informations:

- > Le nom complet de l'inhalothérapeute;
- > Le titre de l'activité de formation suivie;
- > La date de l'activité, incluant l'année;
- > La durée de l'activité;
- > Le nom du formateur ou de l'organisme dispensateur.

[En savoir plus...](#)

Les activités de formation du *Campus OPIQ* sont possibles en partie grâce à la contribution financière de nos précieux partenaires: **Beneva, Johnson & Johnson, Philips, Trudell Solution Santé** (Or), ainsi que la **Banque Nationale du Canada** (Argent).

Formation universitaire

Saviez-vous que votre diplôme en inhalothérapie peut vous ouvrir les portes de plusieurs programmes universitaires (à distance ou en présentiel) et que certains cours issus de ces programmes peuvent vous donner des heures de formation continue?

[Voir la liste des programmes *](#)
(non limitative ni exhaustive)



DIVA
Diplôme international en ventilation artificielle

• Prerequisite obligatoire afin de participer au cours :



CRCHUM
CENTRE DE RECHERCHE
Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

Cours avancé de ventilation mécanique durant 2 jours et demi, dans un milieu d'enseignement moderne et interactif (simulations, scénarios, présentations avancées, projection de ventilateurs, exercices.)
Enseignement prodigué par des experts internationaux en ventilation mécanique.

18-19-20 janvier 2024

SIVA

Société Internationale en Ventilation Artificielle

Congrès 2023

Pour les conférencier(-ière)s qui en ont donné l'autorisation, leur présentation *PowerPoint* est maintenant accessible dans le répertoire de documents du *Campus OPIQ*, sous l'onglet « Communauté », dans la zone réservée aux membres du site de l'OPIQ.

publications externes d'intérêt

En lien avec votre pratique clinique, plusieurs ressources externes sont accessibles*.

> SOCIÉTÉ CANADIENNE DE THORACOLOGIE

- [Effect of Race and Ethnicity on Pulmonary Function Testing Interpretation](#) (août 2023)
- [Ligne directrice de 2023 de la SCT sur la pharmacothérapie chez les patients atteints de MPOC stable](#) (septembre 2023).
Notez que le résumé est en français, mais l'article est en anglais.
- [Canadian Thoracic Society Position Statement on Climate Change and Choice of Inhalers for Patients with Respiratory Disease](#) (novembre 2023)

> INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS).

[Prise en charge de l'asthme chez les enfants et les adultes](#) (septembre 2023).

> SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER/INFO-TABAC.

[De nouveaux programmes de cessation de vapotage pour les jeunes](#) (octobre 2023).

> INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL/OBSERVATOIRE DE LA PRÉVENTION. [Les exerkinés: des médiateurs de bienfaits de l'exercice sur la santé](#) (octobre 2023).

> INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL/OBSERVATOIRE DE LA PRÉVENTION. [Activité physique, exercice et santé du cerveau!](#) (novembre 2023).

* **Liste non exhaustive fournie à des fins d'information.**
L'Ordre n'assume aucune responsabilité quant à la validité et à la mise à jour du contenu des hyperliens qu'il partage.

DEVEZ MEMBRE DE LA SCT

L'OPIQ a récemment conclu une entente avec la société canadienne de thoracologie qui vous permet d'obtenir un tarif préférentiel pour l'adhésion annuelle à la SCT.

Pour plus d'informations

Vous ne nous suivez pas encore sur les réseaux sociaux?

C'est par ici!



questionnaire de **formation continue**

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



La lecture des deux textes suivants est requise pour remplir le questionnaire de formation continue en ligne sur le Campus OPIQ.

- *La biomécanique respiratoire: un régulateur de la posture et de la marche* par Benoît Tremblay (p. 12-15)
- *Pourquoi et comment rendre sa pratique professionnelle culturellement sécurisante pour les patients issus des Premiers Peuples* par Jessie Lepage (p. 20-23)

01 VRAI ou FAUX

Dès la naissance, les étapes du développement moteur que l'enfant traverse vers la station debout et la marche s'effectuent en lien étroit avec l'évolution de la biomécanique respiratoire.

02 VRAI ou FAUX

La fluidité biomécanique de la marche et de la respiration n'est pas influencée par les effets combinés de la maladie pulmonaire et des tensions chroniques systémiques.

03 L'évaluation clinique de la biomécanique respiratoire est réalisée en position:

- Assise seulement
- Assise et debout
- Debout et à la marche
- Assise, debout et à la marche

04 VRAI ou FAUX

En situation de stress chronique, le soutien du CARPEM se perd. Il est compensé par des surtensions «normalisées et souvent non ressenties» dans les yeux, la mâchoire, les mains, les bras jusqu'au sternum.

05 L'intime relation «marche – biomécanique respiratoire» demeure présente:

- Jusqu'à l'âge de 5 ans
- Jusqu'à l'adolescence
- Jusqu'à l'âge adulte
- Jusqu'au dernier souffle

06 VRAI ou FAUX

Les asynergies respiratoires et posturales (ARP) sont évaluées en position debout seulement puisque le passage d'une position à l'autre cause souvent des tensions de compensation pour se tenir droit et marcher droit.

À propos des composantes de la sécurisation culturelle, qui suis-je ?

07 Première étape du concept, cette composante se réalise lorsque l'on démontre un intérêt à l'égard des Autochtones, que l'on accepte de nouvelles informations et que l'on désire en apprendre davantage sur eux.

- Inconscience culturelle
- Conscience culturelle
- Sensibilité culturelle
- Compétence culturelle
- Sécurisation culturelle

08 Caractéristique qui vient après avoir entendu de nouveaux éléments, avoir cheminé dans ces apprentissages et être conscientisé(e) à la culture, à la langue et à l'histoire de l'autre.

- Inconscience culturelle
- Conscience culturelle
- Sensibilité culturelle
- Compétence culturelle
- Sécurisation culturelle

09 Destruction culturelle, discrimination envers les autochtones et leur culture et incompréhension face à eux et à tout ce qui les concerne.

- Inconscience culturelle
- Conscience culturelle
- Sensibilité culturelle
- Compétence culturelle
- Sécurisation culturelle

10 Approche qui reconnaît la présence des iniquités [...] et cherche à combler ces écarts par des pratiques pertinentes.

- Inconscience culturelle
- Conscience culturelle
- Sensibilité culturelle
- Compétence culturelle
- Sécurisation culturelle

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

A decorative border of colorful snowflakes and stars in red, teal, and gold, arranged in a repeating pattern along the top, bottom, and sides of the page.

Joyeuses fêtes

Notre vœu en cette saison magique :
que tous les vôtres se réalisent !