

l'inhalo



automne 2024 / hiver 2025

DOSSIER

SPÉCIAL CONGRÈS 2024

CHRONIQUE

MÉDIAS SOCIAUX / ENJEUX + BONNES PRATIQUES

 **opiq**
Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec

volume numéro

41.2

Membres de l'OPIQ

Profitez de rabais exclusifs

Beneva est fière d'assurer les activités professionnelles des membres de l'Ordre depuis plus de 25 ans !

C'est gratuit :

- assistance routière, en combinant l'assurance auto et habitation
- paiement simplifié de vos primes avec la retenue salariale¹
- assistance juridique, incluant un accompagnement lors d'un vol d'identité

C'est simple :

- faites vos réclamations auto 100 % en ligne

Demandez une soumission
beneva.ca/opiq
1 855 441-6015

Mentionnez votre numéro de groupe : 10066



beneva

Les gens
qui protègent
des gens

ASSURANCES AUTO, HABITATION
ET VÉHICULES DE LOISIRS

1. Employeurs participants seulement. | Les assurances de dommages sont souscrites par Société d'assurance Beneva inc. et distribuées par Beneva inc., agence en assurances de dommages et ses partenaires autorisés. En tout temps, seul le contrat d'assurance précise les clauses et modalités relatives à nos protections. Certaines conditions et exclusions s'appliquent. © Beneva inc. 2024 ^{MD} Le nom et le logo Beneva sont des marques de commerce de Groupe Beneva inc. utilisées sous licence.



Avant-propos	4
Le mot de la présidente	5
Dossier	
Spécial congrès 2024	
Dormir, ça s'apprend	6
Pratique en région éloignée?	
Non, pratique en milieu isolé	9
Ventilation mécanique périopératoire: quoi de neuf en 2024?	13
Profession: inhalothérapeute	
Jocelyn Vachon honoré du prix <i>Mérite du CIQ</i> 2024	16
À l'avant-scène	18
Le congrès en images	19
Tableau d'honneur 2024	20
Actualités	
Congrès 2025: appel de propositions de conférence	22
<i>Respiro</i> , le nouveau jeu sérieux multiplateforme!	22

Médias sociaux/ enjeux + bonnes pratiques	
À votre avis...	23
Déontologie / inh.: 3 lettres responsables	
La déonto et vous: l'équilibre précaire entre les obligations professionnelles et le conflit de loyauté	25
Assurances	27
Finances	28
Babillard	30
Questionnaire	33

 **sommaire**

VERSION INTERACTIVE

Repérez ces icônes qui indiquent des liens



courriel



texte hyperlié



tableau hyperlié



page hyperliée



inhalo

MEMBRÉS 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 Richard, 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^e Andréanne LeBel

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

Directrice de la qualité de l'exercice et du développement professionnel
Absente

Conseiller à l'exercice de la pratique et inspecteur
Daniel Jorgic, inh.

Directeur de l'admission et des services administratifs et secrétaire général adjoint
Pascal Rioux, inh., M.A.P., Adm. A.

Coordonnatrice aux technologies de l'information
Francine Beaudoin

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

Adjointe de direction
Catherine Larocque

Collaboratrice aux affaires juridiques
Anie Gratton

Chargée du Tableau des membres et des communications
Peggy Casse

Collaboratrice à la qualité de l'exercice
Ophélie Dréau

Collaboratrice aux relations avec le public et les membres
Marie Andrée Cova

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

MAGAZINE

Responsable de l'édition
Line Prévost, inh., B.A., réd. a.

Collaborateurs et collaboratrices
Bernard Cadieux, inh., M. Sc., M.A.P., M^e Magali Cournoyer-Proulx, D^r Martin Girard, Karine Gloutnay, inh., Karine Grondin, inh., FCSRT, Erica Joncas, inh., Catherine Prémont, Line Prévost, inh., B.A., réd. a., Chantal Reus, inh., Pascal Rioux, inh.

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2024

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 c^o Design inc.

Publicité
CPS Média

43, avenue Filion, Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R0
Tél.: (450) 227-8414 poste 318 • Téléc.: (450) 227-8995
Cynthia Fournelle, gestionnaire de compte
Courriel: cfournelle@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

Passion, engagement, excellence

Le congrès est toujours une source d'inspiration et d'enrichissement pour moi. Ce rendez-vous annuel a, une fois de plus, rassemblé les esprits passionnés et engagés de notre communauté, pour des moments d'échange, de réflexion et de célébration.

Cette deuxième édition de la revue dédiée à l'évènement propose trois résumés de conférences, dont deux sont signés par des inhalothérapeutes. La chronique déontologique, toujours pertinente, invite à réfléchir sur les obligations professionnelles et le conflit de loyauté, tandis que celle consacrée aux médias sociaux nous offre des pistes concrètes pour adopter de bonnes pratiques. Nous remercions mesdames Karine Gloutnay, Erica Joncas et Chantal Reus, inhalothérapeutes, de même que D^r Martin Girard, anesthésiologiste intensiviste, pour leur précieuse participation à cette édition.

Enfin, nous vous proposons un retour en images sur la remise des prix et distinctions 2024, des moments empreints de fierté et d'émotion qui marquent l'excellence et l'engagement de nos pairs. Ces instants sont autant de rappels que, collectivement, vous contribuez à faire avancer notre profession avec toute la passion qui vous animent.

Bonne lecture!

Sur une note plus personnelle, je souligne le départ à la retraite de madame Marise Tétreault, une collègue inestimable et une proche collaboratrice durant les 20 dernières années. Bien qu'elle continue à enrichir nos pages avec sa chronique sur les médias sociaux et les bonnes pratiques, son talent, sa créativité, son énergie débordante et notre complicité me manqueront. Ayant assuré la coordination de la revue pendant 15 ans, je reprends cette responsabilité avec une grande reconnaissance pour l'héritage qu'elle laisse. Madame Peggy Casse est désormais chargée des communications. Je lui adresse mes vœux de succès dans ce nouveau défi professionnel, convaincue qu'elle saura le relever avec brio.

En cette période festive, je vous souhaite un Noël chaleureux et lumineux, entouré de vos proches. Que l'année à venir soit porteuse de bonheur, de santé et de projets inspirants. Joyeuses fêtes!



Line Prévost, inh., B.A., réd. a.

Banque Nationale	17
Beneva	2

FIQ	14
FSSS-CSN	29



index des annonceurs



MOT DE LA PRÉSIDENTE

Prendre soin de soi pour mieux avancer



À l'approche des fêtes, moment dédié aux réjouissances, il est facile de se laisser submerger par les obligations professionnelles, familiales, sociales ; par les attentes (les nôtres et celles des autres) ; par le rythme effréné : planifier, acheter, emballer, décorer... et de faire face à l'épuisement. Que ce soit retrouver la famille, passer des soirées entre amis ou voyager, il importe de se rappeler qu'au-delà des festivités, prendre soin de soi et de sa santé mentale est essentiel. Repenser son hygiène de vie, pratiquer un sport que l'on aime, cuisiner ou faire preuve de bienveillance envers soi-même ne sont que quelques moyens pour y parvenir.

Ces dernières années ont été marquées par de nombreux défis, professionnels pour l'ensemble d'entre nous et personnels pour d'autres. Quoi qu'il en soit, il n'est jamais trop tard pour se recentrer et pour apprécier ce qui compte vraiment : conserver son équilibre et s'offrir un peu de répit, si possible.

La fin d'une année est souvent un moment propice à la réflexion pour dresser le bilan de nos réalisations, considérer de nouveaux projets, formuler des souhaits, prendre des résolutions. Je vous invite donc à célébrer non seulement vos réussites, mais aussi ces moments où vous avez trouvé la force de vous relever après une embuche. Chaque difficulté surmontée nous offre un enseignement précieux, bien que parfois douloureux. Servez-vous de ces expériences comme d'un tremplin pour l'avenir.

Merci à vous tous et toutes pour votre engagement envers vos pairs, vos patients et vos partenaires professionnels. Ensemble, continuons à faire la différence et à aller de l'avant pour contribuer à l'amélioration du réseau de la santé. 2025 offrira son lot d'opportunités, à nous de les saisir.

Je vous souhaite de passer des fêtes empreintes de sérénité et de vous entourer de personnes qui vous apportent bonheur et joie. Que ces moments soient l'occasion de vous ressourcer, pour aborder une nouvelle année que j'espère riche en défis inspirants et en réalisations marquantes.

Au plaisir d'échanger avec vous lors de la journée des responsables, le 17 janvier 2025.



Karine Grondin, inh., FCSRT
Présidente



Dormir, ça s'apprend

par **Karine Gloutnay**, inhalothérapeute clinicienne certifiée en médecine du sommeil (COSH)

Un mot sur l'auteur

Inhalothérapeute depuis 27 ans, **Karine Gloutnay** travaille chez *Biron Soins du sommeil* depuis 15 ans, où elle est maintenant chef d'équipe en hygiène du sommeil et formatrice.

L'insomnie est le trouble du sommeil le plus fréquent et peut affecter tout le monde¹. Il y a différents types

d'insomnie. Dans cet article, nous abordons l'insomnie chronique chez l'adulte. Les impacts peuvent être nombreux, tant au plan physique que mental, et ils peuvent toucher plusieurs sphères de notre vie personnelle et professionnelle. La médication n'est pas toujours la solution idéale. Certains traitements non pharmacologiques s'avèrent plus efficaces à long terme. En tant qu'inhalothérapeutes, nous avons un rôle à jouer pour aider les patients à mieux dormir, que ce soit à titre préventif, pour minimiser les répercussions sur la santé respiratoire ou pour les orienter vers des ressources fiables.

Définition



insomnie est un trouble du sommeil qui se caractérise par une plainte quant à un problème d'initiation et/ou de maintien du sommeil, menant à une altération du fonctionnement diurne et qui n'est pas attribuable à une occasion ou à des circonstances inadéquates de sommeil².

L'insomnie chronique ou psychophysiologique est la forme la plus courante d'insomnie. Elle survient plus de trois fois par semaine et perdure pendant plus de trois mois³.

Épidémiologie et physiopathologie de l'insomnie chronique

Cela représenterait 6 à 13 % de la population canadienne et 10 % de la population générale³. Selon le [modèle des 3 P](#)⁴ de Spielman⁵, il y a d'abord des facteurs **prédisposant** à l'insomnie. Les femmes sont deux fois plus susceptibles d'être affectées. Ce trouble est également plus fréquent chez les personnes âgées, celles qui ont une hypervigilance, une hyperactivité mentale et physiologique ou celles ayant un problème de santé physique ou mentale.

Par la suite, il y a ce qui **précipite** l'insomnie, telle que le stress, le deuil, la maladie, la ménopause et le changement d'horaire. Il s'agit d'un facteur qui est souvent hors de notre contrôle et qui peut déclencher une perturbation du sommeil.

Finalement, ce sont les facteurs **perpétuant** l'insomnie, comme une mauvaise hygiène de sommeil ou des gens qui essaient de compenser leur manque de sommeil en changeant leurs habitudes de sommeil et qui développent un conditionnement négatif face au sommeil, qui entretiennent l'insomnie. Cela peut nous mener vers un sentiment d'impuissance et une perte de contrôle, tels que l'anxiété de performance ou la détresse psychologique et émotionnelle.

La personne insomniaque peut présenter différents symptômes diurnes, comme de l'irritabilité, une fatigue excessive et des troubles cognitifs. À long terme, le manque de sommeil peut perturber les activités quotidiennes, dégrader la qualité de vie, augmenter l'isolement social et les congés de maladie, aggraver les symptômes d'autres maladies^{6,7,8,9} et causer des accidents ou mener au suicide¹⁰.

L'insomnie peut être appuyée par la polysomnographie en laboratoire du sommeil, mais l'*American Academy of Sleep Medicine (AASM)* ne recommande pas cette méthode, sauf si on veut éliminer un autre trouble de sommeil¹¹. C'est généralement diagnostiqué à l'aide d'une évaluation clinique grâce à un historique complet du sommeil et à des informations médicales, médicamenteuses et antécédents psychiatriques. Le questionnaire inclura entre autres l'Indice de sévérité de l'insomnie (ISI) et pour bien cerner le problème, il peut être utile de tenir un [journal de sommeil](#) pendant deux ou trois semaines.

Traitements pharmacologiques

Aucune substance médicamenteuse ne peut recréer une bonne qualité de sommeil, car aucune molécule permet de reproduire toutes les phases du sommeil ni la sécrétion hormonale produite durant le sommeil.

Un hypnotique (sommifère) a généralement pour effets de :

- ne pas induire le sommeil, mais d'enlever l'éveil plus rapidement et de permettre au sommeil de prendre la place ;
- réduire le nombre d'éveils ;
- réduire la durée des éveils ;
- prolonger le sommeil de 1 h-1 h 15 de plus.

Ils peuvent être utiles à court terme, en situation de détresse, traumatisme, douleur, trouble de santé mentale, deuil, faillite ou décalage horaire important. Lors d'une prise régulière à long terme, on s'expose à un danger de tolérance et de dépendance. Le sevrage peut être difficile à cause d'un risque d'insomnie rebond qui pourrait être pire qu'avant, surtout avec les benzodiazépines. Il est à noter qu'en cas d'apnée obstructive du sommeil, la prise d'hypnotique est à éviter¹².

L'AASM ne recommande aucun produit naturel, sans ordonnance ou autres¹³.

Traitements non pharmacologiques

La thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I) est la recommandation par excellence dans le traitement de l'insomnie chronique selon plusieurs de nos sociétés savantes, dont l'AASM¹⁴. Mais il n'y a aucune évidence suffisante pour conseiller la meilleure méthode pour prodiguer cette thérapie (individuelle, en groupe, téléconsultation, TCC-I numérique). Cette thérapie peut être offerte par des psychologues,



psychiatres, psychothérapeutes ou travailleurs sociaux. Les objectifs de ce traitement se résument ainsi :

- permettre au patient de s'endormir plus facilement (induction et maintien) ;
- permettre au patient de mieux composer avec l'insomnie ;
- diminuer les atteintes fonctionnelles diurnes.

Les approches thérapeutiques de la TCC-I sont :

- psychoéducation (hygiène du sommeil) ;
- relaxation ;
- contrôle du stimulus ;
- restriction de sommeil ;
- thérapie cognitive.

On recommande fortement la TCC-I dès qu'il est question de sevrage. Qu'il s'agisse d'un sevrage de somnifère, d'alcool, de tabac ou de cannabis, il est conseillé de le faire en même temps ou mieux, après la thérapie, afin d'être bien outillé pour faire face aux effets rebond de l'insomnie liés au sevrage.

Selon la *Sleep Foundation*¹⁵, la TCC-I a une efficacité de 70 à 80 % d'amélioration du sommeil pour les insomnies sans comorbidité. Et d'après un article du *National Library of Medicine*¹⁶, il existe désormais une écrasante prépondérance de preuves démontrant que la TCC-I :

- est aussi efficace que l'utilisation d'un hypnotique dans le traitement de l'insomnie aiguë ;
- est plus efficace que l'utilisation d'un hypnotique à long terme (plus de 3 mois après le traitement) ;
- a une faible propension à provoquer des effets secondaires ou des dommages.

Thérapies alternatives

- Bruit blanc – bruit coloré¹⁷
- Couverture lestée¹⁸
- Acupuncture, yoga, massothérapie

Comment souligner l'importance du sommeil en tant qu'inhalothérapeute

L'OPIQ encourage les inhalothérapeutes à être des ambassadeurs des bonnes habitudes de vie, dont l'hygiène du sommeil. Si nous dormons mieux, on agit principalement en prévention et les bénéfices sont nombreux pour notre santé physique et mentale. Cependant, ça ne se fait pas sur le coin d'une table. Le patient doit compter sur une prise en charge complète pour bien considérer sa situation. Donc, oui, nous pouvons aborder l'importance d'une bonne hygiène du sommeil auprès de nos patients, mais si vous jugez qu'il a besoin d'une investigation ou alors d'un traitement pour un trouble du sommeil, n'hésitez pas à le rediriger vers les ressources spécialisées.

Posez une question ouverte : « Comment est votre sommeil? »

Guidez le patient vers des ressources fiables : [Dormez là-dessus](#)¹⁹, [Association pulmonaire du Québec](#)²⁰ et les [Cubes à outils de l'OPIQ](#)²¹.

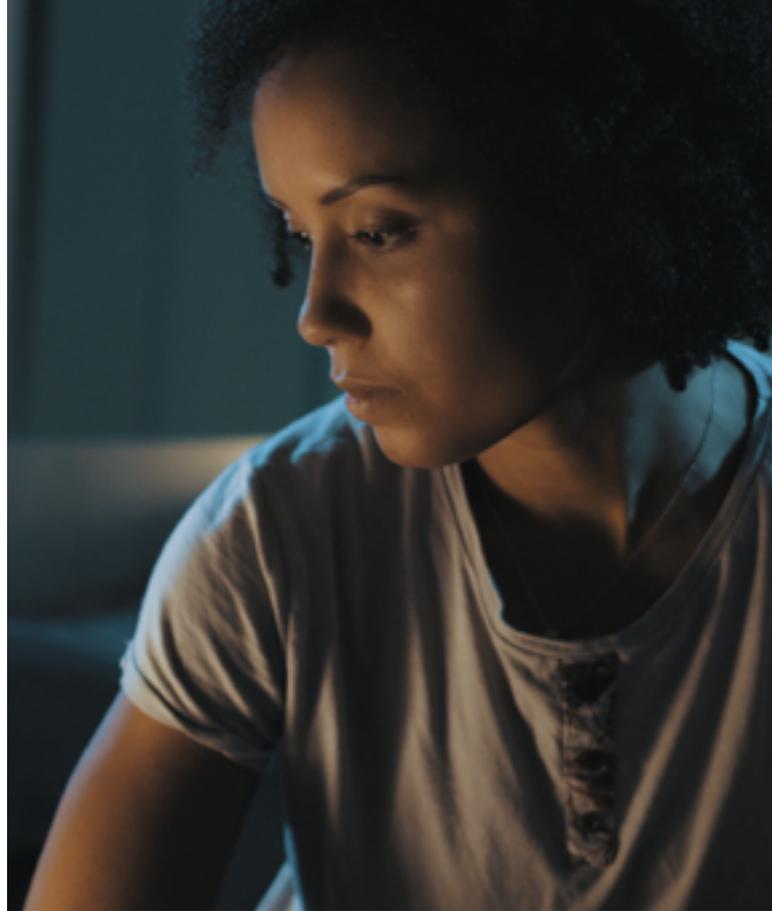
Il est aussi important de faire le pont entre les autres intervenants qui s'occupent du patient. Par exemple, s'il peut obtenir une requête pour une consultation en clinique du sommeil, le médecin spécialiste pourrait le prendre en charge et le guider vers les meilleures ressources — au public ou au privé —, pour un test de sommeil ou pour un traitement de l'insomnie tel que la TCC-I ou d'autres types de traitement non pharmacologique. Malgré les ressources limitées et insuffisantes au Québec, il existe heureusement d'autres programmes structurés, faisant partie des recommandations de l'AASM¹⁴, comme la thérapie comportementale brève contre l'insomnie (TCB-I). Des cliniciens certifiés en médecine du sommeil et supervisés par une direction médicale peuvent aborder sensiblement toutes les approches thérapeutiques de la TCC-I à l'exception de la thérapie cognitive.

En terminant, prenez soin de votre sommeil. Les inhalothérapeutes font partie des professionnels de la santé qui peuvent être affectés par l'hypervigilance, un facteur prédisposant à l'insomnie. Il est plus facile d'aider son prochain si nous dormons bien.



Références

- 1 CHAPUT, J.-P., YAU, J., DEEPA P. RAO, D. P., MORIN, C. M. (2018). [Prévalence de l'insomnie chez les Canadiens âgés de 6 à 79 ans](#). Statistique Canada, p. 1.
- 2 AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. (2023). [International Classification of Sleep Disorders—Third Edition](#).
- 3 NONNOTTE, A. C. (2019). [Insomnie chez l'adulte](#), Elsevier Connect.
- 4 Figure Modèle 3P provient du site [Dormez là-dessus](#).
- 5 SPIELMAN, A., CARUSO, L., GLOVINSKY, P. (1987, Dec.). [A behavioral perspective on insomnia treatment](#), *Psychiatr Clin North Am*, 10(4), 541-553. National Library of Medicine.
- 6 JAVAHERI, S., REDLINE, S. (2017). Insomnia and risk of cardiovascular disease. *Chest*, 152(2), 435-444. DOI: [10.1016/j.chest.2017.01.026](#), National Library of Medicine.
- 7 GARBARINO, S., LANTERI, P., BRAGAZZI, N. L., MAGNAVITA, N., SCODITTI, E. (2021). Role of sleep deprivation in immune-related disease risk and outcomes. *Commun Biol*, 18(4), 1304. DOI: [10.1038/s42003-021-02825-4](#), National Library of Medicine.
- 8 SHAMIM, S. A., WARRIACH, Z. I., TARIQ, M. A., RANA, K. F., MALIK, B.L. (2019). Insomnia: Risk factor for neurodegenerative diseases. *Cureus*, 11(10), e6004. DOI: [10.7759/cureus.6004](#), National Library of Medicine.
- 9 BRUMPTON, B., MAI, X.-M., LANGHAMMER, A., LAUGSAND, L. E., IMRE JANSZKY, I., STRAND, L. B. (2017). Prospective study of insomnia and incidence asthma in adults: the HUNT study. *Eur Respir J*, 49(2), 1601327. DOI: [10.1183/13993003.01327-2016](#), National Library of Medicine.
- 10 LALLA, F. (2023). [L'impact de l'insomnie sur les comorbidités psychiatriques](#). Présentation vidéo de l'Académie de l'insomnie.
- 11 SCHUTTE-RODIN, S., BROCH, L., BUYSSE, D., DORSEY, C., SATEIA, M. (2008). Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 4(5). DOI: [10.5664/jcsm.27286](#), American Academy of Sleep Medicine.
- 12 SAVOIR MÉDIA. (2021). [En quête de sommeil](#), épisode «Sommeil et médicaments», capsule vidéo, 30 minutes.
- 13 SATEIA, M. J., BUYSSE, D. J., KRISTAL, A. D., NEUBAUER, D. N., HEALD, J. L. (2017). Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 13(2). DOI: [10.5664/jcsm.6470](#), American Academy of Sleep Medicine.
- 14 EDINGER, J. D., ARNETT, J. T., BERTISCH, S. M., CARNEY, C. E., HARRINGTON, J. J., LICHSTEIN, K. L., SATEIA, M. J., TROXEL, W. M., ZHOU, E. S., KAZMI, U., HEALD, J. L., MARTIN, J. L. (2021). Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 17(2). DOI: [10.5664/jcsm.8986](#), American Academy of Sleep Medicine.
- 15 NEWSOM, R., DIMITRIU, A. (2024). [Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia \(CBT-I\): An Overview](#). Sleep Foundation Website.
- 16 MUENCH, A., VARGAS, I., GRANDNER, M. A., ELLIS, J. G., POSNER, D., BASTIEN, C. H., DRUMMOND, S. P., PERLIS, M. L. (2022). We know CBT-I works, now what?. *Fac Rev*, 11(4). DOI: [10.12703/r/11-4](#), National Library of Medicine.
- 17 PELLEGRINI, A. (2024). [Could Listening to Colored Noise Help You Get More Sleep?](#) Article publié par l'American Association of Retired Persons (AARP) et recommandé par l'American Academy of Sleep Medicine.
- 18 EKHOLM, B., SPULBER, S., ADLER, M. (2020). A randomized controlled study of weighted chain blankets for insomnia in psychiatric disorders. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 16(9). DOI: [10.5664/jcsm.8636](#).
- 19 Site Internet [Dormez là-dessus](#).
- 20 Site Internet de l'[Association pulmonaire du Québec](#).
- 21 ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. [Cubes à outils](#). Programme *En santé cardiorespiratoire*.





Pratique en région éloignée ? Non, pratique en milieu isolé !

par **Erica Joncas**, inh. et **Chantal Reus**, inh., CISSS de la Côte-Nord,
Centre multiservices de santé et de services sociaux de la Basse-Côte-Nord

Un mot sur les auteures

Erica Joncas

Lauréate du prix *Jacqueline-Gareau 2022*, Erica, native de la Basse-Côte-Nord, a étudié à Sherbrooke, puis a travaillé à Chisasibi, dans le Nord-du-Québec. Comme aucun service d'inhalothérapie n'était offert dans son village natal, elle crée un département à l'hôpital de Blanc-Sablon et des services en dispensaires. Après plus de 20 ans de pratique, elle connaît les défis de la région isolée.

Chantal Reus

À l'aube de sa retraite et après plus de 30 ans de pratique exclusive en anesthésie cardiaque à l'Institut de cardiologie de Montréal, Chantal décide, en 2022, de faire le grand saut et de réaliser un de ses rêves : relever le défi de la pratique en région isolée !

Introduction

La pratique de l'inhalothérapie dans l'une des cinq magnifiques régions éloignées du Québec, soit l'Abitibi-Témiscamingue, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, le Bas-Saint-Laurent, le Nord-du-Québec et la Côte-Nord, pose des défis et comporte des aléas inhérents à l'éloignement des grands centres hospitaliers. Mais qu'en est-il des milieux isolés ? Ces endroits, non reliés au réseau routier québécois, donnent parfois une impression de bout du monde. Nous nous concentrerons ici sur la Basse-Côte-Nord.

Milieu isolé faisant partie intégrante de la Côte-Nord, la Basse-Côte-Nord se démarque par l'immensité de son territoire, par ses villages isolés les uns des autres, par sa météo capricieuse et par une offre limitée de ressources médicales. Pour y pratiquer, il faut comprendre la réalité globale du milieu. Il est impossible de se limiter seulement à la prestation des soins aux patients. On doit comprendre le bon moment et connaître la manière de les offrir, en plus de savoir gérer toutes les contraintes liées à la distance, la météo, le transport, les services et leurs trajectoires, de même que l'approvisionnement, avec un seul centre hospitalier de soins primaires situé à Blanc-Sablon et quelques CLSC dans des villages isolés.

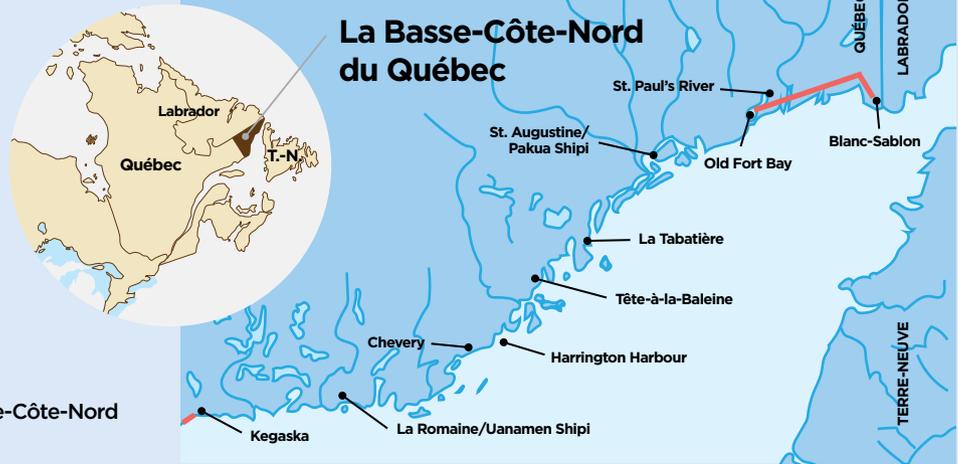


Figure 1.
Villages de la Basse-Côte-Nord

La distance

Couvrir la Basse-Côte-Nord, c'est desservir un territoire isolé d'environ 80 000 km² pour une population d'à peu près 5000 habitants¹ majoritairement anglophones, divisée dans neuf villages et deux communautés autochtones innues, le long du littoral du golfe du Saint-Laurent, au-delà de la fin de la route 138. La Basse-Côte-Nord débute à Kegaska et se termine à Blanc-Sablon, à la frontière du Labrador. Dans bien des cas, ces villages et communautés se trouvent séparés les uns des autres, d'approximativement 400 km à vol d'oiseau. La distance constitue une entrave majeure à la prestation de soins et de services, autant pour l'inhalothérapeute qui offre des soins électifs que pour le patient qui les reçoit, lorsque ce dernier ne peut les obtenir dans son CLSC de village. Selon le service dont il a besoin, le patient n'aura d'autres choix que de se rendre aux centres hospitaliers de Blanc-Sablon, de Sept-Îles ou encore de Québec, et ce, par avion seulement.

Le transport

Réalisant la distance et le fait que la majorité des villages ne sont pas reliés entre eux, on comprend à quel point le transport s'avère un défi de taille, pour l'inhalothérapeute et pour le patient, ce qui demande une importante logistique. Pour accéder à plusieurs villages et communautés, l'avion est le seul moyen. Pour d'autres, il faudra jumeler plusieurs modes de transport, selon la saison : l'avion — et ses multiples escales ! — avec l'hélicoptère, l'avion avec le bateau ou encore l'avion avec l'aéroglysseur (voir la figure 1. Villages de la Basse-Côte-Nord).

Pour les rendez-vous électifs, une seule et unique compagnie commerciale dessert la Basse-Côte-Nord et assure le transport aérien. Si, par contre, le patient nécessite une supervision médicale dans un contexte non urgent, un service aéromédical régional (Medevac) lui sera fourni. Dans ce cas, le patient sera accompagné par une infirmière et, selon son état, un médecin et/ou un inhalothérapeute. Pour les cas d'urgence majeure ou pour tout patient intubé, le transport sera automatiquement transféré à l'évacuation aéromédicale du Québec (EVAQ) qui possède leur propre avion et leur propre équipe médicale. Si ce dernier n'est pas disponible pour quelque raison que ce soit, il ne restera à l'équipe médicale de Blanc-Sablon d'autre choix que de demander au département de [recherche et sauvetage des Forces armées canadiennes](#) (FAC). Ce service fournit un hélicoptère, des pilotes et une équipe militaire hautement qualifiée en soins préhospitaliers, en soutien à l'infirmière, au médecin et à l'inhalothérapeute de Blanc-Sablon qui escorteront le patient.

La météo

La météo capricieuse de la Basse-Côte-Nord joue aussi un rôle crucial sur la capacité des patients de se présenter à leurs rendez-vous au centre hospitalier. Il n'est pas rare en effet que les rafales de vent, la neige et la brume clouent les avions au sol ou obligent la fermeture de certains tronçons de route. Ce climat froid et humide constitue souvent une entrave lors d'urgence. La météo aura une incidence sur l'estimation du temps que l'inhalothérapeute devra passer au chevet du patient. Travaillant fréquemment en solo, parfois en duo, les inhalothérapeutes doivent attendre que des conditions météorologiques plus clémentes permettent une évacuation aérienne sécuritaire. Une mauvaise météo prolonge ainsi la présence du patient dans le milieu isolé, sans soutien spécialisé, ni support technologique ou monitoring adapté à la situation médicale. La météo est le principal facteur du recours aux FAC.

Les services et leurs trajectoires

Voici les services offerts au CH de Blanc-Sablon :

- cliniques externes/urgence;
- soins de courte durée : capacité de 21 lits;
- soins de longue durée : capacité de 19 lits, 1 lit répit, 1 lit soins palliatifs;
- radiologie : Rx et ECG;
- laboratoires;
- pharmacie interne;
- médecine de jour, oncologie, maladies chroniques;
- transports;
- inhalothérapie.

Le premier département d'inhalothérapie de la Basse-Côte-Nord voit le jour en 2004. À ce moment, tout était à créer et à adapter. Vingt ans plus tard, nous voilà avec une offre de services qui répond aux besoins de la clientèle, qui réduit l'impact familial et financier qu'entraînerait un déplacement et qui diminue les coûts de transport pour le système de santé. Soulignons, de plus, que le département s'est adapté à la culture et à la langue du milieu.

Une clinique de soins du sommeil a été mise en place en 2005 en collaboration avec le laboratoire de sommeil de l'IUCPQ. Nous offrons les services suivants :

- PCRS;
 - oxymétrie;
 - titration automatique;
 - installation de CPAP et suivi
- (il n'y a aucune clinique privée sur la Basse-Côte-Nord).

¹ Tableau de profil, profil du recensement, recensement de la population de 2021, Blanc-Sablon, municipalité (MÉ) Subdivision de recensement, Québec (statcan.gc.ca).



Les rapports préliminaires sont envoyés aux pneumologues de l'IUCPQ, qui nous les retournent avec les rapports finaux et leurs recommandations. Toujours dans le but d'éviter déplacements et dépenses, on tente de faire en sorte que la clientèle venant des villages non reliés par la route reçoive le dépistage, le diagnostic et le traitement dans une seule et même visite, selon le cas. Ceci empêche deux allers-retours aux patients.

En 2013, un laboratoire de fonction respiratoire est implanté avec un pléthysmographe pour réaliser les bilans de base et un spiromètre portable pour la CVF et la provocation bronchique à la méthacholine. Le test d'allergie cutanée est aussi offert. Les rapports des bilans de base, des tests de provocation bronchique et des tests d'allergie sont envoyés en pneumologie à Sept-Îles, pour interprétation.

La pneumologue de Sept-Îles vient à Blanc-Sablon deux fois par année, assurant ainsi un suivi de la clientèle atteinte de maladie pulmonaire. Entre ces deux visites, un programme de télémédecine via TEAMS avec le [stéthoscope EKO](#) prend la relève pour les suivis.

Au printemps et à l'automne, l'inhalothérapeute se déplace dans tous les villages de la Basse-Côte-Nord pour faire le suivi des patients bénéficiant du [Programme national d'assistance ventilatoire à domicile](#) (PNAVD) et du [Programme national d'oxygénothérapie à domicile](#) (PNOD). Pendant cette même visite, on effectue aussi des spirométries de suivi chez la clientèle atteinte d'asthme ou de MPOC. Cette tournée des villages, qui dure trois semaines, du lundi au vendredi, ampute de moitié le département d'inhalothérapie à Blanc-Sablon, car l'inhalothérapeute ne revient pas à son domicile étant donné la distance et loge dans les milieux isolés le soir venu.

Un programme de formation sommaire en inhalothérapie est offert au nouveau personnel tels les médecins et les infirmières, selon leurs responsabilités professionnelles.

Autres services proposés :

- intervention pour l'abandon du tabagisme (CAT) ;
- sédation-analgésie pour une intervention gynécologique, pour une réduction de fracture, pour une cardioversion, etc. ;
- suivi de la clientèle hospitalisée ;
- urgences et évacuations.

L'approvisionnement

L'absence de réseau routier rend l'approvisionnement en milieu isolé ardu.

Il faut toujours prévoir un minimum de deux semaines pour toutes commandes d'équipements et/ou de fournitures, car la distance et la météo ont un impact sur la livraison. Il y a deux moyens de recevoir les commandes, par avion et par bateau (Bella Desgagnés).

Le [Bella Desgagnés](#) est le seul moyen de transport possible pour la livraison des cylindres d'oxygène sur la Basse-Côte-Nord. Mais il est en cale sèche du mois de janvier au mois d'avril chaque année. Par conséquent, à l'automne, il faut prévoir les réserves de cylindres nécessaires dans chaque village et au CH à Blanc-Sablon pour s'assurer « de passer l'hiver » !

Les ressources

Les ressources humaines et technologiques sont très limitées en milieu isolés. Il n'est pas rare de devoir rapatrier une infirmière de l'étage d'hospitalisation pour venir aider en salle de code. L'inhalothérapeute, souvent seule, a donc tout à gagner à former les infirmières en gestion de l'oxygénothérapie, des voies aériennes et en ventilation pour s'en faire des alliées lors d'événements urgents. On comprendra que l'absence de médecin spécialiste fait en sorte que l'inhalothérapeute se trouve être l'unique personne de référence pour gérer un accès aux voies aériennes, une ventilation, une intubation, un respirateur... Une infirmière formée offrira alors une aide appréciable pour un soutien technique. Mais ceci n'exclura jamais le fait que l'autonomie et la prévoyance de l'inhalothérapeute en feront un professionnel hors pair en milieu isolé. Dans une équipe d'urgence de moins de cinq personnes, l'inhalothérapeute a tout intérêt à être autonome et indépendant, pour éviter d'alourdir la tâche de travail de ses coéquipiers et vice versa.

Quant aux ressources technologiques limitées, elles peuvent être une source de frustration pour la pratique. Les moniteurs de surveillance avec très peu d'options, l'absence d'appareils de diagnostic et pour certaines analyses de laboratoire donnent souvent à l'inhalothérapeute un sentiment d'impuissance.

Nous avons donc survolé — et c'est peu dire ! — les contraintes de la pratique sur la Basse-Côte-Nord et les défis qu'elles apportent. Chacune d'elles entraîne une conséquence directe sur le patient, qu'il s'agisse de l'organisation requise pour un simple rendez-vous médical ou du délai d'intervention d'urgence. Ces entraves sont la réalité quotidienne d'une population très résiliente. L'inhalothérapeute, qui réalise, comprend et vit ces défis, sera en mesure de mieux comprendre le patient dans son intégralité. Dans le milieu isolé qu'est la Basse-Côte-Nord, l'inhalothérapeute se retrouve dans un environnement unique et doit exploiter au maximum son professionnalisme, sa débrouillardise, son expertise, son sens critique et décisionnel. La polyvalence de sa pratique clinique devient un atout dans une équipe médicale restreinte. L'inhalothérapeute doit accepter et comprendre que sa constante disponibilité est inévitable et que parfois l'urgence lui fera quitter le territoire pour quelques jours. Pratiquer en milieu isolé nous a permis d'élargir notre champ de compétence et de réaliser qu'on peut accomplir beaucoup avec peu.



FUMER DOUBLE LES RISQUES DE SUBIR UN AVC



LE TABAC AFFECTE AUSSI LA VIE DE VOS PROCHES

Semaine pour un
QUÉBEC SANS TABAC

jarrete.qc.ca

cqts^x

En partenariat avec
Québec



Semaine pour un Québec sans tabac

La prochaine édition de la Semaine pour un Québec sans tabac se tiendra du 19 au 25 janvier 2025. L'OPIQ est fière de soutenir l'équipe du Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS) dans ses efforts de sensibilisation de la population québécoise au tabagisme. La campagne publicitaire 2025 abordera la manière dont le tabagisme peut bouleverser à tout moment le quotidien et l'équilibre familial.

Le CQTS met du matériel promotionnel à votre disposition : des affiches papier et en format numérique, des bannières numériques, des messages déjà rédigés pour les médias sociaux et un jeu-questionnaire.

Participez à la promotion de la **Semaine pour un Québec sans tabac** et contribuez au rayonnement de la campagne dans le réseau, en vous procurant le matériel promotionnel : <https://cqts.qc.ca/projet/semaine-pour-un-quebec-sans-tabac/>



Ventilation mécanique périopératoire: quoi de neuf en 2024

par **Martin Girard**, M.D., M. Sc., FRCPC, professeur agrégé de clinique, Département d'anesthésiologie, Service de soins intensifs, département de médecine, Centre hospitalier de l'Université de Montréal et chercheur régulier, axe Imagerie et Ingénierie, Centre de recherche du CHUM



Un mot sur l'auteur

D^r Martin Girard a terminé son cours de médecine et son tronc commun de médecine interne à l'Université McGill. Par la suite, il a obtenu ses diplômes de médecin spécialiste en anesthésiologie (2006) et en soins intensifs (2007) à l'Université de Montréal. Pour son *fellowship*, D^r Girard s'est formé en échographie pulmonaire (2008-2009, 12 mois) auprès des P^{rs} J.-J. Rouby et B. Bouhemad (Paris, France), deux pionniers de la technique. Il a commencé sa pratique comme anesthésiologiste intensiviste au CHUM en mai 2009. Il a finalement obtenu une maîtrise en sciences biomédicales, option recherche clinique, à l'Université de Montréal en 2020.

Bien que la ventilation mécanique soit nécessaire pour effectuer des chirurgies ou pour sauver des vies, celle-ci, lorsque mésadaptée, peut mener à l'apparition de dommages pulmonaires qui ont été associés à un mauvais devenir clinique. Les deux principaux facteurs responsables des complications respiratoires induites par la ventilation mécanique sont la perte d'aération et la déformation pulmonaire excessive. Le programme de recherche du D^r Girard vise à minimiser ces deux facteurs, ce qui pourrait permettre d'améliorer la sécurité de la ventilation mécanique.

Introduction

Près de 266 millions d'interventions chirurgicales ont été réalisées dans le monde en 2015, la majorité d'entre elles sont faites sous anesthésie générale. En fonction de la population étudiée et de la définition utilisée, les complications pulmonaires postopératoires (CPP) surviennent après 5 à 40 % des chirurgies sous anesthésie générale et sont plus fréquentes que les complications cardiaques postopératoires. Les CPP sont associées à une augmentation des admissions aux unités de soins intensifs, de la durée du séjour à l'hôpital, des coûts de santé et de la mortalité. Un patient sur cinq souffrant d'une CPP mourra dans les 30 jours suivant une intervention chirurgicale majeure, contre moins de 3 % en l'absence de CPP. Non seulement les CPP modifient le pronostic à court terme, mais elles ont également un impact à long terme sur la survie des patients, jusqu'à 5 ans après l'intervention chirurgicale. Une étude d'observation de deux grandes bases de données montre des taux de mortalité de 45,9 % à 1 an et de 71,4 % à 5 ans chez les patients ayant une CPP, contre 8,7 % et 41,1 % chez les patients n'ayant pas de CPP. Les CPP sont aussi associées à une morbidité importante. Les patients atteints de CPP voient leur séjour à l'hôpital prolongé de 3 à 17 jours et ont un risque 2,1 fois plus élevé de nécessiter une admission aux soins intensifs (SI), qui sera prolongée de 2 jours. Enfin, le développement d'une CPP augmente les coûts des soins de santé.

Au sens large, les CPP désignent tout évènement pulmonaire indésirable survenant au cours de la période postopératoire. Cet éventail va d'une hypoxie légère pendant les premières heures postopératoires, dont les conséquences cliniques sont bénignes, au syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), une forme grave de lésion pulmonaire, et, potentiellement, à la mort.

L'anesthésie générale, la ventilation mécanique et les interventions chirurgicales produisent plusieurs facteurs biophysiques qui favorisent la formation d'atélectasie : la compression directe, par exemple par le contenu abdominal en raison d'une diminution du tonus du diaphragme, et l'absorption rapide de gaz à forte fraction d'oxygène inspiré (FiO_2) par les alvéoles dans les régions pulmonaires où les voies respiratoires sont rétrécies ou fermées. Plus de 90 % des patients présentent des degrés divers d'atélectasie postopératoire avec 15 à 20 % du poumon régulièrement collabé. Bien que l'atélectasie soit généralement bénigne, elle augmente le risque de mortalité, la nécessité d'une admission aux SI et la durée du séjour aux SI et à l'hôpital. Compte tenu de ce qui précède, un groupe d'experts internationaux a récemment formulé des recommandations sur la ventilation protectrice des poumons chez le patient chirurgical. Ils ont conclu que la formation d'atélectasies périopératoires cliniquement significatives peut être un facteur de risque important pour le développement de CPP. L'atélectasie, une CPP en soi, est donc également un facteur de risque pour d'autres CPP.

Historiquement, pour prévenir l'hypoxémie liée à l'atélectasie, les anesthésistes ont ventilé leurs patients en utilisant de grands volumes courants pour réexpandre ces zones affaissées. Cependant, ces grands volumes courants, qui entraînent une déformation nocive des alvéoles, ont été démontrés mener à des lésions pulmonaires chez les patients sous ventilation mécanique aux SI et, dans une moindre mesure, au bloc opératoire. Depuis, des stratégies de ventilation mécanique « protectrice » ou « à poumon ouvert » combinent des volumes courants plus faibles (6 à 8 ml·kg⁻¹ du poids corporel prédit), un PEEP (5 cmH₂O ou plus) et, souvent, des manœuvres de recrutement. Leur objectif est de minimiser l'atélectasie sans soumettre les alvéoles à des contraintes nocives excessives. Bien que ces stratégies aient démontré leur efficacité pour améliorer la compliance respiratoire et l'oxygénation, elles n'ont pas

diminué de manière systématique l'incidence des CPP. Cet article a pour but de résumer les bonnes pratiques actuelles de ventilation mécanique au bloc opératoire et de discuter de quelques nouveautés qui se grefferont potentiellement à celles-ci dans le futur.

Principes généraux

Les recommandations d'experts publiés en 2019 stipulent que les paramètres de départ pour la ventilation mécanique au bloc opératoire sont les suivants : volume courant 6 à 8 ml·kg⁻¹ du poids corporel prédit, un PEEP de 5 cmH₂O, une $FiO_2 \leq 40\%$ et ne recommande aucun mode de ventilation spécifiquement. Un PEEP de 0 cmH₂O est spécifiquement découragé. En plus du monitoring standard, le suivi de la pression motrice (*driving pressure*, pression de plateau – PEEP) est recommandé. Les experts suggèrent d'individualiser ces paramètres, entre autres à l'aide de la pression motrice, pour améliorer l'oxygénation et la mécanique respiratoires des patients. Par contre, cet effet ne persistera probablement pas postextubation. L'impact de l'individualisation des paramètres de ventilation mécanique sur les CPP reste aussi à démontrer. Finalement, la littérature sur laquelle les recommandations ont été élaborées est surtout constituée d'études portant sur des patients à risque modéré ou élevé de CPP et ayant inclus des patients subissant des chirurgies intraabdominales. D'autres groupes de patients pourraient ne pas retirer un bénéfice aussi important de l'application des recommandations.

Induction de l'anesthésie

Plusieurs études, principalement chez les patients obèses, ont démontré que l'utilisation de la position anti-Trendelenburg versus le décubitus dorsal franc permettait d'allonger le temps sécuritaire en apnée et permettait une récupération plus rapide de la saturation advenant une chute de celle-ci. La position semi-assise est aussi associée à des bénéfices similaires, mais la position anti-Trendelenburg est plus efficace. L'utilisation du CPAP est aussi associée à un allongement du temps sécuritaire en apnée. De nouvelles données suggèrent que l'utilisation du CPAP avant une première tentative d'intubation jumelée à l'oxygénation à haut débit par canule nasale (permettant une oxygénation apnéique) serait la combinaison la plus efficace.

UNIES
DÉTERMINÉES
MOBILISÉES
EN SANTÉ



FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

Volume courant

Au courant des dernières années, la taille du volume courant utilisé pour ventiler les patients chirurgicaux a diminué. Par contre, une proportion significative de patients sont toujours ventilés avec des volumes courants supérieurs à ceux recommandés et même plus grands que $10 \text{ ml}\cdot\text{kg}^{-1}$ du poids corporel prédit. L'utilisation du poids réel des patients plutôt que le poids corporel prédit explique en partie cette situation avec comme conséquence que les femmes de petite taille sont surreprésentées parmi les patients ventilés à grands volumes courants. Plusieurs études suggèrent que l'utilisation de volumes courants excédant $10 \text{ ml}\cdot\text{kg}^{-1}$ du poids corporel prédit est délétère et il est probable que ceci soit aussi le cas pour les volumes courants excédant $8 \text{ ml}\cdot\text{kg}^{-1}$ du poids corporel prédit dans le contexte de chirurgies intraabdominales ou intrathoraciques. Finalement, certaines données suggèrent que l'utilisation de très petits volumes ($6 \text{ ml}\cdot\text{kg}^{-1}$ du poids corporel prédit ou moins) pourrait ne pas être sécuritaire chez des patients sans atteinte pulmonaire.

PEEP

Une méta-analyse récente démontre que la combinaison de volumes courants excédant les recommandations et d'un PEEP de $0 \text{ cmH}_2\text{O}$ augmente les CPP. Par contre, lors de l'utilisation de volumes courants de 6 à $8 \text{ ml}\cdot\text{kg}^{-1}$ du poids corporel prédit, plusieurs études n'ont pas réussi à démontrer la supériorité d'un PEEP plus élevé par rapport à un PEEP plus bas. Contre toute attente, une étude a fait le même constat chez ~2000 patients obèses subissant des chirurgies intraabdominales. La principale hypothèse pour expliquer ces résultats inattendus est la réponse variable des patients à un même niveau de PEEP fixe utilisé dans la majorité des études. Alors que pour certains patients, un niveau de PEEP donné permettra de rouvrir des zones d'atélectasie, chez d'autres, ce même niveau mènera à de la surdistension alvéolaire. Bien que leurs manifestations cliniques diffèrent, l'atélectasie et la surdistension alvéolaire sont deux états limitant la taille fonctionnelle du poumon capable d'accueillir le volume courant.

Pression motrice

La pression motrice est la pression nécessaire pour augmenter de façon statique le volume pulmonaire du volume courant. À volume courant constant, elle est directement reliée à la compliance pulmonaire. Des études réanalysant les données d'essais cliniques suggèrent que la pression motrice pourrait permettre d'individualiser le PEEP. En effet, une augmentation du PEEP se traduisant par une diminution de la pression motrice est associée à une diminution du risque de CPP. Potentiellement expliquant ce résultat, des études d'imagerie suggèrent que le PEEP associé à la pression motrice la plus basse est approximativement le point d'équilibre minimisant autant l'atélectasie que la surdistension alvéolaire. Il est important d'apprécier que, bien que l'association entre la pression motrice et les CPP est forte, les interventions pour modifier la pression motrice n'ont pas encore été démontrées bénéfiques pour diminuer les CPP. L'étude récente [iPROVE-OLV](#) démontre ceci de façon éloquent pour les patients nécessitant une ventilation unipulmonaire. Par contre, les résultats préliminaires de l'étude IMPROVE-2 présentée en congrès suggèrent le contraire. De plus amples données seront donc nécessaires avant de conclure quant à l'impact des interventions (modification du volume courant/PEEP) modifiant la pression motrice pour diminuer les CPP.

FiO₂

De multiples études rapportent une grande variété de FiO₂ utilisée durant la phase intraopératoire. Parmi les multiples facteurs pouvant expliquer cette variabilité de pratique, les protocoles ou habitudes reliées à un centre hospitalier semblent primés. L'utilisation d'une FiO₂ basse est théoriquement favorable pour minimiser la survenue d'atélectasie et ne devrait pas porter préjudice aux patients pourvu que la saturation de ces derniers reste acceptable. Par contre, celle-ci n'est pas clairement associée à une diminution des CPP.

Mode ventilatoire

Une seule étude d'envergure a récemment comparé trois modes ventilatoires : volume contrôlé, pression contrôlée et les modes hybrides (p. ex. volume contrôlé à régulation de pression). Aucun de ces trois modes n'a été supérieur pour prévenir les CPP. Il apparaît donc plus pratique d'utiliser la ventilation à volume contrôlé afin de surveiller en continu la pression motrice.

Manœuvres de recrutement

Aucune étude de bonne qualité ne permet de recommander l'utilisation de manœuvres de recrutement de façon systématique ou à un moment précis pendant l'anesthésie. Les manœuvres faites à l'aide du ventilateur (plutôt qu'au ballon), à la plus basse pression efficace et pendant la plus courte durée efficace, sont préconisées. Selon le contexte clinique (p. ex. désaturation après insufflation du pneumopéritoine), le recours à une manœuvre de recrutement ponctuelle pourrait être avantageux. À la suite de celle-ci, il est usuellement pertinent d'individualiser le PEEP.

Extubation

Des travaux récents ont souligné le peu de données décrivant la pratique de l'extubation par les anesthésiologistes et justifiant celle-ci. Des études utilisant diverses techniques d'imagerie pulmonaire nous suggèrent que la technique utilisée afin de libérer un patient de la ventilation mécanique a un impact important sur la survenue d'atélectasie postopératoire. La quasi-totalité des études comparant différentes stratégies intraopératoires de ventilation mécanique ne décrivent pas la méthode utilisée pour l'extubation des patients. Il est donc crucial de combler cette lacune et aucune recommandation de qualité ne peut être faite actuellement quant à la meilleure stratégie pour extuber les patients postanesthésie générale.

Conclusion

Les CPP sont fréquentes et morbides. Bien que plusieurs aspects de la prise en charge ventilatoire des patients chirurgicaux restent à éclaircir (p. ex. technique pour l'extubation), le respect des recommandations d'experts permet de minimiser leur survenue : volume courant 6 à $8 \text{ ml}\cdot\text{kg}^{-1}$ du poids corporel prédit, un PEEP de $5 \text{ cmH}_2\text{O}$ et une FiO₂ $\leq 40\%$. L'utilisation de manœuvres de recrutement de façon systématique n'est pas recommandée. L'individualisation des paramètres de ventilation en fonction de la pression motrice pourrait être avantageuse, mais ceci doit être mieux validé par d'autres études avant de recommander son utilisation de façon systématique.



Références

- 1 YOUNG, C. C. *et al.* (2019). Lung-protective ventilation for the surgical patient: international expert panel-based consensus recommendations. *Br J Anaesth*, 123(6), 898-913. DOI: [10.1016/j.bja.2019.08.017](#).
- 2 BOLTHER, M. *et al.* (2022). Ventilation Strategies During General Anesthesia for Noncardiac Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Anesthesia Analgesia*, 135(5), 971-985. DOI: [10.1213/ANE.0000000000006106](#).
- 3 ABBOTT, M. *et al.* (2024). Weaning from mechanical ventilation in the operating room: a systematic review. *Br J Anaesth*, 133(2), 424-436. DOI: [10.1016/j.bja.2024.03.043](#).



La médaille *Mérite du CIQ*

Sur la photo, dans l'ordre habituel, **Danielle Boué**, présidente du Conseil interprofessionnel du Québec, **Jocelyn Vachon**, inh. et **Karine Grondin**, présidente de l'OPIQ



Photo © Hugo Genest

Profession: inhalothérapeute Jocelyn Vachon honoré du prix *Mérite du CIQ* 2024



par **Line Prévost**, inh., B.A., réd. a., OPIQ

Lors du banquet de clôture du congrès annuel le 2 novembre dernier, l'OPIQ a reconnu l'exceptionnelle contribution de monsieur Jocelyn Vachon au rayonnement de la profession et son engagement envers l'Ordre et ses membres en lui remettant le Mérite du CIQ 2024.

C'est avec grand plaisir que j'ai appris la nomination de Jocelyn au *Mérite du CIQ*. Comme nous nous connaissons depuis 35 ans, je me permets de l'appeler simplement par son prénom, sans rien enlever à l'admiration et au respect que je lui porte.

Inhalothérapeute diplômé de la promotion 1988 du Cégep de Sainte-Foy, Jocelyn commence sa carrière à l'Institut neurologique de Montréal. Il n'y travaille qu'une seule année, puisqu'il est rapidement embauché l'année suivante au tout nouveau Centre hospitalier Anna-Laberge à Châteauguay. Il participe ainsi à la mise sur pied du département d'inhalothérapie, occupant de 1991 à 2005, différents postes de gestion (coordonnateur, assistant-chef, chef par intérim).

En 2002, il oriente sa carrière vers l'enseignement et installe sa pratique définitive au Cégep de Rosemont. Il y enseigne plusieurs matières en inhalothérapie et supervise des stages dans divers milieux cliniques. Concurrément, il assumera la coordination des stages et la coordination du département d'inhalothérapie, pour des périodes respectives de trois et quatre ans. Durant ces années, il parfait ses connaissances avec un certificat en supervision aux HEC, un DESS en enseignement et une maîtrise en éducation à l'Université de Sherbrooke. À l'exception d'une parenthèse de deux ans pendant laquelle il a travaillé au Cégep de Valleyfield, le Cégep de Rosemont demeurera son port d'attache jusqu'à sa retraite en 2023.

Dès les débuts de sa carrière, Jocelyn s'est démarqué par son professionnalisme, son enthousiasme, son souci de la compétence, son dévouement envers ses étudiants, de même que par l'excellence et la qualité de ses enseignements.

Son engagement et son implication à former une relève compétente en inhalothérapie lui ont valu (conjointement avec une collègue), en 2011, le tout premier prix *Roméo-Soucy* remis par l'OPIQ, qui souligne l'importante contribution d'un inhalothérapeute au rayonnement de sa profession dans le secteur de l'enseignement.

La même année, désirant être partie prenante des décisions pour l'avenir de la profession, il entre au conseil d'administration de l'Ordre; il en devient le président en 2013. Dès lors, il fait sienne la mission de l'Ordre et place la protection du public au centre de ses actions et de ses interventions.

Son passage à la présidence aura été marqué par des défis de taille : la réforme du *Code des professions* touchant la structure et la gouvernance des ordres professionnels, une importante pénurie d'effectifs en inhalothérapie et une pandémie mondiale. D'ailleurs, au plus fort de la pandémie, il joint les équipes sur le terrain, avec toute l'énergie et la détermination qu'on lui connaît.

Ces défis ont exigé la réalisation de travaux d'envergure pour réfléchir à l'avenir de la profession et aux rôles essentiels des inhalothérapeutes auprès de la patientèle, et pour revoir la composition du conseil d'administration à la suite de l'adoption de la *Loi 11*. Qu'il s'agisse des membres du CA et de la permanence de l'Ordre, des inhalothérapeutes, du Collège des médecins et des autres ordres professionnels, Jocelyn a su rallier et mobiliser les acteurs concernés pour atteindre les différents objectifs, dans l'intérêt des patients et de la protection du public. Sous sa gouverne, les inhalothérapeutes obtiennent enfin l'activité d'évaluation, la prescription de médicaments pour la cessation tabagique (sous réserve d'une habilitation) et l'accès au DSQ.

Après avoir activement participé à la révision du programme de formation initiale, aux travaux d'analyse de la profession et à la production des documents afférents, il reprend le dossier du rehaussement de la

formation initiale des inhalothérapeutes à un niveau universitaire — cheval de bataille de notre organisation depuis de nombreuses années. Homme d'action et de conviction, il le défendra avec ferveur auprès des autorités gouvernementales et de nos partenaires, persuadé de la légitimité de cette revendication dans l'intérêt des patientèles et de la protection du public.

Non content de son implication au Québec, il s'investit à l'Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire, comme représentant du Québec. Il participe à l'élaboration du *Référentiel national des compétences pour la profession d'inhalothérapeute/de thérapeute respiratoire 2016-2021*. Il est membre et *Fellow*¹ de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires. Il a aussi siégé au comité de gouvernance du Conseil interprofessionnel du Québec et au conseil d'administration du Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS).

Si, par ses actions tout au long de sa carrière, il s'est distingué et a contribué au développement et au rayonnement de la profession, c'est aussi en reconnaissance de son engagement indéfectible l'Ordre et ses membres depuis douze ans, dont dix années à la présidence, que le conseil d'administration lui a décerné le *Mérite du CIQ 2024*.

Félicitations Jocelyn, pour cette reconnaissance professionnelle et cet hommage pleinement mérités!



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).



Votre profession en santé,
vos avantages bancaires.

bnc.ca/sante



JOCELYN VACHON

Cette chronique offre l'occasion de mieux connaître un pair, dans un format distrayant et décontracté. Cette édition étant destinée au congrès, nous avons demandé à Jocelyn Vachon, inh., lauréat du Mérite du CIQ 2024, de nous parler un peu de lui.

Occupation. Inhalothérapeute retraité, inspecteur contractuel pour l'OPIQ, bucheron à mes heures et expert bricoleur en devenir, enfin je l'espère...

Âge. Une de plus que l'an dernier... Je plaisante! J'aurai 57 ans lorsque vous lirez cette chronique!

Lieu de travail. Quelques contrats pour l'OPIQ, sur mon terrain et dans mon cabanon.

Statut. La corde au cou et la bague au doigt depuis 33 ans et toujours heureux.

Bu. Les vins rouges corsés et les scotchs. J'ai ouvert récemment une bouteille de Syrah Réserve 2015 du vignoble ontarien Kabaca, excellente cuvée. Pour le scotch, l'Ardbeg, single malt de 10 ans d'âge produit sur l'île d'Islay en Écosse, bien corsé et fumé comme je les aime.

Lu. J'apprécie beaucoup les romans policiers. Après avoir terminé la série des Kathy Reichs, je viens de commencer la série *Les enquêtes du département V* de l'auteur danois Jussi Alder-Oslen. Il aborde plusieurs sujets tabous et nous garde en haleine jusqu'à la fin.

Vu. Je ne vais pas souvent au cinéma. Le dernier film que j'ai vu est *Dune 2^e partie*. Au moment d'écrire ces lignes, je prévois de voir *Bergers* sur grand écran.

Voulu. Un chien qui s'appellera Scotch, mais ça ira après ma période « voyage », pour être plus souvent à la maison.

Reçu (cadeau, conseil, etc.). Un décanteur à scotch. Je vous jure que ça fait une différence!

Sur une île déserte, vous apportez. Wilson, le ballon de volleyball du film « Seul au monde ». Non, blague à part, ma femme Linda et mon coffre à outils pour nous construire la maison de Robinson Crusoé.

Un voyage inoubliable. Été 2007, nous sommes partis en famille, moi, ma femme et mes deux filles de 12 et 14 ans, faire le tour de l'Écosse en randonnée et sac à dos pendant sept semaines. Je n'oublierai jamais ce pays magnifique ni les multiples péripéties vécues....

Votre plus belle réussite personnelle. Ma famille.

Votre plus belle réussite professionnelle. Ma carrière d'inhalothérapeute façonnée au fil du temps par les inhalothérapeutes rencontrés durant mon parcours. C'est à vous que je dédie le prix Mérite du CIQ. Je lève mon verre (de scotch!) à votre santé.



Un remède quand tout semble difficile. Enlacer un arbre pour me connecter à la nature et faire le plein d'énergie. Un peu ésotérique, direz-vous, mais essayez et vous verrez!

Un objectif à atteindre. Vivre une partie de l'année en Italie et voyager en Europe en rayonnant à partir de ce point.

Un conseil à donner aux jeunes inhalothérapeutes. Offrez à la patientèle la même prise en charge que vous offririez à une personne chère. Et ne craignez pas de prendre votre place!

Si vous n'étiez pas inhalothérapeute, vous seriez. Ministre de l'Enseignement supérieur pour donner enfin une formation universitaire aux inhalothérapeutes!

Le bonheur pour vous, c'est quoi? Chez moi en Estrie, entouré de la famille ou des amis et discuter autour d'un feu extérieur en profitant de la nature, tout en dégustant un bon verre de scotch ou de vin.

1 Banque Nationale

Sur la photo, dans l'ordre habituel

Anie Gratton, collaboratrice aux affaires juridiques, OPIQ, Josiane Guénette, Cathia Dorais Laverdure et Pascal Rioux, inh. M.A.P., Adm.A., directeur des services administratifs et de l'admission et secrétaire général adjoint, OPIQ.



2 Beneva

Sur la photo, dans l'ordre habituel
Sylvie Laurendeau, Pascal Rioux, Linda Blais et Anie Gratton.



3 Novus

Sur la photo, dans l'ordre habituel
Pascal Rioux, Dave Crozier, Dan Pinard, France Gilbert et Anie Gratton.



4 Trudell Medical

Sur la photo, dans l'ordre habituel
Anie Gratton, Jean-François Bernier, Christian Lachapelle, Julien D'Amour, Pascal Rioux et Ian Besner.



Précieux partenaires

Au cœur du congrès, le Salon des partenaires offre un espace privilégié pour des échanges riches et constructifs entre les inhalothérapeutes et nos nombreux exposants. Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude envers ces précieux partenaires, dont la contribution joue un rôle déterminant dans le succès de notre événement.

Le banquet de clôture du congrès est l'occasion pour l'Ordre et toute la communauté de saluer des inhalothérapeutes d'exception.

tableau d'honneur 2024

1



2



3



1

PRIX MÉRITE DU CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC (CIQ)

Monsieur Jocelyn Vachon

Pour son parcours professionnel, son implication et sa contribution au rayonnement de la profession.

Sur la photo, dans l'ordre habituel
Danielle Boué, présidente du Conseil interprofessionnel du Québec, Jocelyn Vachon, inh. et Karine Grondin, présidente de l'OPIQ.

**Cliquez ici
pour en savoir plus
sur le lauréat**

2

PRIX ÉLAINE-TROTTIER

Madame Eugénie Mermilliod

Pour la Stratégie collaborative de la Pommerai de la MPOC, une initiative locale qui s'articule sur 5 axes qui mise sur la multidisciplinarité, ce qui permet à la patientèle atteinte de MPOC de s'impliquer dans son plan de traitement et d'être mieux outillé pour faire face à sa maladie.

Sur la photo, dans l'ordre habituel
Karine Grondin, présidente de l'OPIQ, Eugénie Mermilliod, inh. et Isabelle Groulx, vice-présidente inhalothérapeute, Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec.

3

PRIX ROMÉO-SOUCY

Madame Cynthia Boily

Pour sa détermination et son engagement envers le développement professionnel et l'amélioration des pratiques cliniques.

Sur la photo, dans l'ordre habituel
Josiane Guénette, Banque Nationale, Cynthia Boily, inh. et Karine Grondin, présidente de l'OPIQ.

BOURSES D'EXCELLENCE DE L'OPIQ

Cégep de Chicoutimi :
Zoé Gagnon (24017)

Cégep de Sainte-Foy :
Marika Julien (24007),
Victoria Duguay (24084)

Cégep de Sherbrooke :
Laurie Labranche (24057)

Cégep de Valleyfield :
Jessica Bouthillier (24045)

Collège de Rosemont :
Ann-Gabrielle
Plante-Théberge (24072)

Collège Vanier :
Sonja Saint-Fort-Janvier
(24106)

Félicitations aux lauréats et lauréates

tableau d'honneur 2024 *suite*

4



5



6



4

PRIX **LUC-PERREAULT**

Inhalothérapeutes, Centre Apprentiss, Faculté de médecine, Université Laval

Pour leur dévouement, leur créativité et leur implication qui ont permis l'élargissement des compétences de l'inhalothérapie en simulation immersive au Centre Apprentiss.

Sur la photo, dans l'ordre habituel

En avant: D' Maxim Roy, représentant l'Association des anesthésiologistes du Québec, Karine Chabot, inh., Jiali Levasseur, inh., Mélanie Pelletier, inh., Natasha Langis, inh., Sarah Meunier, inh. **En arrière:** Jean-Philippe Lebrasseur, inh., Patricia Tremblay, inh., Marie-Ève Fortier, inh., Sylvie Guimont, inh. et Karine Grondin, présidente de l'OPIQ.

5

PRIX **JACQUELINE-GAREAU** **Madame Nathalie Robitaille**

Pour 36 ans d'engagement à croire et à travailler en faveur d'une meilleure santé populationnelle et environnementale.

Sur la photo, dans l'ordre habituel

Karine Grondin, présidente de l'OPIQ, Nathalie Robitaille, inh. et Sylvie Laurendeau, PAA, directrice de comptes, développement des affaires, Beneva.

6

MENTION D'HONNEUR SEMAINE DE L'INHALOTHÉRAPEUTE 2023

Équipe d'inhalothérapeutes de l'IUCPQ

Pour la création de 5 vidéos de type POV, les volets de la profession abordés et l'importante visibilité obtenue.

Sur la photo, dans l'ordre habituel

Isabelle Winter, inh., B.A., chef de service de la thérapie respiratoire, de la physiologie respiratoire et des équipes volantes inhalothérapeutes, IUCPQ, a accepté le prix pour son équipe et Karine Grondin, présidente de l'OPIQ.

Félicitations *aux lauréats et lauréates*



Congrès 2025: appel de propositions de conférence

L'OPIQ lance son appel aux propositions de conférence en prévision de la prochaine édition du congrès scientifique qui aura lieu les **17 et 18 octobre 2025** au Hilton Lac-Leamy, à Gatineau

**Date limite
pour soumettre
votre proposition
10 janvier 2025**

Comme chaque année, nous sollicitons vos suggestions.

Vous avez un sujet d'intérêt pour les inhalothérapeutes? Vous aimeriez présenter au congrès? Vous souhaitez recommander le nom d'un conférencier ou d'une conférencière?

Remplissez le [formulaire de proposition de conférence](#) et retournez-le à l'attention de [Marie Andrée Cova](#).

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



Respiro,
le nouveau jeu sérieux multiplateforme!

L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec a récemment lancé le jeu multiplateforme **Respiro**, une approche novatrice pour maintenir vos compétences!

Inspiré par une application mobile spécialisée en simulation virtuelle immersive, l'OPIQ a créé un outil interactif permettant de simuler plusieurs conditions cliniques chez des patients.

Respiro vous invite à relever le défi de mettre vos connaissances à l'épreuve et de prendre en charge des cas cliniques complexes qui demandent une assistance ventilatoire artificielle prolongée.



À votre avis...

par **Marise Tétreault**, inh., M.A.



Prémisse

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.

Pour ce faire, nous avons dégagé six (6) principes directeurs :

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

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

NDLR

- 1 Cette chronique est la troisième d'une série de trois histoires.
 - [Histoire de Marc](#) (édition automne 2023/hiver 2024)
 - [Histoire de Manon](#) (édition printemps/été 2024)
- 2 Cet article expose une nouvelle 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.
- 3 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.

7P

1 Privé ou professionnel

2 Patient

3 Protection

4 Prudence

5 Publication

6 Positif

7 Publicité

Mise en situation

Marie est « amie » Facebook avec Simon, un ancien compagnon de classe du secondaire. Ce dernier, qui sait qu'elle est inhalothérapeute et qu'elle travaille dans une clinique privée en soins du sommeil, la contacte sur sa page Facebook personnelle, qui est publique, afin d'obtenir des informations relatives au diagnostic d'apnée du sommeil qu'il vient de recevoir.

À votre avis...

Quels enjeux Marie doit-elle considérer avant de répondre à la demande de Simon ?

Quelles auraient été les bonnes pratiques à adopter ?

Réponses et piste de réflexion

Enjeux de responsabilité, confidentialité, respect de la distance professionnelle, conflits d'intérêts et d'influences et rigueur scientifique
Après réflexion, Marie décide de contacter Simon par messagerie privée pour lui donner son numéro de téléphone et lui demander de l'appeler. Elle lui indique que c'est avec plaisir qu'elle répondra à ses questions... du mieux qu'elle peut, à la lumière des plus récentes données scientifiques publiées sur le sujet, tout en laissant le choix à Simon de consulter le laboratoire du sommeil de son choix.

Parmi les bonnes pratiques à adopter

- Établir des limites définies en ce qui concerne l'usage de ses médias sociaux;
- Respecter le droit à la vie privée et à la confidentialité de toute personne;
- Faire preuve de transparence en déclarant d'emblée tout conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent;
- Respecter les choix de toute personne quant aux professionnels de la santé consultés et aux services offerts;
- Dans le cas d'une réponse faite publiquement :
 - partager de l'information pertinente, véridique et factuelle qui s'appuie sur des données scientifiques récentes, dont la source est crédible et vérifiable. Intégrez les références dans vos publications au besoin;
 - indiquer que l'information transmise ou les conseils offerts ne sauraient remplacer une évaluation clinique ni un avis médical et qu'ils peuvent ne pas être appropriés pour une autre personne.

Message clé

Malgré les atouts indéniables associés aux médias sociaux, ils possèdent le potentiel de brouiller la frontière entre la vie personnelle et la sphère professionnelle. Ainsi, pour un usage responsable des médias sociaux, il convient de peser les avantages et les risques encourus et de viser le meilleur équilibre qui soit.

En tout temps, l'inhalothérapeute qui recourt aux médias sociaux engage sa responsabilité professionnelle. De même, il(elle) doit faire du droit à la vie privée et à la confidentialité une priorité absolue.





La déonto et vous: l'équilibre précaire entre les obligations professionnelles et le conflit de loyauté

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

Dans l'exercice de leur profession, les inhalothérapeutes sont parfois confrontés à des choix difficiles, se demandant ce qui devrait primer entre l'intérêt de leur patient, leur milieu de travail, la directive de l'employeur ou encore leurs obligations éthiques et leur responsabilité professionnelle. Cette difficulté de choisir entre ce qui leur apparaît constituer des exigences contraires se définit souvent comme étant un conflit de loyauté. Un conflit entre la loyauté que tout professionnel développe et entretient envers sa patientèle, ses collègues, son employeur ou son milieu, incluant sa profession.

Le but de la présente chronique est de rappeler aux inhalothérapeutes, qui seraient confrontés à ce type de situation, qu'ils et elles demeurent en tout temps des professionnel(le)s responsables devant être guidé(e)s par leurs obligations professionnelles et déontologiques.

Pour rappel, plusieurs de ces obligations se retrouvent au *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*, qui prévoit notamment que l'inhalothérapeute est tenu aux devoirs suivants :

- Article 2.** L'inhalothérapeute doit appuyer toute mesure susceptible d'améliorer la qualité et la disponibilité des services professionnels d'inhalothérapie.
- Article 4.** L'inhalothérapeute doit exercer sa profession selon les normes les plus élevées, et à cette fin, il doit tenir à jour et perfectionner ses connaissances et habiletés.
- 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 11.1 L'inhalothérapeute doit, dès qu'il en a connaissance, dénoncer tout incident ou accident qui résulte de son intervention ou de son omission.

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.

Article 41. L'inhalothérapeute ne doit pas, à l'égard de quiconque est en relation avec lui dans l'exercice de sa profession, notamment un autre membre de l'Ordre ou un membre d'un autre ordre professionnel, surprendre sa bonne foi ou se rendre coupable envers lui d'un abus de confiance ou de procédés déloyaux.

Ainsi, et à titre d'exemple, si l'on doit choisir entre le bien-être du client ou la directive de l'employeur et les procédures établies au sein de l'organisation, que devrait-on prioriser ?

Rappelons que l'article 2088 du *Code civil du Québec* énonce l'obligation pour tout salarié d'agir avec loyauté et honnêteté envers son employeur, en plus d'exécuter son travail avec prudence et diligence. Ceci signifie-t-il que la directive de l'employeur devrait primer ? Est-ce un geste d'insubordination vis-à-vis de l'employeur si l'on décide d'appliquer la norme professionnelle lorsque celle-ci semble s'écarter de la norme établie par l'employeur ?

Voilà un dur choix auquel sont parfois confrontés les inhalothérapeutes.

Comme l'a rappelé le *Tribunal des professions* dans l'affaire *Couture c. Ingénieurs forestiers*, 2005 QCTP 95 (CanLII), au par. 107 de la décision, la norme déontologique n'est pas subordonnée à la relation employeur-employé et doit donc être respectée en tout temps :

La norme déontologique constitue la norme supérieure, elle est d'ordre et d'intérêt public. Elle n'est pas subordonnée à la relation hiérarchique employeur-employé. [...] Ce qui signifie en pratique que le contrat de travail [...] comprend non seulement ce qui y est exprimé, mais comprend notamment le Code de déontologie et le Code des professions.

Également, comme il le fut décidé dans l'affaire *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Dubé*, 2006 CanLII 81992 (QC CDOII), la coutume d'un établissement de santé ou le fait d'exécuter l'ordre ou les directives de son employeur ne peuvent permettre d'exonérer des professionnels de toute responsabilité déontologique :

[197] [...] un comportement conforme à une coutume, mais qui va à l'encontre des règles d'éthique et de déontologie propres à une profession ne pourra jamais être ainsi validé. Le comité de discipline doit effectivement tenir compte, dans son analyse de la situation, des coutumes et des façons de faire propres au milieu dans lequel ont été commis les gestes reprochés, mais, encore une fois, il ne suffit pas de démontrer que les gestes posés sont conformes à la coutume propre à un milieu de travail particulier; encore faut-il démontrer que cette façon de faire respecte les règles qui régissent la profession.

[198] Par ailleurs, le fait d'exécuter les ordres de l'employeur ou d'agir d'une certaine façon avec l'assentiment de ce dernier ne peut non plus constituer une défense valable, tel que l'a récemment rappelé le Tribunal des professions: « Le lien de subordination dans la relation employeur-employé ne peut justifier le professionnel-employé d'agir à l'encontre de son Code de déontologie adopté dans l'intérêt public. » Il est clair que le Code de déontologie des infirmières et infirmiers ainsi que les autres règles régissant cette profession ont préséance sur les politiques administratives d'un employeur.

Appliquant ces raisonnements, la défense d'un inhalothérapeute qui était fondée sur la pratique en milieu de travail ne fut pas retenue par le conseil de discipline dans l'affaire *Inhalothérapeutes (Ordre professionnel des) c. Sauvé*, 2011 CanLII 100340 (QC OPIQ).

Dans cette affaire, la preuve avait révélé que la pratique établie à l'hôpital faisant en sorte que la feuille d'anesthésie était remplie et signée par l'anesthésiste en salle d'opération. Les inhalothérapeutes n'utilisaient pas la feuille officielle de l'inhalothérapie et écrivaient leurs notes sur la feuille d'anesthésie, mais ne la signaient pas. La professionnelle accusée de mauvaise tenue de dossier invoquait en défense le contexte propre à son milieu de travail et le fait qu'il n'y avait pas de place sur cette feuille pour que l'inhalothérapeute signe. Comme mentionné, cette défense ne fut pas retenue et l'inhalothérapeute fut trouvée coupable d'avoir enfreint ses obligations professionnelles.

Devant un tel choix, nous croyons que tout inhalothérapeute devrait clarifier et confirmer sa compréhension des positions qui s'affrontent afin de s'assurer qu'il existe bel et bien un conflit et que celui-ci ne résulte pas d'une mauvaise communication entre les intervenants. Une fois que cela est confirmé, nous recommandons à chaque professionnel d'aviser l'autre intervenant du conflit qui vous oppose et de votre position. Nous vous recommandons également de vous assurer que la personne à l'origine de la directive/de la prescription/de la demande ait une compréhension éclairée de la norme professionnelle. Enfin, en tout temps, il est essentiel que vous documentiez vos interventions. Et rappelez-vous que tant que vous demeurez membre de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, peu importe le choix auquel vous êtes confronté, vos obligations déontologiques doivent primer.



Verglas en vue : faites fondre les risques en assurance habitation



Chaque hiver on a droit à des pluies verglaçantes au pays. Et certaines laissent plus de traces que d'autres. D'ici le prochain épisode de verglas, faites une tournée avec nous :

- des risques liés à cette condition météorologique
- de ce que notre assurance habitation couvre en cas de dommages matériels
- de ce que vous pouvez faire pour les prévenir

Qu'est-ce que mon assurance couvre?

Voici ce qui est inclus dans les contrats de Beneva, en lien avec le verglas :

Les dommages causés par le verglas ou par un arbre, une branche, un poteau, un câble qui tombe sur un bien assuré (maison, condo, cabanon, clôture...).

Les frais de subsistance

Si votre maison devient inhabitable en raison des bris liés au verglas, nous payons vos frais de subsistance (p. ex. nuitées à l'hôtel, repas) pour le temps nécessaire à sa remise en état. Le remboursement varie en fonction du montant prévu à votre contrat.

On vous dédommage aussi si les autorités civiles interdisent l'accès aux lieux ou vous ordonnent de les évacuer. Dans ce cas, vos dépenses seront couvertes pour un maximum de 14 jours.

Gardez tout!

Vous devez conserver vos factures pour effectuer une réclamation.

La perte de revenus locatifs

Les caprices du climat vous ont fait perdre des revenus en location? Pour ça aussi, on pourrait vous dédommager.

Le contenu du frigo et du congélateur en cas de panne de courant

Le verglas entraîne parfois des pannes de courant. Quand ça dure, le contenu de votre réfrigérateur et de votre congélateur est à jeter. Notez que vos pertes (plats cuisinés, viandes, fromages, etc.) sont couvertes. Prenez des photos de la nourriture périmée.

Infiltrations dues au verglas : couvertes ou pas?

Ça dépend des options que vous avez ajoutées à votre assurance habitation. La plupart du temps, les protections contre les dommages faits par l'eau restent facultatives.

Comment réduire les risques d'ici un futur verglas?

- Taillez vos arbres. Assurez-vous qu'aucune branche ne tombera sur votre maison ou sur des fils.

- Prévoyez une trousse d'urgence 72 heures. Elle devrait réunir :
 - de l'eau potable
 - des chandelles et des allumettes, ou bien un briquet
 - une lampe de poche et des piles
 - des provisions non périssables et un ouvre-boîte manuel
 - des produits d'hygiène et de premiers soins

Comment réagir pendant le verglas?

- Garez votre voiture à l'écart des arbres, des poteaux et des fils.
- Faites déneiger ou déglacer la toiture lorsque requis. Vous devez effectuer le travail vous-même? Servez-vous d'une pelle à manche télescopique de préférence à une échelle.
- Vérifiez si la glace bloque vos gouttières et vos descentes pluviales : l'eau doit pouvoir s'écouler.
- Appliquez des produits abrasifs sur le trottoir, dans votre allée et dans vos escaliers pour prévenir les chutes et les blessures.
- Si vous vous attendez à une panne de courant, débranchez vos appareils à l'exception de votre frigo et de votre congélateur; vous éviterez les surcharges.

Restez de glace devant la menace!

Vous ne pouvez pas deviner quand le prochain épisode de verglas aura lieu. Sauf que vous pouvez le prévoir pour minimiser les risques et les désagréments.

Et si votre propriété subit quand même des dommages, photographiez-les et faites-nous signe pour du renfort.

beneva

ASSURANCE
HABITATION

Les gens
qui protègent
des gens

Les assurances de dommages sont souscrites par Société d'assurance Beneva inc. et distribuées par Beneva inc., agence en assurances de dommages et ses partenaires autorisés. © Beneva inc. 2024 ^{MD} Le nom et le logo Beneva sont des marques de commerce de Groupe Beneva inc. utilisées sous licence.

Le REER : payer moins d'impôt aujourd'hui... et plus tard

Comme au Canada le taux d'imposition est progressif, cotiser à un régime d'épargne-retraite (REER) est un bon moyen de réduire son revenu imposable pendant sa vie active (revenus plus élevés, donc taux d'imposition plus élevé) et payer de l'impôt seulement au moment de retirer ces sommes, généralement à la retraite (donc taux d'imposition moins élevé).

Chaque année, vous avez le droit de cotiser jusqu'à 18% de votre revenu au titre de REER. Si vous n'avez pas utilisé tous vos droits de cotisation, ils s'accumulent. Vous pourriez donc réduire votre revenu imposable et profiter d'économies d'impôt encore plus substantielles. Avec de tels avantages fiscaux, il est même parfois souhaitable d'emprunter pour maximiser sa cotisation REER, grâce à un prêt REER. Vous pouvez cotiser à un REER toute l'année fiscale précédente, ou dans les 60 premiers jours de l'année en cours afin que la cotisation soit admissible.

Voici quatre cas concrets :

Philippe, 25 ans, commis-comptable, a un revenu annuel de 35 000 \$ et paie 6 287 \$ d'impôt. Philippe a réussi à mettre de côté 18% de son salaire annuel (6 300 \$) afin de cotiser pour la première fois à son REER. Après déduction REER, il a 4 490 \$ d'impôt à payer, donc 1 797 \$ d'économies d'impôt grâce au REER.

Sophia, 23 ans, designer graphique, a un revenu annuel de 35 000 \$ et paie 6 287 \$ d'impôt. Sophia rêve de voyages et est parvenue à épargner 1 000 \$ cette année pour cotiser à un REER. Après déduction REER,

elle a 6 001 \$ d'impôt à payer, donc 286 \$ d'économies d'impôt grâce au REER.

Christophe, 34 ans, facteur, a un revenu annuel de 46 000 \$ et paie 9 727 \$ d'impôt. Chaque semaine, Christophe verse automatiquement 75 \$ dans son REER, pour une cotisation annuelle de 3 900 \$. Après déduction REER, il a 8 354 \$ d'impôt à payer, donc 1 289 \$ d'économies d'impôt grâce au REER.

Gaëlle, 32 ans, ingénieure, a un revenu annuel de 75 000 \$ et paie 20 491 \$ d'impôt. Gaëlle a décroché un poste avec un salaire plus élevé. Pour réduire le montant d'impôt à payer, elle a pris un prêt REER de 20 000 \$, remboursable sur un an, comme elle avait encore des droits de cotisation au titre de REER non utilisés. Elle utilisera le montant d'impôt économisé pour rembourser une partie de son prêt, et répartir le solde restant en versements mensuels. Après déduction REER, elle a 13 067 \$ d'impôt à payer, ce qui fait 7 424 \$ d'économies d'impôt grâce au REER.

Si, pour vous, la retraite semble bien loin, n'oubliez pas que le REER peut aussi vous permettre d'acheter le plus gros actif que vous posséderez dans votre vie : une maison. En effet, le régime d'accession à la propriété (RAP) vous permet de puiser jusqu'à 60 000 \$ de votre REER, et ce, sans pénalités fiscales. Vous préférez retourner aux études ? Avec le régime d'encouragement à l'éducation permanente (REEP), vous pourriez retirer de votre REER jusqu'à un maximum de 20 000 \$ pour financer votre nouveau diplôme ! Pour mieux gérer vos finances personnelles, inscrivez-vous à l'infolettre Banque Nationale.

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



Ministère de la Santé et des Services sociaux

- Rencontres avec la Direction de l'attraction de la main-d'œuvre (élargissement des pratiques et dossier de la formation initiale)
- Rencontre avec le sous-ministre Daniel Paré
- Rencontres d'échange sur le retraitement des dispositifs médicaux hors établissement
- Participation au Salon national de l'éducation de Montréal

Ministère de l'Enseignement supérieur

- Rencontres avec l'équipe responsable de la révision du programme en inhalothérapie

Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)

- Assemblée des membres
- Colloque : *La protection du public*
- Forum des directions générales
- Groupe de travail sur l'intelligence artificielle
- Forum des syndicats
- Forum des responsables des dossiers de pratique illégale et usurpation de titre

Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire

- Rencontres du comité exécutif
- Rencontre de l'assemblée des membres
- Assemblée générale

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)

- Rencontre statutaire

AAQ

- Rencontre de discussion sur la pénurie d'effectifs au bloc opératoire et les listes de chirurgie

OTIMROEPMQ

- Rencontre dossier échographie

CMQ

- Rencontres diverses concernant la sédation-analgésie, les troubles du sommeil

INESSS

- Travaux sur les programmes d'hospitalisation à domicile
- Comité de suivi du projet d'élaboration d'un outil clinique sur la cessation tabagique



Toujours là
pour les
INHALOS

LE
MAILLON
 **FORT**

EN SANTÉ
ET SERVICES SOCIAUX

Formation continue

Nouvelle activité de formation

- **OPIQ-9002**

L'inhalothérapeute, partenaire dans la prévention des maladies respiratoires évitables par la vaccination

Objectifs:

- Connaître les maladies évitables par la vaccination, selon le champ d'exercice de l'inhalothérapeute
- Comprendre les objectifs du Programme québécois d'immunisation et bien conseiller la patientèle

Campus OPIQ – Répertoire de documents

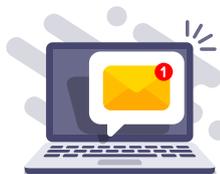
Présentations des conférences du congrès 2024

Pour les conférenciers et conférencières qui en ont donné l'autorisation, leur présentation PowerPoint est accessible dans le répertoire de documents du [Campus OPIQ](#), sous l'onglet « Communauté ».

Ressources cliniques et scientifiques

Nous avons créé un document de ressources cliniques et scientifiques utiles à la pratique des inhalothérapeutes. Le document est accessible via le répertoire de documents du [Campus OPIQ](#), sous l'onglet « Communauté ». Si vous avez un lien Web intéressant à partager avec vos collègues, vous pouvez l'envoyer à info@opiq.qc.ca

Règlement sur la formation continue
Période de référence
1^{er} avril 2024 au 31 mars 2026



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**.

Vous voulez savoir quelles activités de formation sont reconnues ou si l'activité de formation que vous avez suivie est reconnue ?

Vous trouverez la réponse dans les capsules d'information sur le site de l'OPIQ!

[En savoir plus...](#)

Suivez-nous sur nos médias sociaux et surveillez notre infolettre pour rester informés au sujet des activités de formation du *Campus OPIQ*.

Suivez ce lien pour connaître les activités de formation externes à l'OPIQ :

[Activités de formation externes à l'OPIQ](#)

Les activités de formation du *Campus OPIQ* sont possibles en partie grâce à la contribution financière de nos précieux partenaires: **Beneva**, **Johnson & Johnson**, **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 ?

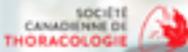
Voir la liste des programmes
(non limitative ni exhaustive)



RÉSERVEZ
LES PROCHAINES
DATES
Congrès canadien
sur la santé
respiratoire **2025**
Centre des congrès de Québec
et Hilton Québec
Québec, QC
3 – 5 avril 2025 cts-sct.ca/crc

 SOCIÉTÉ
CANADIENNE DE
THORACOLOGIE



**DEVENEZ 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!



publications externes d'intérêt

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

Lectures/formations complémentaires portant sur les sujets abordés dans cette édition

La mise à jour de la stratégie globale pour la prévention, le diagnostic et la gestion de la MPOC **GOLD 2025** est maintenant accessible en version anglaise seulement

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

- > [Usage optimal des examens et tests diagnostiques dans l'évaluation de la dyspnée chronique chez l'adulte](#) (octobre 2024)
- > [Appareils à pression positive continue pour le traitement de l'apnée obstructive du sommeil](#) (mai 2024)

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

- > [Vaccination contre le virus respiratoire syncytial chez les adultes ayant une immunodépression](#) (novembre 2024)
- > [Évaluation de l'exposition des inhalothérapeutes enceintes au bromure d'ipratropium et au sulfate de salbutamol](#) (novembre 2024)

Global Initiative for Asthma (GINA)

- > [Global Strategy for Asthma Management and Prevention \(2024 update\)](#) (en anglais seulement)

American Thoracic Society (ATS)

- > [An Update on Management of Adult Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline](#) (en anglais seulement)

* **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.

ACADEMOS



Academos et l'OPIQ s'associent pour faire découvrir la profession d'inhalothérapeute

Academos est une plateforme d'échange qui permet à la clientèle étudiante de mieux préparer leur avenir professionnel en leur offrant un contact personnalisé avec des personnes exerçant le métier qui les passionne.

Vous désirez accompagner des jeunes en processus de choix de carrière en partageant votre parcours et votre passion pour la profession? Devenez mentor(e) chez Academos!

questionnaire de formation continue

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



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

- *Dormir, ça s'apprend* par Karine Gloutnay (p. 6-8)
- *Pratique en région éloignée? Non, pratique en milieu isolé!* par Erica Joncas et Chantal Reus (p. 9-11)
- *Ventilation mécanique périopératoire: quoi de neuf en 2024* par Martin Girard (p. 13-15)

- 01** À propos des facteurs prédisposant à l'insomnie, lequel ou lesquels des énoncés suivants est ou sont vrai(s)?
1. L'insomnie est un trouble du sommeil fréquent chez les personnes âgées.
 2. Les personnes présentant un problème de santé physique ou mentale souffrent plus fréquemment d'insomnie.
 3. L'insomnie touche deux fois plus souvent les femmes.
 4. L'hyperactivité mentale et physiologique, de même que l'hypervigilance peuvent causer de l'insomnie.
- a) 1, 2 et 3
b) 4 seulement
c) 1 et 3
d) 2 et 4
e) 1, 2, 3 et 4

- 02** **VRAI ou FAUX**
- L'échelle d'Epworth est le questionnaire utilisé pour évaluer l'insomnie.

- 03** **VRAI ou FAUX**
- La polysomnographie en laboratoire est le test recommandé par l'*American Academy of Sleep Medicine* pour appuyer le diagnostic d'insomnie.

- 04** **Qui suis-je?**
- Je suis le traitement de choix pour l'insomnie chronique.
- a) Valériane
b) Hypnosédatifs
c) Thérapie cognitivo-comportementale
d) Cannabis

- 05** **Parmi les énoncés qui suivent, lesquels caractérisent la Basse-Côte-Nord?**
1. L'immensité de son territoire et les villages isolés
 2. L'offre limitée de ressources médicales
 3. La météo capricieuse
 4. Cinq communautés autochtones
- a) 1, 2 et 3
b) 4 seulement
c) 1 et 3
d) 2 et 4
e) 1, 2, 3 et 4

- 06** **VRAI ou FAUX**
- La livraison des cylindres d'oxygène en Basse-Côte-Nord s'effectue à l'année, par avion et par bateau.

- 07** Parmi les services suivants, lesquels sont offerts par l'inhalothérapeute?
1. Intervention pour l'abandon du tabagisme
 2. PCRS
 3. Évacuation
 4. Assistance anesthésique au bloc opératoire
- a) 1, 2 et 3
b) 4 seulement
c) 1 et 3
d) 2 et 4
e) 1, 2, 3 et 4

- 08** À propos des complications pulmonaires postopératoires (CPP), lesquels des énoncés suivants sont vrais?
1. Les CPP ont un impact à long terme sur la survie des patients, jusqu'à 5 ans après l'intervention chirurgicale.
 2. Les CPP sont moins fréquentes que les complications cardiaques postopératoires.
 3. Les CPP sont associées à une augmentation des admissions aux unités de soins intensifs, de la durée du séjour à l'hôpital, des coûts de santé et de la mortalité.
 4. Un patient sur dix souffrant d'une CPP mourra dans les 30 jours suivant une intervention chirurgicale majeure.
- a) 1, 2 et 3
b) 4 seulement
c) 1 et 3
d) 2 et 4
e) 1, 2, 3 et 4

- 09** **VRAI ou FAUX**
- Les stratégies de ventilation mécanique «protectrice» ou «à poumon ouvert» diminuent systématiquement l'incidence des CPP.

- 10** **VRAI ou FAUX**
- Plus de 90 % des patients présentent des degrés différents d'atélectasie postopératoire avec 15 à 20 % du poumon régulièrement collabé.

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



JOYEUSES FÊTES

Que la magie des fêtes illumine vos cœurs
et qu'elle ouvre la porte à une nouvelle année
pleine d'épanouissement et de réussites.
Meilleurs vœux à vous et vos proches!

