



l'inhalo

printemps/été 2023



DOSSIER

DISCUTONS

DON D'ORGANES + SANTÉ CARDIAQUE AU FÉMININ

DÉONTOLOGIE

JE NE VAIS PAS BIEN... QUELLES SONT MES RESPONSABILITÉS

Membres de l'OPIQ

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

Saviez-vous que nous vous réservons aussi des **rabais exclusifs** et de **nombreux avantages** sur vos **assurances auto, habitation et véhicules de loisirs**?

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

beneva

Les assurances de dommages sont souscrites par Société d'assurance Beneva inc. et distribuées par Beneva inc., agence en assurance 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. 2023 ^{MD} Le nom et le logo Beneva sont des marques de commerce de Groupe Beneva inc. utilisées sous licence.





Avant-propos	4
Mot du président	5
Dossier	
Discutons don d'organes + santé cardiaque au féminin	
Discutons de don d'organes avec D ^r Marc Brosseau	8
En rappel	
Don d'organes. L'inhalothérapeute clinicien : une voix importante dans l'équipe	15
Portrait en un coup d'œil du don et de la transplantation au Québec	17
Discutons de santé cardiaque au féminin avec D ^{re} Jessica Forcillo	22
Après une crise cardiaque, l'alimentation méditerranéenne permet de réduire significativement le risque de récives	26

Déontologie / inh. : 3 lettres responsables	
Je ne vais pas bien... Quelles sont mes responsabilités déontologiques en lien avec mes limitations fonctionnelles ?	29
Assurances	31
Finances	32
Auteur(e)s recherché(e)s	33
Babillard	34
Questionnaire	36



VERSION INTERACTIVE

Repérez ces icônes qui indiquent des liens



courriel



texte hyperlié



tableau hyperlié



page hyperliée



l'inhalo

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

Président

Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.

Administrateurs et administratrices

Karine Grondin, inh., Sylviane Landry, inh. (trésorière),
Nathalie Lehoux, inh., Cédric Mailloux, inh.,
Nikolay Moroz, inh., Julie Roy, inh. (vice-présidente),
Gabrielle St-Pierre, inh., Isabelle Truchon, inh.

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

Philippe Barcelo, Anne-Marie Hébert, Lucie Lafontaine,
Alain Martineau

PERMANENCE

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

Directrice des affaires juridiques
M^{re} Andréanne LeBel

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

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

Inspecteur professionnel
Daniel Jorgic, inh.

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

Coordonnateur au développement professionnel
Pascal Rioux, inh.

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

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

Adjointe de direction
Catherine Larocque

Adjointe administrative aux affaires juridiques
Anie Gratton

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

Adjointe administrative au Tableau des membres
Marie Andrée Cova

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

COMMUNICATIONS

Responsable
Marise Tétreault, inh., M.A.

Collaborateurs et collaboratrices
D^r Marc Brosseau, Bernard Cadieux, inh., M. Sc., M.A.P.,
M^{re} Magali Courmoyer-Proulx, D^{re} Jessica Forcillo, D^r Martin Juneau,
Line Prévost, inh., B.A., réd. a., Pascal Rioux, inh.

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2023

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

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

Publicité

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

Publication quadrimestrielle 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 épïcène (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

Discutons de dons d'organes et de santé cardiaque au féminin

Dans cette nouvelle édition de votre revue, nous souhaitons mettre à jour nos connaissances sur le don d'organes — ce geste ultime, empreint d'altruisme et d'humanisme —, et ce, particulièrement en contexte d'aide médicale à mourir. Pour ce faire, nous avons fait appel au Dr Marc Brosseau, intensiviste et pneumologue à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et médecin coordonnateur chez Transplant Québec. Sur une tout autre note, puisque les maladies cardiaques — première cause de mortalité des femmes en Amérique du Nord — ne sont pas suffisamment reconnues, étudiées, diagnostiquées et traitées, nous avons consulté D^{re} Jessica Forcillo, chirurgienne cardiaque au CHUM et cofondatrice du Centre d'expertise CardioF pour en apprendre davantage à ce sujet.

Nous remercions très sincèrement ces deux médecins experts d'avoir accepté de discuter de ces deux sujets d'importance avec nous.

Par ailleurs, considérant que la santé mentale du personnel soignant se dégrade depuis plusieurs années, la chronique déontologique aborde les responsabilités déontologiques de l'inhalothérapeute en lien avec ses limitations fonctionnelles lorsqu'arrive une détérioration de sa santé mentale.

Congrès 2023

Retrouvez en page 37 l'information relative à la 47^e édition de notre congrès annuel, qui se tiendra les 22 et 23 septembre prochain à l'Hôtel Universel de Rivière-du-Loup. Vous pouvez dès maintenant vous inscrire et réserver les ateliers dont les places sont limitées.

Puisque la prochaine parution ira à l'automne, le comité éditorial se joint à moi pour vous souhaiter un bel été!

Bonne lecture!



Marise Tétreault

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



Coordonnatrice aux communications



MOT DU PRÉSIDENT

2023, une année de changement

*Tout est changement, tout évolue, tout est en devenir,
non pas pour ne plus être, mais pour devenir ce qui n'est pas encore.*

— Épictète

Cette année marquera un renouveau pour notre ordre professionnel, sur plusieurs plans : stratégie organisationnelle, réaménagement des ressources internes et des espaces locatifs, élections au sein du conseil d'administration et à la présidence.

Un nouvel exercice de planification stratégique, tenu en février, a permis à l'organisation de redéfinir sa mission, sa vision, ses axes d'orientation et ses valeurs. Ces renseignements seront accessibles sur notre site Web au cours des prochaines semaines.

Avec l'éveil de la nature et le retour des beaux jours, le printemps est, à juste titre, synonyme de renouveau ! De même, après cinq semaines de travaux intensifs, l'équipe a réintégré ses quartiers et nos bureaux sont pleinement fonctionnels. Comme annoncé lors de l'AGA 2022, le conseil d'administration a choisi la solution la plus avantageuse : conserver les mêmes locaux et en réaménager l'intérieur pour mieux répondre aux besoins de la permanence.

2023 correspond aussi à une fin de mandat pour quelques personnes siégeant au CA, sans possibilité de renouvellement pour certaines. Ainsi se terminent les mandats de mesdames Anne-Marie Hébert et Lucie Lafontaine, toutes deux administratrices nommées par l'Office des professions du Québec. De même, madame Isabelle Truchon, représentant la région Nord-Ouest, nous quitte après trois mandats consécutifs, soit le nombre maximal prévu au [Règlement sur l'organisation de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec et les élections à son conseil d'administration](#). Je souligne leur souci constant de placer la protection du public au premier plan et la justesse de leurs interventions, qui enrichissaient discussions et débats. Les membres du CA et la direction générale se joignent à moi pour les remercier toutes trois de leur participation active aux travaux de l'Ordre et pour leur souhaiter bonne chance dans leurs nouveaux défis professionnels.

Élections 2023

Pour la région Nord-Ouest, madame Josée Boudreault, élue par acclamation, effectue un retour au sein du CA, alors que mesdames Sylviane Landry et Gabrielle St-Pierre ont été réélues et que monsieur Mohamed Belhadj a été élu pour une première fois dans la région de la Métropole. Félicitations aux personnes élues !

À titre d'administrateur pour la région de la Métropole, mon dernier mandat venant aussi à échéance, un changement de garde s'opérera à la présidence du CA. Vous dire que je quitte sans un pincement au cœur serait mentir. Je tire un trait sur un chapitre clé de ma vie professionnelle ; j'en écrirai sans doute un autre, mais ces 10 années seront toujours chères à mon souvenir.

Je désire remercier, en premier lieu, la directrice générale pour ses conseils avisés et sa précieuse collaboration. Merci aussi aux membres du CA et de la permanence pour la confiance accordée. Finalement, merci à vous, inhalothérapeutes, catalyseurs de changement et les meilleurs porte-étendards qui soient pour notre profession. Grâce à vous, l'expertise des inhalothérapeutes au sein des équipes multidisciplinaires est non seulement reconnue, mais recherchée. Au cours des dernières années, nous avons obtenu l'évaluation cardiorespiratoire et l'accès au Dossier santé Québec. La profession poursuit son essor et, pour une parfaite adéquation, j'aurais aimé que nous puissions clore le dossier du rehaussement de la formation initiale à notre satisfaction... Mais il est de ces changements qui tardent à se concrétiser...

Assumer la présidence de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec aura été pour moi un immense honneur et un privilège. Ces 10 années m'ont fait vivre une expérience professionnelle — et personnelle ! — des plus enrichissantes. Au fil de nos rencontres et de nos discussions, j'ai constaté votre engagement, votre dynamisme, votre créativité, votre solidarité et surtout votre leadership. Si notre profession n'a pas cessé d'évoluer, c'est grâce à vous. Gardez toujours ce feu sacré qui vous anime et qui vous pousse en avant. L'avenir, c'est vous tous et toutes.

Bonne continuation et au plaisir de vous revoir peut-être...



Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.

Président

Association pulmonaire du Québec	10
AstraZeneca Canada inc.	7
Banque Nationale	25

Beneva	2
FIQ	21
Karl Storz Endoscopy Canada Ltd.	24



index des annonceurs



A WORD FROM THE PRESIDENT

2023, a year of change

Everything is changing, everything is evolving, everything is becoming, not to no longer be, but to become what is yet to be.

— Epictetus



This year will mark a renewal for our professional order, on many levels: organizational strategy, reorganization of internal resources and rental spaces, elections to the board of directors and to the presidency.

A new strategic planning exercise, held in February, has enabled the organization to redefine its mission, its vision, its strategic guidelines and its values. This information will be available on our Web site in the coming weeks.

With nature's awakening and the return of sunny days, spring is, rightly, synonymous with rebirth! As announced at the 2022 general assembly, the board of directors has chosen the most advantageous solution: keeping the same space and reorganizing the interior to better meet the needs of the permanent staff. After five weeks of intensive work, the team has returned to its quarters and our offices are fully functional.

2023 also coincides with the end of the mandate for some board members, without the possibility of re-election for some. Thus, the mandates of Mrs. Anne-Marie Hébert and Lucie Lafontaine, both administrators appointed by the *Office des professions du Québec*, are ending. Similarly, Mrs. Isabelle Truchon, representing the North-West region, is leaving us after three consecutive terms, the maximum number provided for in the [Règlement sur l'organisation de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec et les élections à son conseil d'administration](#).

I underline their constant concern of placing the protection of the public at the forefront and the soundness of their interventions, which enriched discussions and debates. The members of the board of directors and the executive director join me in thanking all three of them for their active participation in the work of the *Ordre* and in wishing them good luck in their new professional challenges.

Elections 2023

For the *Nord-Ouest* region, Mrs. Josée Boudreault, elected by acclamation, returns to the board of directors, while Mrs. Sylviane Landry and Gabrielle St-Pierre were re-elected and Mr. Mohamed Belhadj was elected for the first time in the *Métropole* region. Congratulations to those elected!

As administrator for the *Métropole* region, my final mandate also coming to an end, a change of guard will take place at the presidency of the board of directors. Telling you that I'm leaving without a pang of heart would be lying. I draw a line on a key chapter of my professional life; I will probably write another one, but these 10 years will always be dear to me.

First of all, I would like to thank the executive director for her wise advice and precious collaboration. Thank you also to the members of the board of directors and to the permanent staff for the trust they granted me. Finally, thank you to you, respiratory therapists, catalysts of change and the best standard bearers for our profession. Thanks to you, the expertise of respiratory therapists within multidisciplinary teams is not only recognized, but sought after. Over the past few years, we have obtained the cardiorespiratory assessment and access to *Dossier santé Québec*. The profession continues to grow and, for a perfect match, I would have liked us to complete the upgrading of the initial training to our satisfaction... But some changes are slower to materialize...

Assuming the presidency of the *Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec* has been an immense honour and a privilege for me. In these 10 years, I have lived a most rewarding professional—and personal—experience! During our meetings and our discussions, I saw your commitment, your dynamism, your creativity, your solidarity and, most of all, your leadership. If our profession has not stopped evolving, it is because of you. Always keep this sacred fire that drives you and pushes you forward. The future is in all of you.

All the best, and to the pleasure of, hopefully, seeing you again... 🌈



Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.
President



BREZTRI^{MC}

AEROSPHERE[®]

budésonide / glycopyrronium /
fumarate de formotérol dihydraté en
suspension pressurisée pour inhalation

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

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



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

Indications et usage clinique :

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

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

Mises en garde et précautions pertinentes :

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

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

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

Pour de plus amples renseignements :

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

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

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



Discutons de don d'organes avec Dr Marc Brosseau

Introduction

Au Québec, toute personne, peu importe son âge, son état de santé ou son orientation sexuelle, est susceptible de faire don de ses organes et de ses tissus à son décès. Une seule personne peut sauver jusqu'à huit vies par le don d'organes et en aider 20 autres à retrouver une qualité de vie grâce au don de tissus. Les donneurs et donneuses sont rares et représentent environ 1 % des gens qui meurent en centre hospitalier. De ce fait, il convient de viser un taux d'identification de 100 % et il revient aux professionnel(le)s de la santé exerçant, notamment à la salle d'urgence et à l'unité des soins intensifs, d'identifier tout donneur potentiel en présence d'un diagnostic ou d'un pronostic grave et irréversible.

Par ailleurs, si une personne décide de demander l'aide médicale à mourir (AMM) et qu'elle n'est pas atteinte d'un cancer métastatique, un don d'organes peut lui être proposé et être parfois réalisé. À cet égard, dans son plus récent [bilan statistique annuel](#), Transplant Québec enregistrait une hausse significative du nombre de donneurs d'organes en contexte d'AMM depuis cinq ans, avec près de 15 % du nombre total de donneurs d'organes en 2022 au Québec.

Afin d'en apprendre davantage à ce sujet, nous avons fait appel au Dr Marc Brosseau, médecin coordonnateur en don d'organes au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Nous le remercions sincèrement d'avoir accepté de répondre à nos questions.

Question 1.

Les donneurs et donneuses d'organes sont rares et représentent environ 1 % des personnes qui décèdent en centre hospitalier. Quels sont les critères d'identification et de référence d'un donneur potentiel d'organes ?

Une personne ventilée mécaniquement devrait être identifiée comme un potentiel donneur d'organes lorsqu'on envisage l'arrêt des traitements de maintien des fonctions vitales (TMFV). La pathologie sous-jacente est habituellement une catastrophe neurologique, par exemple un accident vasculaire cérébral (AVC), une anoxie cérébrale après une réanimation cardiovasculaire, une hémorragie cérébrale ou un trauma crânien. Toutefois, un patient, avec une maladie ou une blessure grave telle qu'une insuffisance cardiaque ou respiratoire terminale, et pour lequel on projette une extubation dans un contexte palliatif, devrait aussi être identifié et dirigé vers Transplant Québec.

Tous les membres du personnel, y compris les inhalothérapeutes, sont encouragés à identifier et adresser des patients à Transplant Québec. Malheureusement, dans les salles d'urgence et les soins intensifs du Québec, une proportion considérable de donneurs potentiels demeure non identifiée et non référée à Transplant Québec. L'identification et la référence doivent s'effectuer bien avant l'approche à la famille. La proposition du don à cette dernière est délicate et doit être réalisée avec tact par une équipe expérimentée après confirmation, auprès de Transplant Québec, de l'admissibilité du donneur potentiel.

Consultez l'un ou l'autre des documents suivants pour en savoir davantage sur la procédure type pour le don d'organes de Transplant Québec (mars 2012) :

- [Procédure type pour le don d'organes, avec personnel dédié en don d'organes](#)
- [Procédure type pour le don d'organes, sans personnel dédié en don d'organes](#)



Question 2.

Une personne déclarée morte selon les critères cliniques d'évaluation du décès neurologique peut être considérée comme un donneur d'organes potentiel. Quels sont les critères cliniques minimaux pour satisfaire les exigences d'un don après un diagnostic de décès neurologique (DDN)?

L'étiologie de la mort cérébrale doit d'abord être bien établie. Il doit y avoir absence clinique de fonctions neurologiques et présence d'une cause connue et irréversible. Il doit y avoir des preuves formelles, soit cliniques ou obtenues par neuro-imagerie, d'un accident aigu du système nerveux central correspondant à la perte irrémédiable des fonctions neurologiques. Par exemple, on devrait retrouver de l'anoxie ou une hémorragie cérébrale à l'examen de tomodensitométrie. Un cas où le coma est inexpliqué ne devrait pas être déclaré en décès neurologique, surtout dans le contexte épidémiologique actuel de consommation de drogues synthétiques qui peuvent produire un coma profond.

Ensuite, le patient doit se trouver dans un coma profond, défini comme l'absence de mouvements spontanés et de mouvements contrôlés par le système nerveux central (SNC) incluant: la fonction des nerfs crâniens, la réponse motrice à la douleur provoquée, les convulsions, les mouvements de décérébration et de décortication. Les réflexes et les mouvements spinaux peuvent toutefois persister puisqu'ils ne sont pas générés par le cerveau.

Il faut aussi exclure tout facteur confondant, notamment un choc profond, de l'hypothermie, un trouble métabolique grave, une intoxication (p. ex. : barbituriques, opiacés) ou une dysfonction neuromusculaire pouvant expliquer l'absence de réaction motrice. L'élément déterminant face à ces facteurs confondants reste néanmoins le jugement clinique.

Consultez l'un ou l'autre des documents suivants pour en savoir davantage sur le DDN:

- [LEG-FOR-001.F Diagnostic du décès neurologique \(adulte et enfant ≥ 1 an\)](#)
- [LEG-FOR-002.F Diagnostic du décès neurologique \(pédiatrique\)](#)

Question 3.

Est-ce qu'un patient, qui ne répond pas aux critères de DDN, peut être un donneur d'organe potentiel et, si oui, dans quel cas ?

Certainement, et ce n'est malheureusement pas souvent considéré après la décision de cesser les traitements de maintien des fonctions vitales et de passer aux soins de confort. Un don après décès circulatoire (DDC) peut être effectué chez ces patients. Cela peut donner un sens à la situation tragique pour la famille et respecter la volonté du patient de donner ses organes si c'était ses souhaits préalables.

Diplômé de la Faculté de médecine de l'Université McGill en 2010, D^r Marc Brosseau a par la suite effectué une résidence en médecine interne à l'Université de Montréal, suivie d'une spécialisation en pneumologie à l'Université McGill et en soins intensifs à l'Université de Montréal.

Depuis 2017, D^r Brosseau exerce ses activités cliniques en pneumologie et aux soins intensifs à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et il est aussi professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal. Plus récemment, il a terminé une maîtrise en épidémiologie à la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* de l'Université de Londres au Royaume-Uni en 2021.

Concurremment, il travaille comme médecin coordonnateur en don d'organes pour Transplant Québec depuis 2020. Ce poste l'amène, entre autres, à coordonner les activités liées au don et à la transplantation d'organes et de tissus au sein du CIUSSS, à assister des médecins supportant des donneurs d'organes dans les unités de soins intensifs à travers le Québec et à travailler sur le programme des indicateurs de qualité des dons d'organes. Il est aussi membre du réseau québécois en don et transplantation d'organes du ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'approche à la famille pour un DDC devrait seulement avoir lieu une fois prise la décision définitive de procéder à une extubation palliative. Toutefois, il n'est pas rare d'oublier que ces patients peuvent être candidats à un DDC.

Un DDC consiste en l'arrêt des TMFV en salle d'opération. La famille peut être présente au moment du décès. Une ambiance propice aux soins de fin de vie est prévue (musique, lumière tamisée, contact physique avec le donneur en fin de vie). Les soins de confort sont généralement gérés par l'intensiviste selon le [principe éthique du double effet](#) pour soulager le patient en fin de vie.

Pour que les organes soient considérés, le décès doit habituellement survenir dans l'heure qui suit l'extubation. Si le temps d'ischémie est trop prolongé, l'équipe de transplantation chirurgicale décline les organes la plupart du temps. Lorsqu'il y a disparition de la pulsativité à la canule artérielle, la famille fait ses adieux puis quitte la salle et après cinq minutes continues d'absence d'ondes de pouls à la canule, le décès est constaté. L'équipe chirurgicale entre ensuite dans la salle pour le prélèvement d'organes et le patient est réintubé par un(e) anesthésiste si un don de poumons est considéré.

Le don d'organes peut aussi être offert à un patient qui a pris la décision de recourir à l'aide médicale à mourir et qui n'est pas atteint d'un cancer métastatique. L'AMM est souvent administré dans une salle à proximité du bloc opératoire et lorsque le décès est constaté, le patient est amené à la salle d'opération pour un prélèvement.

Consultez le livret suivant pour en savoir davantage sur le don d'organes dans un contexte d'aide médicale mourir:

- [Procédure type pour le don d'organes dans un contexte d'aide médicale à mourir](#)

Question 4.

La communication du diagnostic et du pronostic aux membres de la famille requiert un savant mélange de tact et de compassion. À cet égard, quels sont les éléments clés d'une bonne approche à la famille ?

Les familles sont souvent en état de choc lors de l'annonce du pronostic grave et irréversible. Il ne faut pas brusquer les choses et aborder immédiatement le don d'organes, à moins que la famille elle-même aborde le sujet. Il vaut mieux donner du temps à cette dernière pour cheminer et offrir le don d'organes quand elle a bien compris le pronostic et ce qui en découle, par exemple le lendemain lorsqu'elle demande quelles seront les prochaines étapes. Il est recommandé d'effectuer l'approche dans un endroit calme et privé et d'avoir une stratégie concertée entre le personnel des unités, l'infirmière de liaison en don d'organes et Transplant Québec.

Question 5.

En pratique clinique, comment peut-on optimiser la fonction des organes du donneur potentiel ?

Le maintien du donneur potentiel en mort neurologique nécessite une prise en charge clinique attentive et minutieuse aux soins intensifs. L'état hémodynamique peut être très instable et des complications particulières comme un diabète insipide ou un axe neurocardiaque peuvent survenir. Le donneur reste aussi à risque de complications infectieuses et de sepsis.

Des études ont démontré qu'une ventilation mécanique protectrice peut augmenter le nombre de poumons prélevés. Une hypothermie thérapeutique peut également augmenter la fonction du greffon rénal chez les receveurs.



Consultez l'un ou l'autre des documents suivants pour en savoir davantage sur l'évaluation et le maintien optimal des organes du donneur :

- [EVA-GUI-001.F Guide relatif à l'évaluation et au maintien du donneur adulte](#)
- [EVA-GUI-005.F Guide relatif à l'évaluation et au maintien du donneur pédiatrique](#)

Quatre procédures pour le don d'organes

COSR

Congrès Québécois
en Santé Respiratoire

9 & 10 novembre
2023

**GRAND QUAI DU
PORT DE MONTRÉAL**
congres-cqsr.ca

Formation accréditée pour les inhalothérapeutes,
les infirmiers.ières et les kinésiologues !

PROCÉDURE TYPE POUR LE DON D'ORGANES

EN RELATION AVEC L'ARTICLE 204.1 (LSSSS)

Centre hospitalier
AVEC personnel
dédié en don
d'organes

AVEC
PERSONNEL
DÉDIÉ EN
DON D'ORGANES

Patient en mort imminente

1 IDENTIFICATION

Équipe de soins*
↓
Personnel dédié

PRONOSTIC SOMBRE

Le patient satisfait aux critères pour être un donneur d'organes potentiel :

- **Personne de tout âge**
- **Atteinte neurologique grave** (par exemple : AVC hémorragique ou ischémique, anoxie cérébrale post-ACR, trauma crânien...)
- **et/ou maladie ou blessure grave** (par exemple : insuffisance cardiaque terminale, insuffisance respiratoire terminale...)
- **Arrêt des traitements de maintien des fonctions vitales (TMFV) envisagé**
- **Ventilation mécanique invasive ou non-invasive**

2 RÉFÉRENCE

Personnel dédié*
↓
Transplant Québec

AVANT D'OFFRIR L'OPTION DU DON D'ORGANES À LA FAMILLE

Communiquer avec l'infirmière de liaison ou ressource de votre établissement

Afin de valider l'admissibilité et vérifier l'inscription du patient aux registres de la RAMQ et de la Chambre des notaires du Québec

NON ADMISSIBLE

Fin de la référence à Transplant Québec

ADMISSIBLE

3 COMMUNICATION DU DIAGNOSTIC / PRONOSTIC

Équipe de soins

Annoncer et expliquer le pronostic fonctionnel grave et irréversible

Discuter de l'arrêt des traitements de maintien des fonctions vitales (TMFV)

Allouer le temps nécessaire pour assimiler l'information
Répéter l'information aussi souvent que nécessaire

S'assurer de la compréhension du pronostic et de son irréversibilité

- Favoriser un endroit privé, une ambiance propice
- Avoir une attitude empathique et être à l'écoute des besoins
- Prévoir la présence d'intervenants pour le soutien à la famille
- Utiliser des outils visuels (ex. : imagerie)

NE PAS OFFRIR L'OPTION DU DON À LA FAMILLE AVANT L'ÉTAPE 4

4 OFFRE / APPROCHE D'ÉQUIPE

Équipe de soins et/ou
Personnel dédié

PRÉSENTER L'OPTION DU DON D'ORGANES ET DE TISSUS

en demandant à la famille de répondre en fonction des volontés **CONNUES** exprimées

- par l'inscription aux registres des consentements au don d'organes et de tissus de la RAMQ ou de la Chambre des notaires du Québec **ou**
- par la signature à l'endos de la carte d'assurance maladie **ou**
- verbalement

ou des volontés NON CONNUES en tenant compte des valeurs de la personne

En présence d'un donneur conjoint d'organes et de tissus, Transplant Québec fait le lien avec Héma-Québec

Offrir l'intervention de l'infirmière de liaison ou ressource de votre établissement pour répondre aux interrogations de la famille

Allouer le temps de réflexion nécessaire
Être à l'écoute de la famille, répondre à ses besoins

Obtenir la décision pour le don

Communiquer la réponse à Transplant Québec

REFUS

Fin de la référence à Transplant Québec

Consentement

5 ÉVALUATION, QUALIFICATION ET PRÉLEVEMENT

Équipe de soins et
Transplant Québec

DDN : donneur avec un diagnostic de décès neurologique

Déclaration du décès neurologique par deux médecins

Début de la phase d'évaluation, de qualification et du maintien du donneur en collaboration avec l'équipe médicale et le coordonnateur-conseiller clinique de Transplant Québec

Transfert du donneur vers un centre préleveur, s'il y a lieu

Planifier le prélèvement des organes en fonction des équipes impliquées

Transfert en salle d'opération

Prélèvement des organes

DDC : donneur après un décès circulatoire**

Début de la phase d'évaluation et de qualification du donneur en collaboration avec l'équipe médicale et le coordonnateur-conseiller clinique de Transplant Québec

Planifier le prélèvement des organes en fonction du moment prévu du retrait des TMFV

Transfert en salle d'opération

Retrait des TMFV et soins de fin de vie

Décès suite à un arrêt circulatoire constaté par deux médecins

Prélèvement des organes

Poursuivre le soutien à la famille et les soins de fin de vie

PAS DE DÉCÈS

Fin de la référence à Transplant Québec

Poursuivre le soutien à la famille et les soins de fin de vie

* Fait référence au responsable de chaque étape.

** Auparavant, le terme utilisé était « don après décès cardiocirculatoire ».

<http://www.transplantquebec.ca/professionnels>



TRANSPLANT QUÉBEC

Ensemble pour le don d'organes, pour la vie.



Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec

aqesss

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

© Transplant Québec 2012
modifié par Transplant Québec en 2019

Source

Transplant Québec, reproduction autorisée

Autre procédure pour le don d'organes



PROCÉDURE TYPE POUR LE DON D'ORGANES

EN RELATION AVEC L'ARTICLE 204.1 (LSSSS)

Centre hospitalier
SANS personnel
dédié en don
d'organes

**SANS
PERSONNEL
DÉDIÉ EN
DON D'ORGANES**

Patient en mort imminente

1 IDENTIFICATION

Équipe de soins*
↓
Transplant Québec

PRONOSTIC SOMBRE

Le patient satisfait aux critères pour être un donneur d'organes potentiel :

- **Personne de tout âge**
- **Atteinte neurologique grave** (par exemple : AVC hémorragique ou ischémique, anoxie cérébrale post-ACR, trauma crânien...)
- **et/ou maladie ou blessure grave** (par exemple : insuffisance cardiaque terminale, insuffisance respiratoire terminale...)
- **Arrêt des traitements de maintien des fonctions vitales (TMFV) envisagé**
- **Ventilation mécanique invasive ou non-invasive**

2 RÉFÉRENCE

Équipe de soins*
↓
Transplant Québec

AVANT D'OFFRIR L'OPTION DU DON D'ORGANES À LA FAMILLE

Communiquer avec Transplant Québec : 1 888 366-7338, option 1

Afin de valider l'admissibilité et vérifier l'inscription du patient aux registres de la RAMQ et de la Chambre des notaires du Québec

NON ADMISSIBLE

Fin de la référence à Transplant Québec

ADMISSIBLE

3 COMMUNICATION DU DIAGNOSTIC / PRONOSTIC

Équipe de soins

Annoncer et expliquer le pronostic fonctionnel grave et irréversible

Discuter de l'arrêt des traitements de maintien des fonctions vitales (TMFV)

Allouer le temps nécessaire pour assimiler l'information
Répéter l'information aussi souvent que nécessaire

S'assurer de la compréhension du pronostic et de son irréversibilité

- Favoriser un endroit privé, une ambiance propice
- Avoir une attitude empathique et être à l'écoute des besoins
- Prévoir la présence d'intervenants pour le soutien à la famille
- Utiliser des outils visuels (ex. : imagerie)

NE PAS OFFRIR L'OPTION DU DON À LA FAMILLE AVANT L'ÉTAPE 4

4 OFFRE / APPROCHE D'ÉQUIPE

Équipe de soins et/ou Transplant Québec

PRÉSENTER L'OPTION DU DON D'ORGANES ET DE TISSUS

en demandant à la famille de répondre en fonction des volontés **CONNUES** exprimées

- par l'inscription aux registres des consentements au don d'organes et de tissus de la RAMQ ou de la Chambre des notaires du Québec **ou**
- par la signature à l'endos de la carte d'assurance maladie **ou**
- verbalement

ou des volontés NON CONNUES en tenant compte des valeurs de la personne

En présence d'un donneur conjoint d'organes et de tissus, Transplant Québec fait le lien avec Héma-Québec

Offrir l'intervention du coordonnateur-conseiller clinique de Transplant Québec pour répondre aux interrogations de la famille

Allouer le temps de réflexion nécessaire
Être à l'écoute de la famille, répondre à ses besoins

Obtenir la décision pour le don

Communiquer la réponse à Transplant Québec

REFUS

Fin de la référence à Transplant Québec

Consentement

5 ÉVALUATION, QUALIFICATION ET PRÉLÈVEMENT

Équipe de soins et Transplant Québec

DDN : donneur avec un diagnostic de décès neurologique

Déclaration du décès neurologique par deux médecins

Début de la phase d'évaluation, de qualification et du maintien du donneur en collaboration avec l'équipe médicale et le coordonnateur-conseiller clinique de Transplant Québec

Transfert du donneur vers un centre préleveur, s'il y a lieu

Planifier le prélèvement des organes en fonction des équipes impliquées

Transfert en salle d'opération

Prélèvement des organes

DDC : donneur après un décès circulatoire**

Début de la phase d'évaluation et de qualification du donneur en collaboration avec l'équipe médicale et le coordonnateur-conseiller clinique de Transplant Québec

Planifier le prélèvement des organes en fonction du moment prévu du retrait des TMFV

Transfert en salle d'opération

Retrait des TMFV et soins de fin de vie

Décès suite à un arrêt circulatoire constaté par deux médecins

Prélèvement des organes

Poursuivre le soutien à la famille et les soins de fin de vie

PAS DE DÉCÈS

Fin de la référence à Transplant Québec

Poursuivre le soutien à la famille et les soins de fin de vie

* Fait référence au responsable de chaque étape.

** Auparavant, le terme utilisé était « don après décès cardiocirculatoire ».

<http://www.transplantquebec.ca/professionnels>



TRANSPLANT QUÉBEC

Ensemble pour le don d'organes, pour la vie.



Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec



ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

© Transplant Québec 2012
modifié par Transplant Québec en 2019

Source

Transplant Québec, reproduction autorisée

Autre procédure pour le don d'organes

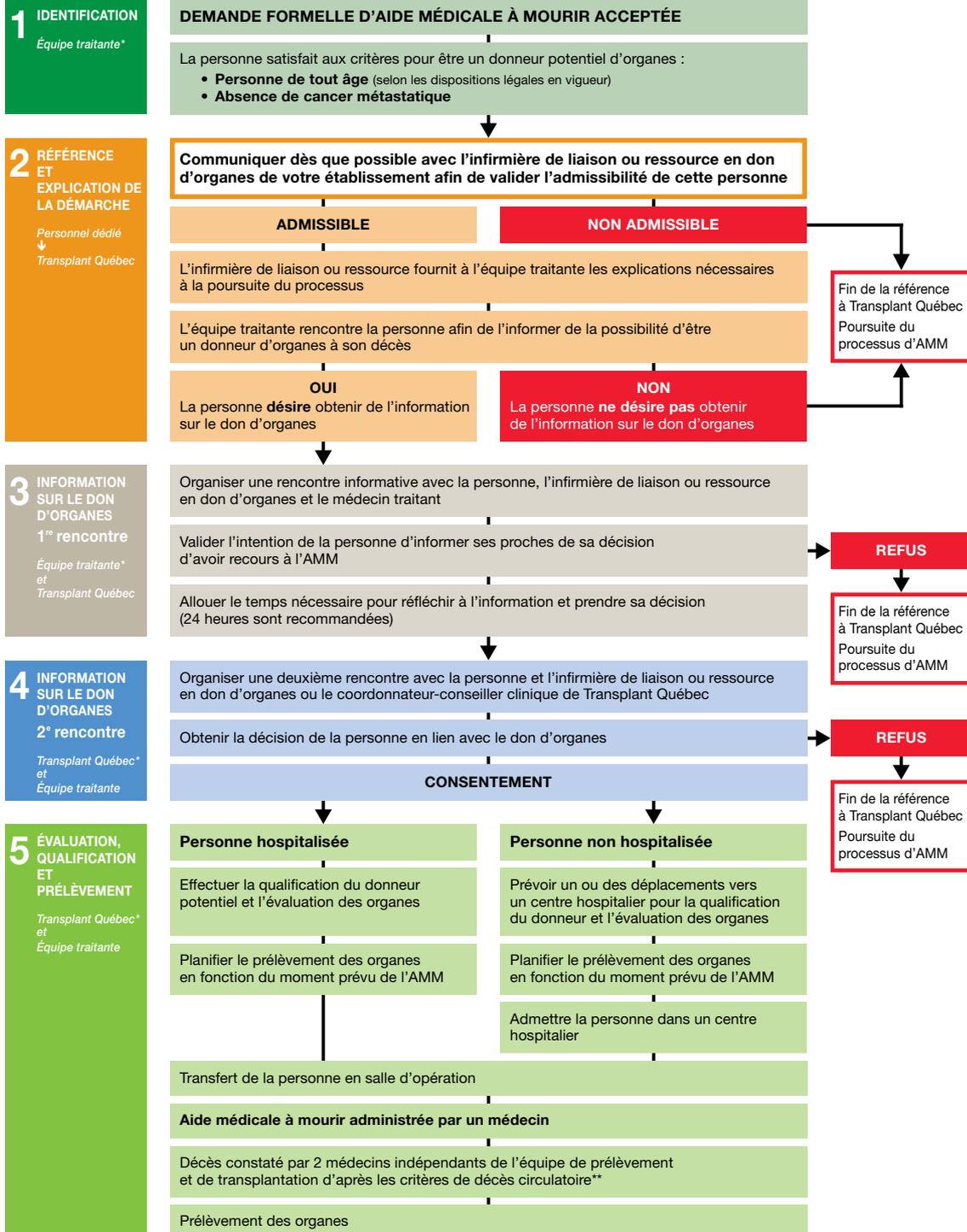


PROCÉDURE TYPE POUR LE DON D'ORGANES DANS UN CONTEXTE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)

après que la demande formelle d'AMM ait été acceptée

Centre hospitalier
AVEC personnel
dédié en don
d'organes

AVEC
PERSONNEL
DÉDIÉ EN
DON D'ORGANES
(AMM)



* Fait référence au responsable de chaque étape. ** Auparavant, le terme utilisé était « don après décès cardiocirculatoire ».

Cette procédure type est établie en lien avec l'aide médicale à mourir. Pour toute autre situation pouvant mener au don d'organes au décès, on doit se référer à la Procédure type pour le don d'organes.



TRANSPLANT QUÉBEC

Ensemble pour
le don d'organes,
pour la vie.

© Transplant Québec 2018
version 2018-11-20

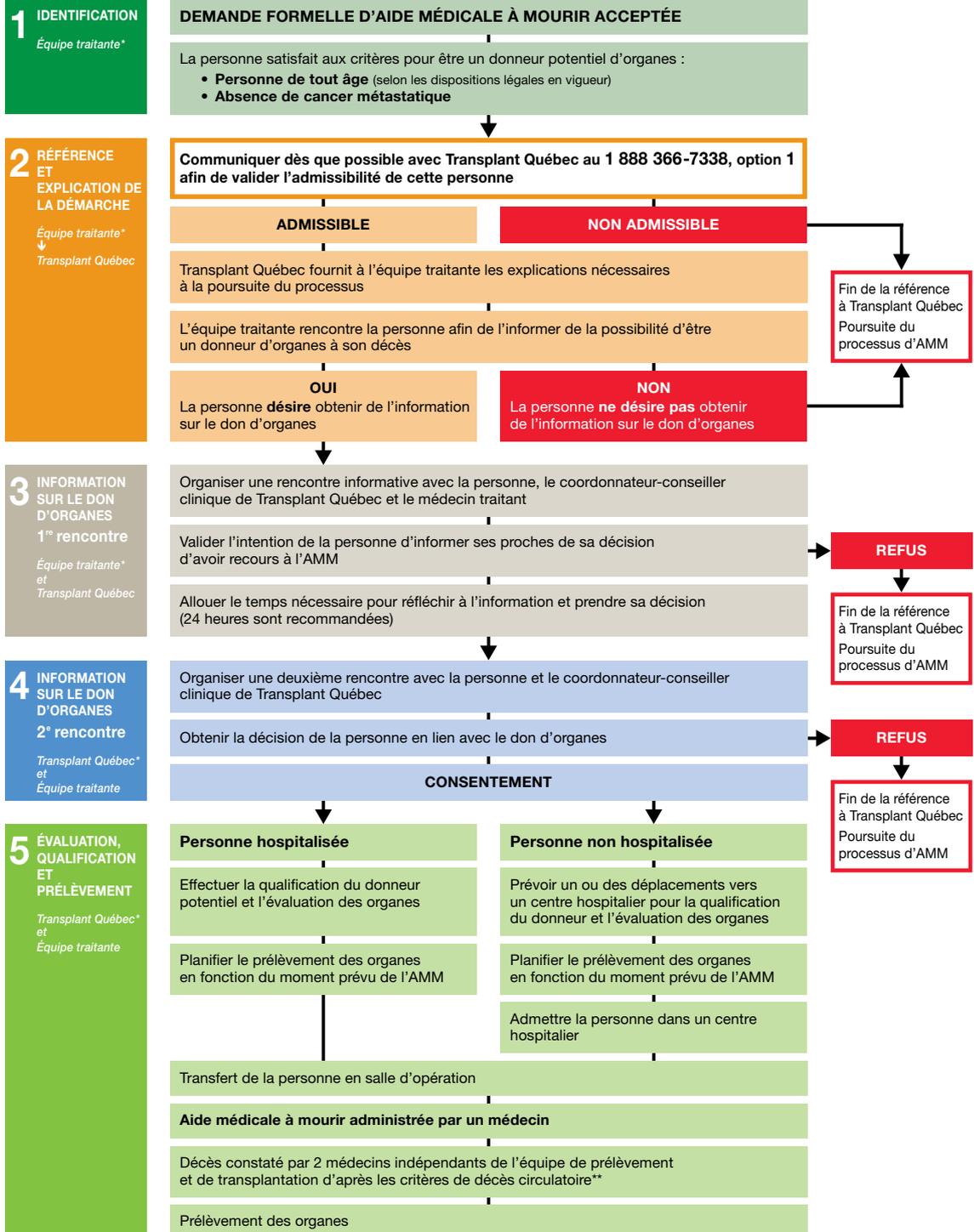


PROCÉDURE TYPE POUR LE DON D'ORGANES DANS UN CONTEXTE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)

après que la demande formelle d'AMM ait été acceptée

Centre hospitalier
SANS personnel
dédié en don
d'organes

SANS
PERSONNEL
DÉDIÉ EN
DON D'ORGANES
(AMM)



* Fait référence au responsable de chaque étape. ** Auparavant, le terme utilisé était « don après décès cardiocirculatoire ».
Cette procédure type est établie en lien avec l'aide médicale à mourir. Pour toute autre situation pouvant mener au don d'organes au décès, on doit se référer à la Procédure type pour le don d'organes.

SON FOIE A 104 ANS!

Voici l'histoire vraie d'Audrée, une femme de 36 ans qui vit pleinement avec un foie de 104 ans! Nous vous invitons à en apprendre sur l'important processus qui permet le don d'organes, et comment un don d'un donneur inattendu a sauvé la vie d'une jeune femme. (Certains détails concernant le donneur ont été modifiés pour préserver son anonymat).

CONCEPT ET RÉDACTION : HUGUES VILLENEUVE
 Chef du service de l'enseignement et
 du développement hospitalier de Transplant Québec

ILLUSTRATION : TINE MOEWEH-HANSEN



L'inhalothérapeute clinicien joue un rôle déterminant dans le processus de don d'organes

La suite de l'histoire à la page suivante



Texte tiré et adapté de:
 revue *l'inhalo*,
 janvier 2020 (pages 17 et 18)

Don d'organes

L'inhalothérapeute clinicien : une voix importante dans l'équipe

Comme membre du cercle de soins, l'inhalothérapeute joue un rôle déterminant dans le processus de don d'organes, entre autres en ce qui concerne l'identification et l'admissibilité d'un donneur potentiel et le maintien

de ses fonctions hémodynamiques. L'inhalothérapeute s'implique aussi durant les procédures de qualification de la personne donneuse et d'évaluation des organes pour lesquels il y a eu un consentement.



L'inhalothérapeute clinicien joue un rôle déterminant dans le processus de don d'organes



Texte tiré et adapté de:
 revue *l'inhalo*,
 janvier 2020 (pages 17 et 18)

Don d'organes

L'inhalothérapeute clinicien : une voix importante dans l'équipe



par **Marise Tétrault**, inh., M.A., coordonnatrice aux communications, OPIQ,
 avec la collaboration de **Hugues Villeneuve**, chef du service
 de l'enseignement et du développement hospitalier, Transplant Québec.

Faits saillants 2022



INDEX

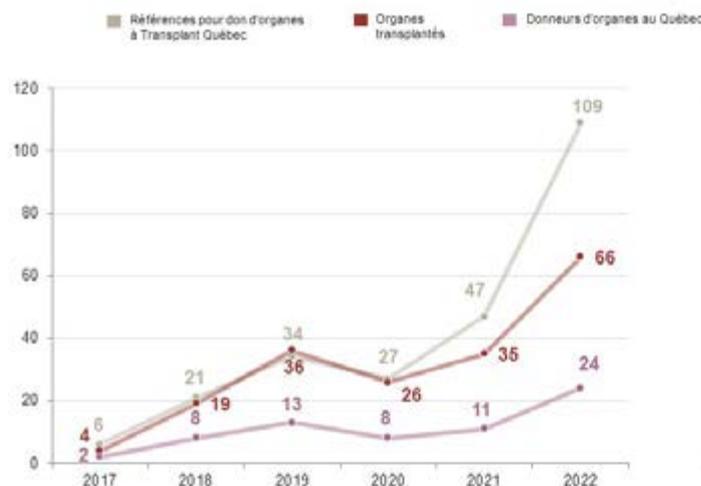
© Transplant Québec | Statistiques officielles 2022

1



01
PORTRAIT DU DON D'ORGANES EN CONTEXTE D'AMM

Portrait du don en contexte d'AMM au Québec, 2017 à 2022



Le Québec a connu une progression de plus de **130 %** des références en 2022.

INDEX

© Transplant Québec | Statistiques officielles 2022

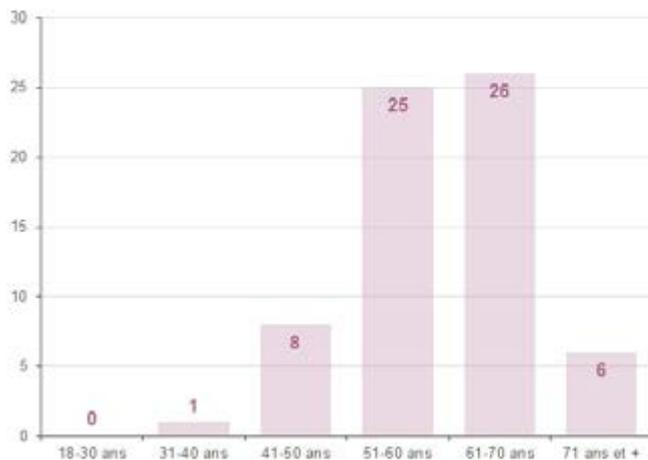
2

Source
[Statistiques officielles 2022](#),
Transplant Québec,
février 2023.
Reproduction autorisée.

01

PORTRAIT DU DON D'ORGANES EN CONTEXTE D'AMM

Donneurs d'organes en contexte d'AMM au Québec,
 par groupe d'âge, 2017 à 2022



Moyenne d'âge :
60 ans



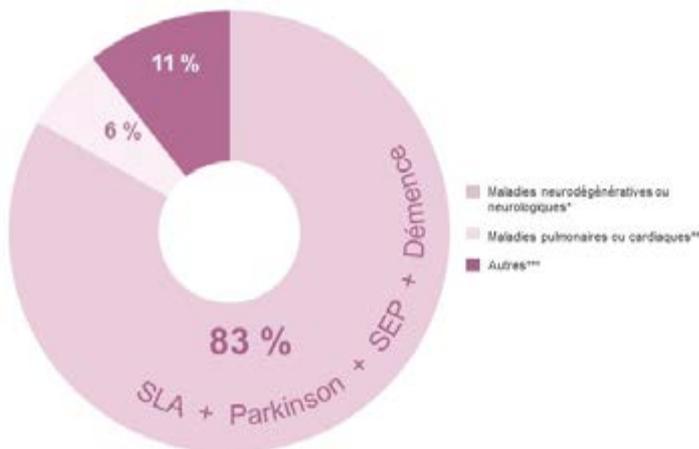
© Transplant Québec | Statistiques officielles 2022



01

PORTRAIT DU DON D'ORGANES EN CONTEXTE D'AMM

Diagnosics prépondérants des donneurs
 en contexte d'AMM au Québec, 2017 à 2022



Près de
85 %
 des donneurs
 en contexte d'AMM ont reçu
 un diagnostic prépondérant
 d'une **maladie**
 neurodégénérative
 ou neurologique



© Transplant Québec | Statistiques officielles 2022

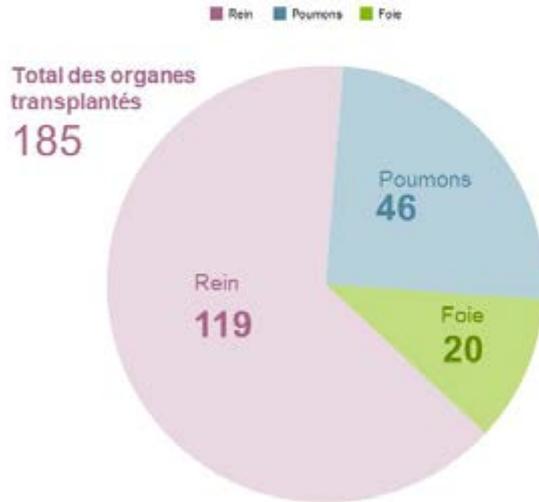
Source
 Statistiques
 officielles 2022,
 Transplant
 Québec,
 février 2023.
 Reproduction
 autorisée.

--- Ex. : Sclérose latérale amyotrophique (SLA), Parkinson, sclérose en plaques (SEP), démence et autres maladies
 * Ex. : Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et autres maladies
 *** Syndrome de douleur intractable, polyarthrite rhumatoïde, fibromyalgie, blessure du système nerveux central

01

PROFIL DU DON D'ORGANES EN CONTEXTE D'AMM

Organes transplantés provenant des donneurs du Québec en contexte d'AMM, 2017 à 2022



En moyenne,
2,8 organes
 par donneur
 ont été transplantés
 depuis la mise en vigueur
 de la Loi*.

* Loi concernant les soins de fin de vie

INDEX

© Transplant Québec | Statistiques officielles 2022

5

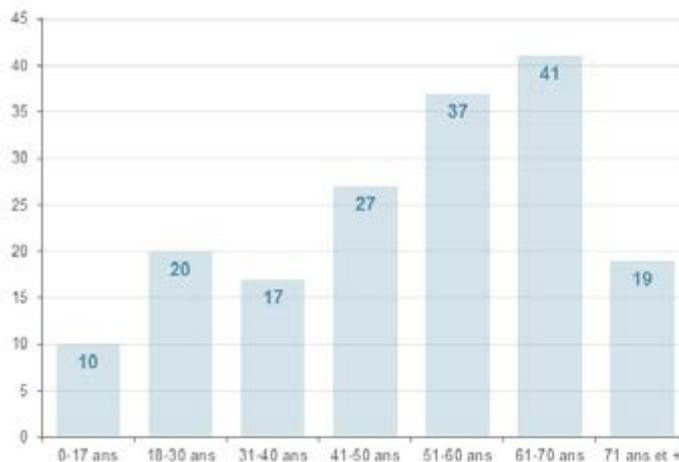


02

ACTIVITÉ EN DON D'ORGANES AU QUÉBEC

Les donneurs d'organes – Don après décès

Donneurs d'organes au Québec,
 par groupe d'âge, 2022



Moyenne d'âge :
50 ans

INDEX

© Transplant Québec | Statistiques officielles 2022

6

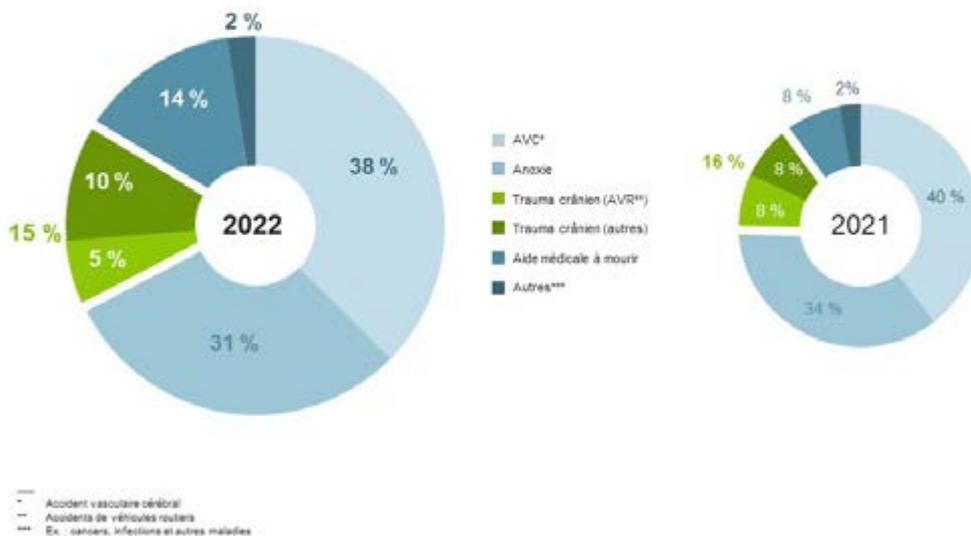
Source
 Statistiques
 officielles 2022,
 Transplant
 Québec,
 février 2023.
 Reproduction
 autorisée.

02

ACTIVITÉ EN DON D'ORGANES AU QUÉBEC

Les causes de décès

Causes de décès des donneurs d'organes au Québec, 2021 et 2022



INDEX

© Transplant Québec | Statistiques officielles 2022

7



02

ACTIVITÉ EN DON D'ORGANES AU QUÉBEC

Les organes transplantés - Don après décès

Organes transplantés provenant des donneurs du Québec, 2022



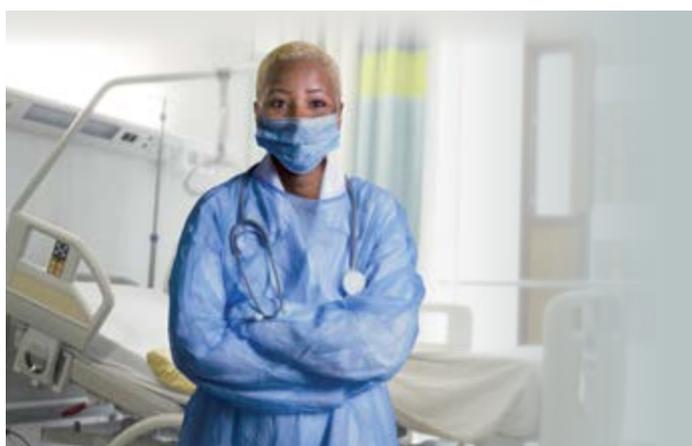
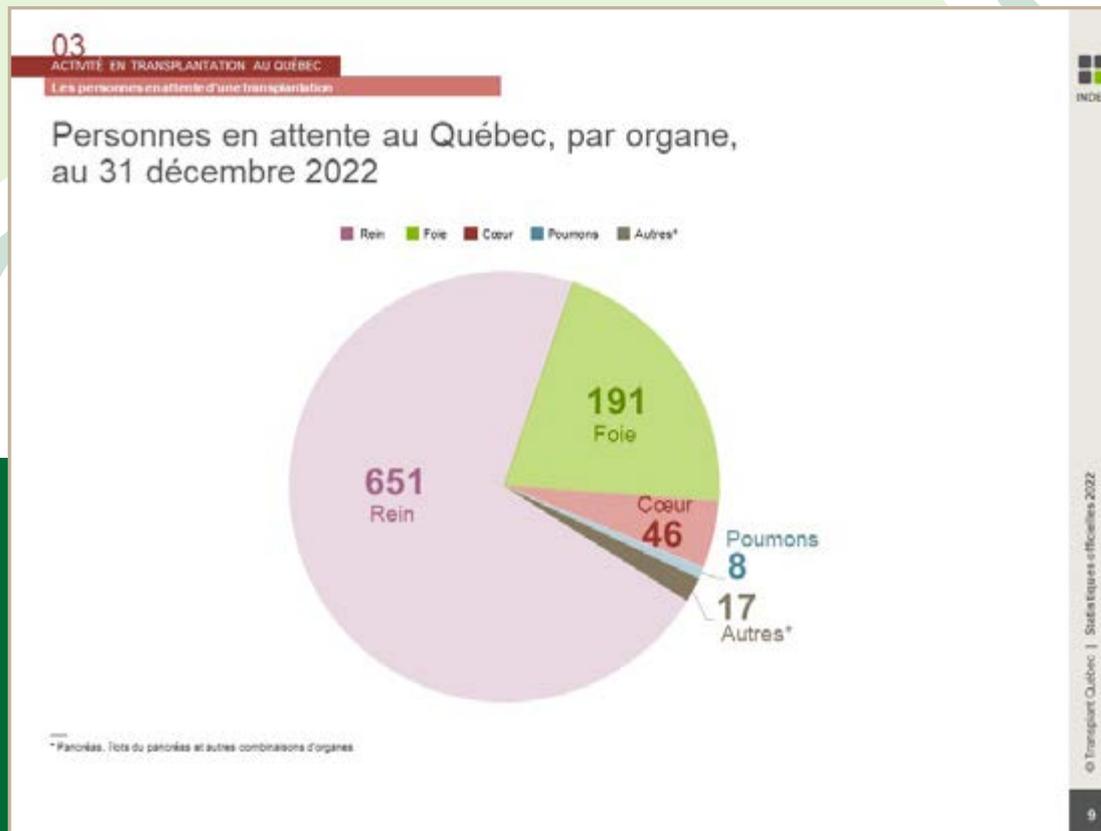
INDEX

© Transplant Québec | Statistiques officielles 2022

8

Source
[Statistiques officielles 2022](#),
Transplant
Québec,
février 2023.
Reproduction
autorisée.

Source
[Statistiques
officielles 2022](#),
Transplant
Québec,
février 2023.
Reproduction
autorisée.



La FIQ, mobilisée pour défendre vos conditions de travail

Inhalothérapeutes | Infirmières |
Infirmières auxiliaires | Perfusionnistes cliniques





Discutons de santé cardiaque au féminin avec D^{re} Jessica Forcillo

Introduction

Depuis les 30 dernières années, les maladies cardiaques sont la première cause de mortalité des femmes en Amérique du Nord. Statistiquement, une Canadienne sur trois présente une maladie cardiovasculaire, les femmes ont deux fois plus de risque de mourir d'un infarctus que les hommes et elles sont cinq fois plus nombreuses à mourir d'une maladie du cœur que du cancer du sein. Par ailleurs, selon les auteurs de [State of the Science in Women's Cardiovascular Disease: A Canadian Perspective on the Influence of Sex and Gender](#) publié en 2020 dans le *Journal of the American Heart Association*, les maladies cardiovasculaires chez les femmes ne sont pas suffisamment reconnues, étudiées, diagnostiquées et traitées.

De ces faits mal connus de la population féminine, le temps est venu d'agir et de les sensibiliser à l'égard de leur santé cardiaque, nous dit l'équipe du [Centre d'expertise CardioF](#), une clinique du CHUM qui se spécialise dans la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies cardiovasculaires chez la femme.

Afin d'en apprendre davantage sur le sujet, nous avons consulté D^{re} Jessica Forcillo, chirurgienne cardiaque au CHUM et cofondatrice du Centre d'expertise CardioF. Nous la remercions très sincèrement d'avoir accepté de répondre à nos questions.

Question 1.

À première vue, le cœur d'une femme ressemble beaucoup à celui d'un homme, mais il existe plusieurs différences importantes qui sont encore incomprises. En quoi le cœur féminin se distingue-t-il d'un cœur d'homme ?

Globalement, le cœur d'une femme s'apparente à celui de l'homme et ceci n'entraîne pas de problématiques dans un cœur sain. Cependant, dans un cœur « pathologique », ces différences jouent en défaveur des femmes quant au traitement et au pronostic suivant un traitement. Par exemple : les cavités cardiaques et l'anneau des valves sont plus petits ; les parois du ventricule sont plus épaisses ; la contraction du cœur est moins vigoureuse ; les gradients à l'intérieur sont plus élevés ; les artères du cœur sont plus petites et fragiles, etc. Aussi, outre les variations anatomiques, les échelles de gradation de la sévérité des lésions sont basées sur les caractéristiques anatomiques et physiologiques des hommes. Il en découle des présentations plus tardives chez les femmes, ce qui affecte les résultats puisque les femmes s'en trouvent plus malades avec des pathologies plus complexes. Tous ces aspects peuvent entraîner des procédures plus compliquées et de moins bons résultats.

Question 2.

On pense souvent, à tort, que les crises cardiaques surviennent principalement chez les hommes. Or, les maladies cardiovasculaires touchent de plus en plus de femmes de moins de 55 ans et celles-ci sont même plus à risque d'en mourir que les hommes du même âge. Comment expliquer cette disparité de risque et de mortalité entre les hommes et les femmes ?

« Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de ressentir de la douleur dans le cou, la mâchoire, les épaules, le haut du dos ou le haut du ventre et de présenter un souffle court, des nausées ou des vomissements, des bouffées de chaleur et de la fatigue. »

Le risque de maladie cardiovasculaire augmente chez les femmes après la ménopause, cependant l'on remarque l'apparition de plus de cas de maladie cardiovasculaire chez les femmes plus jeunes. Cela pourrait être dû, en partie, à l'exposition à certains facteurs de risque « non traditionnels » propres à la trajectoire de vie de la femme, ainsi que l'effet de facteurs de risque spécifique ou la cumulation de plusieurs facteurs de risque.

Question 3.

Des facteurs de risque bien connus comme l'obésité, le tabagisme et la sédentarité peuvent toucher les femmes autant que les hommes. Toutefois, les femmes voient leurs risques augmentés en raison des nombreux changements qui surviennent au cours de leur vie. Quels sont ces changements qui peuvent avoir une incidence sur la santé cardiaque de la femme ?

Les femmes sont exposées à des facteurs de risque tout au long de leur trajectoire de vie, qui est différente de celle des hommes, comme la ménarche, la contraception, les traitements de fertilité, la grossesse et ses complications — telles que le diabète gestationnel et la prééclampsie, la ménopause, l'hormonothérapie et certains cancers qui nécessitent radiothérapie et chimiothérapie. Nous commençons à voir une association entre certains de ces facteurs de risque « non traditionnels » et la survenue d'événements cardiovasculaires. Ceci, par contre, reste à être étudié plus en profondeur afin de comprendre s'il y a réellement un effet direct et, advenant le cas, comment suivre ces patientes pour prévenir un événement cardiovasculaire.

Question 4.

Certaines études ont démontré un taux de mortalité plus élevée chez les jeunes femmes comparativement aux femmes plus âgées, ainsi que des causes d'infarctus parfois différentes. Parmi ces dernières, soulignons la cardiomyopathie de stress (broken heart syndrome), qui se manifeste davantage chez les femmes jeunes. En quelques mots, comment décririez-vous cette pathologie cardiaque moins connue ?

À propos de
D^{re} Jessica Forcillo



Chirurgienne cardiaque et chercheuse investigatrice au Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), D^{re} Jessica Forcillo possède un parcours professionnel d'exception. Diplômée en médecine et en chirurgie cardiaque à l'Université de Montréal, elle s'est ensuite surspécialisée en thérapie transcathéter au centre hospitalier universitaire Emory, situé à Atlanta. Sa pratique courante est partagée entre des procédures percutanées par cathéter et des chirurgies cardiaques ouvertes conventionnelles. Détentrice d'un doctorat en sciences biomédicales et d'une maîtrise en santé publique, D^{re} Forcillo est aussi professeure adjointe de clinique au département de chirurgie de la faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Celle qui préfère qu'on l'appelle simplement Jessica porte un grand intérêt envers la santé cardiovasculaire des femmes. Elle a cofondé en 2021 le Centre d'expertise CardioF du CHUM avec ses collègues cardiologues, D^{re} Christine Pacheco et D^{re} Lyne Bérubé, avec l'objectif de mieux comprendre, améliorer, prévenir, dépister, guérir et traiter les maladies cardiovasculaires des femmes à travers leurs différentes trajectoires de vie.

Sources:

Le CHUM en histoire:

[Une innovation pour sauver le cœur de sa patiente](#)

Icardio | Collaborateurs: [Jessica Forcillo MD.](#)

Le syndrome de tako-tsubo ou takotsubo, appelé également syndrome des cœurs brisés ou ballonnisation apicale, est une cardiomyopathie qui consiste en une sidération myocardique advenant après un stress émotionnel. Cette présentation représente 1-2 % des syndromes coronariens aigus et survient dans 90 % des cas chez des femmes péri ou ménopausées.

En fait, la femme se présente avec la manifestation de l'infarctus (des troponines augmentées, des changements à l'ECG et des douleurs thoraciques) sans avoir de « blocage » dans ses artères coronariennes lors de la coronarographie. Ceci est souvent associé à un stress intense et se résout en quelques jours, cependant, ce genre d'épisode peut se répéter.

Question 5.

Le diagnostic d'infarctus du myocarde peut être plus difficile à établir chez les femmes que chez les hommes en raison, notamment, des symptômes atypiques d'une crise cardiaque qui sont plus fréquents chez les femmes. En quoi les symptômes (ou la description qu'en fait une patiente) sont-ils différents et quels sont alors les signes et symptômes féminins à reconnaître ?

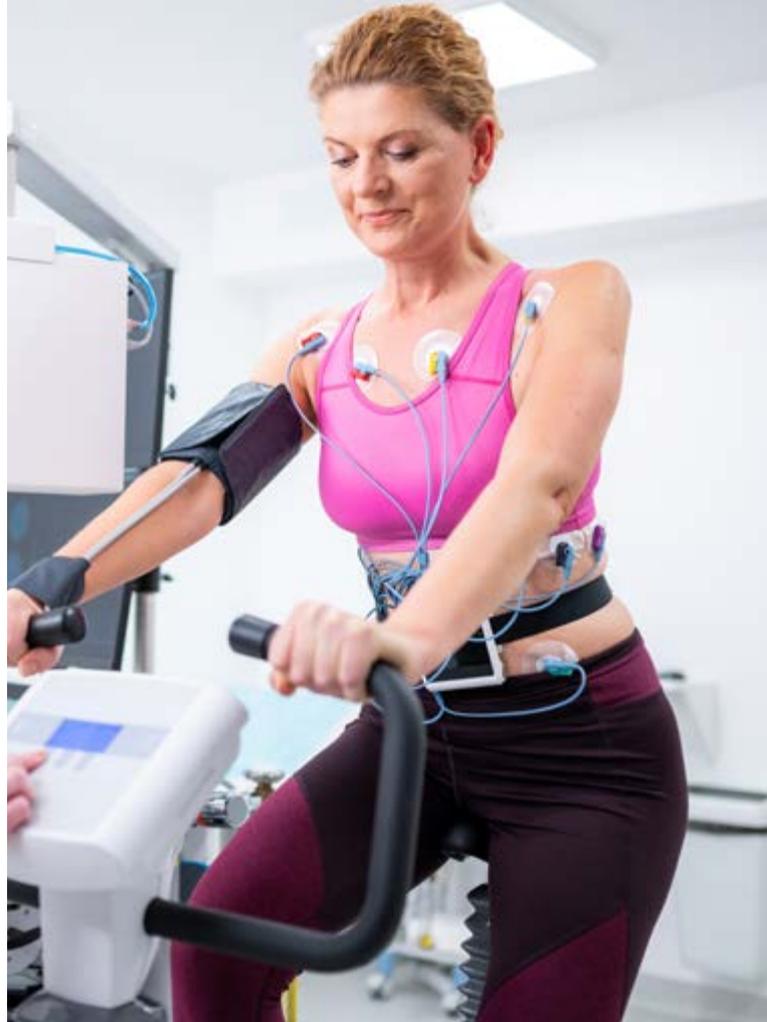
En effet, si les symptômes des femmes se présentent différemment que ceux des hommes, on pense que leur douleur serait la même, mais que l'expression de celle-ci serait différente. Aussi, il y aurait plus de symptômes qui accompagnent cette douleur et qui pourraient porter à confusion.

- Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de ressentir de la douleur dans le cou, la mâchoire, les épaules, le haut du dos ou le haut du ventre et de présenter un souffle court, des nausées ou des vomissements, des bouffées de chaleur et de la fatigue.
- La plupart des femmes présentent plus d'un symptôme, alors que les hommes tendent à signaler uniquement des douleurs thoraciques.

Question 6.

Il est de fait bien établi que les femmes sont sous-représentées dans les études et les essais cliniques portant sur la santé et les maladies cardiaques. Statistiquement, on dit que les femmes représentent seulement le tiers des participant(e)s dans les essais cliniques sur les maladies cardiovasculaires. Concrètement, quels sont les impacts de cette sous-représentation dans le parcours de soins des femmes atteintes d'une maladie cardiaque ?

À l'heure actuelle, nous administrons à des femmes des traitements basés sur des études réalisées en majorité chez les hommes. Et malgré ces traitements, la mortalité reste encore le double chez les femmes qui subissent un événement cardiovasculaire. On doit investir des ressources pour permettre de mieux étudier les femmes et leur faire comprendre que leur implication en recherche est essentielle afin de mieux comprendre comment les traiter de façon médicale et procédurale. Il existe des barrières chez les femmes qui font obstacle à leur participation aux études. Elles doivent, entre autres, s'occuper de leur famille et concilier le travail,



la famille et d'autres activités. Les femmes ont davantage de responsabilités de soins et sont plus susceptibles d'en subir les conséquences négatives sur leur santé. On croit que des essais cliniques uniquement consacrés aux femmes avec des femmes investigatrices pourraient aboutir à une augmentation de leur participation. De plus, beaucoup d'organismes subventionnaires encouragent fortement la participation des femmes dans les études pour que les chercheurs obtiennent des subventions.

Question 7.

On dit que les maladies cardiovasculaires peuvent être évitées à près de 80 % par de saines habitudes de vie. Quels changements les femmes peuvent-elles apporter afin de prévenir la maladie cardiovasculaire ou d'en réduire la gravité de l'atteinte ?

En effet, la modification des facteurs de risque traditionnels, comme l'adoption de saines habitudes de vie, est primordiale. Les femmes doivent trouver des moments pour se consacrer du temps pour faire de l'exercice, bien s'alimenter et adopter une saine hygiène de vie. Ce qui peut être compliqué par leur emploi du temps. **Les femmes ont tendance à faire passer les besoins de santé des membres de leur famille avant les leurs.** Aussi, puisqu'elles sont exposées à d'autres facteurs de risque dans leur trajectoire de vie, elles doivent préserver leur santé, être encore plus à l'affût de signes qui pourraient s'avérer inquiétants et ne pas hésiter à consulter. Les femmes doivent également s'éduquer sur les facteurs de risque qui leur sont propres ou qui peuvent se potentialiser, par exemple le tabagisme, la prise de contraceptifs oraux et l'obésité. Aussi, il est connu qu'un facteur de risque comme le diabète, l'hypertension ou le tabagisme augmentera un risque chez la femme comparativement au même risque chez l'homme.

C-MAC^{HD}
 CHOICE CHANGES EVERYTHING

Un choix qui change tout.

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

STORZ
 KARL STORZ—ENDOSKOPIE

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

Question 8.

En quelques mots, dites-nous pourquoi avoir mis sur pied une clinique spécialisée en santé cardiovasculaire pour les femmes et quelle(s) mission(s) l'équipe de la clinique s'est-elle donnée(s)?

Il était urgent pour nous de consacrer temps et ressources afin de créer un centre d'expertise en santé cardiovasculaire des femmes, car, à l'ère actuelle, les femmes sont encore victimes d'iniquités en ce qui concerne le diagnostic et les traitements. De même, des lacunes en matière de sensibilisation, de recherche, de diagnostic et de soins menacent la santé cardiaque des femmes. Pour beaucoup d'entre elles, ces lacunes sont aggravées par des facteurs, qui se croisent, se chevauchent, et augmentent leurs risques cardiovasculaires et cérébraux, et ce, à différents moments de leur vie. De plus, elles sont plus susceptibles de subir certains types de maladies cardiaques, elles peuvent être touchées différemment par les maladies du cœur et l'AVC, et elles peuvent présenter des signes et des symptômes de crise cardiaque différents de ceux des hommes.



Le Centre d'expertise CardioF offre une approche unique, innovante et intégrative pour améliorer la santé cardiovasculaire des femmes. Il a pour mission de mieux comprendre, améliorer, prévenir, dépister, guérir et traiter les maladies cardiovasculaires des femmes à travers leurs différentes trajectoires de vie.

Nous voulons devenir un centre régional d'expertise en santé cardiovasculaire de la femme afin de mieux comprendre et traiter la maladie cardiaque au féminin. Cardio F a un volet clinique, de recherche et d'éducation aux femmes et aux autres professionnels de la santé. Nous souhaitons faire une différence.

En terminant, quel message (ou quels conseils) aimeriez-vous laisser aux femmes afin de les sensibiliser sur l'importance de prendre «aussi» soin de leur cœur?

De s'écouter, de défendre leur santé et de ne pas hésiter à verbaliser et à consulter lorsqu'elles sentent que quelque chose semble anormal à propos de leur état de santé.



Un petit geste pour tous vos grands gestes

Découvrez notre offre bancaire
pour les inhalothérapeutes
bnc.ca/professionnel-sante

Fièvre partenaire de



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



Après une crise cardiaque, l'alimentation méditerranéenne permet de réduire significativement le risque de récédives

par **D^r Martin Juneau**, M.D., FRCP, cardiologue et directeur de la prévention, Institut de cardiologie de Montréal, professeur titulaire de clinique, Faculté de médecine de l'Université de Montréal, 22 mars 2023

Source : site Internet [Observatoire de la prévention de l'Institut de cardiologie de Montréal](#). Reproduction autorisée.

Les médicaments et les mesures invasives comme la revascularisation (pose d'endoprothèses vasculaires ou stents) permettent de sauver un grand nombre de patients coronariens, c'est-à-dire qui ont subi un infarctus du myocarde ou un autre syndrome coronarien aigu. Par contre, ces patients demeurent généralement [à haut risque de récédive](#) s'ils ne s'attaquent pas aux causes responsables de leur maladie coronarienne, qui sont dans la majorité des cas liés à certains aspects de leur mode de vie (tabagisme, sédentarité, stress chronique, mauvaise alimentation).

Un des facteurs qui a reçu le plus d'attention au cours des dernières décennies est la nature de l'alimentation. Étant donné le rôle des gras saturés dans le développement des plaques responsables de l'athérosclérose (le blocage des artères coronaires qui mène à l'infarctus), la réduction des graisses alimentaires s'est imposée dès le départ comme l'approche standard pour réduire le risque de récédives chez les patients coronariens. Ces régimes *low-fat* ont évolué avec le temps, [notamment pour y inclure des glucides complexes](#) (grains entiers, légumineuses) afin d'obtenir un apport adéquat en fibres, mais visent d'abord et avant tout à réduire l'apport total en gras à 25-30 % des calories quotidiennes et celui en gras saturés à moins de 10 %.

Régime méditerranéen

Nous avons discuté à maintes reprises des nombreuses études qui ont clairement montré que l'alimentation de type méditerranéenne était associée à une réduction du risque de maladies cardiovasculaires (voir [ici](#) et [ici](#), par exemple). Ce mode d'alimentation se caractérise par son contenu élevé en aliments végétaux non transformés (céréales complètes, légumes, fruits, légumineuses, noix et huile d'olive extravierge), un apport modéré en poisson/crustacés et un apport faible en viandes rouges et charcuteries et en graisses d'origine animale.

La principale caractéristique du régime méditerranéen demeure cependant l'utilisation abondante [d'huile d'olive extravierge](#) comme source principale de graisses alimentaires, ce qui peut mener à un apport total en gras aux environs de 40 % des calories totales, donc bien au-delà de celui des régimes faibles en gras utilisé pour réduire le risque d'accidents cardiovasculaires chez les patients coronariens. Cependant, loin d'être

problématique, cet apport élevé en gras insaturés semble au contraire être bénéfique pour la prévention des maladies cardiovasculaires, autant en prévention primaire, chez les personnes qui n'ont pas d'antécédents d'accidents cardiovasculaires, qu'en prévention secondaire, chez les patients coronariens qui ont déjà subi un infarctus ou qui sont à très haut risque de subir ces accidents. Par exemple, les résultats de l'étude [PREDIMED](#) montrent qu'un apport élevé en gras insaturés, provenant des noix ou de l'huile d'olive, était associé à une diminution significative du risque de maladie cardiovasculaire. Cet effet protecteur des gras insaturés a également été observé dans l'[étude de Lyon](#), réalisée auprès de 605 survivants d'un infarctus du myocarde : l'addition d'acide linoléique (un oméga-3 à courte chaîne présent dans les végétaux) à l'alimentation des patients a provoqué une diminution très importante (73 %) de récédives d'événements CV [*NDLR cardiovasculaire*] après un infarctus du myocarde, incluant la mortalité cardiaque.

Autrement dit, il semble que c'est beaucoup plus la nature que la quantité de gras de l'alimentation qui importe et qu'un apport élevé en gras insaturés pourrait s'avérer supérieur à une alimentation faible en gras pour réduire significativement le risque de maladies cardiovasculaires, incluant chez les personnes à haut risque en raison d'antécédents d'infarctus du myocarde. Dans ce dernier cas, par contre, les bénéfices concrets de l'alimentation méditerranéenne sur le risque de récédives demeurent mal compris puisqu'aucune étude d'envergure portant spécifiquement sur les patients coronariens n'a été réalisée depuis près de 25 ans, soit depuis l'étude de Lyon.

Étude CORDIOPREV

C'est dans ce contexte que les résultats de l'[étude CORDIOPREV](#), récemment publiés dans le prestigieux *Lancet*, arrivent à point nommé et pourrait permettre de diminuer les risques élevés de récédives qui affectent les patients coronariens. Cette étude, réalisée en Espagne auprès de 1002 patients atteints d'une maladie coronarienne et qui ont été suivis pendant une période de 7 ans, a comparé les impacts d'une alimentation « standard » faible en gras ou de type méditerranéen sur le risque des patients de subir un accident cardiovasculaire (infarctus du myocarde, AVC, revascularisation, maladie artérielle périphérique ou mortalité d'origine cardiovasculaire).

Tableau 1. Principales recommandations alimentaires pour les deux groupes de l'étude.

Notez que la principale différence entre les deux régimes est la quantité plus élevée de gras insaturés (huile d'olive, noix) consommée dans le cadre de l'alimentation méditerranéenne.

ALIMENTS	RÉGIME MÉDITERRANÉEN	RÉGIME FAIBLE EN GRAS
Huiles	≥ 4 c. à s. par jour d'huile d'olive extravierge (40-60 g/j)	≤ 2 c. à s. par jour d'huile végétale (20-30 g/j)
Céréales, pommes de terre et légumineuses	6 portions de céréales (grains entiers) par jour ≥ 3 portions légumineuses par jour	6 à 11 portions de céréales (préférentiellement grains entiers), pommes de terre et légumineuses par jour
Fruits	≥ 3 portions de fruits frais par jour	≥ 3 portions de fruits frais, congelés ou en conserve par jour
Légumes	2 portions de légumes frais par jour (au moins 1 portion crue ou sous forme de salade)	≥ 2 portions de légumes frais, congelés ou en conserve par jour
Produits laitiers	2 portions par jour	2-3 portions de produits faibles en gras ou dépourvus de gras par jour
Noix	≥ 3 portions par semaine	≤ 1 portion par semaine
Poissons et fruits de mer	≥ 3 portions par semaine (poissons gras de préférence)	Choisir des poissons maigres ; ≤ 1 portion de poisson gras par semaine
Viandes rouges et charcuteries	≤ 1 portion par semaine (privilégier les volailles maigres)	1 portion max. par semaine (privilégier les volailles maigres)
Œufs	2-4 œufs par semaine	≤ 2 œufs par semaine
Beurre et margarine	À éviter	≤ 1 portion par semaine
Vin	1 verre par jour pour les femmes, 2 verres par jour pour les hommes (si consommation habituelle d'alcool)	À éviter
Pâtisseries et desserts	≤ 1 portion par semaine	≤ 1 portion par semaine
Boissons sucrées	≤ 1 portion par jour	≤ 1 portion par jour
Techniques culinaires	Utiliser l'huile d'olive extravierge comme corps gras principal, par exemple pour la confection de sofrito*	Cuire les aliments dans un minimum de gras (microonde, étuve, bouilli)

* Le sofrito est une préparation de légumes et d'aromates (fines herbes, ail) cuite dans l'huile d'olive à feu très doux.

Les participants ont été répartis aléatoirement entre les 2 groupes et encadrés par une équipe de nutritionnistes pour qu'ils adhèrent autant que possible au régime alimentaire qui leur avait été assigné (tableau 1). Pour le groupe *low-fat*, les principales consignes étaient évidemment de limiter l'apport en matières grasses (huile végétale, noix, poissons gras, œufs) et de hausser celui d'aliments riches en glucides (céréales, légumineuses), tandis que les participants du groupe méditerranéen étaient au contraire encouragés à hausser leur apport en gras insaturés, principalement sous forme d'huile d'olive extravierge, de noix et de poissons gras (saumon et sardines, par exemple). Dans les deux cas, on encourageait les participants à consommer 5 portions et plus de fruits

et de légumes et de limiter l'apport en viandes rouges et charcuteries (en privilégiant les volailles maigres comme source de viande), en pâtisseries et desserts et en boissons sucrées.

Dans l'ensemble, il s'agissait donc de deux régimes alimentaires d'excellente qualité, riches en végétaux et faibles en gras saturés (< 10 %) et en sucres simples. La principale différence entre les deux régimes est la consommation plus élevée de matières grasses insaturées dans le régime méditerranéen, qui atteint 40 % des calories totales (incluant 22 % sous forme de mono-insaturés), tandis que le régime *low-fat* est principalement composé de glucides (46 % des calories totales) et relativement faible en gras (32 % des calories totales, incluant 12 % de mono-insaturés).

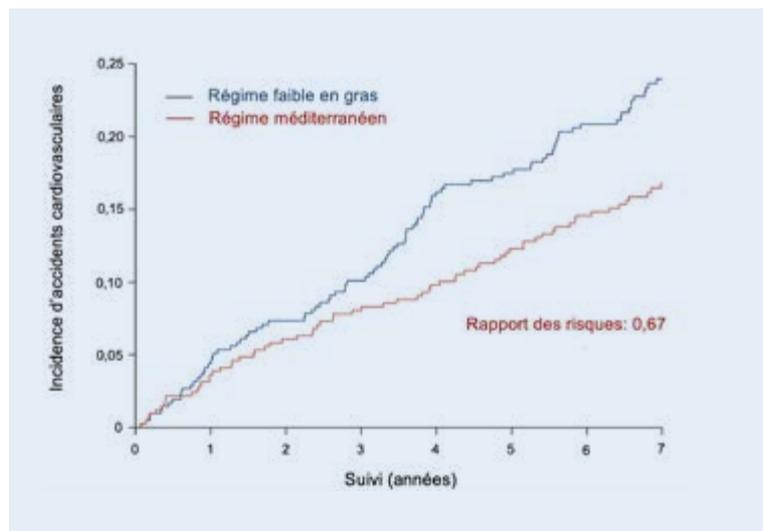
Protection cardiovasculaire

Les résultats obtenus montrent que cette différence dans l'apport en gras insaturés a des répercussions importantes sur le risque des patients coronariens de subir un accident cardiovasculaire. Les chercheurs ont en effet observé que le groupe « méditerranéen » avait, globalement, un risque d'accident réduit de 27 % comparativement au groupe *low-fat*, une diminution qui atteint 33 % chez les hommes (figure 1). Chez les personnes qui adhéraient le plus fortement au régime méditerranéen, cette protection est même de 40 %, ce qui est considérable si l'on considère que ces personnes sont considérées comme étant à très haut risque de maladies cardiovasculaires. Ces résultats confirment donc la supériorité du régime méditerranéen sur les régimes faibles en gras pour réduire les risques de récurrences d'accidents cardiovasculaires chez les patients coronariens.

La protection offerte par le régime méditerranéen observée dans l'étude est particulièrement impressionnante pour deux raisons :

- **La comparaison avec un régime *low-fat* de grande qualité.**
 L'alimentation faible en gras prescrite au groupe contrôle peut être considérée comme un régime d'excellente qualité en raison de sa richesse en végétaux (fruits, légumes, légumineuses) et de son apport réduit en gras saturés et en sucres simples. D'ailleurs, comme l'ont noté les auteurs, la mortalité de ce groupe contrôle est réduite de moitié comparativement à ce que l'on observe habituellement dans les essais cliniques auprès de populations de patients coronariens à haut risque de récurrence. La capacité du régime méditerranéen à réduire encore davantage le risque d'accidents cardiovasculaires comparativement à cette alimentation-contrôle de grande qualité représente donc un exemple éclatant des bénéfices cardiovasculaires associés à l'alimentation méditerranéenne.

Figure 1. Comparaison de l'incidence d'accidents cardiovasculaires chez les hommes coronariens soumis à un régime faible en gras (bleu) ou un régime méditerranéen (rouge). Notez la réduction significative (33 %) du risque d'accident associé à l'adhérence au régime méditerranéen.
 Tiré de [Delgado-Lista et coll. \(2022\)](#).



- **L'état de santé des patients recrutés dans l'étude.** Ces bénéfices sont d'autant plus marquants qu'ils touchent des patients coronariens à très haut risque de récurrence en raison de la présence d'un grand nombre de facteurs de risque affectant cette population (tableau 2).

Ces observations illustrent à quel point l'adoption d'un mode de vie sain, particulièrement au point de vue alimentaire, peut avoir des répercussions positives sur la santé cardiovasculaire, et ce, même chez les personnes à très haut risque.



Tableau 2. Principales caractéristiques de la population à l'étude.

Ces patients étaient aussi fortement médicamenteux, la totalité d'entre eux étant traitée avec des statines ou autres agents hypocholestérolémiants, 98 % avec des anticoagulants, 83 % avec des antihypertenseurs et 80 % avec des bêtabloquants. En d'autres mots, en dépit d'un état de santé assez précaire et d'une médication agressive, l'adhérence de ces patients coronariens au régime méditerranéen est tout de même parvenue à diminuer significativement le risque d'accidents cardiovasculaires.

CARACTÉRISTIQUES	% DES PARTICIPANTS
Antécédent d'infarctus du myocarde	62 %
Antécédent de revascularisation (angioplastie coronarienne)	91 %
Antécédent de pontage coronarien	3 %
Diabète	54 %
Hypertension	68 %
Syndrome métabolique	58 %
Obésité (IMC > 30)	100 %



Je ne vais pas bien...

Quelles sont mes responsabilités déontologiques en lien avec mes limitations fonctionnelles ?

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

C'est un secret de polichinelle. La santé mentale du personnel soignant se dégrade depuis plusieurs années¹. Un forum se tenait d'ailleurs à Montréal, en avril dernier, pour traiter de ce constat alarmant. Selon une étude menée par Beneva et rapportée dans *La Presse*, l'assureur aurait noté une augmentation de 120 % des départs d'une durée de plus de deux ans chez les soignant(e)s en raison de problèmes psychologiques entre 2017 et 2022.

Le bureau du syndic a aussi observé une hausse du nombre de dossiers impliquant des inhalothérapeutes souffrant de problèmes de santé d'ordre mental ou physique. Dans plusieurs cas, la qualité de la pratique de ces personnes est affectée par un état de santé précaire ou qui s'est carrément détérioré. Parfois, certaines pratiquent sous l'influence de médicaments prescrits, en croyant que cela va leur permettre de prodiguer des soins selon les compétences attendues. Malheureusement, ce n'est pas toujours le cas.

Certaines personnes — souvent celles souffrant de conditions chroniques — travaillent sous l'influence de médicaments tellement puissants qu'ils altèrent leur niveau de conscience ou leur jugement. De même, leur condition physique peut être telle, qu'elle les empêche de pratiquer selon les standards requis.

Ces situations exigent un certain engagement et de la bienveillance de toutes les parties impliquées. D'abord, par les organisations (établissements de santé, cliniques privées ou autres) qui devraient agir en « bon parent » et veiller à ce que l'inhalothérapeute possède les capacités physiques et psychiques pour pratiquer de manière sécuritaire. Au besoin et dans la mesure du possible, on peut effectuer des aménagements de la charge et de l'organisation du travail, pour respecter certaines restrictions. De son côté, l'inhalothérapeute doit obtenir la collaboration de son médecin traitant afin d'informer le service de santé de la situation pour qu'il puisse procéder aux accommodations requises en toute connaissance de cause.

Dans tous les cas, la responsabilité première d'exercer sa profession dans les limites de ses aptitudes revient à l'inhalothérapeute. Il doit aussi s'abstenir de pratiquer dans un état incompatible à la prestation de soins et de services qui mettrait son patient à risque, par exemple, en étant inapte au plan physique ou mental ou en étant sous l'influence de

¹ Laplante, C. (2023, 28 avril). [Un forum consacré à la santé mentale des professionnels de la santé](#). *La Presse*.

« [...] il est faux de croire que la notion d'«exercer sous l'influence de substances» n'est associée qu'à la prise de stupéfiants, de substances illégales ou d'alcool. »

médicaments pouvant altérer le jugement. À cet égard, il est faux de croire que la notion d'«exercer sous l'influence de substances» n'est associée qu'à la prise de stupéfiants, de substances illégales ou d'alcool. Les inhalothérapeutes doivent faire preuve de discernement et d'autocritique pour bien évaluer leurs limites, leurs aptitudes et leur capacité selon leur état de santé. Qu'ils pratiquent au privé, en établissement ou même en solo, les inhalothérapeutes doivent réfléchir aux devoirs déontologiques relatifs à leur condition physique et mentale.

Il convient d'ailleurs de rappeler les devoirs déontologiques qui incombent aux inhalothérapeutes :

Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec (le « Code »)

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.

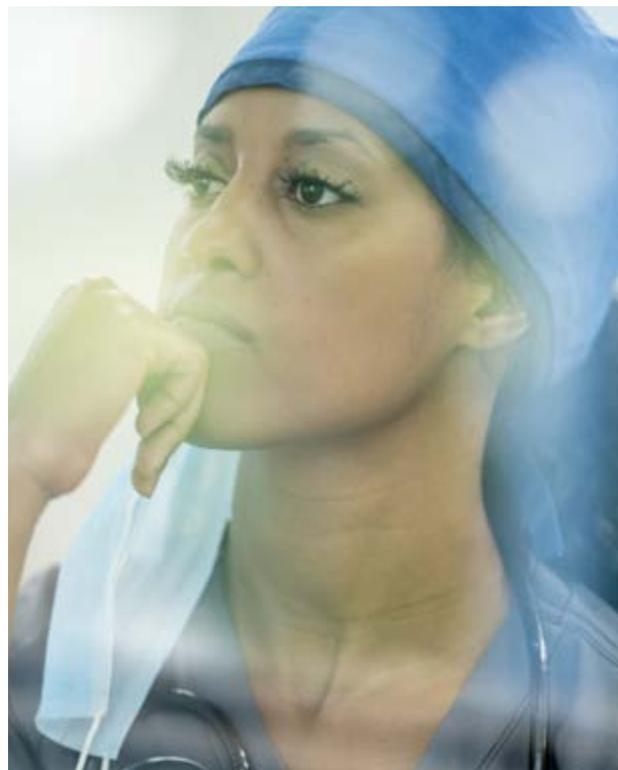
Article 8. L'inhalothérapeute doit s'abstenir d'exercer sa profession dans un état ou des conditions susceptibles de compromettre la qualité de ses services ou la dignité de la profession.

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

Article 20. L'inhalothérapeute, dans l'exercice de sa profession, engage pleinement sa responsabilité civile.

Article 38. [...] est dérogoire à la dignité de la profession le fait pour un inhalothérapeute : 1° d'exercer sa profession alors qu'il était sous l'influence de boissons alcooliques, de stupéfiants, d'hallucinogènes, de préparations narcotiques ou anesthésiques, ou autres substances pouvant compromettre la qualité de ses services ou la sécurité du client.

De son côté, tout employeur est tenu de «prendre les mesures appropriées à la nature du travail, en vue de protéger la santé, la sécurité et la dignité du salarié» (article 2087 du *Code civil du Québec*). Ainsi, s'il se doute ou s'il constate une incapacité de la personne salariée à effectuer sa prestation



de travail ou s'il croit que son maintien en poste pourrait nuire à sa santé, l'employeur est tenu d'agir. Dans certains cas, il pourrait exiger de la personne salariée qu'elle lui fournisse un certificat médical établissant sa capacité à effectuer son travail ou lui demander de se soumettre à une évaluation médicale pour déterminer son aptitude au travail. Selon les constats, on pourrait demander à la personne salariée de prendre un congé de maladie ou évaluer avec les ressources humaines de l'organisation et la direction concernée, la possibilité d'instaurer des mesures d'accommodement dans son cas. Ces observations s'appliquent tout autant en pratique privée.

Mais, au-delà des responsabilités qui incombent au réseau, aux organisations ou aux employeurs, l'inhalothérapeute doit, en premier plan, tenir compte de ses aptitudes (art. 6 du *Code*) et s'abstenir d'exercer dans un état susceptible de compromettre la qualité de ses services (art. 8 du *Code*). À défaut, si une faute est commise et qu'un préjudice est subi, il ou elle engagera pleinement sa responsabilité civile, peu importe l'état de santé qui l'affligeait.

En résumé, ces situations ne doivent pas être ignorées. Elles doivent être prises en charge par toutes les parties impliquées pour maintenir une prestation de soins de qualité, sécuritaires et optimaux.

5 conseils pour bien assurer votre chalet

Passer du bon temps au chalet, c'est encore plus facile avec des protections adaptées à ses besoins. Propriétaires, voici 5 conseils pour choisir l'assurance habitation qui convient à votre coin de paradis.

1. Précisez si c'est une résidence secondaire ou saisonnière

C'est une résidence...

- **secondaire** si vous y vivez au moins 50 % du temps

Votre chalet est donc habitable et accessible à l'année.

- **saisonnière** si vous y demeurez seulement par moments (p. ex. : pendant les vacances)

Pour un assureur, moins un bâtiment est occupé, plus il entraîne de risques. Pourquoi? Parce qu'en votre absence, vous ne pouvez pas limiter les dégâts lors d'un sinistre.

2. Magasinez vos protections

Les protections offertes et leur montant dépendent des facteurs suivants :

- valeur de votre chalet, y compris vos meubles et vos équipements
- emplacement et accessibilité
- utilisation
- âge du bâtiment

La meilleure couverture, c'est celle qui s'adapte à vos besoins. Demandez plus d'une soumission et comparez-les!

3. Pensez à votre responsabilité civile

Votre chalet doit être sécuritaire, mais l'assurance responsabilité civile vous protégera si quelqu'un se blesse quand même sur place ou si des dommages sont causés à ses biens.



4. Si vous louez parfois votre chalet, indiquez-le à votre assureur

Mentionnez la fréquence de location pour obtenir une protection adéquate. Au besoin, vous pouvez aussi choisir une assurance contre la perte de revenus locatifs : après un sinistre couvert, vous aurez droit à une compensation pour la période où vous ne pouviez pas accueillir votre clientèle.

5. Adoptez une routine de départ

Vous quittez votre coin de paradis? Minimisez les risques en votre absence :

- Verrouillez portes, fenêtres, remise...
- Remisez ou emportez tous vos objets de valeur (portable, vélos...).
- Fermez l'eau, si possible.
- Débranchez les appareils électriques.
- Faites installer un système d'alarme ou de détection lié à une centrale.
- Demandez à vos voisins de garder l'œil sur votre chalet (et rendez-leur la pareille à l'occasion).

Enfin, si vous utilisez des appareils ou un système de chauffage à combustible...

- Installez des détecteurs de monoxyde de carbone.
- Effectuez l'entretien préventif recommandé par le fabricant.
- Éloignez le combustible de toute source de chaleur.
- Disposez des résidus de façon sécuritaire.

Le bonheur se trouve-t-il au chalet? À vous de répondre, mais chose certaine, bien le protéger permet d'en profiter encore mieux!

Besoin de conseils sur l'assurance chalet?

Demandez conseil à votre spécialiste en assurance habitation. Il ou elle évaluera vos besoins pour vous proposer les protections qui vous conviennent.

beneva

Six avantages d'acheter une voiture électrique

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

1. Économies sur le cout de recharge

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

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

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

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

2. Économies sur le cout d'entretien

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

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

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

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

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

4. Offres avantageuses sur les prêts et les assurances

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

5. Privilèges sur les routes

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

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

6. Avantages pour l'environnement

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

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

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



Auteur(e)s recherché(e)s

Parler par l'écriture, c'est laisser la parole aux mots

— Claude Lemay

Si...

- Vous avez un intérêt marqué pour un milieu clinique ou pour une patientèle en particulier ?
- Vous vous intéressez à plusieurs sujets liés à la santé (p. ex. : environnement, technologie, communication, éducation) ?
- Vous démontrez une curiosité scientifique ?
- Vous voulez partager vos connaissances avec les inhalothérapeutes du Québec ?
- Vous aimeriez rédiger un article pour une revue scientifique ?

Alors, lisez la suite!

L'OPIQ recherche des inhalothérapeutes désirant collaborer à la revue *l'inhalo* en qualité d'auteur(e)s d'articles scientifiques.

Compétences recherchées

- Bonne maîtrise de la langue française à l'écrit
- Bonne compréhension de la langue anglaise
- Bonne capacité à rédiger un texte de façon structurée, logique et claire qui s'appuie sur des données scientifiques validées et contemporaines

**Vous aimeriez en savoir plus...
N'attendez pas et contactez-nous
à communications@opiq.qc.ca.**

L'ORDRE Y ÉTAIT

Ministère de la Santé et des Services sociaux

- Rencontres avec la Direction de l'attraction de la main-d'œuvre (vaccination et élargissement des pratiques)
- Rencontre avec le sous-ministre Daniel Paré
- Rencontre avec monsieur Jean-Philippe de Choinière, attaché politique au cabinet du ministre Christian Dubé

Ministère de l'Enseignement supérieur

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

FIQ

- Rencontres statutaires

Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)

- Assemblée des membres
- Assemblée générale
- Rencontre avec la ministre Sonia LeBel
- Remise du prix du CIQ
- Forum des directions générales

- Forum des présidents
- Forum de l'admission
- Forum des syndicis
- Forum des responsables des dossiers de pratique illégale et usurpation de titre
- Groupe de travail sur les changements climatiques
- Comité thématique pour le congrès 2023

Table de collaboration interordre de la santé et des services sociaux

- Comité de pilotage
- Comité organisateur du colloque sur l'interdisciplinarité
- 10^e colloque des ordres de la santé et des services sociaux

Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire

- Rencontres du comité exécutif
- Rencontre de l'assemblée des membres
- Rencontres du comité de pilotage de la révision du profil national des compétences (PNC)

Office des professions

- Rencontres sur le règlement relatif à l'externat
- Comité de travail sur les aides-soignants

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

- Rencontres diverses : vaccination et élargissement des pratiques

Divers

- Congrès canadien sur la santé respiratoire organisé par la Société canadienne de thoracologie
- Colloque Éducation | Formation | RH en santé et services sociaux
- Professions en santé – colloque sur les soins de premières lignes : participation du président à un panel
- Collège des médecins du Québec : célébration du 175^e anniversaire
- Forum interordre sur la pratique illégale
- Comité interordre des syndicis : rencontre mensuelle



Formation continue

Nouvelles activités de formation

- **OPIQ-7003**
Le sommeil aux soins intensifs
- **OPIQ-7004**
Humification des voies aériennes: ce que la pandémie nous a appris
- **OPIQ-7005**
Le patient neurologique et l'inhalothérapeute

Règlement sur la formation continue
Période de référence
1^{er} avril 2022 au 31 mars 2024



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**.

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, Philips, Trudell Solution Santé** (Or), ainsi que la **Banque Nationale du Canada** (Argent).

Lecture/formation complémentaire

Don d'organes et de tissus

Campus OPIQ

- > OPIQ-6005.
Le dommage cérébral dévastateur: optimisation de la neuropronostication et des opportunités de dons d'organes.

Transplant Québec

- > Formation en don d'organes en centre hospitalier ou virtuelle
- > Formation en ligne
[Procédure type pour le don d'organes](#)

Santé cardiovasculaire de la femme

Fédération des médecins spécialistes du Québec

- > [Santé cardiovasculaire au féminin](#) (lecture)
- > [Les femmes au cœur de la santé](#) (entrevue)

Radio-Canada Santé

- > [Infarctus du myocarde: les femmes attendent plus longtemps que les hommes](#) (lecture)

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)

publications externes d'intérêt

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

- > SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. [L'utilisation du monoxyde d'azote inhalé chez les nouveau-nés](#) (2023).
- > SOCIÉTÉ CANADIENNE DES ANESTHÉSIOLOGISTES. [Guide d'exercice de l'anesthésie](#) (rév. 2023).
- > UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ (UETMIS) DU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL. [Surveillance postopératoire des enfants ayant de l'apnée obstructive du sommeil](#) (2023).
- > INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS). [Guide d'usage optimal – Maladie pulmonaire obstructive chronique](#) (2022).
- > SANTÉ CANADA. [Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation à l'intention des professionnels de la santé et des responsables des politiques](#) (2019).

* **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.

Le saviez-vous?

L'OPIQ est présent dans les médias sociaux depuis 10 ans déjà.

En effet, l'Ordre s'est d'abord affiché sur les plateformes *Facebook* et *Twitter* (2013), puis sur *YouTube* (2014), *Instagram* (2018) et plus récemment sur *LinkedIn* (2020).

Merci de continuer à nous suivre sur ces plateformes qui contribuent à faire connaître, rayonner et valoriser la profession d'inhalothérapeute!

Vous ne nous suivez pas encore sur les réseaux sociaux?

C'est par ici!



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

- *Discutons de don d'organes avec D^r Marc Brosseau (p. 8)*
- *Discutons de santé cardiaque au féminin avec D^{re} Jessica Forcillo (p. 22)*

01 À propos du don d'organes, lequel des énoncés suivants est vrai?

- Une personne peut sauver jusqu'à huit vies par le don d'organes.
- Les donneurs et donneuses représentent environ 25 % des gens qui meurent en centre hospitalier.

02 **VRAI ou FAUX**

Le don d'organes peut être offert à un patient qui a pris la décision de recourir à l'aide médicale à mourir, même s'il n'est pas atteint d'un cancer métastatique.

03 **VRAI ou FAUX**

Un patient, avec une insuffisance cardiaque ou respiratoire terminale, et pour lequel on projette une extubation dans un contexte palliatif, devrait aussi être identifié et dirigé vers Transplant Québec.

04 À propos du don après décès circulatoire (DDC), lequel des énoncés suivants est vrai?

- La famille du patient ne peut pas être présente au moment de l'arrêt des traitements de maintien des fonctions vitales en salle d'opération.
- Pour que les organes soient considérés, le décès doit habituellement survenir dans l'heure qui suit l'extubation.

05 **VRAI ou FAUX**

Des études ont démontré qu'une ventilation mécanique protectrice peut augmenter le nombre de poumons prélevés.

06 À propos du risque de mortalité chez les femmes, lequel des énoncés suivants est vrai?

- Les femmes ont moins de risque de mourir d'un infarctus que les hommes.
- Les femmes sont cinq fois plus nombreuses à mourir d'une maladie du cœur que du cancer du sein.

07 **VRAI ou FAUX**

Le risque de maladie cardiovasculaire diminue chez les femmes après la ménopause.

08 **VRAI ou FAUX**

Les maladies cardiovasculaires touchent de plus en plus de femmes de moins de 55 ans et celles-ci sont même plus à risque d'en mourir que les hommes du même âge.

09 À propos des symptômes d'infarctus du myocarde chez les femmes, lequel des énoncés suivants est vrai?

- La plupart des femmes présentent plus d'un symptôme, alors que les hommes tendent à signaler uniquement des douleurs thoraciques.
- La présentation des symptômes est la même que chez les hommes.

10 **VRAI ou FAUX**

À l'heure actuelle, nous administrons à des femmes des traitements basés sur des études réalisées en majorité chez les hommes. Et malgré ces traitements, la mortalité reste encore le double chez les femmes qui subissent un événement cardiovasculaire.

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



S'inspirer des courants innovants

47^e C O N G R È S 2 0 2 3

C'est un rendez-vous à noter à votre agenda !

Consultez le www.congresopiq.org pour tous les détails.
Et suivez nos médias sociaux pour ne rien manquer !

À bientôt!
Le comité organisateur

22 et 23 septembre 2023
Hôtel Universel, Rivière-du-Loup