

l'inhalo

printemps / été 2024

DOSSIER

AU-DELÀ DES APPARENCES : VIEILLISSEMENT, BIAIS ET INÉGALITÉS

PATIENT DIFFICILE...

PUIS-JE METTRE FIN À LA RELATION THÉRAPEUTIQUE ?

Membres de l'OPIQ

Profitez de rabais exclusifs

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

C'est gratuit :

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

Demandez une soumission

beneva.ca/opiq

1 855 441-6015

Mentionnez votre numéro de groupe : 10066



beneva

**Les gens
qui protègent
des gens**

ASSURANCES AUTO, HABITATION
ET VÉHICULES DE LOISIRS

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

HORAIRE ÉTÉ 2024
Du 25 juin au 2 septembre inclusivement



L'équipe de l'OPIQ est disponible

du lundi au jeudi
de 8 h 30 à 12 h
de 13 h à 16 h 30

et le vendredi
de 8 h 30 à 12 h 30

Bon été!



Avant-propos	4	Médias sociaux / enjeux + bonnes pratiques	
Le mot de la présidente	5	À votre avis...	30
Dossier		Déontologie / inh. : 3 lettres responsables	
Au-delà des apparences : vieillissement, biais et inégalités		Patient difficile...	
Le social qui tue, un ennemi invisible	8	Puis-je mettre fin à la relation thérapeutique ?	32
La stigmatisation en santé, un frein à la réussite de l'arrêt tabagique	12	Assurances	35
Avez-vous dit le formulaire AH-223-1 ?	15	Finances	36
Biais cognitifs c. objectivité et rigueur scientifique	18	Babillard	38
Connaitre les changements physiologiques liés au vieillissement pour mieux soigner	24	Questionnaire	41
Actualités			
Assurance responsabilité professionnelle et assurance responsabilité civile : un tandem de protections complémentaires	28		



VERSION INTERACTIVE
Repérez ces icônes qui indiquent des liens

 courriel

 texte hyperlié

 tableau hyperlié

 page hyperliée



inhalo

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

Présidente
Karine Grondin, inh., FCSRT

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

Administrateurs et administratrices nommé(e)s par l'Office des professions
Philippe Barcelo, Cécile Beaumont, Manon Bonnier, Alain Martineau (trésorier)

PERMANENCE

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

Directrice des affaires juridiques
M^e Andréanne LeBel

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

Directrice de la qualité de l'exercice et du développement professionnel
Sandra Di Palma, inh., LL. B.

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

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

Secrétaire général adjoint et directeur de l'admission et des services administratifs
Pascal Rioux, inh.

Coordonnatrice aux technologies de l'information
Francine Beaudoin

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

Adjointe de direction
Catherine Larocque

Collaboratrice aux affaires juridiques
Anie Gratton

Chargée du Tableau des membres et des communications
Peggy Casse

Collaboratrice à la qualité de l'exercice
Ophélie Déau

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

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

COMMUNICATIONS

Responsable
Marise Tétreault, inh., M.A.

Collaborateurs et collaboratrices
Bernard Cadieux, inh., M. Sc., M.A.P., M^e Magali Cournoyer-Proulx, Karine Grondin, inh., FCSRT, Marily Lavoie, inh., Geneviève Morin, Ph. D., Caroline Normandin, Ph. D., Line Prévost, inh., B.A., réd.a., Pascal Rioux, inh.

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2024
Tous droits de reproduction réservés.
Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.
Bibliothèque et Archives Canada
ISSN 2368-3112

Conception graphique, réalisation, révision, correction et traduction Fusion Communications c^o Design inc.

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

Publication bisannuelle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 721
Montréal (Québec) H3G 1R8
Tél. : 514 931-2900 • 1 800 561-0029
Téléc. : 514 931-3621
Courriel : info@opiq.qc.ca

Envoi de publication : contrat n° 400 647 98

Lorsque possible, sans trop alourdir le texte, nous recourons en alternance aux procédés de rédaction épiciène (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.

« Les apparences ne sont qu'un aperçu de ce qui est caché ».

— Anaxagore De Clazomènes

« Au-delà des apparences... », voilà l'idée conductrice de cette édition printanière de votre revue qui aborde les inégalités sociales et la stigmatisation en santé, de même que les biais cognitifs qui influencent parfois les inhalothérapeutes cliniciens. Puisque les aînées sont à l'occasion victimes de nos biais cognitifs en raison de leur âge (âgisme), nous vous proposons un article sur les changements physiologiques liés au vieillissement. À lire aussi la chronique déontologique qui présente des éléments de réflexion pour guider la décision de poursuivre ou non une relation thérapeutique avec un(e) patient(e). La deuxième chronique sur les enjeux et les bonnes pratiques d'utilisation des médias sociaux expose, quant à elle, l'histoire de Manon, une inhalothérapeute ayant reçu une demande d'amitié particulière sur sa page *Facebook* personnelle.

L'OPIQ remercie sincèrement, mesdames Geneviève Morin, inh., M. Sc. Ph. D, chercheuse postdoctorale affiliée à l'Université McGill, Marily Lavoie, inhalothérapeute clinicienne à l'Hôpital de la Baie du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean et Caroline Normandin, Ph. D. de la Société canadienne du cancer pour leur précieuse contribution à cette édition.

Congrès 2024

Le congrès 2024 de l'OPIQ se tiendra le 1^{er} et le 2 novembre au Manoir Saint-Sauveur. Surveillez nos annonces pour découvrir la programmation et les dates importantes à inscrire à votre agenda.

Nous vous souhaitons une belle saison estivale.

Bonne lecture!



Le comité éditorial

Association pulmonaire du Québec (APQ)	37
AstraZeneca Canada inc.	6
Banque Nationale	17
Beneva	2

CISSS de l'Outaouais	20
FIQ	14
McArthur Medical Sales Inc.	23



index des annonceurs



MOT DE LA PRÉSIDENTE

Rien n'est permanent sauf le changement.

— Héraclite d'Éphèse, philosophe grec



Si 2023 s'est avérée une année de changements pour l'Ordre¹, 2024 en sera une pour l'ensemble des professionnels du réseau de la santé. C'est connu, l'humain n'apprécie guère le changement. Dans cette ère de mouvance constante, savoir s'adapter est non seulement une compétence, mais aussi une nécessité fondamentale. Après plusieurs lectures, force m'est de constater que les personnes qui embrassent le changement avec courage et professionnalisme sont celles qui réussissent à progresser dans une société en perpétuelle évolution.

Harvard Business Review mentionnait d'ailleurs en octobre 2020 que la COVID-19 et ses dérivés ont mis à nu une « nouvelle normalité » de changement, marquée par trois dimensions :

- C'est perpétuel – qui se produit tout le temps et de manière continue.
- C'est omniprésent – qui se déploie dans plusieurs sphères de la vie à la fois.
- C'est exponentiel – qui s'accélère à un rythme de plus en plus rapide.

Ensemble, le courage, le professionnalisme, la compétence et l'expertise forment un arsenal puissant pour affronter les défis de notre époque. Que ce soit dans le domaine des affaires, de la technologie ou de la santé, les gens qui cultivent ces qualités sont prêts à relever les défis du présent. Nous savons pertinemment qu'ils sont nombreux dans le système de santé québécois. Bien que la reconnaissance de l'expertise professionnelle des inhalothérapeutes ait connu une lancée au cours de la pandémie, nous constatons qu'elle demeure marginale et que la pénurie est bien réelle.

Dans cette quête d'avancement et de reconnaissance professionnelle, il ne faut pas oublier que la fierté joue un rôle crucial. Monsieur Luc Mathieu, président de l'OIIQ, en parlait justement dans son mot au printemps 2024. On peut décrire qu'une satisfaction intérieure découle de nos réalisations, du développement de nos compétences et de l'atteinte de nos objectifs. Cette fierté nous motive à repousser nos limites, à sortir de notre zone de confort, à viser toujours plus haut et à nous engager pleinement dans notre parcours professionnel.

Les consultations sur la modernisation du système professionnel ont justement été lancées en septembre 2023 et l'OPIQ a été invité, comme plusieurs ordres, à s'exprimer sur différents enjeux propres à ce système, dans une perspective d'actualisation et d'innovation. Il faut saisir toutes les chances qui s'offrent à nous pour souligner le rôle clé que peuvent jouer les inhalothérapeutes auprès de la population québécoise. Leur contribution est essentielle pour garantir l'accessibilité à des soins sécuritaires et de qualité et ainsi améliorer les conditions de vie des patients. L'élargissement des pratiques est aussi un nouveau grand chantier en cours.

Lorsque nous nous investissons pleinement dans ce que nous faisons, nous rayonnons d'une énergie positive qui inspire les autres et attire les occasions favorables. Le rayonnement professionnel reflète notre intégrité, notre éthique de travail et notre excellence dans notre domaine. C'est la réputation que nous construisons au fil du temps, basée sur notre comportement, nos compétences et nos réalisations.

J'ai envie de conclure en vous disant : « Soyons fous, restons engagés ! »

Je vous souhaite un bel été et j'espère vous voir en grand nombre au congrès en novembre! ☀️



Karine Grondin, inh., FCSRT
Présidente

1. Voir Vachon, J. (Printemps/été 2023). [2023, une année de changement.](#) *l'inhalo*, 40(1): 5.



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.



OPTIMISER NOTRE EXPERTISE, AU SOMMET DES PRIORITÉS



**48^e congrès annuel
Manoir Saint-Sauveur**

1^{er} et 2 novembre 2024



opiQ

Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec



Le social qui tue, un ennemi invisible

par **Geneviève Morin**, Ph. D.

Chercheuse postdoctorale affiliée à l'Université McGill et chargée de cours à l'ENAP



Au Québec, une réalité préoccupante persiste, où le bien-être et l'état de santé d'une personne sont principalement liés à son niveau socioéconomique. Ce phénomène connu sous le nom de « gradient social de santé » est beaucoup plus qu'un simple écart entre les échelons les plus élevés et les plus bas de la hiérarchie sociale (Marmot, 1986). Les célèbres études de Whitehall ont d'ailleurs démontré de manière convaincante l'augmentation progressive de l'espérance de vie à chaque niveau de la hiérarchie professionnelle (Marmot et Brunner, 2005; Diamond, 2020). Ces résultats ont mis en lumière le lien étroit entre le statut socioéconomique et la santé (Braveman, 2023). On observe ce gradient dans toutes les couches de la société avec des disparités importantes entre les nations (Carde, 2021; Rebouças *et al.*, 2022). Dans cet article, nous explorons les distinctions entre les inégalités sociales de santé et les principaux déterminants sociaux de la santé. Par la suite, nous examinerons un exemple de cas. Puis, nous formulerons des recommandations pour atténuer ces disparités, en soulignant le rôle central du personnel professionnel de la santé.

Les inégalités sociales de santé (ISS) et les déterminants sociaux de la santé (DSS)

D'abord, les ISS se manifestent par des différences systématiques dans les conditions de santé entre les individus et les groupes en raison de facteurs sociaux (Agence de la santé publique du Canada, 2018). Ces ISS sont souvent profondément enracinées dans des structures sociales plus larges et entraînent des inégalités dans l'accès aux soins de santé, les résultats de santé et les comportements de santé (Richard *et al.*, 2021). Elles font référence à une disparité de santé injuste et évitable résultant d'une dynamique de pouvoir entre différents groupes sociaux (Carde, 2020). La santé d'un individu est donc influencée par des déterminants qui vont au-delà de la génétique et du comportement individuel (Carde *et al.*, 2015). L'intersectionnalité des identités sociales, notamment le sexe, l'origine ethnique et le statut socioéconomique, complique ces ISS et génère une accumulation de désavantages pour certains groupes (Borrell *et al.*, 2019). Par exemple, les personnes issues de la classe ouvrière et celles qui sont immigrantes des pays les plus pauvres ont souvent de moins bons résultats en matière de santé et présentent des taux de mortalité plus élevés (Eikemo et Øversveen, 2019). Les systèmes politicoéconomiques et les caractéristiques sociétales, y compris la promotion des intérêts politiques et économiques, sont identifiés comme des « causes des causes » des inégalités en santé (Colette et Rousseau, 2022).

Ensuite, les DSS englobent les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (Gagnon *et al.*, 2023). Ils incluent la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources qui façonnent ces conditions (Alexander-Ruff *et al.*, 2024; Morelli, 2023). Les DSS peuvent être classés dans plusieurs domaines clés :

- **La stabilité économique**
Elle couvre des aspects, tels que l'emploi, les revenus et la sécurité alimentaire et du logement, qui sont essentiels au maintien de la santé (Acquah *et al.*, 2023).
- **Le quartier et l'environnement physique**
Ce domaine met l'accent sur la qualité du logement, la sécurité, l'accès à des aliments sains et à des possibilités de remise en forme, qui sont particulièrement difficiles dans les zones rurales (Jeste, 2022).
- **L'éducation**
L'accès à l'éducation et sa qualité jouent un rôle central dans les résultats en matière de santé, en influençant les connaissances et les opportunités de meilleurs choix (McCarty et Taylor, 2022).
- **L'accès au système de santé**
L'accès à des services de santé de qualité est crucial pour la détection et le traitement précoces des problèmes de santé, mais des disparités existent, en particulier dans les zones rurales où les spécialistes sont moins nombreux (Biermann *et al.*, 2021).
- **Le contexte communautaire et social** (Cotton et Shim, 2022)
Enfin, le contexte communautaire et social, notamment le soutien social, l'exposition à la violence et la discrimination, a un impact significatif sur la santé mentale et physique (Neadley *et al.*, 2021). Ces déterminants ne sont pas isolés, mais interagissent au sein d'un système complexe influencé par la gouvernance, les politiques macroéconomiques et sociales, de même que les valeurs culturelles (O'Brien, 2019). L'importance de comprendre et d'aborder ces déterminants est soulignée par leurs profondes répercussions sur un large éventail de résultats de santé, allant de la santé mentale (p. ex. Snyder-Mackler *et al.*, 2020) à la santé cardiovasculaire (p. ex. Gibbings et Wickramasinghe, 2021), en passant par la santé des personnes âgées (Salerno et Bogard, 2019) et les déficiences visuelles (McCarty et Taylor, 2022). Les DSS influencent ainsi de manière significative les ISS en agissant sur la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources qui, à leur tour, définissent les conditions de la vie quotidienne telles que la nutrition, l'éducation, le logement, les statuts d'emploi et l'accès aux soins de santé (Marmot et Wilkinson, 2005).



Les problèmes de santé

Les problèmes de santé constituent les causes sous-jacentes des maladies, ce qui souligne l'importance de considérer les DSS pour améliorer les résultats de santé à l'échelle locale et mondiale (Brandt, 2023).

Prenons un exemple de cas d'asthme infantile.

Lilly grandit dans une maison de banlieue, entourée de jardins et de voitures rutilantes. Ses journées sont ponctuées de cours de piano, de leçons de gymnastique artistique et de voyages. L'asthme qui se manifeste parfois dans ses poumons est rapidement étouffé par l'accès à son médecin de famille, aux meilleurs spécialistes, aux inhalateurs dernier cri et aux purificateurs d'air sophistiqués. Pour Lilly, l'asthme est un invité indésirable, mais gérable, un obstacle mineur dans son univers.

En revanche, Théotime vit dans un petit appartement délabré, où les murs écaillés laissent pénétrer les bruits assourdissants de la rue. Ses parents, épuisés par des emplois précaires et des loyers exorbitants, jonglent avec l'angoisse financière et l'insécurité résidentielle. Pour Théotime, l'asthme est bien plus qu'une simple gêne occasionnelle. C'est une bataille quotidienne contre la pollution envahissante et les déclencheurs allergiques. Sans médecin de famille, il n'a pas de suivi régulier. Théotime a déjà été hospitalisé deux fois cet hiver. Ses parents ont alors dû s'absenter du travail, accentuant encore le stress pécuniaire du foyer. Théotime accumule de plus en plus de retard scolaire à la suite de ses nombreuses absences.

La disparité des DDS entre ces deux enfants se reflète dans leurs conditions de vie actuelles, mais aussi dans leur espérance de vie future. Lilly a toutes les chances de vivre longtemps, nourrie par des perspectives de carrière et des soins de qualité, tandis que Théotime est confronté à un avenir incertain, où les défis quotidiens et les obstacles sociaux peuvent compromettre sa santé et son espérance de vie. Dans ce récit de

deux enfances, l'injustice sociale se traduit non seulement par la présence d'inégalités, mais aussi par des destins divergents. Les impacts de la pauvreté englobent divers aspects, constituant une cause sous-jacente, un facteur aggravant la maladie, influençant les comportements psychosociaux néfastes et affectant la qualité des traitements médicaux reçus, la morbidité et la mortalité (Rona, 2000). Les personnes vivant dans la pauvreté sont alors plus exposées aux problèmes de santé, en particulier aux maladies chroniques, les enfants étant exposés à des risques encore plus importants (Raphael *et al.*, 2019).

Les chercheurs soutiennent que la réduction des ISS chez les jeunes enfants contribue à limiter les maladies chroniques et à briser le cycle de la pauvreté et des problèmes de santé d'une génération à l'autre (Poissant, 2015). La réduction des ISS a plus d'impact que les soins cliniques sur la santé des populations (Morelli, 2023). Les organismes de santé publique mettent donc l'accent sur une approche multidisciplinaire, qui intègre des domaines tels que la sociologie, la psychologie, l'anthropologie et l'économie, pour lutter efficacement contre les inégalités en matière de santé. Les DSS ont une incidence sur le bien-être et la santé des individus (Dorvil, 2013).

Les problèmes sociaux ne sont pas le résultat d'un dysfonctionnement intrinsèque d'une société, mais le résultat d'un processus dans lequel une condition donnée est sélectionnée et identifiée comme un problème social. Un problème social n'existe pas pour une société s'il n'est pas reconnu par cette société comme existant. (Blumer, 1971, p. 301)

Les inégalités sociales de santé : regard sur les actions possibles

Pour atténuer les effets des inégalités sociales de santé, les professionnels de la santé jouent un rôle crucial en adoptant une approche systémique et proactive à leurs niveaux (Rode, 2009). Mais qu'entend-on par cela ? Dans un premier temps, ils et elles doivent travailler sur leurs propres préjugés (Vela *et al.*, 2022). Cet aspect est majeur pour réduire les ISS. Il implique de reconnaître et de remettre en question les stéréotypes et les jugements préconçus qui pourraient influencer leur pratique clinique (Healy *et al.*, 2022). Les professionnels de la santé doivent admettre leurs propres biais, conscients ou non, et être réceptifs à l'apprentissage et à la remise en question de leurs perspectives individuelles (Vela, 2022). Pour ce faire, suivre une formation sur la sensibilisation à la diversité et à l'inclusion leur permettrait d'explorer leurs propres préjugés et de comprendre comment ces derniers peuvent affecter la qualité des soins qu'ils fournissent (Cooper *et al.*, 2022). Ils peuvent aussi s'engager dans des discussions ouvertes avec leurs collègues et la patientèle sur les questions d'origine, de classe sociale, de genre et d'autres formes de discrimination, afin de favoriser un environnement de travail et de soins plus inclusif et respectueux (Ricks *et al.*, 2021). Les professionnels de la santé, qui s'efforcent de prodiguer des soins culturellement sensibles en tenant compte des croyances, des valeurs et des traditions de leurs patients, contribuent à limiter les ISS (Morin et Talbot, 2023). Il est donc nécessaire d'en apprendre davantage sur différentes cultures et pratiques de soins de santé, et de s'assurer que la patientèle se sent considérée et entendue lors de la prise en charge médicale.



En parallèle, les professionnels de la santé qui fournissent des informations claires et accessibles sur les comportements sains, les mesures préventives et l'importance des soins réguliers contribuent à réduire les ISS (Breton et Jomier, 2017). Le personnel professionnel de la santé a un rôle à jouer dans la promotion de l'emploi et des conditions de travail équitables (MacNaughton et Frey, 2018). Il peut sensibiliser la patientèle aux droits du travail, l'orienter vers des services d'aide à l'emploi et collaborer avec les employeurs pour créer des environnements de travail sécuritaires et inclusifs (MacNaughton et Frey, 2018). Par ailleurs, il peut militer en faveur de politiques de logements abordables et de rénovations urbaines pour améliorer les conditions de vie dans les communautés défavorisées (Yama, 2022). Enfin, les professionnels de la santé peuvent aussi être d'actifs défenseurs de l'égalité de genres et lutter contre toutes formes de discrimination dans leur pratique quotidienne (Mateo et Williams, 2020). En intégrant ces mesures dans leur pratique et en plaidant pour des changements systémiques, les professionnels de la santé contribuent à réduire les inégalités sociales de santé et à promouvoir un accès équitable aux soins pour tous (Vela *et al.*, 2022).

En conclusion, la lutte contre les disparités sociales en matière de santé exige une compréhension fine des interactions complexes entre l'individu et l'environnement, surtout pendant les phases formatrices de la vie, avant leurs impacts perceptibles sur la santé. Ce processus d'incorporation est assez difficile en raison de sa nature évolutive et de son rythme tout au long de la vie (Soulier *et al.*, 2021). La lutte contre les ISS nécessite aussi une approche globale, insistant sur l'accès aux soins, l'éducation, l'intégration sociale et la sensibilisation. Le personnel de la santé, en tant qu'acteur clé, peut grandement contribuer à cette cause en adoptant des pratiques inclusives et en plaidant pour des politiques de santé équitables. La communauté scientifique se concentre sur la manière dont les facteurs sociaux, notamment le revenu, la richesse, l'éducation et le racisme, influencent la santé et sur la façon dont les interventions peuvent s'attaquer à ces éléments en amont afin d'améliorer les résultats en matière de santé (Braveman, 2023). Tant et aussi longtemps qu'un problème social n'est pas reconnu par une société, il est impossible de mettre en place des services, d'y allouer des ressources et d'y remédier. Ainsi, les sociétés qui reconnaissent les problèmes sociaux et qui respectent les populations défavorisées et autochtones ont tendance à obtenir de meilleurs résultats en matière de santé (Oldroyd, 2022).



Références

- ACQUAH, I., HAGAN, K., JAVED, Z., TAHA, M. B., VALERO-ELIZONDO, J., NWANA, N., YAHYA, T., SHARMA, G., GULATI, M., HAMMOUD, A., SHAPIRO, M. D., BLANKSTEIN, R., BLAHA, M. J., CAINZOS-ACHIRICA, M. et NASIR, K. (2023). [Social determinants of cardiovascular risk, subclinical cardiovascular disease, and cardiovascular events](#). *Journal of the American Heart Association*, 12(6), e025581.
- AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA et RÉSEAU PANCANADIEN DE SANTÉ PUBLIQUE. (2018). *Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national*.
- ALEXANDER-RUFF, J. H., RUFF, S. A., ROPER, C. et WILZ, A. (2024). The Teddy Bear Clinic: Engaging school-aged children in health education. *NASN School Nurse*, 39(2), 97-103.
- BIERMANN, O., MWOKA, M., ETTMAN, C. K., ABDALLA, S. M., SHAWKY, S., AMBUKO, J., PEARSON, M., ZEINALI, Z., GALEA, S., MBERU, B. et VALLADARES, L. M. (2021). [Data, social determinants, and better decision-making for health: The 3-D commission](#). *Journal of Urban Health*, 98(Suppl 1), 4-14.
- BLUMER, H. (1971). [Social problems as collective behavior](#). *Social problems*, 18(3), 298-306.
- BOISVERT, R. (2013). [Réduction des inégalités sociales de santé: dispositions actantielles et intelligence collective au service du développement des communautés](#). *Nouvelles Pratiques sociales*, 26(1), 197-214.
- BRANDT, E. J. (2023). [Social determinants of racial health inequities](#). *The Lancet Public Health*, 8(6), e396-e397.
- BRAVEMAN, P. (2023). *The social determinants of health and health disparities*. Oxford University Press.
- BRETON, E. et JOMIER, C. (2017). Le rôle des professionnels dans la réduction des inégalités sociales de santé. *Soins*, 62(817), 22-24.
- CARDE, E. (2020). [Les inégalités sociales de santé: décryptage d'un concept](#). *Revue du CREMIS*, 12(1), 43-47.
- CARDE, E., BERNHEIM, E., BERNIER, D. et GIGUÈRE, N. (2015). [L'approche «intégrée» des rapports sociaux inégaux: intersectionnalité, inégalités sociales et santé](#). *Revue du CREMIS*, 8(2).
- CARDE, E. (2021). [Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité](#). *Sciences sociales et santé*, 39(1), 5-30.
- COLLETTE, K. et ROUSSEAU, J. (2022). *Littératie et responsabilité en santé – Literacy and Responsibility for Health*.
- COOPER, L. A., SAHA, S. et VAN RYN, M. (2022). [Mandated implicit bias training for health professionals—A step toward equity in health care](#). In *JAMA Health Forum*, 3(8), e223250.
- COTTON, N. K. et SHIM, R. S. (2022). [Social determinants of health, structural racism, and the impact on child and adolescent mental health](#). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 61(11), 1385-1389.
- DIAMOND, P. (2020). [Polycentric governance and policy advice: Lessons from Whitehall policy advisory systems](#). *Policy & Politics*, 48(4), 563-581.
- DORVIL, H. (2013). [Travail social et déterminants de la santé](#). *Intervention*, 139, 75-78.
- EIKEMO, T. A. et ØVERSVEEN, E. (2019). [Social Inequalities in health: Challenges, knowledge gaps, key debates and the need for new data](#). *Scandinavian journal of public health*, 47(6), 593-597.
- GAGNON, F., MARTIN, E. et MORIN, M. H. (2023). *Le système de santé et de services sociaux au Québec: territorialité et santé des populations*. PUQ.
- GIBBINGS, R. et WICKRAMASINGHE, N. (2021). [Social determinants of health in the US: A framework to support superior care co-ordination and leverage digital health solutions](#). *Health Policy and Technology*, 10(2), 100523.
- HEALY, M., RICHARD, A. et KIDIA, K. (2022). [How to reduce stigma and bias in clinical communication: a narrative review](#). *Journal of General Internal Medicine*, 37(10), 2533-2540.
- HERRICK, C. et BELL, K. (2022). [Concepts, disciplines and politics: On 'structural violence' and the 'social determinants of health'](#). *Critical Public Health*, 32(3), 295-308.
- JESTE, D. V. (2022). [Non-medical social determinants of health in older adults](#). *International Psychogeriatrics*, 34(9), 755-756.
- MacNAUGHTON, G. et FREY, D. (2018). [Challenging neoliberalism: ILO, human rights, and public health frameworks on decent work](#). *Health and human rights*, 20(2), 43.
- MARMOT, M. et BRUNNER, E. (2005). [Cohort profile: The Whitehall II study](#). *International journal of epidemiology*, 34(2), 251-256.
- MARMOT, M. et WILKINSON, R. (Eds.). (2005). *Social determinants of health*. Oup Oxford.
- MATEO, C. M. et WILLIAMS, D. R. (2020). [Addressing bias and reducing discrimination: The professional responsibility of health care providers](#). *Academic Medicine*, 95(12S), S5-S10.
- McCARTY, C. A. et TAYLOR, H. R. (2022). Reviewing the impact of social determinants of health on rural eye care: A call to action. *Clinical & Experimental Ophthalmology*, 50(5).
- MORELLI, V. (2023). [Social determinants of health: An overview for the primary care provider](#). *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 50, (4), 507-525.
- MORIN, G. et TALBOT, D. (2023). [Ethical leadership in a complex environment: A case study on Nunavik health organizations](#). *Business Ethics, the Environment & Responsibility*, 32(2), 582-598.
- NEADLEY, K. E., McMICHAEL, G., FREEMAN, T., BROWNE-YUNG, K., BAUM, F., PRETORIUS, E., TAYLOR, K. et BOYD, M. A. (2021). [Capturing the social determinants of health at the individual level: A pilot study](#). *Public Health Research and Practice*, 31(2), e30232008.
- O'BRIEN, K. H. (2019). [Social determinants of health: the how, who, and where screenings are occurring; a systematic review](#). *Social work in health care*, 58(8), 719-745.
- OLDROYD, J. (2022). Social determinants of health. Dans P. LIAMPUTTONG (Ed.), *Public Health: Local and global perspectives* (3^e éd., p. 129-146). Cambridge University Press.
- RAPHAEL, D., KOMAKECH, M., BRYANT, T. et TORRENCE, R. (2019). [Governmental illegitimacy and incompetency in Canada and other liberal nations: Implications for health](#). *International Journal of Health Services*, 49(1), 17-36.
- REBOUÇAS, P., FALCÃO, I. R., et BARRETO, M. L. (2022). [Social inequalities and their impact on children's health: A current and global perspective](#). *Journal de pediatria*, 98(Suppl 1), 55-65.
- RICHARD, J., BERGERON, D. A., LESSARD, L., TOUPIN, I., OUELLET, N. et BÉDARD, E. (2021). [Défis de l'action intersectorielle et pistes de réflexion pour renforcer la concertation dans les milieux ruraux du Québec en contexte de pandémie](#). *Global Health Promotion*, 28(1), 98-102.
- RICKS, T. N., ABBYAD, C. et POLINARD, E. (2021). [Undoing racism and mitigating bias among healthcare professionals: Lessons learned during a systematic review](#). *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 1990-2000.
- RODE, A. (2009). [L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires: entre droit aux soins et devoirs de soins](#). *Lien Social et Politiques*, 61, 149.
- SALERNO, J. et BOGARD, K. (2019). [What do social determinants of health determine?](#) *Journal of Urban Health*, 96, 793-794.
- SNYDER-MACKLER, N., BURGER, J. R., GAYDOSH, L., BELSKY, D. W., NOPPERT, G. A., CAMPOS, F. A., BARTOLOMUCCI, A., YANG, Y. C., AIELLO, A. E., O'RAND, A., HARRIS, K. M., SHIVELY, C. A., ALBERTS, S. C. et TUNG, J. (2020). [Social determinants of health and survival in humans and other animals](#). *Science*, 368(6493), eaax 9553.
- SOULIER, A., COLINEAUX, H. et KELLY-IRVING, M. (2021). [Intersectionnalité et incorporation: expliquer la genèse des inégalités sociales de santé: Commentaire](#). *Sciences sociales et santé*, 39(1), 31-41.
- VELA, M. B., ERONDU, A. I., SMITH, N. A., PEEK, M. E., WOODRUFF, J. N. et CHIN, M. H. (2022). [Eliminating explicit and implicit biases in health care: Evidence and research needs](#). *Annual review of public health*, 43, 477-501.
- YAMA, C. L. (2022). [Addressing housing injustice: Why we must work outside of the medical silo to create change within](#). *Academic Medicine*, 97(7), 950.

La stigmatisation en santé, un frein à la réussite de l'arrêt tabagique

par **Caroline Normandin**, Ph. D.

Source : NORMANDIN, C. (2024, mars). « [La stigmatisation en santé, un frein à la réussite de l'arrêt tabagique](#) ». *Info-tabac*, n° 166. Reproduction autorisée.



Une personne souffrant de maladies cardiovasculaires ou de toute autre maladie se verra offrir les soins et les traitements nécessaires afin d'améliorer son état de santé ou, dans le meilleur cas, afin de guérir. Pourquoi n'en est-il pas de même avec la dépendance au tabagisme ?

La consommation des produits du tabac a longtemps été considérée comme une simple habitude de vie. Aujourd'hui, le regard porté sur le tabagisme a évolué, notamment grâce aux recherches qui lui ont été consacrées.

Il est maintenant bien établi que la nicotine contenue dans le tabac est l'élément psychoactif de la cigarette créant la dépendance. La nicotine a **une force de dépendance** aussi puissante que l'héroïne et la cocaïne. **Son effet se fait ressentir presque immédiatement**, comparativement à la plupart des autres substances, ce qui contribue à la dépendance. Malgré cela, les personnes qui fument sont malheureusement victimes de stigmatisation.

Selon **Link et Phelan, deux sociologues américains**, la stigmatisation s'applique lorsque des stéréotypes et des jugements négatifs sont observés, et elle se produit dans le cadre d'une relation de pouvoir, un processus de distanciation sociale et de discrimination.

Témoignage d'une spécialiste en cessation tabagique

Info-tabac s'est entretenu avec madame Suzanne Dumais, infirmière clinicienne dans un Centre d'abandon du tabagisme au CIUSSS-ODIM pour discuter d'exemples concrets de stigmatisation en lien avec le tabagisme, observés dans le cadre de sa pratique.

« Certains patients dans des hôpitaux n'ont pas accès à des gommes ou des pastilles de nicotine pour les aider dans leur démarche d'arrêt, afin de soulager les symptômes de sevrage. De plus, les gommes sont

beaucoup plus disponibles comparativement aux pastilles. Cela n'est pas adapté personnellement, notamment pour les personnes plus âgées qui n'ont pas de dents.»

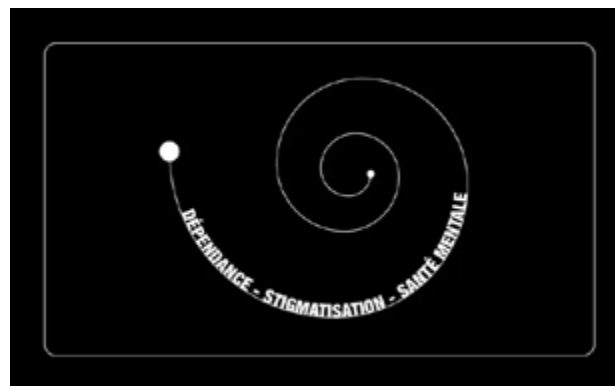
« Beaucoup de personnes qui fument vivent de la solitude et de l'isolement, puisqu'elles ne sont pas socialement acceptées. C'est le cas d'une femme, usagère d'un centre d'abandon tabagique, qui ne reçoit pas de visite. Ses enfants et petits-enfants ne veulent pas lui rendre visite à cause de l'odeur de la cigarette et parce qu'ils ne veulent pas être exposés à la fumée secondaire. Cette femme se sent isolée, jugée et rejetée par sa famille. C'est une situation très difficile, ce qui ne facilite en rien le processus d'arrêt tabagique. »

Le tabagisme, une dépendance, une maladie chronique

La [Société américaine de médecine des dépendances](#) considère celle au tabac comme étant une maladie chronique traitable et qui implique des interactions complexes entre les circuits cérébraux, la génétique, l'environnement et les expériences de vie d'un individu. Les personnes souffrant de dépendance consomment des substances ou adoptent des comportements qui deviennent compulsifs et se poursuivent souvent en dépit de conséquences néfastes. Pourtant, le tabagisme est encore grandement stigmatisé.

Si, d'un point de vue médical, le tabagisme était traité comme toute autre maladie chronique, certainement plus de personnes réussiraient lors de leur démarche d'arrêt tabagique. Faisons un parallèle avec une personne souffrant d'hypertension, comme l'a fait le [Boston Medical Center](#). Cette personne se verra prescrire des médicaments pour rétablir sa pression artérielle. Si ce médicament ne lui convient pas, une solution de rechange lui sera proposée. Un ou des suivis seront également réalisés. La même façon de procéder devrait s'appliquer dans un processus d'arrêt tabagique. Chaque personne étant différente, il y aura tout autant de façons de cesser de fumer. Si les timbres sont insuffisants, un ajout de gommes ou de pastilles devrait être suggéré. Encore faut-il qu'il y ait un suivi entre la personne en processus d'arrêt tabagique et le professionnel de la santé.

Plusieurs études ont démontré que la cessation tabagique constitue l'un des meilleurs remèdes pour traiter différentes maladies. Par exemple, le cancer est mieux traité lorsque le patient est non-fumeur : la radiothérapie et la chimiothérapie gagnent en efficacité pour lutter contre le cancer. Le [D^r Graham Warren](#) de l'Université médicale de Caroline du Sud a même dit lors d'une conférence que le fait de ne pas suggérer, ou du moins, de ne pas discuter de l'arrêt tabagique avec un patient revenait à lui offrir un traitement inférieur au traitement idéal.



La spirale de la dépendance

Trois cercles vicieux peuvent freiner le processus d'arrêt tabagique d'une personne.

Le [cercle de la dépendance](#) : la nicotine contenue dans la cigarette, lorsqu'inhalée, atteint le cerveau en aussi peu que 10 secondes. La nicotine se lie aux récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine et déclenche la libération de dopamine, créant ainsi un système de récompense qui incite l'individu à consommer de nouveau.

Le cercle de la stigmatisation : une personne qui se sent jugée et stigmatisée ne demandera pas le soutien nécessaire à la réussite de sa démarche d'arrêt tabagique. Parfois, les personnes qui fument sont sujettes à de l'autostigmatisation et se jugent elles-mêmes, ce qui accentue la difficulté d'aller chercher l'aide adéquate.

Le cercle de la santé mentale : beaucoup de personnes qui fument sont atteintes d'un trouble de santé mentale. Celles-ci vont utiliser le tabagisme à des fins d'automédication pour soulager temporairement leurs symptômes ou les effets secondaires de certains médicaments utilisés pour le traitement de TSM. Cela aura pour effet d'aggraver leur état de santé mentale puisque l'efficacité de certains médicaments pourrait diminuer. Le dosage devra potentiellement être revu à la hausse, entraînant alors une exacerbation des effets secondaires. Ils auront ainsi davantage recours au tabagisme pour s'automédiquer, ce qui contribue à ce cercle vicieux.

Le manque de temps et de ressources du système de la santé ainsi que les besoins grandissants de la population représentent des obstacles à la discussion sur la cessation tabagique entre les professionnels de la santé et leurs patients. Or, on sait que la cessation tabagique procure des bénéfices pour la santé physique et mentale. Qui plus est, l'investissement de temps, ne serait-ce que par l'intervention brève en trois étapes, de la part des professionnels de la santé, permettrait d'éviter un grand nombre de problèmes de santé à long terme et donc de désengorger le système de santé.

L'intervention brève pour la cessation tabagique vise à aider les individus à cesser de fumer et peut être offerte par divers professionnels de la santé travaillant dans différentes sphères du système de santé.

Il y a trois étapes dans ce modèle d'intervention :

- 1 **demandeur** : interroger la personne et enregistrer son statut tabagique.
- 2 **conseiller** : recommander à toutes les personnes qui fument d'arrêter et de discuter de la meilleure méthode de cessation pour chacune d'elles.
- 3 **aider** : proposer de faciliter le référencement et encourager l'utilisation d'une intervention comportementale, d'aides pharmacologiques ou de thérapies de remplacement de la nicotine.

« Le fait de ne pas suggérer, ou du moins, de ne pas discuter de l'arrêt tabagique avec un patient revenait à lui offrir un traitement inférieur au traitement idéal. »

Lorsqu'une personne entreprend une démarche de cessation tabagique et qu'elle consulte un professionnel de la santé, comme un pharmacien ou un spécialiste en arrêt tabagique, certaines questions lui sont posées afin de déterminer le traitement adéquat en ce qui concerne les thérapies de remplacement de la nicotine. Les patients craignent d'être jugés et stigmatisés : selon la littérature, ils auront tendance à modifier à la baisse leur nombre de cigarettes fumées par jour par peur de représailles, par exemple. Il a été [prouvé](#) que le taux de réussite d'une démarche d'arrêt tabagique s'améliore lorsque celle-ci est associée à des aides pharmacologiques ou à des thérapies de remplacement de la nicotine. Afin de suggérer un traitement adéquat, le professionnel de santé doit se renseigner sur les habitudes de consommation de la personne. Cependant, selon la littérature, un traitement basé sur des informations erronées pourrait ne pas convenir : le dosage de nicotine recommandé pour les timbres pourrait être insuffisant, par exemple.

Les professionnels de la santé seront de plus en plus amenés à discuter de la cessation tabagique avec leurs patients touchés par un TSM, aux vues de tous les bienfaits de cette démarche. On sait que la cessation tabagique permettrait de [diminuer significativement la prise de médicaments](#) associée aux troubles de santé mentale. Bien que la dépendance à la nicotine soit tout aussi problématique que toute autre dépendance, celle-ci n'occupe généralement pas la place de choix lors des interventions avec les patients. D'un autre côté, certains professionnels de la santé ne se sentent pas à l'aise d'aborder la cessation tabagique, étant eux-mêmes des personnes qui fument.

Comment éviter la stigmatisation

La déstigmatisation des personnes qui fument commence par de petites actions :

- [Connaitre](#) et comprendre la dépendance au tabagisme.
- Être conscient de ses propres attitudes et de ses comportements.
- Remettre en question ses préjugés.
- Réfléchir aux mots utilisés lors de l'intervention. La façon de parler peut influencer sur les attitudes des autres.
- Communiquer les faits.

- Avoir une attitude positive.
- Se concentrer sur les aspects positifs et les petites victoires.
- Soutenir les gens. Traiter chaque personne avec dignité et respect. Offrir soutien et encouragements.


Alimenter la réflexion sur la cessation tabagique

Même si les patients ne souhaitent pas cesser de fumer, la discussion peut se poursuivre autour du sujet. M^{me} Suzanne Dumais propose d'enchaîner avec diverses questions afin d'alimenter la discussion sur l'arrêt tabagique :

- Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?
- Aviez-vous eu de l'aide, soit par counseling, soit par des thérapies de remplacement de la nicotine lors de ces tentatives ?
- Avez-vous remarqué quelles situations déclenchaient vos envies de fumer ?

Parfois, simplement expliquer que la nicotine crée une dépendance et que ce n'est pas un manque de volonté de la part des patients, un mythe encore trop souvent véhiculé, permet d'engager la réflexion sur la cessation tabagique. Il est aussi important de féliciter la personne dans ses petits succès comme ses grands succès vers une vie sans tabac.

La nicotine crée une dépendance et ce n'est pas un manque de volonté.

Finalement, il est essentiel de se rappeler que le statut tabagique d'une personne ne définit pas son identité. Il faut ainsi éviter de faire référence à un fumeur, mais plutôt référer à une personne qui fume. La dépendance n'est pas sélective. Ainsi, chaque personne devrait être traitée avec professionnalisme et sans jugement. La [systématisation d'une brève intervention](#) en matière de cessation tabagique, aussi succincte soit-elle, est nécessaire et devrait être implantée dans les établissements de santé. 

info-tabac.ca
Revue pour un Québec sans fumée

**Si vous avez aimé cet article,
[abonnez-vous gratuitement à l'infolettre d'Info-tabac.](#)**

**VOTRE SYNDICAT PORTE
TOUJOURS VOTRE VOIX.
NOUS SOMMES LÀ POUR VOUS.**



FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

INFIRMIÈRES AUXILIAIRES, INFIRMIÈRES, INHALOTHÉRAPEUTES ET PERFUSIONNISTES CLINIQUES



Avez-vous dit le formulaire AH-223-1?

par **Marise Tétreault**, inh., M.A., OPIQ

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024). *Pour des soins et des services sécuritaires — Rapport 2022-2023 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023*. Gouvernement du Québec.



Intégrée à la gestion des risques et à la sécurité des soins et services, la déclaration des incidents et des accidents permet d'identifier et d'étudier les événements indésirables (EI) et évitables survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec. Le but ultime de la déclaration est d'empêcher leur récurrence. Ainsi, en remplissant le [formulaire AH-223-1](#), l'inhalothérapeute doit préciser les circonstances liées à un EI. Ces détails seront utiles pour l'analyse de l'évènement et la mise en place de mesures préventives.

À partir des déclarations transmises au cours d'un même exercice financier, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publie un rapport sur les incidents et accidents advenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux pour ladite période.

Par définition¹

Un **incident** est une « action ou situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager [...], mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences. » « Les incidents sont des événements qui ne touchent pas l'utilisateur : l'action ou la situation est décelée avant qu'elle ne puisse l'atteindre et avoir des conséquences sur ce dernier. »

Un **accident** est une « action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur [...] ».

NDLR En cas de disparité entre les données présentées et celles qui figurent au *Rapport sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec 2022-2023*, ces dernières ont priorité.

Ce que nous dit le rapport 2022-2023 publié par le MSSS en mars 2024²

Selon les données publiées, la culture de déclaration des événements indésirables se maintient. La majorité des événements rapportés se sont produits en centre d'hébergement et de soins de longue durée (49,38 %) et en centre hospitalier (35,22 %).

¹ Direction générale de l'éthique et de la qualité, Direction générale adjointe de la qualité de la recherche et des affaires autochtones. (2024). *Rapport sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec 2022-2023*. MSSS, gouvernement du Québec, extrait du tableau 1. Définition des termes ayant trait à la prestation sécuritaire des soins de santé, p. x.

² Afin de mettre en perspective le nombre d'incidents et d'accidents déclarés, il importe de situer les données en matière de volumes de soins. Au Québec, en 2022-2023, on comptait, entre autres, 490 233 chirurgies; plus de 3,6 millions de visites à l'urgence; environ 6 millions de consultations médicales en établissement; plus de 208 millions d'analyses réalisées en laboratoire et près de 13,8 millions de journées d'hébergement en établissement (jours-présence).

Les chutes, les quasi-chutes et les erreurs liées à la médication représentent toujours les événements les plus déclarés d'une année à l'autre. De la même façon, les données selon le groupe d'âge des usagers révèlent que plus de la moitié des événements survenus touchent des personnes âgées de plus de 75 ans, plus particulièrement les femmes.

L'analyse des données concernant l'indice de gravité des événements indique une prédominance d'accidents, pour lesquels des conséquences sont appréhendées, et d'événements sans conséquences pour l'utilisateur. Le nombre de décès associés aux événements indésirables a, pour sa part, augmenté alors qu'il avait connu une diminution au cours de l'année précédente.

Plus spécifiquement...

Ce sont 461 905 événements indésirables qui ont été déclarés et acceptés entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023. Cela représente une légère augmentation (+ 3,86 %) par rapport à l'année précédente. De ce nombre, 10,77 % des EI rapportés sont des incidents. Mathématiquement, 89,23 % des EI sont des accidents. Autrement, le nombre de déclarations d'incidents a augmenté... ce qui est positif si l'on considère qu'elles servent à identifier des processus défaillants avant même que ceux-ci n'atteignent l'utilisateur.

Les événements déclarés selon l'indice de gravité

Les EI qui ont un indice de gravité élevé (G, H et I) sont à l'origine de conséquences graves et permanentes pour la patientèle, et peuvent, dans certains cas, entraîner un décès. Le nombre total de ces EI est en hausse depuis trois ans. D'une année à l'autre, les chutes, les événements de type « autres », les erreurs de traitement et de médicaments sont celles qui génèrent le plus d'EI à haut indice de gravité.

Tableau 1. Échelle de gravité³

(outil pour évaluer la gravité des conséquences découlant d'un événement).

Indice de gravité	Évaluation
G	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives ou psychologiques.
H	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie (intubation, ventilation assistée, réanimation cardiorespiratoire).
I	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès .

³ Direction générale de l'éthique et de la qualité, Direction générale adjointe de la qualité de la recherche et des affaires autochtones. (2024). *Rapport sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec 2022-2023*. MSSS, gouvernement du Québec, extrait du tableau 8. Définition de l'échelle de gravité en vigueur pour l'année 2022-2023, p. 12.

Le formulaire AH-223-1

en bref

- Le formulaire doit être transmis le plus tôt possible après constatation de l'événement.
- Tout employé d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui y effectue un stage, de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de service (par exemple : personnel d'une agence), dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers.
- Les événements à déclarer sont ceux qui se produisent dans le cadre de la prestation de soins et de services à un usager. En ce sens, tout événement — c'est-à-dire toute situation non souhaitée, redoutée ou indésirable qui a nui ou aurait pu nuire à la santé des usagers — doit être divulgué au moyen du formulaire AH-223-1.
- Sauf :
 - les accidents de travail qui doivent être déclarés en utilisant le formulaire prévu par l'établissement ;
 - les complications prévisibles de la maladie (elles constituent des risques inhérents liés aux traitements ou aux tests que l'utilisateur a acceptés de subir) ;
 - les infections nosocomiales qui doivent être signalées au service de prévention et contrôle des infections selon les procédures de l'Établissement ;
 - les incidents/accidents transfusionnels qui doivent être déclarés au moyen du formulaire AH-520.

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 2021. *Guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incident ou d'accident — AH-223-1*. Gouvernement du Québec.

Les types d'événements les plus fréquents

Trois types d'événement se partagent le haut de la liste.

1. Chutes et quasi-chutes (42,71 %)

Considéré par années, le nombre de chutes ayant un indice de gravité élevé (G, H et I) est en augmentation. Les trois situations les plus couramment rencontrées pour les chutes sont :

- L'utilisateur a été trouvé par terre ;
- La chute s'est produite alors que l'utilisateur circulait dans l'établissement ;
- La chute est survenue alors que l'utilisateur utilisait une chaise ou un fauteuil.

Note : depuis 2021, certaines situations engendrant des chutes ne sont plus à déclarer. C'est le cas notamment des situations pour lesquelles la condition est inhérente à l'utilisateur ou lors de chutes répétitives. De même, la portée et la qualité des données signalées comme des « incidents » peuvent être mises en doute, étant donné que ces chutes auraient dû être rapportées comme des « accidents », puisqu'un utilisateur est vraisemblablement touché lors d'une chute.

2. Événements liés à la médication (23,62 %)

Le nombre de déclarations liées à la médication est similaire à celle des dernières années. Les incidents représentent 15,19 % de l'ensemble des EI déclarés dans ce groupe, donc à des événements détectés avant même qu'ils n'affectent l'utilisateur. Mathématiquement, les accidents équivalent donc à 84,81 % de ces événements.

Dans ce groupe, le nombre d'EI à l'origine de conséquences graves et permanentes (G, H) ont diminué ou sont restés stables, mais le nombre de ceux qui ont menés à un décès (I) a doublé. Les incidents et accidents peuvent survenir à l'une et/ou l'autre des étapes du circuit du médicament, soit lors de l'approvisionnement, l'émission de l'ordonnance, du traitement de l'ordonnance ou de la gestion de la médication,

Encore cette année, les circonstances des événements « médication » sont comparables à celles de l'année précédente. Parmi celles-ci soulignons les événements liés :

- à l'identité de l'utilisateur ;
- à une allergie connue ;
- à la conservation ou l'entreposage ;

- au non-respect d'une procédure ou d'un protocole* ;
- à l'heure ou la date ou l'omission* de l'administration, à la voie d'administration, la dose ou le débit*.

* Principales circonstances.

3. Événements de type « autres » (16,64 %)

Plus de 75 000 EI ont été déclarés dans cette catégorie au cours de la dernière année. Il s'agit d'une augmentation constante au fil des ans. Les incidents et accidents de cette catégorie sont très variés. Parmi ceux-ci, soulignons les événements liés :

- à une obstruction respiratoire (arrêt respiratoire provoqué à la suite de l'obstruction des voies respiratoires par de la nourriture, un objet ou une autre substance) ;
- à une erreur liée au dossier (section manquante au dossier, information classée dans le mauvais dossier, dossier déclaré disparu, etc.) ;
- à un bris de confidentialité au consentement ;
- à l'identification.



Votre profession en santé, vos avantages bancaires

Découvrez vos avantages
et privilèges bnc.ca/sante



Biais cognitifs c. objectivité et rigueur scientifique

par **Marise Tétreault**, inh., M.A., OPIQ

Introduction

Nous l'avons vu dans l'article précédent, les causes d'évènements indésirables et évitables sont nombreuses et variées. Si certaines d'entre elles sont connues, d'autres portent la signature de nos biais cognitifs, qui sont pour la plupart inconscients. Puisque ces derniers ont le potentiel de fausser notre analyse d'une situation et d'induire des erreurs liées à notre pratique clinique, il convient de les comprendre en amont afin d'en atténuer les effets et ainsi réduire leurs impacts sur la qualité et la sécurité des soins prodigués à la patientèle.

NDLR

- ① Les biais cognitifs sont multiples et tous ne s'entendent pas sur le nombre exact. De même, si la définition de chaque biais peut varier selon les références consultées et le domaine d'application (gestion, finance, justice, médecine, etc.), certains biais peuvent s'entrecouper dans leur explication.
- ② Toutes les histoires présentées sont fictives. Toute similitude avec des personnes ou des évènements réels, passés ou présents, relèverait de la coïncidence.

Raccourcis mentaux (euristiques)^{1,2,3}

En pratique clinique, les inhalothérapeutes intègrent et analysent avec célérité un grand nombre de données afin de guider leur jugement clinique et la prise de décision. Même si divers modèles mathématiques quantitatifs peuvent les orienter, ces calculs ne peuvent pas toujours être employés avec justesse. C'est pourquoi les inhalothérapeutes ont recours — involontairement — à des raccourcis mentaux, aussi appelés euristiques. Généralement moins coûteux en temps et en énergie, ces raccourcis permettent la prise de décisions rapides et le plus souvent fiables.

L'utilisation inconsciente et automatique d'euristiques repose souvent sur des expériences passées, des représentations subjectives, la pensée intuitive et la perception d'une situation spécifique. Cela diffère d'une formulation consciente d'une hypothèse diagnostique ou thérapeutique formellement évaluée et appuyée sur des données scientifiques.

Exemple clinique d'une euristique⁴

Un homme dans la mi-cinquantaine arrive à l'urgence par ambulance après avoir été découvert inconscient dans la neige par une passante, une pelle près de lui.

Quel est le premier diagnostic qui vous vient en tête ?

Nombre d'entre vous répondraient l'infarctus de myocarde (IM). C'est un exemple d'euristique. Malgré le peu de facteurs prédictifs, le cerveau a rapidement déterminé que le tableau clinique correspondait à celui d'un IM. Comme ce diagnostic serait juste dans plusieurs cas, il renforce le modèle mental à l'origine de cette euristique.

Les heuristiques diminuent la charge cognitive associée au raisonnement analytique. Ces raccourcis nous aident à gérer l'information avec efficacité, mais parfois au détriment de la précision. En effet, elles omettent de considérer certains renseignements accessibles. Par conséquent, la décision prise reposera sur un nombre limité de facteurs prédictifs. Enfin, si les heuristiques mènent le plus souvent à une bonne décision clinique, elles peuvent être influencées par des biais cognitifs, qui viennent alors fausser notre analyse d'une situation, ce qui pourrait conduire à de graves erreurs.

Biais cognitifs^{5,6,7}

Depuis quelques années, les biais cognitifs suscitent un intérêt croissant dans divers domaines comme la gestion, la finance, la justice et la médecine.

On peut définir le biais cognitif comme une forme de pensée qui survient à la suite d'une déviation de la pensée logique ou rationnelle et qui a tendance à être systématiquement utilisée dans différentes circonstances. Ils constituent des moyens rapides et intuitifs de prendre des décisions de manière moins laborieuse qu'un raisonnement analytique qui tiendrait compte de plusieurs informations pertinentes. Ils ont aussi le pouvoir d'influencer notre façon de percevoir et d'interpréter les données, modifiant parfois la justesse de certaines décisions. Enfin, leur impact n'est pas reproductible en toute circonstance et ils peuvent nous affecter différemment.

Biais conscients et inconscients⁸

Les biais conscients font référence aux attitudes et aux croyances qu'une personne exprime volontairement envers, par exemple, des groupes de personnes. Pour ce type de biais, la personne est consciente de ses biais et elle peut les laisser influencer son comportement et/ou son raisonnement.

Exemple de biais conscient⁹

Le PDG d'un établissement de santé pourrait privilégier un médecin de genre masculin pour diriger le nouveau département des urgences, en raison de sa conviction explicite que les hommes font de meilleurs gestionnaires que les femmes.

Dans ce cas-ci, la préférence pour un groupe particulier est consciente. Ce type de préjugé est donc pleinement conscient.

Les **biais inconscients**, aussi appelés biais **implicites**, réfèrent aux attitudes et aux croyances qu'une personne exprime, mais de manière involontaire. Acquis, entre autres, par nos expériences, notre éducation et nos origines, ils sont difficiles à reconnaître. Ils peuvent influencer notre perception, nos décisions et nos actions et, ultimement, avoir une incidence sur la qualité et la sécurité des soins prodigués.



Il existe de nombreux types de biais inconscients qui reposent sur différentes caractéristiques, dont celles-ci (liste non limitative) :

- **genre** ;
- **âge** ;
- **religion** ;
- **origine ethnique** ;
- **statut d'immigrant(e)** ;
- **statut social économique** ;
- **identité sexuelle** ;
- **maladie mentale** ;
- **poids** ;
- **invalidité**.

Exemple clinique de biais inconscient¹⁰

Cette fois-ci, c'est une femme dans la mi-quarantaine qui arrive par ambulance après avoir été trouvée inconsciente dans la neige par une passante. Elle est bien connue du personnel de l'urgence en raison d'un problème de santé mentale.

La plupart d'entre nous ne situeraient pas l'IM en tête de liste des diagnostics possibles, parce qu'il ne cadre pas avec le modèle mental typique d'un IM comme dans l'histoire précédente.

Notre intuition placerait une surdose de médicaments (ou d'une substance illicite) en tête de liste des diagnostics plausibles. En effet, les personnes sous traitement médicamenteux en raison d'une condition de santé mentale sont possiblement plus susceptibles de rencontrer des difficultés liées à la consommation (polyintoxication, surdose, etc.). C'est un exemple de biais d'attribution appartenant à la famille des biais implicites qui repose sur un diagnostic de problème de santé mentale.

Les termes biais et euristiques sont étroitement reliés, mais ils ne sont pas des synonymes. Si les euristiques sont quelquefois considérées comme des « règles approximatives » (*rule of thumb*) utilisées afin de simplifier une tâche cognitive complexe, le biais est vu comme l'issue malheureuse d'une euristique¹¹.

Types de biais^{12,13}

Il existe de nombreux types de biais qui peuvent influencer notre processus décisionnel. Parmi ceux-ci, soulignons :

Biais d'attribution : tendance à prendre des décisions basées sur certains stéréotypes négatifs. Les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale accompagné de symptômes physiques sont sujettes à ce type de biais ; car non seulement peuvent-elles faire l'objet d'un stéréotype négatif, mais elles décrivent parfois leurs symptômes de manière vague, incohérente ou confuse.

Biais d'ancrage : tendance à se concentrer sur un élément d'information spécifique sans s'adapter aux nouveaux renseignements portés à notre attention.

Biais de confirmation : tendance à rechercher des données qui appuient notre première hypothèse et à ignorer celles qui la contredisent.

Biais de disponibilité : tendance à surestimer la probabilité d'un événement donné en raison de la facilité avec laquelle un exemple nous vient à l'esprit, souvent à cause d'une expérience récente.

Biais de conclusion prématurée : tendance à avancer une hypothèse ou à poser un diagnostic avant d'avoir fait toutes les vérifications nécessaires. Ce type d'erreur peut survenir dans tous les cas, mais il est particulièrement fréquent avec la patientèle qui présente des symptômes s'apparentant à l'exacerbation d'une maladie connue (p. ex. migraine, MPOC).

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

Vivre ses passions, c'est

CHOISIR LE CISSS DE L'OUTAOUAIS!

viensvivretespensions.ca

Exemple clinique de biais¹⁴

Une patiente asthmatique se présente à l'urgence avec une dyspnée modérée. À la suite de son évaluation cardiorespiratoire, un diagnostic d'exacerbation de l'asthme est posé et un premier traitement de salbutamol est prescrit.

Pendant le traitement, la patiente mentionne avoir avisé le médecin de l'urgence de sa récente chirurgie orthopédique. Malgré la poursuite du traitement contre l'asthme, l'état de la patiente se détériore rapidement et un diagnostic d'embolie pulmonaire est alors établi.

Quel biais cognitif est mis en évidence ici ?

Nous sommes en présence d'un **biais d'ancrage**.

En effet, un diagnostic initial d'asthme a été posé sans tenir compte d'une information complémentaire, soit la chirurgie orthopédique subie depuis peu par la patiente.

Répercussions des biais cognitifs en milieux cliniques^{15,16}

La littérature supporte l'idée que les biais cognitifs constituent une importante source d'erreurs indésirables et évitables liées à la pratique, sans égard aux milieux cliniques. Cela dit, gardons en tête que des facteurs concomitants peuvent aussi être en cause, comme un problème de communication ou un résultat de test non transmis à la suite d'une erreur du système informatique.

Pour illustrer ce propos, voyons ci-contre un exemple de biais pouvant survenir lors d'une anesthésie, là où différents types de biais cognitifs ont été identifiés comme des facteurs contributifs aux erreurs.

Mais, comment l'équipe d'anesthésie avait-elle pu passer à côté d'une résolution de problème aussi simple ? Sans le savoir, elle subissait l'effet de biais cognitifs.

En effet, plusieurs biais cognitifs entraient en jeu, notamment :

Biais de disponibilité que nous avons vu précédemment (p. 19).

Effet d'entraînement (aussi appelé l'élan diagnostique) : incapacité d'envisager d'autres possibilités une fois qu'une hypothèse a été avancée ou qu'un diagnostic a été posé.

Effet tunnel (ou « tunnelisation » attentionnelle) : situation où l'attention de la personne est tellement focalisée sur un objectif, qu'elle n'entend ni ne voit les signaux d'alerte qui devraient l'amener à modifier son approche, voire à l'arrêter avant que ne survienne un évènement indésirable et évitable. Il est à noter que la pression du résultat, le stress, les alarmes et le bruit ne font que renforcer cette fixation. D'autres facteurs peuvent contribuer à cet effet, soit l'inexpérience, le manque de concentration, une charge de travail élevée, la fatigue, une trop grande confiance en soi et un conflit au sein de l'équipe.



Exemple clinique de biais en anesthésie¹⁷

Après avoir entendu le message demandant une aide d'urgence, une anesthésiologiste se précipite en salle d'ORL pour assister l'équipe d'anesthésie dans la salle. À son arrivée, elle voit un patient anesthésié et intubé, avec un laryngoscope d'ORL en place. Il présente une SpO₂ à 84 % et une TA de 80/53 mmHg. L'alarme du respirateur clignote rouge et l'écran indique une « pression inspiratoire de crête élevée ».

L'anesthésiologiste et l'inhalothérapeute sur place expliquent que la pression inspiratoire de crête a augmenté rapidement et que l'assistance ventilatoire s'avère plus difficile depuis quelques minutes. Le patient a des antécédents d'asthme et malgré l'administration d'un bronchodilatateur et des doses supplémentaires d'agents anesthésiques, le bronchospasme persiste.

L'anesthésiologiste, nouvellement arrivée en salle, ausculte le patient et dit n'entendre aucune sibilance ni de murmure vésiculaire. Elle planifie poursuivre son investigation en partant de la sonde endotrachéale du patient jusqu'au respirateur. En examinant l'intérieur de la bouche du patient, elle remarque que la sonde endotrachéale est coudée. Elle redresse le tube et l'alarme du ventilateur cesse de sonner.

Alors que la SpO₂ remonte rapidement, les visages de ses collègues affichaient reconnaissance et embarras.

Après réflexions et discussions, l'équipe d'anesthésie a noté que les antécédents d'asthme du patient, le moment où s'est produit l'incident et les signes cliniques présentés l'avaient menée à penser qu'il s'agissait d'un bronchospasme. Sans nécessairement remettre en cause ce diagnostic et en effectuant son investigation sans se soucier du contexte, la deuxième anesthésiologiste a quant à elle établi le bon diagnostic.

...

Tableau 1. Facteurs de risque associés aux biais cognitifs (liste non exhaustive)

PERSONNEL DE LA SANTÉ	PATIENT	SYSTÈME
<ul style="list-style-type: none"> • Charge cognitive • Facteurs personnels (p. ex. stress) • Fatigue, privation de sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient complexe • Présence de comorbidités • Informations/données incomplètes 	<ul style="list-style-type: none"> • Temps • Technologie de l'information • Mauvaise communication/ collaboration

Facteurs de risques associés aux biais cognitifs¹⁸

Différents facteurs peuvent induire, augmenter ou atténuer les répercussions de nos biais cognitifs en pratique clinique. Ces derniers peuvent être classés, entre autres, selon qu'ils relèvent du personnel de la santé, de la patientèle ou du système (tableau 1).

Mesure d'atténuation des biais cognitifs^{19,20}

Il est probable que la sensibilisation ainsi que l'admission de nos propres biais (et des facteurs contributifs) sauront nous faire prendre conscience de leurs impacts potentiels sur la prise en charge de la patientèle et sur la prestation de soins de santé sécuritaires et optimaux.

Reconnaitre ses propres biais

Étant donné leur caractère inconscient, il est essentiel de disposer d'outils permettant de les identifier. Le test d'association implicite (TAI) de l'Université de Harvard constitue un exemple d'outil fréquemment utilisé dans de nombreuses études, pour révéler les biais inconscients. Cette ressource en ligne propose diverses autoévaluations pour mieux comprendre nos attitudes ou nos sentiments sous-jacents.



TAI | [Université de Harvard - Projet implicite - Test d'association implicite](#)

Cela dit, la sensibilisation seule ne suffit pas pour contrer les biais. Dans certaines situations, il peut être judicieux de recourir à des interventions cognitives efficaces. Parmi celles-ci, soulignons :

- 1 L'amélioration des connaissances et de l'expérience par l'éducation, le partage d'information et d'expérience, la simulation et le débriefage.
- 2 L'amélioration de l'assistance décisionnelle par la consultation auprès de l'équipe ou de collègue(s) et l'utilisation de systèmes ou d'outils d'aide à la décision clinique*.

Néanmoins, si les solutions doivent être individualisées selon l'établissement, le milieu clinique et les membres de l'équipe, certaines stratégies proposées semblent rencontrer des limites, à savoir l'absence de preuves objectives et d'études menées spécifiquement auprès de professionnel(le)s de la santé. En effet, plusieurs mesures suggérées reposent sur des opinions ou des théories, plutôt que sur des preuves.

En résumé

Malgré leur utilité dans les environnements de travail sous forte pression, les euristiques peuvent être influencées par de nombreux biais. Les professionnel(le)s de la santé les emploient, peu importe leur spécialité et leurs années d'expérience.

Les biais implicites et explicites posent tous deux des défis, car ils ont le potentiel d'influencer notre perception, nos décisions et nos actions et ainsi contribuer à des événements indésirables et évitables.

Les biais implicites sont inconscients, universels et bien ancrés. Ils peuvent fausser notre analyse d'une situation clinique et affecter la qualité et la sécurité des soins.

Reconnaitre et admettre ses propres biais cognitifs est une première étape cruciale pour nous conscientiser à leurs impacts potentiels sur la prise en charge de la patientèle et la prestation de soins sécuritaires et optimaux.

Bien qu'il n'existe pas de méthode universelle pour prévenir les biais cognitifs en pratique clinique, vigilance et interventions réfléchies s'avèrent cruciales pour réduire les risques d'erreurs liées à la pratique. ☀️



Références

- 1 ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (ACPM). (2023, novembre). *Raisonnement clinique: conséquences des biais*. Site Internet de l'ACPM, sous [Éducation et événements - Apprentissage en ligne](#).
- 2 MANDELL, B. F. (MàJ 2021, mai). *Erreurs cognitives dans la prise de décision clinique*. Site Internet du Manuel Merck, version professionnelle.
- 3 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). (2023, 25 mai). *L'effet tunnel en santé - Comment faire pour en voir le bout?* Solutions santé patient - Recommander les bonnes pratiques, 21 p.

* De nombreux programmes informatiques sont déjà utilisés pour faciliter l'établissement d'un diagnostic ou un choix thérapeutique. Avec le développement spectaculaire de l'intelligence artificielle, il est indéniable que ces systèmes d'aide à la décision clinique connaîtront un essor considérable.

- 4 ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (ACPM). (2023, novembre). *Raisonnement clinique: conséquences des biais*. Site Internet de l'ACPM, sous [Éducation et événements – Apprentissage en ligne](#).
- 5 BERTHET, V. (2023, 29 juin). «Trois mythes sur les biais cognitifs, ces raccourcis mentaux qui peuvent nous induire en erreur». *La Conversation*.
- 6 PSYCHOMÉDIA. (2015, février). *30 biais cognitifs qui nuisent à la pensée rationnelle*.
- 7 ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (ACPM). (2023, novembre). *Raisonnement clinique: conséquences des biais*. Site Internet de l'ACPM, sous [Éducation et événements – Apprentissage en ligne](#).
- 8 ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (ACPM). (2023, novembre). *Raisonnement clinique: conséquences des biais*. Site Internet de l'ACPM, sous [Éducation et événements – Apprentissage en ligne](#).
- 9 SHAH, H. S. et BOHLEN, J. (MàJ 2023, 4 mars). *Implicit Bias*. Site Internet StatPearls. Treasure Island (FL).
- 10 ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (ACPM). (2023, novembre). *Raisonnement clinique: conséquences des biais*. Site Internet de l'ACPM, sous [Éducation et événements – Apprentissage en ligne](#).
- 11 GRATTON, C. et GAGNON-ST-PIERRE, É. (2020, janvier). *Guide pratique des biais cognitifs: raccourcis*. Site Internet Heuristiques et biais cognitifs.
- 12 ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (ACPM). (2023, novembre). *Raisonnement clinique: conséquences des biais*. Site Internet de l'ACPM, sous [Éducation et événements – Apprentissage en ligne](#).
- 13 MANDELL, B. F. (MàJ 2021, mai). *Erreurs cognitives dans la prise de décision clinique*. Site Internet du Manuel Merck, version professionnelle.
- 14 ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (ACPM). (2023, novembre). *Raisonnement clinique: conséquences des biais*. Site Internet de l'ACPM, sous [Éducation et événements – Apprentissage en ligne](#).
- 15 TEWFIK, G., RIVOLI, S. et HARBELL, M. W. (2023, février). «Reconnaître et lutter contre les biais cognitifs en anesthésie: implications pour la sécurité des patients». *Bulletin d'information de l'Anesthesia Patient Safety Foundation (APSF)*, traduction de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), 6(1): 11-14.
- 16 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). (2023, 25 mai). *L'effet tunnel en santé – Comment faire pour en voir le bout?* Solutions santé patient – Recommander les bonnes pratiques, 21 p.
- 17 Tiré de TEWFIK, G., RIVOLI, S. et HARBELL, M. W. (2023, février). «Reconnaître et lutter contre les biais cognitifs en anesthésie: implications pour la sécurité des patients». *Bulletin d'information de l'Anesthesia Patient Safety Foundation (APSF)*, traduction de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), 6(1): 11-14.
- 18 TEWFIK, G., RIVOLI, S. et HARBELL, M. W. (2023, février). «Reconnaître et lutter contre les biais cognitifs en anesthésie: implications pour la sécurité des patients». *Bulletin d'information de l'Anesthesia Patient Safety Foundation (APSF)*, traduction de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), 6(1): 11-14.
- 19 TEWFIK, G., RIVOLI, S. et HARBELL, M. W. (2023, février). «Reconnaître et lutter contre les biais cognitifs en anesthésie: implications pour la sécurité des patients». *Bulletin d'information de l'Anesthesia Patient Safety Foundation (APSF)*, traduction de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), 6(1): 11-14.
- 20 WEBSTER, C. S., TAYLOR, S. et WELLER, J. M. (2021, septembre). «Cognitive biases in diagnosis and decision making during anaesthesia and intensive care». *British Journal of Anaesthesia (BJA) Education*, 21(11): 420-425.

NOUVEAU

FLUSSO™

TFI

- Maintenir la PEP
- Réduction des aérosols exhalés
- Ventilation de protection des poumons

offre
d'essai
gratuit

MMSI

McARTHUR
MEDICAL SALES INC.

www.keepthepeep.com
marketing@mcarthurmedical.com

INNOVATIVE
SOLUTIONS
CANADA

10th INNOVATION
PRIZE PARC 2018
Awarded by National Health

20 22
SILVER WINNER
MEDICAL DESIGN
EXCELLENCE AWARDS

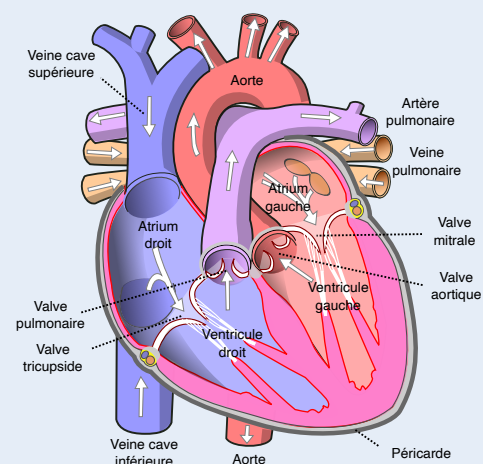
Connaitre les changements physiologiques liés au vieillissement pour mieux soigner

par **Marilyn Lavoie**, inhalothérapeute clinicienne, C. anesthésie et soins critiques et étudiante au C. en gériatrie, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Hôpital de la Baie

Introduction

Le vieillissement de l'humain commence dès la fin de la croissance, soit à un très jeune âge. Il s'agit d'un processus biologique, psychologique et social continu. Au cours des dernières années, l'espérance de vie a connu une augmentation notable grâce aux avancées médicales, aux progrès technologiques et à l'amélioration du mode de vie. Au Québec, elle s'élève à 80,5 ans pour les hommes et 84,1 ans pour les femmes¹, tandis que la proportion de la population âgée de plus de 65 ans atteint 20,5 % en 2021². De ce fait, notre travail quotidien nous amène souvent à traiter cette clientèle. Le vieillissement vient avec son lot de changements physiologiques sur les systèmes cardiovasculaire, respiratoire et immunitaire. Il est important de les connaître afin de prodiguer les meilleurs soins possibles aux personnes âgées.

Effet du vieillissement sur le système cardiovasculaire



Chandres (2022). [Diagramme d'un cœur humain](#). Reproduction autorisée sous licence *Creative Commons* (CC).

- 1 Institut de la statistique du Québec. (MàJ 2023, mai). [Espérance de vie](#). *Vitrine statistique sur l'égalité entre les femmes et les hommes*, gouvernement du Québec.
- 2 Institut national de santé publique. (MàJ 2022, mai). [Population âgée de 65 ans et plus](#). Gouvernement du Québec.

« Le vieillissement vient avec son lot de changements physiologiques sur les systèmes cardiovasculaire, respiratoire et immunitaire. Il importe de les connaître afin de prodiguer les meilleurs soins possibles aux personnes âgées. »

Comme inhalothérapeutes, nous le savons...

Le cœur est un organe musculaire creux de la grosseur d'un poing environ. Il pèse à peu près 340 grammes³. Il peut battre 100 000 fois par jour et ainsi propulser plus ou moins 3800 litres⁴ de sang dans notre système. Puisqu'il travaille depuis le premier jour, il est normal qu'il subisse plusieurs changements anatomiques et fonctionnels au cours de la vie.

Changements physiologiques liés à l'âge

De nombreux changements modifient le fonctionnement du cœur et augmentent le risque de maladies cardiovasculaires, dont :

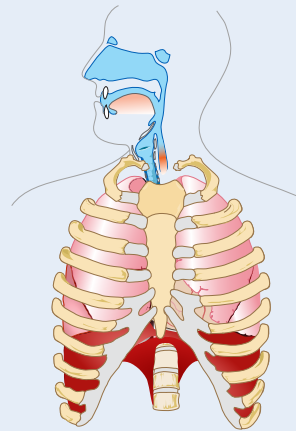
- **Cardiomyocytes** : diminution (environ 50 %) du nombre de cellules responsables de la contraction du muscle cardiaque au cours de la vie. En contrepartie, elles deviennent beaucoup plus rigides et volumineuses (hypertrophie compensatoire).
- **Ventricule droit et péricarde** : accumulation de dépôts adipeux (adiposité intrathoracique)
- **Vaisseaux artériels** : épaissement et rigidification de la paroi des artères et compliance artérielle diminuée.
- **Valves cardiaques** : épaissement des valves en raison de la calcification et de l'accumulation de collagène et de lipides. Aussi, leur circonférence tend à augmenter, ce qui amoindrit leur étanchéité.
- **Fréquence cardiaque** : le vieillissement influence peu ou pas la fréquence cardiaque de base. Cependant, la capacité d'élever la fréquence cardiaque, lors d'activités physiques ou d'un stresser par exemple, est réduite. De même, en raison des nombreux changements dans les cellules musculaires cardiaques (cardiomyocytes), les personnes âgées sont plus enclines à souffrir de troubles du rythme.

Trois principaux phénomènes agissent sur le système cardiovasculaire lors du vieillissement.

- 1 **L'artériosclérose** : durcissement et épaissement des artères, ce qui mène à une perte d'élasticité. Ces changements vont favoriser l'augmentation de la résistance à l'écoulement du sang ainsi qu'une difficulté à s'ajuster aux différentes variations internes du corps. À noter qu'il s'agit d'un terme générique associé aussi à d'autres formes de la maladie, comme l'artériosclérose non athéromateuse.
- 2 **L'athérosclérose** : cette forme athéromateuse de la maladie se caractérise par l'accumulation de plaques de dépôt le plus souvent lipidiques (p. ex. le cholestérol). Ces plaques obstruent progressivement la lumière artérielle, ce qui augmente le risque d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral (AVC).

- 3 **L'hypertension artérielle** : en vieillissant, il peut être normal de constater une augmentation modérée et persistante de la pression systolique au repos, due aux différents changements physiologiques qui surviennent avec l'âge. Cependant, si l'augmentation est excessive, le risque de morbidité et de mortalité est accru. À noter que plus de la moitié des personnes de 60 ans et plus sont hypertendues.

Effet du vieillissement sur le système respiratoire



Michka, B. (2015). [Système respiratoire humain](#).
Reproduction autorisée sous licence *Creative Commons* (CC).

Comme inhalothérapeute, nous savons également...

Du nez aux alvéoles, le système respiratoire est aussi touché par le vieillissement. Plusieurs changements anatomiques et fonctionnels influencent la capacité des poumons à inhaler et expulser l'air, ainsi que les échanges gazeux nécessaires à la vie.

Changements physiologiques liés à l'âge

Toutes les composantes du système respiratoire sont affectées par le vieillissement, à des rythmes différents. Cette involution progressive avec l'âge s'exprime par des modifications anatomiques et fonctionnelles qui fragilisent les poumons vieillissants face aux maladies et infections respiratoires, et ceci est particulièrement vrai dans le cas de la pneumonie. Parmi les changements observés, soulignons :

3 Variable selon les auteur(e)s.

4 Variable selon les auteur(e)s.

- **Élasticité pulmonaire** : augmentation du tissu fibreux et régression du tissu élastique qui se traduisent par une perte d'élasticité.
- **Alvéoles** : augmentation de volume et perte d'élasticité. De plus, le nombre d'alvéoles fonctionnelles décroît, ce qui correspond à l'emphysème physiologique. Il en résulte une diminution du nombre de capillaires pulmonaires disponibles pour les échanges gazeux, ce qui augmente l'espace mort.
- **Centre respiratoire** : situé dans le tronc cérébral, sa réponse aux différents stimulus est moins efficace, lors d'hypercapnie par exemple.
- **Cage thoracique** : rigidité en raison de la calcification des cartilages intercostaux, d'une cyphose dorsale qui apparaît ou s'accroît avec le temps et d'un affaiblissement des muscles respiratoires. Ces changements structuraux mènent à une baisse de la capacité vitale ainsi qu'une augmentation du volume résiduel.

Parmi les maladies pulmonaires les plus fréquentes chez les personnes âgées, soulignons la pneumonie. Qu'elle soit d'origine bactérienne ou virale, elle contribue, avec la grippe, à plus de 2000 décès au Québec (INSPQ, 2019)⁵. La morbidité et la mortalité sont beaucoup plus élevées chez les personnes âgées. Concrètement, les différents changements anatomiques et fonctionnels du système respiratoire, combinés à ceux subis par les autres systèmes du corps humain (p. ex. le système immunitaire), rendent la personne âgée particulièrement vulnérable à la pneumonie.

Effet du vieillissement sur le système immunitaire

Au cours de son existence, l'être humain peut être exposé à différents agents pathogènes. Sans système immunitaire, notre espèce serait éteinte depuis longtemps. Heureusement, le corps humain possède deux types de réponses immunitaires qui interagissent et se régulent mutuellement : l'immunité innée, qui assure la défense immédiate de l'organisme contre les agents infectieux, et l'immunité adaptative, qui entre en action par la suite. Voyons d'abord la première réponse de plus près.

Le mécanisme immunitaire inné sert à défendre l'organisme contre les différents agents pathogènes. Il s'active automatiquement lors d'une attaque contre l'organisme, peu importe l'agent infectieux en cause. Il agit toujours de la même façon.

L'immunité innée comprend 2 lignes de défense :

- **la ligne de défense externe** tentera d'empêcher la pénétration d'un agent infectieux dans l'organisme ;
- **la ligne de défense interne** s'activera si l'agent pathogène réussit à s'introduire, afin d'en empêcher sa prolifération.



La ligne de défense externe est constituée de trois types de barrières.

- 1 **Barrière mécanique** : le corps est colonisé par des microorganismes (microbiome) localisés sur la peau et les muqueuses. Ces bactéries, non dangereuses pour l'humain, participent à la défense de l'organisme. Elles empêchent la prolifération de bactéries. Avec l'âge, tant le système immunitaire que le microbiote intestinal (le plus peuplé de tous) subissent d'importantes modifications de leur composition et de leur fonction, qui mènent à une plus grande vulnérabilité aux maladies infectieuses.
- 2 **Barrière physique** : cette barrière est formée de cellules épithéliales, présentes sur la peau et les muqueuses, qui empêchent l'entrée d'agents pathogènes dans l'organisme. Avec le vieillissement, l'épiderme et les muqueuses s'amincissent et se fragilisent, ce qui diminue la barrière de sécurité. Les personnes âgées sont donc plus à risque d'infection.
- 3 **Barrière chimique** : la barrière chimique est constituée de différentes sécrétions excrétées par le corps pour emprisonner les agents pathogènes. Les principales sécrétions sont :
 - 1 **Mucus** : substance excrétée par les différentes cellules épithéliales, il est présent dans le système respiratoire, digestif et reproducteur. Il capte les microorganismes afin de les expulser. Si le vieillissement du système respiratoire n'affecte pas la qualité ni la quantité de mucus sécrété, il provoque toutefois une diminution de l'activité des cils vibratiles et une toux moins efficace, ce qui rend ce mécanisme de défense moins performant.
 - 2 **Sécrétions acides** : l'acidité des sécrétions présentes, entre autres dans l'estomac, élimine certains agents pathogènes et empêche leur croissance. Avec l'âge, certaines maladies et l'usage de certains médicaments peuvent réduire la quantité des sécrétions, ce qui affecte ce mécanisme.
 - 3 **Sécrétions contenant des lysozymes** : ces enzymes antibactériennes sont présentes, entre autres, dans la salive. Cette dernière n'est pas influencée par le vieillissement, mais plusieurs personnes âgées vont souffrir de xérostomie, qui peut être causée par la médication par exemple, ce qui perturbe l'efficacité de ce mécanisme de défense.

5 Institut national de santé publique du Québec. (2019). [Tableau 1. Principales causes de décès au Québec selon le rang et le groupe d'âge, hommes et femmes confondus, 2017-2019: nombre annuel moyen, taux par 100 000 habitants et pourcentage.](#)

La ligne de défense interne recourt à plusieurs éléments, dont :

- 1 **Fièvre** : en réponse à une infection, la fièvre nuit à la croissance de certaines bactéries et potentialise les mécanismes de défense internes. À titre d'exemple, elle facilite le déplacement des lymphocytes vers le site infectieux, permettant ainsi à davantage de cellules immunitaires d'atteindre la région infectée. Avec l'âge, la capacité de développer de la fièvre diminue. Certaines personnes âgées peuvent même présenter de l'hypothermie, lors d'infections graves.
- 2 **Protéines antimicrobiennes** :
 - 1 **Interférons (IFN)** : protéines dotées de propriétés antivirales et antiprolifératives. Elles sont libérées par les cellules infectées et agissent en stimulant ces cellules et leurs voisines saines à produire des gènes capables d'arrêter la réplication virale. Elles possèdent également des propriétés antitumorales. Le vieillissement réduit l'efficacité des protéines antimicrobiennes et la qualité des interférons.
 - 2 **Système du complément (SC)** : protéines inactives présentes dans le plasma capable de compléter l'action des anticorps. Lors d'infection, le SC est activé afin de favoriser la destruction de l'agent infectieux par les cellules phagocytaires (opsonisation) et attirer les macrophages et les neutrophiles vers le lieu de l'infection. Le vieillissement diminue l'efficacité antimicrobienne de ces protéines.
- 3 **Phagocytes et cellules tueuses naturelles** : les phagocytes (macrophages et neutrophiles) ingèrent et tuent ou détruisent les microbes. Les cellules tueuses naturelles (aussi appelées lymphocytes tueurs naturels ou cellules NK pour *natural killer*), quant à elles, détruisent les cellules indésirables ou infectées. Le vieillissement réduit la quantité et la qualité des cellules phagocytaires et NK.
- 4 **Inflammation** : le mécanisme inflammatoire mobilise certaines molécules (p. ex., cytokines, anticorps, protéine du complément) pour provoquer la libération de plusieurs cellules du système immunitaire vers le site d'infection. Il y aura vasodilatation et augmentation de la perméabilité de la paroi des vaisseaux sanguins pour faciliter l'arrivée et la pénétration des cellules nécessaires à la guérison dans la zone atteinte. Avec le vieillissement, il y a apparition d'inflammation à bas bruit (ou bas grade). Cette inflammation chronique touche divers tissus et organes du corps.

Le corps humain possède aussi un mécanisme immunitaire adaptatif, avec une réponse plus lente, indépendant et spécifique aux antigènes d'un agent infectieux. Ce qui veut dire que le corps déclenche des éléments de défense selon l'intrus. Avec le vieillissement, il y a diminution de ces défenses. La production et l'efficacité des lymphocytes T, entre autres, se trouvent grandement affectées. Notons que ces lymphocytes sont responsables de la destruction des cellules infectées et de la stimulation de lymphocytes B pour fabriquer plus d'anticorps et de cellules mémoires.

Conclusion

La prévalence de nombreuses maladies et infections augmente avec l'âge, rendant les personnes âgées plus vulnérables. À l'évidence, le corps subit plusieurs changements liés au vieillissement, réduisant sa capacité à se défendre contre les agents pathogènes. Le système respiratoire devient particulièrement sensible aux infections. Il est donc primordial de comprendre ces modifications pour mieux adapter nos interventions préventives et thérapeutiques.



Référence principale

DANECHI, K. (Hiver 2024). *GERI016D : physiologie du vieillissement* [notes de cours]. Certificat en gérontologie. Faculté de l'éducation permanente (FEP), Université de Montréal.



Références complémentaires

- BOSCO, N. et NOTI, M. (2021, octobre). [The aging gut microbiome and its impact on host immunity](#). *Genes Immun*, 22, 289-303.
- BUSH, L.M. et SCHMIDT, C. E. (MàJ 2022, novembre). [Mécanismes de défense contre l'infection](#). *Le Manuel Merck*, version pour professionnels de la santé. Merck & Co., Inc.
- BUSH, L.M. (MàJ 2022, septembre). [Défenses contre l'infection](#). *Le Manuel Merck*, version pour le grand public. Merck & Co., Inc.
- DELVES, P. J. (MàJ 2024, février). [Système du complément](#). *Le Manuel Merck*, version pour professionnels de la santé. Merck & Co., Inc.
- DELVES, P. J. (MàJ 2024, février). [Revue générale du système immunitaire](#). *Le Manuel Merck*, version pour professionnels de la santé. Merck & Co., Inc.
- DELVES, P. J. (MàJ 2021, septembre). [Présentation du système immunitaire](#). *Le Manuel Merck*, version pour le grand public. Merck & Co., Inc.
- DELVES, P. J. (MàJ 2021, septembre). [Immunité innée](#). *Le Manuel Merck*, version pour le grand public. Merck & Co., Inc.
- GHIZLANE, M., SMITH, N. et NISOLE, S. (2020, mars). [La réponse interféron : Un grand pouvoir implique de grandes responsabilités / Interferon response: with great power comes great responsibility](#). *Médecine/Sciences*, 36(3) : 206-209.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). (MàJ 2023, mai). [Espérance de vie](#). Gouvernement du Québec.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). (MàJ 2022, mai). [Population âgée de 65 ans et plus](#). Gouvernement du Québec.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). (2019). [Tableau 1. Principales causes de décès au Québec selon le rang et le groupe d'âge, hommes et femmes confondus, 2017-2019 : nombre annuel moyen, taux par 100 000 habitants et pourcentage](#).
- KRAMER, L. D. (MàJ 2023, mars). [Revue générale sur les virus](#). *Le Manuel Merck*, version pour le grand public. Merck & Co., Inc.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (MàJ 2024). [Immunologie de la vaccination — Fonctionnement du système immunitaire](#). Gouvernement du Québec.
- THANASSOULIS, G. et AZIS, H. (MàJ 2022, avril). [Athérosclérose](#). *Le Manuel Merck*, version pour professionnels de la santé. Merck & Co., Inc.

Assurance responsabilité professionnelle et assurance responsabilité civile : un tandem de protections complémentaires

En tant qu'inhalothérapeute, vous êtes exposé(e) à différents risques inhérents à la pratique de votre profession. En effet, personne n'est à l'abri de l'erreur et aucune entreprise n'est entièrement parée contre les fautes de leurs employés. Voilà pourquoi une assurance responsabilité professionnelle est incontournable.

Cependant, cette assurance ne couvre pas tous les dommages susceptibles de survenir dans votre clinique. Connaissez-vous avec exactitude les risques couverts par vos assurances et l'étendue et les limites de votre protection? Petit tour de piste pour en savoir plus.



La responsabilité professionnelle

Pour que la responsabilité d'un individu ou d'un(e) professionnel(le) soit en cause, les trois éléments suivants doivent être réunis :

- Il faut qu'il y ait eu **faute**, donc manquement à un devoir.
- Le (la) demandeur(-se) doit avoir subi un préjudice; il s'agit du **dommage** couvert.
- Il doit y avoir un **lien entre la faute et le dommage**.

Qu'est-ce qu'une assurance responsabilité professionnelle?

L'assurance responsabilité professionnelle couvre les dommages qui découlent d'une faute professionnelle, d'une négligence, d'une imprudence ou d'une inhabilité commise lors de vos activités professionnelles à titre d'inhalothérapeute.

Vous travaillez dans une entreprise ou pour un organisme qui détient une assurance responsabilité professionnelle pour ses employés? Cette protection vous couvre dans la mesure où vous exercez une tâche autorisée, reliée directement à votre profession et pour le compte de votre employeur.

Comment l'assurance responsabilité professionnelle se distingue-t-elle de l'assurance responsabilité civile dans le cadre d'activités professionnelles?

La police d'assurance responsabilité civile couvre les risques liés aux lieux et les dommages pour lesquels un(e) de vos collègues ou vous-même êtes tenus responsables à titre individuel. Par exemple, si un(e) visiteur(-se) se blesse à l'intérieur de votre clinique et tente une poursuite, la couverture de la clinique prévoit un dédommagement au cas où l'on vous tiendrait responsable des événements.

Quant à la police d'assurance responsabilité professionnelle, elle couvre les risques spécifiquement liés à vos activités professionnelles. Elle vous protège dans l'éventualité où vous devriez verser une compensation financière pour des dommages liés à vos activités professionnelles.

L'assurance responsabilité professionnelle couvre aussi :

- Les frais de défense lors d'une poursuite en justice dans les contextes de responsabilité professionnelle. Toutefois, en cas de pratique illégale ou lors de poursuites au criminel, ces frais ne vous seront pas remboursés si vous plaidez coupable ou si vous êtes déclaré(e) coupable par jugement.
- Le remboursement de vos frais d'assistance juridique dans l'éventualité où vous devriez témoigner dans une enquête de coroner ou une commission spéciale, sauf si vous agissez à titre de témoin expert.



Concrètement...

Voyons quelques exemples de circonstances courantes susceptibles de survenir sur votre lieu de travail. Ils vous permettront de mieux vous situer et de savoir vers quel type de protection vous devriez vous tourner selon les événements.

Responsabilité professionnelle

Vous effectuez un test de provocation bronchite à la méthacholine et pendant le test la patiente fait un bronchospasme. Vous recevez une mise en demeure de la patiente.

Un bébé décède à la suite d'un problème respiratoire quelques jours après sa naissance. Vous aviez examiné l'enfant la veille de son décès. On vous reproche de ne pas avoir fait le nécessaire pour éviter son décès.

Un patient en difficulté respiratoire décède lors d'une intervention ou vous étiez présent(e). Il manquait une pièce à l'équipement d'oxygénation.

Responsabilité civile

Un de vos clients glisse sur le plancher mouillé de votre clinique, tombe et se fracture la hanche.

Vous dénigrez une personne par des propos diffamatoires et vous portez atteinte à sa réputation.

Un incendie prend origine dans le local dont vous êtes locataire. Des dommages à l'immeuble et aux autres occupants peuvent vous être réclamés si vos opérations en sont la cause (par exemple, par l'utilisation d'un appareil électrique défectueux).

« L'erreur est humaine », dit le proverbe. Et, justement, parce que nous sommes tous humains et parce que nous travaillons avec des humains, nous pouvons tous commettre des erreurs durant l'exercice de notre profession. Détenir une assurance responsabilité professionnelle est incontournable. La police d'assurance responsabilité professionnelle de Beneva négociée par l'Ordre à l'intention de ses membres offre d'excellentes protections.

Il est important de bien la connaître pour que vous puissiez en tirer le meilleur parti. Si vous avez le moindre doute quant à une réclamation possible contre vous, communiquez avec l'assureur; il se fera un plaisir de vous renseigner et de vous aider.

beneva.ca/opiq
1 800 644-0607 | cgen-risquesspeciaux@beneva.ca
Société d'assurance Beneva inc.

beneva

ASSURANCE RESPONSABILITÉ
PROFESSIONNELLE ET CIVILE

Les gens
qui protègent
des gens

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

50012_Responsabilité civile et professionnelle (2024-02)



À votre avis...

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



Prémisse

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

NDLR

- 1 Cette chronique est la deuxième d'une série qui a commencé dans l'[édition automne 2023/hiver 2024](#) de la revue *l'inhalo*.
- 2 Cet article expose une nouvelle situation fictive soulevant un ou des enjeux liés à de possibles activités en ligne par des inhalothérapeutes et les bonnes pratiques à adopter pour éviter les faux pas.
- 3 Par «**utilisation des médias sociaux**», on entend un usage fait à partir d'un ordinateur, d'un téléphone intelligent ou d'une tablette numérique, peu importe, si l'appareil est un bien personnel ou un outil professionnel.

L'OPIQ souhaitait ainsi

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

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

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

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

7P

1 Privé ou professionnel

2 Patient

3 Protection

4 Prudence

5 Publication

6 Positif

7 Publicité

Mise en situation

Manon a reçu une demande d'amitié sur sa page Facebook personnelle de la part de Johanne, l'épouse d'un des patients qu'elle suit à domicile. Cette demande, qu'elle a acceptée, se justifiait en raison des nombreuses heures passées à se côtoyer et de leur passion commune pour les voyages de plein air.

Or, en naviguant sur la page de Manon, Johanne a découvert que la mère de l'inhalothérapeute était au stade terminal d'un cancer. Jugeant que Manon subissait un niveau élevé de stress dans sa vie personnelle, elle craint que cette situation affecte sa capacité à offrir des soins optimaux à son mari gravement malade. La dame demande donc au CLSC d'assigner un(e) autre inhalothérapeute au suivi clinique à domicile de son époux.

Cette décision choque Manon, car elle a toujours veillé à séparer sa vie personnelle de sa vie professionnelle. Elle trouve injuste qu'on remette en question son aptitude à faire son travail sur la seule base d'informations repérées en ligne et sur sa page personnelle de surcroît.

À votre avis...

*À quels enjeux Manon est-elle confrontée ?
Quelles auraient été les bonnes pratiques à adopter ?*

Réponses et piste de réflexion

Enjeux de responsabilité et de distance professionnelle

Manon avoue qu'en acceptant « d'être amie » avec l'épouse de son patient, elle n'a pas réfléchi aux risques éventuels, comme le partage de ses renseignements personnels et que les commentaires — publiés à titre personnel — puissent avoir des répercussions dans sa vie professionnelle. De même, elle réalise que cette « amitié » a aussi réduit la distance professionnelle qu'elle souhaite respecter avec la patientèle et leurs proches.

Parmi les bonnes pratiques à adopter

- Séparer sa vie privée de sa vie professionnelle en créant au besoin deux comptes distincts pour dissocier les publications liées à sa vie personnelle de celles destinées à sa vie professionnelle.
- Respecter une distance appropriée dans la relation professionnelle avec sa patientèle et leurs proches.
- Préserver son image et sa réputation.
- Tenir compte :
 - du caractère permanent de tout ce qui paraît sur les médias sociaux;
 - de la nature publique de ses publications, peu importe les réglages utilisés;
 - du large spectre de diffusion de sa publication.

Demande d'amitié ... que répondre ?

Avant de faire ou d'accepter une demande d'amitié auprès d'une personne issue de votre sphère professionnelle (p. ex. : patient[e], collègues ou responsable), tenez compte des risques associés. À titre d'exemple (non limitatif) :

- partage de vos renseignements personnels (p. ex. lieu de résidence, informations sur vos enfants ou vos voyages);
- apparence ou interprétation erronée d'une relation amicale plutôt que professionnelle;
- bris ou biais dans la relation professionnelle que vous avez avec la patientèle.

Lors d'une demande d'abonnement non désirée, nous recommandons de la décliner poliment et de suggérer, au besoin, d'autres options d'affaires ou de communication professionnelle.

Message clé

L'utilisation des médias sociaux, malgré leurs atouts indéniables, comporte d'importants enjeux à considérer. Ainsi, pour en faire un usage responsable, il convient d'évaluer les avantages et les risques encourus avant de publier et de viser le meilleur équilibre qui soit.

En tout temps, l'inhalothérapeute doit respecter une distance professionnelle avec sa patientèle et leurs proches et mesurer les conséquences possibles de ses discussions en ligne sur son image et sa réputation personnelle ou professionnelle. ☀️



Patient difficile

Puis-je mettre fin à la relation thérapeutique ?

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

Au cours des derniers mois, plusieurs inhalothérapeutes ont sollicité des avis auprès du bureau du syndic et de la direction des affaires juridiques concernant des personnes qui ne collaboraient pas aux soins ou qui démontraient une agressivité excessive. En fait, les professionnel(le)s s'informaient de la possibilité de mettre fin aux soins et services offerts. Une réflexion éthique et déontologique s'impose...

Chaque situation étant unique, il nous apparaît opportun de vous fournir des éléments de réflexion qui guideront votre décision de poursuivre ou non la relation thérapeutique.

Quoi ?

L'article qui suit, loin d'être exhaustif, aborde plusieurs aspects à considérer avant de cesser une relation thérapeutique. Adapté de la méthode du questionnement, il se veut un outil de gestion simple pour accompagner l'inhalothérapeute à travers cette démarche.

Qui ?

Bien que la décision de mettre fin à une relation thérapeutique puisse provenir autant de la patientèle que du personnel soignant, cet article se concentre sur la réflexion de l'inhalothérapeute à cet égard.

Pourquoi ?

Plusieurs raisons ou circonstances peuvent motiver le fait que l'inhalothérapeute désire mettre fin à une relation thérapeutique (*voir tableau 1 à la page suivante*).

Comment ?

En plus des considérations déontologiques énoncées plus loin dans ce texte, on doit entamer une réflexion éthique et déontologique en lien avec la situation vécue. À cet égard, il faut en tout temps agir avec doigté et professionnalisme lorsqu'il est question de mettre un terme à une relation thérapeutique.

Tableau 1. Exemples de circonstances
(liste non exhaustive et non limitative)

CIRCONSTANCES	EXEMPLES
Absence de collaboration/adhésion au plan de traitement	Défaut de se présenter à ses rendez-vous, de façon répétitive, sans motif ni préavis Manifestation explicite de ne pas suivre le plan thérapeutique (CPAP, médicaments, respirateur, etc.)
Dégradation marquée du lien de confiance	Comportement inapproprié : <ul style="list-style-type: none"> • mensonges répétés; • violence; • langage abusif; • menaces; • harcèlement; • proposition de nature sexuelle.
Discrimination	Liée à la race (l'origine ethnique), le sexe, la religion, l'état civil, l'âge, la condition sociale, l'orientation sexuelle, les convictions politiques, la langue, etc.
Situations qui mettent en péril l'indépendance professionnelle	Pot-de-vin Conflit d'intérêts
Guérison, soins et suivis qui ne sont plus requis	Autogestion de la MPOC Accompagnement en cessation tabagique
Déménagement	—

En 2006, l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) a produit un article destiné aux médecins sur les situations de bris de relations thérapeutiques. Dans cet écrit, on mentionne que la plupart des organismes de réglementation de la médecine s'attendent généralement à ce que les médecins s'appuient sur des motifs raisonnables ou valables pour mettre fin à la relation thérapeutique. L'ACPM recommande aussi que le(la) professionnel(le) ait fourni des efforts suffisants pour tenter de résoudre la situation :

Avant de mettre un terme à la relation, vous devriez, dans la mesure du possible, essayer de régler la situation avec la personne concernée. Parlez-lui de vos attentes vis-à-vis de son comportement et expliquez-lui qu'en raison de son attitude, vous avez du mal à lui prodiguer les soins requis¹.

¹ <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2006/ending-the-doctor-patient-relationship>

Tableau 2. Quoi faire et comment

QUOI FAIRE	COMMENT
Documenter la situation vécue avec la personne et les circonstances qui conduisent à la fin projetée de la relation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> • Inscrire au dossier tous les incidents: les actions, les attitudes ou gestes reprochés, la date, l'heure, les circonstances, etc. • Aviser le médecin traitant ou l'IPS de la problématique et l'informer du bris de confiance, s'il y a lieu, dans la relation thérapeutique. • Le cas échéant, informer le médecin ou l'IPS que vous envisagez de mettre fin à la relation thérapeutique.
Prévenir la personne, à moins de circonstances exceptionnelles justifiant de rompre immédiatement la relation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> • L'avertir que ses actions — en précisant lesquelles — nuisent à la relation thérapeutique et qu'en l'absence de changement de sa part, vous mettez fin à cette relation. • Lui fournir les explications nécessaires à sa compréhension des services que vous lui rendez ou que vous envisagez d'interrompre.
Informers clairement la personne	<ul style="list-style-type: none"> • L'aviser de votre décision de terminer la relation thérapeutique et lui en expliquer les motifs. • Consigner rigoureusement au dossier l'information et le teneur des discussions.
Donner un préavis raisonnable	<ul style="list-style-type: none"> • Informer la personne suffisamment à l'avance de la date à laquelle la relation thérapeutique prendra fin. • Le délai devrait tenir compte de la nécessité d'assurer le continuum des soins médicaux ou du suivi, de l'accès à un(e) autre inhalothérapeute dans la région et du risque lié à la fin de la relation thérapeutique.
Préparer la transition	<ul style="list-style-type: none"> • Diriger la personne vers un(e) autre inhalothérapeute ou un(e) membre habilité(e) d'un autre ordre professionnel. • L'aviser que, dans l'intervalle, vous ne lui fournirez que des soins qui nécessitent une intervention immédiate. • L'informer de son état de santé et de l'importance d'assurer la continuité de ses soins. • Le cas échéant, inscrire une note au dossier indiquant que la personne requiert des soins réguliers ou immédiats. • L'aviser de son droit d'obtenir une copie de son dossier médical (que ce dernier sera transmis sur demande au nouveau prestataire de soins selon les règles prévues à cet effet. Le consentement du patient à ce transfert est requis). • Informer les membres de votre équipe et les autorités de la cessation de la relation thérapeutique et préciser comment transférer le dossier vers le nouveau professionnel traitant, avec le consentement de la personne. • Avertir le médecin traitant ou l'IPS de la fin de la relation thérapeutique et de la raison justifiant cette décision.

Considérations déontologiques — Principes directeurs

Avant de mettre un terme à une relation thérapeutique, l'inhalothérapeute doit considérer la situation problématique en fonction, notamment, des articles du *Code de déontologie*² qui suivent :

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 7. L'inhalothérapeute doit respecter le choix du client de consulter un autre membre de l'Ordre ou un membre d'un autre ordre professionnel.

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

Article 11. Si le bien du client l'exige, l'inhalothérapeute doit consulter un membre de l'Ordre ou un membre d'un autre ordre professionnel, ou le diriger vers l'une de ces personnes.

Article 11.1 L'inhalothérapeute doit, dès qu'il en a connaissance, dénoncer tout incident ou accident qui résulte de son intervention ou de son omission. L'inhalothérapeute ne doit pas tenter de dissimuler un tel incident ou accident. Lorsqu'un tel incident ou accident a ou peut avoir des conséquences sur la santé du client, l'inhalothérapeute doit prendre les moyens nécessaires pour le corriger, l'atténuer ou pallier les conséquences de cet incident ou accident.

Article 14. Avant de cesser d'exercer ses fonctions pour le compte d'un client, l'inhalothérapeute doit s'assurer que cette cessation n'est pas préjudiciable à son client.

Note : cette obligation présuppose que des services sont déjà fournis au client.

Article 15. L'inhalothérapeute ne peut refuser de prêter ses services lorsque la vie du client est en péril.

Article 16.1 L'inhalothérapeute ne peut conclure aucune entente ayant pour effet de mettre en péril l'indépendance, le désintéressement, l'objectivité et l'intégrité requis pour l'exercice de sa profession.



Article 18. L'inhalothérapeute doit s'abstenir d'intervenir dans les affaires personnelles du client sur des sujets qui ne relèvent pas de sa compétence professionnelle.

Article 19. L'inhalothérapeute doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il pourrait être en conflits d'intérêts.

Article 38. Outre les actes visés aux articles 59 et 59.1 du *Code des professions* (chapitre C-26) ou qui peuvent être posés en contravention de l'article 59.2 de ce code, est dérogoatoire à la dignité de la profession le fait pour un inhalothérapeute :

2° Avant de cesser d'exercer ses fonctions pour le compte d'un client, l'inhalothérapeute doit s'assurer que cette cessation n'est pas préjudiciable à son client.

Note : cette obligation présuppose que nous sommes en situation de continuum de soins et que des services sont déjà fournis au client.



² Tirés des articles 6, 7, 9, 11, 11.1, 14, 15, 16.1, 18, 19 et 38.2 du [Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec](#).

Vol d'auto : attention au clonage des clés électroniques!

Cloner votre clé électronique est un jeu d'enfant pour les malfaiteurs. Mais comment protéger votre véhicule contre ce type de vol? Et votre assurance auto couvre-t-elle votre voiture dans cette situation?



- Gardez votre clé électronique loin de la porte d'entrée et des fenêtres de votre résidence.
- Procurez-vous une boîte ou une pochette antivol qui bloque les champs électriques externes. Une boîte de métal enrobée de papier d'aluminium fait aussi l'affaire.
- Utilisez une canne antivol.
- Garez-vous dans un lieu achalandé ou bien éclairé.
- Évitez de laisser des objets précieux à la vue. Cachez-les dans le coffre arrière.
- Serrez le frein d'urgence. Remorquer l'auto sera moins facile pour les voleurs.

Comment les voleurs opèrent-ils?

Munis de logiciels spécialisés et d'appareils mobiles, les voleurs agissent en moins d'une minute. Ils arrivent même à contourner le dispositif antivol intégré.

C'est simple. La clé électronique communique en tout temps avec l'ordinateur du véhicule. À l'aide d'un balayeur d'ondes, à l'extérieur du domicile, les malfaiteurs captent le signal émis par la clé. Ils créent alors une copie de la clé en quelques secondes, déverrouillent la voiture et démarrent.

Dans certains cas, ils entrent par effraction dans l'auto pour brancher un dispositif sur la prise universelle (*on-board diagnostics*). Ils obtiennent ainsi l'accès au code de la clé et la clonent. Les véhicules volés sont ensuite vendus en pièces détachées, revendus, exportés ou utilisés pour accomplir d'autres crimes.

Comment protéger votre voiture?

Chaque année, le BAC publie son palmarès des 10 voitures les plus volées. Les voitures les plus visées (en général de 4 ans ou moins) sont pour la plupart livrées avec une clé intelligente ou un dispositif de démarrage à bouton-poussoir.

Si votre auto est une cible de choix pour les voleurs, équipez-la d'un système de repérage par satellite. Elle deviendra plus facile à retracer en cas de disparition.

Vous pouvez également vous procurer un protecteur OBD (*on-board diagnostics*). C'est un capuchon très solide qui bloque l'accès à la prise OBD.

Il existe aussi d'autres moyens de diminuer le risque de vol d'auto :

- Ne laissez pas votre véhicule sans surveillance avant d'avoir fermé les fenêtres et retiré la clé de contact.
- Faites buriner les pièces importantes (convertisseur catalytique, moteur, roues, feux, pare-brise).

Et les assurances dans tout ça?

Tout dépend de votre police d'assurance. Pour protéger votre véhicule contre le vol, votre contrat doit inclure une protection *Tous risques* ou *Tous risques sauf collision et renversement* (Chapitre B du contrat). Votre conseiller en assurance pourra vous aider à déterminer l'option adaptée à vos besoins.

Que faire si on vole votre voiture?

D'abord, contactez la police locale pour obtenir un rapport de police. Vous devrez présenter le numéro de ce rapport pour effectuer votre réclamation d'assurance. Ensuite, appelez votre assureur et soumettez votre réclamation.

Bref, les voleurs de voitures ont adapté leurs méthodes aux nouvelles technologies. C'est un domaine lucratif. Mieux vaut donc assurer votre auto en conséquence.

beneva

ASSURANCE
AUTO

Les gens
qui protègent
des gens

Les assurances de dommages sont souscrites par Société d'assurance Beneva inc. et distribuées par Beneva inc., agence en assurances de dommages et ses partenaires autorisés. © Beneva inc. 2024 ¹⁰⁰ Le nom et le logo Beneva sont des marques de commerce de Groupe Beneva inc. utilisées sous licence.

Argent au féminin: toujours les mêmes obstacles

D'ici la prochaine décennie, il est estimé qu'environ 900 milliards de dollars d'actifs passeront d'une génération à l'autre lors du plus grand transfert de richesse de l'histoire canadienne ¹. Qu'elles s'apprentent à prendre le relais de l'entreprise familiale, qu'elles réfléchissent à la suite des avoirs qu'elles ont cumulés, qu'elles préparent l'avenir de leurs enfants ou de leurs proches, les femmes ont tout intérêt à suivre leur argent de près. Deux expertes de la Banque Nationale vous expliquent pourquoi.

Inégalités en connaissances financières

L'iniquité en matière de littératie financière et un manque d'exposition à la gestion des finances de leur ménage expliqueraient pourquoi moins de femmes que d'hommes se sentent à l'aise de prendre des décisions financières. La proportion de femmes ayant répondu correctement aux cinq questions de la plus récente Enquête canadienne sur les capacités financières est environ 30% inférieure à celle des hommes ². Dans les couples hétérosexuels où le conjoint est le principal responsable des finances, l'écart croît à 70%.

« Dans la répartition des tâches dans le couple, les femmes ont tendance à confier la gestion des finances à leur conjoint. Ça peut être un bon arrangement, tant que des discussions sont planifiées régulièrement pour faire le point sur leurs finances. » - Lucie Blanchet, première vice-présidente à la direction, Particuliers et Expérience client, Banque Nationale

Or, les obstacles chez les femmes sont nombreux. La charge mentale et les responsabilités familiales leur laissent peu de temps pour s'intéresser à l'argent. De plus, les modèles d'inspiration féminins dans l'industrie financière sont plutôt rares.

« Parler d'argent est parfois associé à tort à un discours capitaliste qui ne correspond pas à l'idéal féminin que projette la société. » - Nancy Paquet, première vice-présidente à la direction, Gestion de patrimoine, Banque Nationale

Voir la santé financière autrement

Sans être le plus romantique des sujets, l'argent est pourtant fondamental au mieux-être d'un couple ou d'une famille. Les soucis financiers peuvent générer du stress et avoir des répercussions sur le sommeil, sur la digestion, et même sur la santé mentale.

« L'argent implique des chiffres, mais n'est pas strictement rationnel et mathématique: ça demeure hautement émotif. Prendre en charge sa sécurité financière, c'est s'occuper des gens qu'on aime et protéger leur avenir. » - Nancy Paquet, première vice-présidente à la direction, Gestion de patrimoine, Banque Nationale

Mieux vaut donc reconnaître que la santé financière fait partie de la santé globale et s'y intéresser de la même façon, c'est-à-dire en s'informant, en se fixant des objectifs et en posant les actions nécessaires pour les atteindre. Tout commence par une introspection, selon Lucie Blanchet: « Êtes-vous satisfaite de l'importance que vous accordez à la gestion de vos finances? Si la réponse est non, qu'aimeriez-vous y changer? »

Créer des moments pour parler d'argent

L'argent et la gestion des finances sont encore des sujets tabous. La gêne à parler de chiffres nuit aux échanges possibles sur les approches gagnantes à adopter pour bien gérer ses finances. Cela peut devenir un danger lorsque des gens se renseignent auprès de sources non fiables pour prendre des décisions financières.

Enfin, il est tout aussi à propos de discuter d'argent et d'économie avec son entourage et ses enfants. « On peut profiter d'un souper entre amis et parler de finances une fois par mois, donne en exemple Nancy Paquet. Ça enlève toute pression parce qu'il n'y a pas de mauvaise question quand on est avec des proches. »

Obtenir de l'accompagnement professionnel

L'accompagnement contribue à améliorer sa confiance, son bien-être et sa résilience financière, surtout dans un contexte d'incertitude. Une étude confirme que les gens qui travaillent avec une planificatrice financière ou un planificateur financier et qui respectent leur plan ressentent moins de stress que les autres en matière d'argent, et que cela a des retombées positives sur la résilience de leur ménage sur le plan financier ³.

Les conseillères et les conseillers de votre institution financière possèdent la formation, les compétences et les outils nécessaires pour assurer votre mieux-être financier, et ce, à toutes les étapes du parcours de votre vie.

« Votre conseillère ou votre conseiller vous accueille comme vous êtes et sans jugement, peu importe votre âge, votre situation personnelle ou votre bilan. Ce qui compte, c'est de vous accompagner vers l'autonomie financière et la réalisation de vos grands projets de vie. » - Nancy Paquet, première vice-présidente à la direction, Gestion de patrimoine, Banque Nationale »

Découvrez l'offre de la Banque Nationale pour les inhalothérapeutes en visitant le bnc.ca/sante.

Pour tout conseil concernant vos finances et celles de votre entreprise, veuillez consulter votre conseiller de la Banque Nationale, votre planificateur financier ou, le cas échéant, tout professionnel (comptable, fiscaliste, avocat, etc.).



Ministère de la Santé et des Services sociaux

- Comité consultatif ad hoc du MSSS sur les travaux relatifs à l'application de la *Loi sur les renseignements de santé et des services sociaux (LRSSS)*
- Rencontres avec la Direction de l'attraction de la main-d'œuvre (vaccination et élargissement des pratiques)
- Rencontre avec Daniel Paré, sous-ministre de la santé et Richard Deschamps, sous-ministre associé, Direction générale des ressources humaines et de la rémunération (DGRHR)
- Rencontre sur l'organisation clinique en première ligne

Ministère de l'Enseignement supérieur

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

Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)

- Assemblée des membres
- Assemblée générale
- Remise du prix CIQ
- Assemblée spéciale sur la modernisation du système professionnel
- Forum des directions générales

- Forum des présidents
- Forum de l'admission
- Forum des syndicats
- Comité scientifique et organisateur pour la Journée des syndicats
- Forum des responsables des dossiers de pratique illégale et d'usurpation de titre
- Forum des conseillers juridiques
- Forum des secrétaires de conseil de discipline
- Table sectorielle des ordres de la santé et des relations humaines
- Réseau des communicateurs du système professionnel
- Colloque *La relève au sein du système professionnel : enjeux et perspectives*
- Colloque *La santé mentale et les professions*
- Groupe de travail sur la protection du public

Table de collaboration interordre de la santé et des services sociaux

- Comité de pilotage
- Rencontre des ordres

Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire

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

Office des professions/CIQ/adjoint parlementaire de la ministre responsable de l'application des lois professionnelles

- Séance de consultation dans le cadre du chantier de modernisation du système professionnel

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

- Rencontres diverses : élargissement des pratiques, sédation-analgésie, troubles du sommeil

Divers

- Remise de prix — Collège des médecins
- Rencontres avec étudiants/étudiantes de 2^e et 3^e année des maisons d'enseignement du programme d'inhalothérapie
- Congrès annuel de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires (SCTR)

COSR

Congrès Québécois en Santé Respiratoire

13 & 14 novembre 2024

Grand Quai du Port de Montréal
Inscription en ligne: congrescqsr.ca

Formation accréditée



Formation continue

Nouvelle activité de formation

- **OPIQ-9001**
L'évaluation clinique: assise de la pratique professionnelle

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

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

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

[En savoir plus...](#)

Nouvelle activité de développement professionnel continu (DPC)

offerte par l'Université de Montréal

Crise climatique et santé planétaire

- Série de 10 webinaires
- Formation entièrement à distance et asynchrone

> [Info et inscription](#)

N. B. Sans attestation, le visionnement d'un ou plusieurs webinaire(s) peut être comptabiliser comme activité d'autoapprentissage (maximum de 5 heures par période de référence de 2 ans).

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

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

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

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



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](#).

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)


> Nouvelle publication

Aide-mémoire :

champ d'exercice des prescripteurs (autres que les médecins)



Dans le but d'outiller les divers acteurs du réseau de la santé, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux a conçu un aide-mémoire sur le champ d'exercice des professionnel(le)s de la santé — autres que les médecins — qui détiennent un droit de prescrire des médicaments. Cet outil inclut les inhalothérapeutes.



INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

MARS 2024

AIDE-MÉMOIRE
CHAMP D'EXERCICE DES PRESCRIPTEURS
DE MÉDICAMENTS AUTRES QUE LES MÉDECINS

Pour obtenir plus de détails
cliquez sur les mots soulignés

Cet aide-mémoire présente l'information relative aux professionnels de la santé qui détiennent un droit de prescrire des médicaments, à l'exception des médecins. Pour plus d'information sur leur droit de prescrire, veuillez consulter la Loi médicale. L'information contenue dans ce document est sujette aux lois et règlements en vigueur. En cas de conflit entre l'information fournie et les dispositions légales, les lois et règlements prévalent.

TABLEAU RÉSUMÉ
DROIT DE PRESCRIRE ET ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT

SOMMAIRE

PROFES- SIONNEL DE LA SANTÉ	PRESCRIPTION		
	ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE	MÉDICAMENTS <small>L'aptitude de prescrire inclut l'initiation, l'ajustement ou l'arrêt du produit ou de la substance prescrite</small>	ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS OU D'AUTRES SUBSTANCES
Dentistes	• À des fins diagnostiques	• Médicaments ou autres substances, dans le cadre de l'exercice de la médecine dentaire	
Diététistes	• Pour la détermination et le suivi d'un plan de traitement nutritionnel	• Substances autorisées seulement	• Administration de médicaments ou d'autres substances • Ajustement de l'insuline et des antidiabétiques
Infirmières et infirmiers	• Dans le cadre des soins de plaies • Dans le cadre de l'application de la <i>Loi sur la santé publique</i>	• Dans le cadre des soins de plaies, de la santé publique ou des problèmes de santé courants	• Selon une ordonnance? • Dans le cadre d'une activité qui découle du Programme national de santé publique (p. ex. vaccination)
Infirmières et infirmiers praticiens spécialisés (IPS)	• À des fins diagnostiques, selon sa classe de spécialité	• Médicaments ou autres substances, selon sa classe de spécialité	• Administration et ajustement d'un médicament • Selon une ordonnance?

Tableau résumé :
Droit de prescrire et administration d'un médicament 1

Champ d'exercice des :

- › Dentistes 2
- › Diététistes 3
- › Infirmières et infirmiers 4
- › Infirmières et infirmiers praticiens spécialisés (IPS) 6
- › Inhalothérapeutes 8
- › Optométristes 10
- › Pharmaciens et pharmaciennes 12
- › Podiatres 16



DEVENEZ MEMBRE DE LA SCT

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

Pour plus d'informations



Vous ne nous suivez pas encore sur les réseaux sociaux?

C'est par ici!

▽






publications externes d'intérêt

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

- > [ANNALS OF ALLERGY, ASTHMA & IMMUNOLOGY](#)
[Anaphylaxis: A 2023 practice parameter update](#)
(février 2024)

Cette mise à jour des paramètres de pratique se concentre sur sept domaines dans lesquels il existe de nouvelles preuves et de nouvelles recommandations.

- > INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS) | [RÉPERTOIRE DES PUBLICATIONS](#)
 - [Expression des volontés au regard des objectifs de soins et de la décision relative à la réanimation cardiorespiratoire](#)
(février 2024)
 - [Pertinence des consultations et tests préopératoires pour une chirurgie élective à faible risque chez les personnes de 16 ans et plus](#) (avril 2024)
 - [Portrait de la maladie pulmonaire obstructive chronique au Québec de 2016 à 2022 : résultats d'indicateurs sur le parcours de soins](#) (avril 2024)
 - [Portrait de la polypharmacie et de l'usage de médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées au Québec](#) (mai 2024)
- > SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE
[La prise en charge de l'asthme léger et très léger chez les enfants d'âge préscolaire, les enfants et les adolescents](#) (décembre 2023)

- > SOCIÉTÉ CANADIENNE DES ANESTHÉSIOLOGISTES
[Guide de l'exercice de l'anesthésie](#) (édition révisée 2024)

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

Guide pratique des biais cognitifs

- > [RACCOURCIS](#)

Encyclopédie bilingue qui explore les biais cognitifs et propose 26 articles de vulgarisation scientifique sur le sujet, permettant ainsi un tour d'horizon des plus complets pour la compréhension de ces pièges de la pensée.

Institut national de santé publique (INSPQ)

- > [Inégalités sociales de santé](#)
- > [Surveillance des inégalités sociales de santé](#)

Société canadienne du cancer/Info-tabac

- > [Démystifier les mythes entourant le tabagisme et le vapotage](#)

* **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.

questionnaire de formation continue

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



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

- *Le social qui tue, un ennemi invisible* par Geneviève Morin (p. 8-11)
- *Biais cognitifs c. objectivité et rigueur scientifique* par Marise Tétreault (p. 18-23)
- *Connaître les changements physiologiques liés au vieillissement pour mieux soigner* par Marily Lavoie (p. 24-27)

- 01** À propos des inégalités sociales de santé (ISS), lequel ou lesquels des énoncés suivants est ou sont vrai(s)?
1. Les ISS entraînent des disparités dans l'accès aux soins de santé, les résultats de santé et les comportements de santé.
 2. Les DSS influencent les ISS en agissant sur la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources qui, à leur tour, définissent les conditions de la vie quotidienne.
 3. La réduction des ISS chez les jeunes enfants contribue à limiter les maladies chroniques et à briser le cycle de la pauvreté et des problèmes de santé d'une génération à l'autre.
 4. Les ISS englobent les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.
- a) 1, 2 et 3
b) 4 seulement
c) 1 et 3
d) 2 et 4
e) 1, 2, 3 et 4

- 02** **VRAI ou FAUX**
- La santé d'un individu est influencée par des déterminants qui vont au-delà de la génétique et du comportement individuel.

- 03** **VRAI ou FAUX**
- La réduction des inégalités sociales de santé (ISS) a moins d'impact que les soins cliniques sur la santé des populations.

- 04** **Qui suis-je?**
- Utilisation inconsciente et automatique de raccourcis qui reposent, entre autres, sur des expériences passées et la perception d'une situation spécifique dans le but de prendre une décision clinique fiable rapidement sans avoir recours à la formulation consciente d'une hypothèse appuyée sur des données scientifiques.
- a. Euristiques
b. Hypothèses
c. Biais cognitifs
d. Biais conscients

- 05** **Quel type de biais est mis en évidence dans l'exemple suivant?**
- Hier, deux enfants ont été transférés de l'urgence aux soins intensifs en raison d'un asthme sévère non contrôlé. Aujourd'hui, un troisième enfant, qui présente des symptômes similaires, a aussi été transféré aux soins par le même jeune médecin... qui n'a peut-être pas envisagé d'autres possibilités diagnostiques.

- a. Biais d'ancrage
b. Biais de conclusion prématurée
c. Biais de disponibilité
d. Biais de confirmation

- 06** **Qui suis-je?**
- Situation où l'attention de la personne est tellement focalisée sur un objectif, qu'elle n'entend ni ne voit les signaux d'alerte qui devraient l'amener à modifier son approche, voire à l'arrêter avant que ne survienne un événement indésirable et évitable.
- a. Biais d'attribution
b. Biais conscients
c. Effet d'entraînement
d. Effet tunnel

- 07** À propos des effets du vieillissement sur le système cardiovasculaire, lequel des énoncés suivants est faux?
- a. Le vieillissement a peu ou pas d'influence sur la fréquence cardiaque, cependant, la capacité d'augmenter la fréquence cardiaque est réduite chez la personne âgée.
- b. Le vieillissement n'affecte pas le nombre de cellules responsables de la contraction du muscle cardiaque (cardiomyocytes). Par contre, les cellules deviennent plus rigides et volumineuses avec l'âge.

- 08** À propos des effets du vieillissement sur le système respiratoire, lequel des énoncés suivants est faux?
- a. Avec l'âge, il y a une augmentation du tissu fibreux peu élastique associée à une régression du tissu élastique, ce qui se traduit par une perte d'élasticité.
- b. En vieillissant, la réponse du centre respiratoire face aux différents stimulus devient plus efficace.

- 09** À propos des effets du vieillissement sur le système immunitaire, lequel des énoncés suivants est faux?
- a. Le vieillissement du système respiratoire affecte négativement la qualité et la quantité de mucus sécrétés.
- b. Avec le vieillissement, l'épiderme et les muqueuses s'amincissent et se fragilisent ce qui diminue la barrière de sécurité. Les personnes âgées sont donc plus à risque d'infection.

- 10** **VRAI ou FAUX**
- Le vieillissement amène une diminution de la quantité et de la qualité des cellules phagocytaires et des cellules tueuses naturelles, ce qui rend ce mécanisme de défense moins performant.

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