



l'inhalo

automne 2025 / hiver 2026

DOSSIER
SPÉCIAL CONGRÈS 2025

CHRONIQUE
DÉONTOLOGIE / inh.: 3 LETTRES RESPONSABLES

Wixela^{MD} Inhub^{MD}

(propionate de fluticasone
et salmétérol en poudre
pour inhalation, USP)



100 mcg / 50 mcg

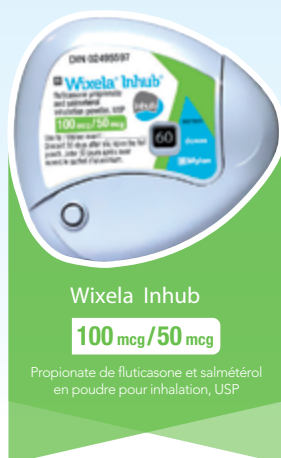
250 mcg / 50 mcg

500 mcg / 50 mcg

La solution de remplacement bioéquivalente pour les patients atteints d'asthme ou de MPOC



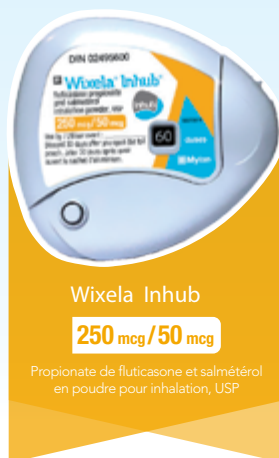
L'image présentée est pour fins d'illustration
uniquement et n'est pas l'image d'un patient réel.



Wixela Inhub

100 mcg / 50 mcg

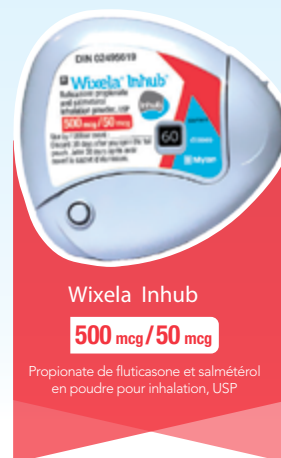
Propionate de fluticasone et salmétérol
en poudre pour inhalation, USP



Wixela Inhub

250 mcg / 50 mcg

Propionate de fluticasone et salmétérol
en poudre pour inhalation, USP



Wixela Inhub

500 mcg / 50 mcg

Propionate de fluticasone et salmétérol
en poudre pour inhalation, USP

Remboursé par la RAMQ et la plupart des assureurs privés.

Visionnez la vidéo de démonstration à l'adresse WIXELA.CA

Wixela Inhub (propionate de fluticasone et salmétérol), une association d'un corticostéroïde en inhalation (CSI) et d'un bêta₂-agoniste à longue durée d'action (BALA), est indiqué pour le traitement d'entretien de l'asthme chez les patients atteints d'une maladie obstructive réversible des voies respiratoires. Wixela Inhub doit être prescrit aux patients dont l'asthme n'est pas maîtrisé de manière satisfaisante par un médicament de prévention au long cours, comme un CSI, ou dont la gravité de la maladie justifie clairement un traitement par un CSI et un BALA.

Wixela Inhub 250 mcg/50 mcg et Wixela Inhub 500 mcg/50 mcg sont indiqués pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), y compris l'emphysème et la bronchite chronique, lorsque l'utilisation d'une association médicamenteuse est jugée appropriée.

Consultez la monographie de produit à <https://produits-sante.canada.ca/dpd-bdpp/index-fra.jsp> afin d'en savoir plus sur :

- Les contre-indications relatives aux réactions allergiques au lactose ou au lait à médiation par les IgE, à la tachycardie, aux infections des voies respiratoires non traitées de nature fongique, bactérienne ou tuberculeuse et au traitement principal de l'état de mal asthmatique ou d'autres crises d'asthme aiguës
- Les autres mises en garde et précautions pertinentes relatives aux événements graves liés à l'asthme (hospitalisations, intubations, décès), au traitement des symptômes aigus de l'asthme ou de la MPOC, à l'emploi excessif et à l'emploi avec d'autres médicaments renfermant un BALA, à l'arrêt brusque du traitement, à la prudence nécessaire chez les patients qui souffrent de troubles cardiovasculaires, aux effets sur le système nerveux central, aux symptômes de spasmes, d'irritation ou d'enflure laryngés, à la prudence nécessaire lors du passage d'une corticothérapie à action systémique à une corticothérapie en inhalation, aux effets endocriniens systémiques, aux changements métaboliques réversibles, aux troubles éosinophiliques, à l'effet plus marqué des corticostéroïdes en présence de cirrhose, aux réactions d'hypersensibilité immédiates, à la candidose, au masquage de certains signes d'infection et de nouvelles infections, aux répercussions plus graves de la varicelle et de la rougeole, au glaucome, aux cataractes, à la choriorétinopathie séreuse centrale, aux bronchospasmes paradoxaux, à la pneumonie (patients atteints de MPOC) et à la surveillance active durant le traitement prolongé
- Les conditions d'usage clinique, les réactions indésirables, les interactions médicamenteuses et les instructions posologiques

La monographie de produit peut également être obtenue en téléphonant au 1 844 596-9526.

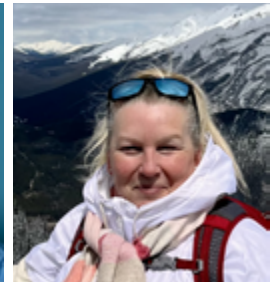
WIXELA^{MD} et INHUB^{MD} sont des marques déposées de Mylan Pharmaceuticals ULC, une société de Viatriis.

VIATRIS et VIATRIS & Design sont des marques déposées de Mylan Inc., utilisées avec permission par Mylan Pharmaceuticals ULC, une société de Viatriis.

©2024 Viatriis Inc. Tous droits réservés. CA-WIX-2024-00005F – DE2024.



VIATRIS^{MD}



Avant-propos	4
Le mot de la présidente	5
Dossier	
Spécial congrès 2025	
Accompagner avec justesse : comprendre les mécanismes de défense et gérer les personnalités complexes	7
Robots et automatisation au bloc opératoire et en soins critiques : quand, comment, pourquoi ?	11
La vidéolaryngoscopie au-delà des chiffres	17
Profession : inhalothérapeute	
Marise Tétreault honorée du <i>Mérite du CIQ</i> 2025	21
À l'avant-scène	23
Moments forts du 49 ^e congrès	24
Tableau d'honneur 2025	25

Actualités	
Semaine pour un Québec sans tabac	16
Congrès 2026 : appel de propositions de conférence	27
Médias sociaux / enjeux + bonnes pratiques	
À votre avis...	28
Déontologie / inh. : 3 lettres responsables	
Discussions avec mes patients	30
Assurances	34
Babillard	36
Questionnaire	40

sommaire

VERSION INTERACTIVE

Repérez ces icônes qui indiquent des liens



courriel



texte hyperlié



tableau hyperlié



page hyperliée



l'inhalo

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

Présidente

Karine Grondin, inh., FCSRT

Administrateurs et administratrices

Mohamed Belhadj, inh., Josée Boudreault, inh., Cédric
Mailloux, inh. (vice-président), Nikolay Moroz, inh., Julie
Perron, inh., Gabrielle St-Pierre, inh. (trésorière), Valérie
Tremblay, inh., Annie Turcotte, inh.

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

Philippe Barcelo, Cécile Beaumont, Manon Bonnier,
Nikolas Lefebvre

PERMANENCE

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

Directrice des affaires juridiques par intérim
M^{me} Marie-Chantal Lafrenière

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

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

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

**Secrétaire général adjoint
et directeur de l'admission et des services administratifs**
Pascal Rioux, inh., M.A.P., Adm. A.

Coordonnatrice aux technologies de l'information
Francine Beaudoin

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

Adjointe de direction
Absente

Collaboratrice aux affaires juridiques
Anie Gratton

Chargée du Tableau des membres et des communications
Peggy Casse

Collaboratrice à la qualité de l'exercice
Ophélie Dréau

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

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

MAGAZINE

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

Collaborateurs et collaboratrices
Bernard Cadieux, inh., M. Sc., M.A.P., Karine Grondin, inh.,
FCSRT, Maxime Hébert, inh., Ph. D., D^r Thomas Hemmerling,
D^r Pascal Lafrenière-Langlois, D^r Louis Morrison, Pascal Rioux,
inh., Adm. A., D^r Issam Tanoubi, Marise Tétreault, inh., M.A.

**ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES
DU QUÉBEC, 2025**
Tous droits de reproduction réservés.
Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.
Bibliothèque et Archives Canada
ISSN 2368-3112

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

Publicité
CPS Média
43, avenue Filion, Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R0
Tél. : 1 866 227-8414 poste 310
Émilie Pilon, gestionnaire de compte
Courriel : epilon@cpsmedia.ca

**Publication semestrielle
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
Télééc. : 514 931-3621
Courriel : info@opiq.qc.ca

Envoi de publication : contrat n° 400 647 98

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

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



AVANT-PROPOS

***Le savoir est la seule matière
qui s'accroît quand on la partage.***

— Socrate

L'édition d'octobre dernier de notre congrès a une fois de plus démontré la force et la vitalité de notre communauté professionnelle. Cette rencontre annuelle s'affirme comme un lieu privilégié de dialogues, de savoirs et d'innovation, où les idées se croisent et enrichissent nos pratiques au quotidien.

Vous trouverez, dans cette nouvelle parution de la revue consacrée à l'évènement, plusieurs résumés de conférences qui ont marqué le congrès par la qualité des réflexions et la richesse des perspectives présentées. La chronique déontologique propose, quant à elle, un regard éclairant sur divers aspects de la communication. Nous remercions chaleureusement D^r Pascal Laferrière-Langlois, D^r Issam Tanoubi, Maxime Hébert, inh. et Marise Tétreault, inh., pour leur contribution à cette édition.

Un retour en images vous permettra aussi de revivre la cérémonie de remise des prix et distinctions 2025, un moment toujours empreint de fierté et d'émotion, célébrant l'excellence, la rigueur et l'engagement de nos pairs. Ensemble, par votre dévouement et votre passion, vous faites rayonner notre profession et en assurez l'évolution constante.

Bonne lecture!

L'équipe de la permanence accueille madame Catherine Provencher-Martineau à titre de conseillère à la qualité de l'exercice et inspectrice.

Nous lui souhaitons la plus cordiale bienvenue et lui adressons nos vœux de succès dans ce nouveau défi professionnel.

Joyeuses fêtes!

En cette période de réjouissances, recevez nos plus sincères souhaits de bonheur et de santé. Puisse l'année qui vient être pour vous source d'élan, d'inspiration, de belles réussites et d'occasions de vous réaliser pleinement.



Le comité éditorial

Banque Nationale	35
Beneva	6
CISSS de l'Outaouais	20
FIQ	18

Southmedic	15
Trudell Solutions Santé inc.	10
Viatrix Canada	2



index des annonceurs



MOT DE LA PRÉSIDENTE

**Le leadership n'est pas un titre,
c'est un comportement.**

— John C. Maxwell



L'identité professionnelle et le sentiment d'appartenance des inhalothérapeutes à l'égard de la profession reposent sur leur engagement constant envers la santé cardiorespiratoire, une expertise reconnue et une participation active au sein du système de santé québécois. Le maintien des compétences, la collaboration interprofessionnelle, le jugement clinique et la rigueur scientifique constituent les assises de notre pratique et soutiennent l'exercice du *leadership* professionnel.

Le *leadership* en santé représente un levier fondamental pour l'amélioration continue de la qualité des soins et services. Exercer ce *leadership* se traduit, en premier lieu, par l'engagement envers le développement professionnel. Dans un domaine en constante évolution, l'inhalothérapeute, qui démontre du *leadership*, cultive sa curiosité, reste à l'affût des meilleures pratiques et maintient à jour ses compétences techniques et relationnelles. Cette posture professionnelle d'apprentissage continu permet d'adapter nos interventions aux nouvelles données scientifiques dans divers contextes cliniques.

La collaboration au sein de l'équipe multidisciplinaire occupe, quant à elle, une place centrale dans l'exercice d'un *leadership* clinique positif. La contribution des inhalothérapeutes à un climat de confiance et à une coordination efficace permet de mobiliser les expertises complémentaires, d'appuyer les décisions concertées et de maximiser la synergie d'intervention, au bénéfice de la clientèle. Le partage des savoirs professionnels et le soutien au développement des autres membres de l'équipe s'inscrivent aussi dans cette démarche.

Finalement, aux quatre assises mentionnées, j'ajouterais « placer le patient au centre de toutes nos interventions ». Il s'agit ici de faire valoir la perspective de l'usager lors d'échanges multidisciplinaires, de promouvoir l'accès à des soins sécuritaires et humanisés et de participer activement à l'optimisation des trajectoires de soins. L'élaboration de

plans cliniques appropriés incluant des cibles thérapeutiques s'inscrit dans cette dynamique. Peu importe le contexte clinique — situations complexes et urgentes, gestion des maladies chroniques, enseignement, réadaptation cardiorespiratoire, etc. —, l'inhalothérapeute *leader* analyse les données, anticipe les risques et propose des interventions adaptées. Il utilise son raisonnement clinique pour assurer une prise en charge individualisée, respectueuse et efficace, qui favorise un prompt rétablissement.

L'exercice du *leadership* clinique requiert l'engagement, la capacité d'initiative et la mobilisation autour d'objectifs communs. Exprimer vos opinions, piloter des projets structurants, rassembler vos pairs autour d'une idée et accompagner vos collègues vers l'atteinte de résultats concrets constituent les fondements d'un changement positif et pérenne. Si la démarche peut s'avérer exigeante, parfois même intimidante, rappelez-vous : « le *leadership*, c'est de l'influence, rien de plus, rien de moins » (J. C. Maxwell) ; une influence constructive sur notre pratique professionnelle et sur la qualité des soins et services offerts à la population.

À l'aube des fêtes, je vous adresse mes vœux les plus chaleureux pour un Noël lumineux et une nouvelle année inspirante.



Karine Grondin, inh., FCSRT
Présidente

Membres de l'OPIQ

Profitez de rabais exclusifs

Beneva est fière d'assurer les activités professionnelles des membres de l'Ordre depuis **plus de 35 ans** !

C'est gratuit :

- assistance routière*
- assistance juridique
- assistance psychologique en cas de sinistre

C'est simple :

- faites vos réclamations auto 100 % en ligne

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

Mentionnez votre numéro de groupe :
10066



beneva

Les gens
qui protègent
des gens

ASSURANCES AUTO, HABITATION
ET VÉHICULES DE LOISIRS

* En combinant assurance auto et habitation | 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. 2025 ^{MD} Le nom et le logo Beneva sont des marques de commerce de Groupe Beneva inc. utilisées sous licence.

Accompagner avec justesse : comprendre les mécanismes de défense et gérer les personnalités complexes

par **Maxime Hébert**, inh., B.A., Ph. D. (c)



maxime.hebert@uqtr.ca

L'inhalothérapeute, dans son rôle clinique, gagne à créer une relation de confiance pour accompagner les patients lors de l'annonce d'un diagnostic et pour favoriser l'adhésion thérapeutique. Pour ce faire, il importe de faire preuve d'empathie dans le but de renforcer l'alliance thérapeutique.

Un mot sur l'auteur

Maxime Hébert est inhalothérapeute depuis 2012. Il a exercé dans plusieurs milieux cliniques de la profession, notamment à l'urgence, en salle d'opération et en clinique de soins du sommeil.

En 2014, il s'est orienté vers la psychologie, domaine dans lequel il termine actuellement son doctorat. Il agit comme chargé de cours dans plusieurs départements de l'Université du Québec à Trois-Rivières et enseigne à divers professionnels de la santé, dont les étudiants et étudiantes de l'année préparatoire en médecine à l'Université de Montréal, campus Mauricie. Il poursuit également ses activités de recherche.

Dans le présent article, nous discuterons de l'importance de cette alliance thérapeutique, de la distinction entre l'empathie et la sympathie, avant de passer en revue les principaux mécanismes de protection des patients. Lors de l'annonce d'un diagnostic et/ou au début d'un nouveau traitement, les mécanismes de défense employés par les patients sont une manière de se protéger contre l'angoisse face à la nouveauté ou à une situation inconnue.

L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est le lien de confiance mutuelle qui se crée entre le professionnel de la santé et son patient. Cette alliance est importante puisqu'elle aide à améliorer la qualité de vie de ces derniers et permet d'obtenir de meilleurs résultats de traitements en psychothérapie, en réadaptation, en physiothérapie (Boeckxstaens *et al.*, 2020¹) et en médecine (Decety, 2020²).

Tant le patient que le professionnel ont un rôle à jouer pour renforcer le lien de confiance. L'inhalothérapeute peut l'accroître par son accueil chaleureux, son empathie et son écoute active. De son côté, le patient gagne la confiance du professionnel en s'impliquant activement dans son traitement, ce qui incite ce dernier à lui offrir un soutien encore plus grand (Hétu, 2014³).

L'écoute active consiste à écouter avec empathie pour tenter de mieux comprendre la réalité du patient et ses réactions. Le but est de diminuer l'asymétrie entre le professionnel et le patient. On peut, par exemple, reformuler les propos du patient pour lui signifier qu'on a bien compris ce qu'il nous dit : « Peut-être que je me trompe, mais cet

...

examen, c'est de l'inconnu pour vous. » Le fait que le professionnel fasse preuve d'écoute à son égard et essaie de comprendre son vécu aide le patient à se sentir moins seul face à la maladie. L'alliance thérapeutique est ainsi grandement renforcée.

L'empathie et la sympathie

Un professionnel de la santé fait preuve d'empathie lorsqu'il ressent les problèmes de ses patients et qu'il les voit de leur point de vue, tout en maintenant une certaine distance émotionnelle par rapport à la situation (Hétu, 2014).

La sympathie, c'est éprouver un sentiment semblable à celui d'autrui, comprendre son vécu, y réagir et tendre vers la réciprocité de ses sentiments (Hétu, 2014). L'inhalothérapeute qui s'identifie trop à la situation particulière d'un patient peut s'interroger sur les raisons de cette réaction. Cette situation lui rappelle-t-elle un aspect de sa propre vie ou de son histoire personnelle ? Si oui, cela pourrait expliquer pourquoi le soignant, tout comme son patient, est lui aussi affecté par la situation que vit ce dernier. Discuter de ces sentiments avec un ami, un autre professionnel ou en psychothérapie pourrait aider l'inhalothérapeute à maintenir une empathie saine sans tomber dans la sympathie.

En tant qu'inhalothérapeute, il est crucial de cultiver l'empathie pour favoriser la création d'une alliance thérapeutique avec la patientèle. Cette alliance permettra de réduire l'anxiété des patients devant la maladie ou un nouveau traitement et, ainsi, diminuer la présence de mécanismes de protection.

Les mécanismes de protection

Le déni, la dénégation, l'isolation, le déplacement, la maîtrise et la régression sont des mécanismes de protection inconscients pour faire face à des situations inconnues. Dans un contexte médical, ces mécanismes aident les patients à gérer l'anxiété liée à un diagnostic ou à un traitement.

Comme professionnel de la santé, comprendre les mécanismes de protection contribue à mieux saisir les réactions des patients et à prévenir l'intolérance. Cette compréhension nous permet d'avoir le recul nécessaire pour mieux les aider. En effet, lorsque les professionnels critiquent la réaction des patients, il est fort probable que ces derniers cessent le traitement et se préservent (Fauré, 2002⁴). Dans cette situation, le patient pourrait éviter les rencontres avec un professionnel de la santé et renoncer à commencer ou poursuivre un traitement.

Le déni

Un patient, qui réagit avec déni, se comporte comme si son problème ou son diagnostic n'existait pas (Boyd et Bee, 2017⁵). Par exemple, s'il reçoit un diagnostic d'apnée du sommeil, il pourrait simplement attribuer ses symptômes à une mauvaise nuit de sommeil et rejeter l'idée qu'il s'agit d'apnée du sommeil.

Une telle réaction peut être irritante, voire exaspérante, pour l'inhalothérapeute qui a devant lui un diagnostic clair. Cependant, la meilleure approche consiste à éviter de confronter le patient ou de



renforcer son déni. Adopter une attitude neutre est à privilégier, en utilisant par exemple la technique du silence pendant quelques secondes ou en reformulant ses propos. La présentation du résultat de l'examen diagnostique favorise la prise de conscience de la maladie. Il est également important de laisser du temps au patient pour absorber le diagnostic. Suggérer un autre rendez-vous (qui peut être rapproché selon la gravité des résultats) et envoyer par courriel ou remettre de la documentation informative sur la maladie et le traitement recommandé sont des stratégies efficaces (Fauré, 2002).

La dénégation

La dénégation est une réaction similaire au déni, mais dans une moindre mesure. Le patient reconnaît la situation, mais préfère l'ignorer. Par exemple, face à des résultats d'apnée du sommeil, il comprend qu'il fait des arrêts respiratoires la nuit, mais minimise l'importance du problème en affirmant qu'il « dort très bien ».

Face à ce mécanisme de défense, on peut adopter la même approche qu'avec le déni, mais le patient sera généralement plus ouvert à la discussion, car il aura une meilleure compréhension de son état de santé. Il est donc primordial de prendre le temps de l'informer et de lui expliquer la différence entre sa perception et la réalité (Fauré, 2002).

L'isolation

Le patient qui utilise le mécanisme de l'isolation est celui qui discute de sa maladie et de ses traitements avec une neutralité affective. Il paraît détaché de la situation, même si le diagnostic est important, et pourrait minimiser l'importance d'un traitement ou de la prise d'une médication essentielle à son état.

...

La conduite à tenir face à l'isolation consiste à refléter les émotions et à reformuler les propos du patient afin de l'aider à verbaliser ses émotions et à se concentrer réellement sur son traitement (Boyd et Bee, 2017; Fauré, 2002). Voici l'exemple d'une intervention de type reformulation/reflet : « Je remarque que vous n'utilisez pas l'appareil souvent. Peut-être que je me trompe, mais c'est peut-être décourageant de devoir porter un appareil toutes les nuits ? ».

Le déplacement

Le déplacement est un mécanisme de défense inconscient qui permet à un patient de rediriger l'angoisse d'une situation insupportable vers quelque chose de plus tolérable psychologiquement. Le patient transfère ses émotions liées à sa situation actuelle vers une personne ou une situation, car cela représente un risque psychologique moindre que la maladie (Boyd et Bee, 2017; Fauré, 2002). Dans le contexte d'une consultation avec un professionnel de la santé, il est fréquent que ce dernier soit la cible de ce déplacement émotionnel.

Par exemple, un patient peut devenir très agressif envers vous parce qu'il ne peut pas changer de masque ou d'appareil, ou encore crier au moindre inconfort lors de l'examen. Malgré son comportement, il est crucial de bien l'informer et de lui expliquer clairement les raisons de votre décision concernant son traitement. Si votre sécurité n'est pas menacée, il n'est pas nécessaire de lui faire part de votre désapprobation face à son comportement. Une telle réaction pourrait exacerber la situation et mener à un conflit avec le patient.

Dans un contexte de déplacement, il est important d'établir un cadre clair dès le départ et de le maintenir tout au long de la rencontre. Comme avec un enfant en colère, il faut rester calme et ne jamais crier, même si la situation est difficile. Expliquez le fonctionnement du milieu et la procédure prévue pour la suite du traitement. Finalement, il est crucial de ne pas confondre le déplacement avec un mauvais service. Un patient peut être insatisfait du service reçu sans que ce soit nécessairement dû au déplacement.

La maîtrise

La maîtrise est un mécanisme de défense qui permet au patient de reprendre le contrôle de la situation, contrôle qu'il ne peut pas avoir face à sa maladie. Par exemple, un patient atteint d'apnée du sommeil pourrait intellectualiser sa maladie en s'informant à outrance. Ce mécanisme peut être bénéfique s'il permet au patient de réduire son anxiété, mais il peut devenir problématique s'il le pousse à vouloir contrôler son traitement, à refuser les ajustements nécessaires ou à remettre en question les conseils du professionnel sans lui faire confiance.

Par exemple, après avoir consulté un moteur de recherche, un patient modifie son traitement prescrit pour l'asthme sans en parler à l'inhalothérapeute ou à un autre professionnel de la santé. Dans ce cas, il est important d'expliquer au patient pourquoi on revient au traitement initial. Si le patient résiste, on peut employer la technique reformulation/reflet : « Je comprends que votre diagnostic d'asthme puisse être angoissant, mais voici pourquoi il est préférable de continuer à utiliser ce type de dispositif inhalé... ».



La régression

Un patient qui adopte une attitude de régression abandonne le « combat » et demande à son entourage et aux professionnels de la santé de prendre les choses en main. Il cherche à être pris en charge, car son angoisse est trop intense pour faire face au traitement seul. Ce sont souvent ces patients qui ne portent pas leur appareil et qui nécessitent des rappels mensuels quant à son importance. Cette attitude peut être difficile à gérer tant pour les proches que pour les professionnels de la santé (Fauré, 2002). La conduite à privilégier est de favoriser l'autonomie du patient à l'aide de questions ouvertes, comme : « Comment voyez-vous la suite du traitement ? ».

Trois stratégies pour réagir professionnellement

Comme discuté plus haut, les crises de colère peuvent être déclenchées par un déplacement des émotions du patient vers vous. Pour gérer ces situations de façon professionnelle, trois stratégies s'offrent au professionnel de la santé : l'information, la facilitation et l'encadrement (Garnier, 2016⁶).

Disons que vous travaillez en région et que vous devez décaler le rendez-vous d'un patient en physiologie respiratoire parce que vous devez intervenir à l'urgence. Vous connaissez le patient et vous savez que ce changement le contrariera. Dans une telle situation, vous pouvez l'appeler pour l'informer et lui dire que vous le rappellerez plus tard pour lui donner des explications. Lors du rappel, vous utilisez les trois stratégies qui suivent. Premièrement, **l'information** est une stratégie qui consiste à expliquer clairement les raisons du déplacement du rendez-vous : « Comme je travaillais seul ce soir, j'ai dû reporter votre rendez-vous pour m'occuper d'une situation urgente ». Vient ensuite, la stratégie de **la facilitation**, qui est celle d'inviter le patient à nous parler. Le professionnel peut prendre le temps d'écouter ses doléances pendant quelques minutes (+/- 2-3 minutes) en gardant le silence et en reformulant : « Je constate que vous êtes en colère ».

à la suite du report du rendez-vous... ». Finalement, *l'encadrement* consiste à imposer un cadre au patient selon les règles du milieu de travail : « Il s'agit de la même procédure pour tous les patients lorsqu'une situation urgente survient dans ce contexte. Je vous propose un nouveau rendez-vous à la prochaine plage horaire disponible. Souhaitez-vous toujours venir ou préférez-vous nous rappeler à un autre moment ? ».

Conclusion

Pour renforcer l'alliance thérapeutique avec les patients, privilégiez les techniques d'écoute active, comme tolérer de brefs silences pour les encourager à réfléchir, et la reformulation/le reflet, surtout lorsqu'ils manifestent des mécanismes de défense ou de la colère. De plus, il est recommandé d'assurer une stabilité lors des suivis en favorisant, quand cela est possible, le maintien du même professionnel auprès du patient.

Enfin, il ne faut surtout pas s'emporter. Les accès de colère, souvent liées à un transfert émotionnel du patient, peuvent être efficacement gérés grâce à une approche professionnelle reposant sur l'information, la facilitation et l'encadrement. Rester calme, mais ferme constitue la meilleure approche (Garnier, 2016; Lelord et André, 2000⁷).



Références

- 1 BOECKXSTAENS, P., MESKENS, A., VAN DER POORTEN, A., VERPOORT, A. C., STURGISS, E. A. (2020). [Exploring the therapeutic alliance in Belgian family medicine and its association with doctor-patient characteristics: a cross-sectional survey study](#). *BMJ Open*, 10(2), e033710.
- 2 DECETY, J. (2020). [Empathy in medicine: what it is, and how much we really need it](#). *The American Journal of Medicine*, 133(5), 561-566.
- 3 HÉTU, J. L. (2014). *La relation d'aide. Éléments de base et guide de perfectionnement*. (5^e éd.) Gaëtan Morin, éditeur.
- 4 FAURÉ, C. (2002). *Vivre ensemble la maladie d'un proche. Aider l'autre et s'aider soi-même*. Albin Michel.
- 5 BOYD, D., BEE, H. (2017). *Les âges de la vie: psychologie du développement humain* (5^e éd.). ERPI.
- 6 GARNIER, E. (2016, novembre). Ces gens à la personnalité difficile. Comment y faire face? *Le Médecin du Québec*. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
- 7 LELORD, F., ANDRÉ, C. (2000). *Comment gérer les personnalités difficiles*. Odile Jacob.

Aero2go[®]

Chamber

Conçue pour être utilisée **en déplacement** afin d'administrer des médicaments par inhalation lorsque vos patients en ont le plus besoin

Les lignes directrices canadiennes et l'INESSS recommandent l'utilisation des chambres d'espacement pour les personnes de tous âges¹



Chambre 2-en-1 + étui de protection



Chambres d'espacement pour une utilisation à la maison et en déplacement.



Conçu et développé
au Canada

Distribué par:



TRUETT
SOLUTIONS SANTÉ



Couvert par le régime public provincial et les assurances privées. Votre pharmacien peut le prescrire.

¹ Yang C et al, (2021): Canadian Thoracic Society 2021 Guideline update: Diagnosis and management of asthma in preschoolers, children and adults, Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine, DOI: 10.1080/24745332.2021.1945887.

MD-682A-1125. * marques du commerce et marques du commerce déposées de Truett Medical International (TMI). ©2025 TMI. Tous droits réservés.



Robots et automatisation au bloc opératoire et en soins critiques : quand, comment, pourquoi ?

par **Pascal Laferrière-Langlois**, M.D., M. Sc., **Louis Morisson**, M.D., M. Sc.
et **Thomas Hemmerling**, M.D., M. Sc.

Un mot sur l'auteur

D^r Pascal Laferrière-Langlois est professeur adjoint en anesthésie et en médecine de la douleur à l'Université de Montréal, ainsi que professeur auxiliaire en anesthésie à l'Université McGill.

Il partage son temps entre la pratique clinique en anesthésiologie et un programme de recherche soutenu par le Fonds de recherche du Québec – Santé, qui vise à optimiser la gestion hémodynamique en période périopératoire. Il dirige le laboratoire de recherche en anesthésie du Centre de recherche Maisonneuve-Rosemont, où les travaux portent sur la médecine de précision, l'intelligence artificielle et les technologies novatrices appliquées en contexte clinique.

Son projet intitulé *Démocratisation de l'expertise d'intubation endotrachéale par un vidéolaryngoscope guidé par l'intelligence artificielle : une étude d'experts et non-experts sur mannequin* lui a valu la Bourse des jeunes chercheurs 2025, remise par l'AAQ, qui vise à permettre aux jeunes chercheurs d'amorcer ou de consolider leur carrière à titre de chercheur autonome et de faciliter l'obtention de subventions de recherche plus importantes.

Introduction : une transformation en marche, au cœur de notre pratique

Quarante ans séparent les premières machines d'anesthésie manuelles des systèmes intelligents actuels. Cette évolution, présentée lors du 49^e congrès de l'OPIQ sous le thème évocateur *Hier, aujourd'hui et demain : 40 ans d'évolution*, nous confronte à une question fondamentale : comment intégrer judicieusement robots et automatisation dans notre pratique quotidienne ? La réponse commence par une clarification essentielle. Quand nous parlons de « robots » en anesthésie, nous ne faisons pas référence aux humanoïdes spectaculaires observés aux tout premiers Jeux olympiques robotiques en août dernier. Nous nous référons à une définition plus pragmatique, soit toute machine à fonctionnement automatique qui permet de remplacer l'effort humain, indépendamment de sa forme anthropomorphe. Cette définition, inspirée du terme tchèque *robota* signifiant « travail forcé », englobe l'ensemble des technologies qui transforment silencieusement nos blocs opératoires et unités de soins intensifs.

...

« Les technologies doivent augmenter nos capacités humaines, non pas les remplacer. Le toucher thérapeutique, l'écoute empathique, la présence rassurante — ces fondements de notre art demeurent irremplaçables et doivent guider l'intégration technologique. »

Cette transformation peut s'articuler autour de trois piliers technologiques distincts et complémentaires. Le robot pharmacologique automatise l'administration précise des médicaments et inclut autant les pompes TCI que les systèmes sophistiqués en boucle fermée. Ensuite, les systèmes d'IA conversationnelle révolutionnent notre accès à l'information et notre communication avec patients et machines, permettant de compléter l'humain en offrant de plus amples explications aux patients. Enfin, la robotique mécanique apporte précision et reproductibilité aux gestes techniques, tels que l'intubation et les blocs nerveux. Ces innovations ne sont pas de simples gadgets futuristes. Elles répondent à des défis concrets : la variabilité pharmacologique extrême entre patients, la surcharge cognitive en situation critique, la pénurie de personnel qualifié et la quête constante d'amélioration de la sécurité des soins. Mais leur intégration soulève aussi des questions cruciales :

- Quand ces technologies deviennent-elles indispensables ?
- Comment les implémenter sans déshumaniser les soins ?
- Pourquoi certaines innovations s'imposent-elles, tandis que d'autres échouent ?

À travers la présentation offerte à l'OPIQ et dans le cadre de cet article, nous explorons non seulement les aspects techniques de ces innovations, mais également leur impact sur notre rôle d'inhalothérapeute et d'anesthésiste. Car, au-delà de la fascination technologique, c'est bien la transformation de notre pratique quotidienne qui est en jeu — une transformation qui nous invite à repenser notre identité professionnelle tout en préservant ce qui fait l'essence de notre mission : accompagner et protéger nos patients dans leurs moments de plus grande vulnérabilité.

Pilier 1

Le robot pharmacologique : apprivoiser la complexité pour mieux soigner

Chaque matin, en entrant au bloc opératoire, nous faisons face à une réalité troublante : deux patients apparemment similaires peuvent réagir de manière radicalement différente au même protocole anesthésique. Cette variabilité n'est pas anecdotique — elle peut atteindre un facteur 30 entre individus¹. Cette différence explique la fluctuation des doses d'opioïdes administrés à nos patients et, surtout, l'hétérogénéité du niveau de confort des patients qui se réveillent après leur chirurgie. Les travaux fondateurs de Hughes *et al.* ont révélé une complexité supplémentaire : la pharmacocinétique elle-même varie selon la durée d'administration². Une perfusion de 10 minutes de propofol présente une demi-vie contextuelle de 5 minutes, mais après 8 heures, cette demi-vie s'étend à près de 40 minutes. Comment, dans ces conditions, maintenir une titration optimale tout en gérant l'hémodynamique, la ventilation et les multiples alarmes qui ponctuent notre quotidien ?

La TCI : première réponse technologique à un problème humain

Les systèmes de perfusion à objectif de concentration (*target-controlled infusion [TCI]*) représentent notre première tentative d'apprivoiser cette complexité. Plutôt que de calculer mentalement les débits selon des équations pharmacocinétiques complexes, nous définissons simplement une concentration cible dans le sang ou au niveau du site effecteur : le système nerveux central. Les calculs intégrés de la pompe TCI font le reste, ajustant automatiquement les débits selon des modèles validés. L'évolution de ces modèles raconte l'histoire de notre compréhension croissante de la pharmacologie humaine. Le modèle Marsh (1991), basé sur seulement 20 volontaires, a laissé place au modèle Schnider (1998) intégrant les covariables de poids et d'âge. Le modèle Eleveld (2018), fruit de l'analyse de 1033 patients incluant enfants, obèses et personnes âgées, représente l'état de l'art actuel avec une erreur médiane de performance (*median performance error [MDPE]*) réduite à 22 %. Bien qu'encore non disponible au Canada, le modèle Eleveld prendra probablement une place plus importante au cours des années à venir.

Néanmoins, ces systèmes restent imparfaits. Développés majoritairement sur des populations caucasiennes, ils peinent à refléter la diversité génétique influençant le métabolisme médicamenteux. L'épidémie d'obésité et le vieillissement populationnel créent de nouveaux défis que les modèles actuels ne prennent en compte qu'imparfaitement. Il est d'ailleurs intéressant de mentionner que les États-Unis, via la *Food and Drug Administration*, n'ont jamais approuvé l'utilisation des pompes TCI vu le manque de données sur la physiologie et la physiologie américaines.

Le véritable bond conceptuel survient avec les systèmes en boucle fermée. Inspirés des principes de cybernétique, ces systèmes observent continuellement l'effet produit par le médicament et ajustent leur action en conséquence³. Schwilden *et al.* ont démontré la faisabilité du concept en employant la fréquence médiane de l'EEG comme signal de rétroaction pour l'administration de méthohexital, un barbiturique. Le système *McSleepy*, développé et publié en 2008 par l'équipe de Dr Thomas Hemmerling, représente l'évolution de ce système⁴. En surveillant simultanément l'index BIS pour l'hypnose avec propofol, les réflexes nociceptifs pour l'analgésie avec rémifentanyl et la stimulation neuromusculaire pour la relaxation musculaire avec rocuronium, le système *McSleepy* orchestre une triade médicamenteuse avec précision. Bien qu'explorés uniquement dans un centre hospitalier, les résultats semblaient prometteurs :

- 40 % de réduction du temps passé en surdosage hypnotique (BIS < 40) ;
- 35 % moins d'épisodes d'hypocapnie ;
- 25 % d'amélioration de l'équilibre hydrique périopératoire.

L'interface utilisateur permet également d'informer le système *McSleepy* d'événements clés intraopératoires, comme la fin de la chirurgie. Plus récemment, l'étude de cas de Joosten *et al.* démontre qu'un système intégrant anesthésie, ventilation et gestion hémodynamique au moyen de boucles fermées permet une récupération cognitive accélérée⁵. Les patients du groupe automatisé récupéraient leurs fonctions cognitives

...

12 minutes plus rapidement — un gain qui peut paraître modeste, mais qui, multiplié par des millions d'anesthésies annuelles, représente des économies substantielles et une amélioration significative de l'expérience patient.

Bien que les technologies pharmacologiques soient typiquement plus loin dans notre pensée lorsqu'on entend le terme « robot », ces technologies prendront indéniablement une place de plus en plus importante dans l'opérationnalisation de l'anesthésie générale et de la sédation profonde.

Pilier 2

L'IA conversationnelle — Quand les machines apprennent à parler médecine

L'irruption des LLM : plus qu'une mode technologique

Novembre 2022 marque un tournant dans l'histoire des technologies. *ChatGPT* déferle sur le monde, atteignant 100 millions d'utilisateurs en 2 mois, plus rapidement que toute autre technologie jamais commercialisée. Mais, au-delà du phénomène médiatique, que représentent réellement ces *Large Language Models (LLM)* pour notre pratique ? Notre équipe s'est penchée sur cette question avec rigueur scientifique. Dans notre étude publiée récemment, nous avons décrit les utilisations actuelles des *LLM* dans le domaine de la médecine périopératoire et des soins intensifs⁶. Au moment de notre révision systématique de la littérature en août 2024, un total de 22 articles originaux et 23 publications de la littérature grise* ont été analysés. À ce moment, le modèle *GPT-4* était le plus avancé, alors que nous en sommes maintenant à *GPT-5*.

L'éducation des patients représente 27,3 % des applications en usage. Les *LLM* génèrent des explications personnalisées, adaptées au niveau de littératie et aux inquiétudes spécifiques de chaque patient. Fini les brochures génériques — chaque patient reçoit une information sur mesure, ou du moins, c'est ce à quoi nous aspirons dans l'avenir. L'éducation médicale représentait 18,2 % de la littérature sur la thématique, permettant d'entraîner les futurs soignants à travers des questions ou scénarios. En soins intensifs, domaine représentant 40,9 % des cas d'usage, face à un patient complexe en défaillance multiorganique, l'IA peut synthétiser instantanément les dernières recommandations, suggérer des diagnostics différentiels oubliés et même prédire l'évolution probable basée sur des milliers de cas similaires.

Applications concrètes : de la théorie à la pratique

L'intégration clinique des *LLM* dépasse le stade expérimental. *Open-Evidence*, fruit d'un partenariat entre *JAMA Network* et *NEJM Group*, deux géants dans le monde de la littérature scientifique, transforme la recherche médicale. Au lieu de parcourir des dizaines d'articles, une simple question en langage naturel entraîne une synthèse fondée sur des données probantes avec références et citations appropriées.

Dans notre pratique quotidienne, nous explorons plusieurs applications innovantes. L'évaluation préopératoire augmentée voit un agent



conversationnel (*chatbot*) mener l'entretien initial, posant les questions pertinentes selon les réponses du patient, détectant les drapeaux rouges nécessitant une attention particulière. Le temps gagné permet des consultations plus approfondies pour les cas complexes.

La génération automatique de documentation transforme une corvée chronophage en processus fluide. Les notes postopératoires peuvent être générées à partir d'une simple dictée. L'IA structure l'information, vérifie la cohérence et produit un document conforme aux standards institutionnels. Face à une complication peropératoire rare, l'aide à la décision en temps réel permet à l'IA de suggérer instantanément les diagnostics différentiels, les investigations pertinentes et les options thérapeutiques basées sur les dernières publications.

Néanmoins, la standardisation du déploiement de ces modèles demeure anecdotique et dans des contextes de recherche ou de projets pilotes. Il ne fait aucun doute qu'au cours des prochaines années, cette technologie deviendra omniprésente. D'ici là, je recommande à toutes et tous de se familiariser avec ces technologies. Tel que souvent rapporté — ce n'est pas l'intelligence artificielle qui va vous remplacer, mais plutôt les soignants qui savent l'utiliser.

Les pièges de l'intelligence artificielle

L'enthousiasme doit toutefois être tempéré par la prudence. Les *LLM* comportent des limitations fondamentales que nous devons comprendre pour les utiliser sainement. Le phénomène des « hallucinations » représente un danger particulier ; ces systèmes peuvent générer des informations plausibles, mais fausses avec une confiance déconcertante. Dans notre étude, 15 % des réponses contenaient au moins une erreur factuelle significative. Bien que ce chiffre diminue significativement avec les plus récents modèles, la supervision humaine demeure indispensable.

Enfin, les biais algorithmiques constituent une préoccupation majeure. Entraînés sur des données historiques, les *LLM* peuvent perpétuer, voire amplifier les inégalités existantes. Un modèle pourrait systématiquement sous-estimer la douleur chez certaines populations si les données d'entraînement reflètent des biais provenant des habitudes humaines de prescription. La question de la confidentialité reste épineuse. Chaque requête à un *LLM* commercial implique l'envoi de données potentiellement sensibles vers des serveurs externes. Comment concilier l'utilité de ces outils avec nos obligations éthiques et légales ? Plus subtil, mais peut-être plus dangereux, le risque d'atrophie cognitive menace si nous déléguons systématiquement la réflexion à la machine. L'IA doit augmenter notre intelligence et non la remplacer.

...

* La **littérature grise** regroupe les sources non publiées officiellement, difficiles d'accès et non indexées, comme les thèses, rapports, actes de congrès, documents institutionnels et prépublications.

Pilier 3

La robotique mécanique — La précision au service du geste

L'intubation robotisée : démocratiser l'expertise

De manière similaire aux robots chirurgicaux utilisés, par exemple lors de chirurgie urologique ou ORL, nous avons vu quelques robots se déployer dans le monde de l'anesthésie. Le *Kepler Intubation System (KIS)* combine trois éléments synergiques : un joystick offrant un contrôle intuitif, un bras robotique en fibre de carbone permettant légèreté et rigidité et un vidéolaryngoscope de type Pentax intégré à l'extrémité du bras robotique. Bien plus une démonstration scientifique qu'un produit à vocation commerciale (la vidéo est accessible sur [YouTube](#)), le KIS demeure une inspiration pour des modèles d'intubation automatisés. Depuis les avancées de l'intelligence artificielle et de la reconnaissance d'image, la reconnaissance automatique des structures anatomiques facilite les manipulations d'intubation. Ce modèle atteint aujourd'hui une sensibilité de 70 % et une spécificité de 90 % pour l'identification automatique de l'ouverture glottique. Au-delà des chiffres, c'est la promesse de démocratiser une expertise rare et permettre à un opérateur novice d'intuber avec la précision d'un expert.

Les applications s'étendent au-delà de l'intubation de routine. En situation d'urgence, le système pourrait permettre une intubation à distance — un expert guidant le robot depuis un centre de référence pour assister un site isolé. Pour la formation, il offre une plateforme standardisée où chaque geste peut être enregistré, analysé et amélioré.

Au-delà des voies aériennes : la robotique périphérique

Le système Magellan pour l'anesthésie locorégionale échoguidée illustre l'expansion de la robotique au-delà des voies aériennes. La réalisation d'un bloc nerveux périphérique requiert une coordination œil-main entraînée. Il faut maintenir la sonde échographique stable, visualiser l'aiguille, éviter les structures vasculaires, tout en injectant l'anesthésique local au bon endroit.

La robotique stabilise la sonde mécaniquement et guide l'aiguille selon une trajectoire prédéfinie, transformant une procédure hautement dépendante de l'opérateur en intervention standardisée. Les études en simulation montrent une réduction du temps d'apprentissage de 60 % pour les novices et une amélioration de la précision de 40 %, même chez les experts⁷.

Les robots soignants : réinventer les soins de support

Face aux pénuries chroniques de personnel, des robots infirmiers commencent à intégrer nos unités. [MOXI](#) (*Diligent Robotics*), déployé dans plusieurs hôpitaux américains et coréens, illustre cette nouvelle génération d'assistants robotiques. Loin de remplacer les infirmières, MOXI gère les tâches logistiques répétitives : transport d'échantillons, distribution de fournitures, collecte de plateaux-repas. En libérant jusqu'à 30 % du temps infirmier consacré aux déplacements, ces robots permettent de recentrer les soins sur l'humain. Plus surprenante, leur capacité d'interaction sociale — expressions faciales simulées, voix apaisante — en fait des compagnons appréciés, particulièrement en pédiatrie où ils réduisent l'anxiété préopératoire.



[NURABOT](#) (Taiwan) et [LIO](#) (Suisse) poussent le concept plus loin avec des capacités de surveillance des signes vitaux et d'alerte précoce. Imaginez un robot patrouillant dans les couloirs de réanimation la nuit, détectant les changements subtils annonciateurs de décompensation et permettant une intervention précoce salvatrice.

L'intégration synergique : orchestrer la symphonie technologique

La convergence des systèmes

L'avenir n'appartient pas aux technologies isolées, mais à leur intégration harmonieuse. L'étude pionnière publiée par Joosten *et al.* démontre la puissance de cette approche⁸. En combinant gestion automatisée de l'anesthésie, optimisation hémodynamique et contrôle ventilatoire, ils ont réduit de 30 % l'incidence de dysfonction d'organes postopératoire chez les patients à haut risque. Cette synergie crée un cercle vertueux. Les données du robot pharmacologique informent les décisions du système hémodynamique. L'IA conversationnelle traduit cette complexité en recommandations actionnables. La robotique mécanique exécute les interventions avec une précision constante. L'ensemble forme un écosystème intelligent où chaque composant amplifie les capacités des autres.

Mais orchestrer cette symphonie technologique n'est pas banal. Les obstacles sont multiples et interconnectés. L'interopérabilité technique reste un défi majeur : chaque fabricant développe ses systèmes en vase clos, créant des îlots d'automatisation incapables de communiquer. Sans standards ouverts, l'intégration demeure un casse-tête couteux. La résistance organisationnelle n'est pas à sous-estimer. Introduire ces technologies perturbe des flux de travail établis depuis des décennies. Cette résistance n'est pas irrationnelle — elle reflète souvent des inquiétudes légitimes sur la sécurité, l'emploi et l'identité professionnelle.

Le coût prohibitif constitue une barrière majeure. Pour des hôpitaux aux budgets serrés, l'investissement reste hors de portée malgré les économies potentielles à long terme. La complexité de la maintenance ajoute une couche de difficulté supplémentaire : ces systèmes sophistiqués requièrent une expertise technique rare. Un bogue logiciel ou une panne mécanique peut paralyser un bloc opératoire, créant une dépendance dangereuse.

L'humain au centre : redéfinir notre rôle sans perdre notre âme

De l'opérateur au chef d'orchestre

La question existentielle demeure : « Que nous restera-t-il à faire quand les machines gèreront la routine ? » La littérature scientifique présente plusieurs réponses et je promets personnellement la suivante : notre rôle évoluera de l'exécution technique vers la supervision stratégique⁹. Cette transformation n'est pas une diminution, mais une élévation. Libérés des tâches répétitives, nous pouvons nous concentrer sur ce que les

...


machines ne peuvent offrir : la présence humaine rassurante, le jugement clinique nuancé, l'adaptation créative aux situations imprévues. Nous devenons des chefs d'orchestre dirigeant une symphonie technologique au service du patient.

Chaque innovation doit être évaluée non seulement sur ses mérites techniques, mais sur sa capacité à préserver et amplifier l'humanité des soins. Un robot peut administrer du propofol avec une précision parfaite, mais peut-il tenir la main d'un patient anxieux ? Une IA peut prédire les complications, mais peut-elle offrir la compassion face à la souffrance ? La réponse est dans l'équilibre. Les technologies doivent augmenter nos capacités humaines, non pas les remplacer. Le toucher thérapeutique, l'écoute empathique, la présence rassurante — ces fondements de notre art demeurent irremplaçables et doivent guider l'intégration technologique.

Conclusion : naviguer le changement avec sagesse et humanité

La robotique et l'automatisation transforment inexorablement l'anesthésiologie et les soins critiques. Cette révolution n'est ni à craindre ni à embrasser aveuglément, mais à façonner consciemment selon nos valeurs professionnelles. Les trois piliers technologiques explorés dans cet article — robots pharmacologiques, IA conversationnelle et robotique mécanique — offrent des perspectives extraordinaires. Précision accrue, erreurs réduites, personnalisation extrême, libération du temps pour les soins humains ; les bénéfices potentiels sont immenses. Mais ces technologies ne sont que des outils. Leur valeur dépend entièrement de comment nous choisissons de les utiliser. Intégrées avec sagesse, elles peuvent amplifier notre humanité, nous permettant de prodiguer des soins plus sûrs, plus efficaces et paradoxalement plus humains. Adoptées sans discernement, elles risquent de nous transformer en techniciens déshumanisés d'une médecine-usine.

Le choix nous appartient collectivement. Chaque décision d'implémentation, chaque protocole d'utilisation, chaque formation façonne le futur de notre profession. Nous devons être les architectes conscients de cette transformation, guidés par une boussole éthique claire : la technologie au service de l'humain, jamais l'inverse. En 2025, nous sommes à un carrefour historique. Les décisions que nous prenons aujourd'hui détermineront si les soignants de 2050 seront des superviseurs désengagés de machines autonomes ou des cliniciens augmentés capables d'offrir des soins d'une qualité sans précédent.

Car ultimement, derrière chaque machine sophistiquée, chaque algorithme brillant, chaque robot précis, il y a et il y aura toujours un patient — vulnérable, anxieux, confiant en notre capacité à orchestrer ces merveilles technologiques pour son bien. C'est cette confiance qui doit guider chaque pas de notre voyage vers le futur de la discipline. L'avenir est déjà là. À nous de le façonner avec sagesse, courage et compassion. 



Références

- 1 BARASH, P. G., CULLEN, B. F., STOELTING, R. K., CAHALAN, M. K., STOCK, M. C., ORTEGA, R., SHARAR, S. R., HOLT, N. F. (2017). *Clinical Anesthesia*. 8th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer business.
- 2 HUGHES, M. A., GLASS, P. S., JACOBS, J. R. (1992). Context-sensitive half-time in multicompartment pharmacokinetic models for intravenous anesthetic drugs. *Anesthesiology*, 76(3), 334-341.
- 3 SCHWILDEN, H., SCHUTTLE, J., STOECKEL, H. (1987). Closed-loop feedback control of methohexital anesthesia by quantitative EEG analysis in humans. *Anesthesiology*, 67(3), 341-347. [10.1093/bja/62.3.290](https://doi.org/10.1093/bja/62.3.290)
- 4 HEMMERLING, T. M., ARBEID, E., WEHBE, M., CYR, S., TADDEI, R., ZAOUTER, C. (2013). Evaluation of a novel closed-loop total intravenous anaesthesia drug delivery system: a randomized controlled trial. *Br J Anaesth*, 110(6), 1031-1039. [10.1093/bja/aet001](https://doi.org/10.1093/bja/aet001)
- 5 JOOSTEN, A., DELAPORTE, A., CANNESSON, M., RINEHART, J., DEWILE, J. P., VAN OBERGH, BARVAIS, L. (2016). Fully Automated Anesthesia and Fluid Management Using Multiple Physiologic Closed-Loop Systems in a Patient Undergoing High-Risk Surgery. *A & A Case Rep*, 7(12), 260-265. [bit.ly/4o4IMje](https://doi.org/10.4041/mj)
- 6 DACCACHE, N., ZAKO, J., MORISSON, L., LAFERRIERE-LANGLOIS, P. (2025). The applications of ChatGPT and other large language models in anesthesiology and critical care: a systematic review. *Can J Anaesth*, 72(6), 904-922. [10.1007/s12630-025-02973-9](https://doi.org/10.1007/s12630-025-02973-9)
- 7 HEMMERLING, T.M., TADDEI, R., WEHBE, M., CYR, S., ZAOUTER, C., MORSE, J. (2013). Technical communication: First robotic ultrasound-guided nerve blocks in humans using the Magellan system. *Anesth Analg*, 116(2), 491-494. [10.1213/ANE.0b013e3182713b49](https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e3182713b49)
- 8 JOOSTEN, A., RINEHART, J., VAN DER LINDEN, P., BRENTON, A., PENNA, C., DE MONTBLANC, J., CANESSON, M., VINCENT, J.-L., VICAUT, E., DURANTEAU, J. (2021). Computer-assisted Individualized Hemodynamic Management Reduces Intraoperative Hypotension in Intermediate and High-risk Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Anesthesiology*, 135(2), 258-272. [10.1097/ALN.0000000000003807](https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003807)
- 9 SAKAGUCHI, Y. (2026). Automated Anesthesia and Anesthesiologist's Role. *Masui*, 65(5), 439.

48–95% FiO₂
avec un masque



En savoir plus 

Présentation du nouveau Oxy₂Pro™

Apportez de la
clarté à la sédation
procédurale

Obtenez une
administration de FiO₂
de qualité supérieure :
48–95% FiO₂

Prélèvement EtCO₂
supérieur pour une
surveillance précise

Conception innovante
pour un accès
endoscope
amélioré



Découvrez Oxy₂Pro par
Southmedic 

*La laryngoscopie directe sera-t-elle reléguée
aux côtés d'outils désormais désuets ?*

La vidéolaryngoscopie au-delà des chiffres

par **Issam Tanoubi**, M.D., M.A. (Éd.), DESAR

Un mot sur l'auteur

D^r Issam Tanoubi est professeur agrégé au Département d'anesthésiologie et Centre de simulation médicale (CAAHC) de l'Université de Montréal. Clinicien-chercheur au Centre de recherche en pédagogie de la santé (CRPS) de la Faculté de médecine, il occupe aussi le poste de directeur du Comité de recherche en simulation (CORSIM).

Il est aussi directeur de l'évaluation du programme de *fellowship* en simulation, où il contribue activement à l'avancement des pratiques pédagogiques et cliniques en simulation médicale.

Il est le lauréat 2025 de la bourse *Rosario-Denis* remis par l'AAQ. Son projet d'étude, l'« IA virtuelle pour les informations obstétricales et le consentement avant la péridurale », s'est démarqué par sa qualité, son originalité et sa pertinence scientifique.

Introduction

Depuis une quinzaine d'années, la vidéolaryngoscopie (VL) s'est imposée comme une innovation majeure dans la gestion des voies aériennes. Initialement introduite comme une option lors des intubations difficiles, elle tend aujourd'hui à devenir un outil de première intention dans plusieurs contextes. Mais si les chiffres abondent — taux de succès, grades d'exposition glottique, incidences de complication —, la compréhension de son rôle dépasse la simple addition de données statistiques. La VL soulève des questions éthiques, pédagogiques et cliniques qui appellent à une réflexion plus large.

Cet article propose une analyse critique de la VL, au-delà des chiffres, en confrontant l'évidence scientifique, les enjeux de sécurité des patients et les implications sur la pratique quotidienne des anesthésiologistes.

« L'intubation trachéale n'est pas un acte isolé, mais une séquence où la qualité du geste technique interagit en permanence avec la communication, le partage de l'information, la gestion du stress et la coordination interprofessionnelle. »

La laryngoscopie directe : une technique en voie de disparition ?

Pendant des décennies, la laryngoscopie directe (LD) a été le geste fondamental de l'intubation trachéale. Elle a formé des générations d'anesthésistes, de réanimateurs et de médecins urgentistes. Toutefois, les études récentes montrent qu'en présence de conditions optimales (patients ASA I-II, non obèses, chirurgie élective, opérateur expérimenté), la VL offre des expositions glottiques supérieures et réduit la perception de difficulté d'intubation (Cook et Aziz, 2022 ; Kriege *et al.*, 2023). L'argument classique en faveur de la LD repose sur sa fiabilité : dans les conditions standards, elle est rapide, efficace et ne dépend d'aucun appareillage sophistiqué. Pourtant, cette vision « traditionnelle » résiste à peine à l'émergence de données démontrant que la VL améliore les grades 3 et 4 en grade 1 et facilite l'intubation dans la majorité des situations.

Les chiffres parlent... mais ne disent pas tout : la sécurité des patients avant tout

L'un des arguments les plus convaincants en faveur de la VL est la sécurité. L'intubation trachéale n'est pas un geste bénin : échec d'intubation, traumatismes, hypoxémie et stress lié à la difficulté technique peuvent avoir des conséquences dramatiques. La VL contribue ainsi à réduire le traumatisme lié à des manipulations répétées, à diminuer le stress opérateur-patient grâce à la fluidité du geste et à faciliter l'anticipation et la communication d'équipe, avec le partage de la vision directe sur l'écran.

Peut-on alors justifier de retarder son adoption généralisée au nom d'un besoin d'évidence « ultime » ? L'histoire de la médecine rappelle que certaines innovations majeures (capnographie, saturométrie, échographie) se sont imposées non pas par des essais randomisés massifs, mais par une logique de sécurité et de bon sens (Cook, 2023 ; Hansel et El-Boghdady, 2023).

Les facteurs humains et la gestion des crises

La vidéolaryngoscopie ne se limite pas à améliorer le champ visuel du praticien : elle modifie en profondeur la dynamique collective de l'équipe médicale, surtout en contextes critiques. L'intubation trachéale n'est pas un acte isolé, mais une séquence où la qualité du geste technique interagit en permanence avec la communication, le partage de l'information, la gestion du stress et la coordination interprofessionnelle (Kelly *et al.*, 2023).

La vision partagée : un langage commun

Avec la LD traditionnelle, seul l'opérateur voyait la glotte. Le reste de l'équipe devait se fier à ses descriptions verbales, parfois brèves et imprécises, dans un contexte d'urgence. La VL transforme ce paradigme en projetant l'image sur un écran visible de tous, ce qui permet :

- a) **d'établir un langage commun** : les termes anatomiques et les difficultés sont immédiatement compréhensibles par l'ensemble de l'équipe ;
- b) **de réduire la subjectivité** : un grade de Cormack-Lehane ou un score de POGO* devient une réalité visuelle partagée, et non plus une interprétation personnelle ;
- c) **de faciliter la supervision et la pédagogie** : le médecin d'expérience peut guider en temps réel le geste du médecin résident, en pointant précisément les structures observées (Gunning *et al.*, 2025).

Cette vision partagée est comparable à l'échographie en anesthésie régionale : elle transforme un acte solitaire en une démarche collective, transparente et objectivée (Clove *et al.*, 2024).

* Score de **POGO** : **P**ercentage **O**f **G**lottic **O**pening ou pourcentage d'ouverture de la glotte en français.

UNIES
DÉTERMINÉES
EN SANTÉ
MOBILISÉES

90 000 voix,
une seule force

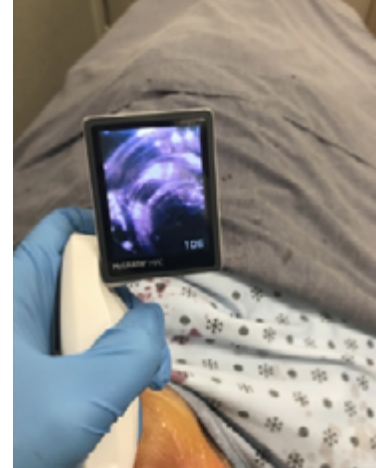


FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

fiqsante.qc.ca

Infirmières | Infirmières auxiliaires | Inhalothérapeutes | Perfusionnistes cliniques

« La VL n'est pas qu'un simple outil :
c'est un catalyseur d'évolution dans la
culture de sécurité en anesthésie. »



Réduction de la surcharge cognitive

En situation d'urgence, l'opérateur doit gérer simultanément la technique, l'anticipation des complications, la communication avec l'équipe et la prise de décision. Ce cumul engendre une surcharge cognitive, amplifiée par le stress, l'adrénaline et parfois un environnement défavorable (urgence, bruit, manque de personnel). La VL contribue à réduire cette surcharge de plusieurs façons : en fournissant une visualisation claire et stable, diminuant l'effort mental pour identifier les repères anatomiques ; en permettant aux coéquipiers de prendre le relais cognitif : par exemple, un infirmier peut rappeler les étapes, un collègue peut anticiper la ventilation de secours, car ils partagent la même information visuelle ; en réduisant les erreurs de perception (biais de confirmation ou d'ancrage) : l'opérateur ne reste pas enfermé dans sa vision subjective, il bénéficie d'une validation croisée (Hansel *et al.*, 2024). Ainsi, la VL n'améliore pas seulement la performance technique, elle augmente la sensibilité situationnelle de l'équipe entière et permet le partage du même modèle mental entre ses membres (Vuolato *et al.*, 2021). Ces deux principes sont cruciaux parmi les principes de gestion de crises (Mitchell *et al.*, 2025).

Aplatissement de la hiérarchie et renforcement du travail d'équipe

Traditionnellement, l'intubation est un geste qui place l'opérateur dans une position de « héros solitaire » : il détient la vision, la technique et la responsabilité. Cette verticalité peut inhiber la participation des autres membres de l'équipe. La VL a l'effet inverse :

- Les inhalothérapeutes ou assistant(e)s peuvent anticiper les étapes (préparer le mandrin, vérifier le ballonnet), car ils comprennent où en est l'opérateur.
- Les médecins résidents peuvent apprendre de façon active, en comparant ce qu'ils voient avec les instructions reçues, la hiérarchie est aplanie, car chacun est en mesure de proposer une aide pertinente (« avancez un peu le tube », « ajustez l'angle ») sans craindre d'intervenir à l'aveugle.

Cette dynamique favorise une culture de sécurité partagée : l'intubation n'est plus l'affaire d'une seule personne, mais d'un collectif coordonné (Merola *et al.*, 2024).

Amélioration de la gestion de crise

En situation critique (hypoxémie, ventilation impossible, patient instable), chaque seconde compte. La VL permet dans ce contexte d'accélérer la communication : les consignes deviennent plus claires (« regardez, l'épiglotte est à gauche ») ; de favoriser la prise de décision collective : l'équipe peut discuter en direct (« tentez avec un mandrin rigide », « changez de taille du tube ») ; de prévenir les erreurs liées au stress : la transparence visuelle diminue l'incertitude et renforce la confiance mutuelle. Intégrée dans les principes de gestion de crises — *Crisis Resource Management (CRM)* —, la VL devient un outil de structuration des conduites en situation d'urgence. Elle facilite le partage du modèle mental, réduit l'ambiguïté et améliore la sensibilité situationnelle de l'équipe entière (Kelly *et al.*, 2015).

Une nouvelle pédagogie de la sécurité

Enfin, la VL est un outil pédagogique puissant : en simulation ou au bloc opératoire, elle permet aux formateurs de montrer les bons gestes et d'analyser les erreurs de manière collective. Elle favorise l'enseignement des compétences non techniques : communication, anticipation, répartition des rôles. En ce sens, elle dépasse son rôle technique pour devenir un vecteur de culture de sécurité. En résumé, la vidéolaryngoscopie n'est pas qu'un instrument de visualisation : c'est un accélérateur de maturité collective. Elle transforme l'intubation en un acte partagé, où la réussite dépend autant de la synergie de l'équipe que de l'habileté individuelle. Ces bénéfices, invisibles dans les chiffres bruts, représentent probablement la plus grande avancée de la VL pour la sécurité des patients.

Arguments contre une adoption « par défaut »

Malgré ses nombreux avantages, plusieurs arguments nuancent l'enthousiasme autour d'une adoption systématique de la VL.

Un premier point concerne le risque de perte de compétence en laryngoscopie directe (LD). Si la LD n'est plus pratiquée, elle pourrait devenir une technique oubliée, alors qu'elle demeure un recours potentiel en cas de panne de VL ou dans des contextes où l'équipement n'est pas disponible. Cependant, on peut objecter qu'il n'est pas idéal de maintenir comme technique de secours une méthode reconnue globalement moins efficace et plus risquée que la technique primaire. Dans cette perspective, les stratégies alternatives devraient sans doute reposer sur d'autres types de vidéolaryngoscopes, sur l'utilisation de mandrins ou de lames spécifiques, plutôt que sur la LD seule.

En matière de gestion des voies aériennes, il est par ailleurs important de rappeler qu'en cas d'échec de l'intubation, la technique de secours recommandée n'est pas la LD, mais plutôt l'utilisation de dispositifs supraglottiques, dont l'efficacité et la sécurité sont démontrées.

La faible incidence des complications graves liées à l'intubation trachéale constitue l'autre argument qui freine l'adoption généralisée de la VL. Par exemple, les intubations œsophagiennes non reconnues sont certes extrêmement rares en anesthésie (environ 1/360 000). Toutefois, l'incidence ne doit pas être confondue avec la prévalence et chaque complication majeure entraîne des répercussions considérables : conséquences cliniques pour le patient, souffrance pour la famille et impact émotionnel sur l'équipe soignante (« secondes victimes »). Ainsi, malgré la rareté de ces événements, leur gravité rend l'argument de ne pas utiliser la VL difficilement défendable, au seul motif de leur faible fréquence.

Enfin, certains avancent qu'un praticien devrait utiliser la technique avec laquelle il se sent le plus à l'aise. Cet argument, bien qu'intuitivement recevable, demeure centré sur le praticien plutôt que sur le patient. Une approche vraiment centrée sur le patient impliquerait plutôt que le clinicien choisisse la technique avec laquelle il est le plus compétent certes, mais parmi celles reconnues comme les plus sûres et les plus efficaces.

Une réflexion éthique et pédagogique

Former les jeunes anesthésistes à la LD au détriment de la VL, est-ce encore défendable? Refuser une innovation sécuritaire pour le patient au nom de la compétence future du médecin demeure une question délicate. De plus, la VL constitue un outil pédagogique puissant. En simulation comme au bloc opératoire, elle permet aux formateurs de suivre pas à pas le geste des apprenants, de corriger en direct et de renforcer l'apprentissage. Elle s'intègre parfaitement dans les approches modernes de formation sur les facteurs humains et la gestion de crise.

Le futur de la vidéolaryngoscopie

La question n'est plus de savoir si la VL est efficace, mais comment elle doit être intégrée dans nos pratiques comme outil de première intention dans les contextes à risque (obésité, intubation difficile prévue, hors bloc opératoire), comme support pédagogique incontournable dans la formation initiale et continue et comme levier de culture de sécurité, en favorisant la transparence et la communication d'équipe. Les limites méthodologiques des essais randomisés classiques rendent illusoire l'attente d'une « preuve ultime » fondée sur les données probantes (*evidence-based*). La rareté des complications graves empêche l'atteinte d'effectifs suffisants. L'adoption de la VL relève donc d'un raisonnement basé sur la combinaison des meilleures données disponibles, de la logique clinique et des principes de sécurité.

Conclusion

La vidéolaryngoscopie a transformé la pratique de l'intubation trachéale. Les chiffres confirment ses avantages : meilleur taux de succès, meilleure visualisation, réduction des traumatismes, sécurité accrue hors bloc et pour les novices. Mais l'essentiel se situe au-delà des chiffres : dans la capacité de la VL à améliorer la communication d'équipe, à réduire la charge cognitive, à renforcer la sécurité des patients et à redéfinir l'éthique de notre pratique. La question n'est plus de savoir si la VL doit remplacer la LD, mais plutôt de réfléchir aux conditions d'une transition progressive, équilibrée et centrée sur le patient. La VL n'est pas qu'un simple outil : c'est un catalyseur d'évolution dans la culture de sécurité en anesthésie.



Références

- CLOKE, T., ROSS, C., JOY, P., CARVER, A., POTTER, T. E., PADMAN, D., KANGA, K., AHMAD, I., EL-BOGHADLY, K., KELLY, F. E. et COOK, T. M. (2024). A two-person verbal check to confirm tracheal intubation: evaluation of practice changes to prevent unrecognised oesophageal intubation. *Br J Anaesth*, 133(6), 1307-1317. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2024.09.006>
- COOK, T. M. (2023). Evidence, default videolaryngoscopy and which mode of laryngoscopy would your patient choose? *Anaesthesia*, 78(6), 791-792. <https://doi.org/10.1111/anae.16004>
- COOK, T. M. et AZIZ, M. F. (2022). Has the time really come for universal videolaryngoscopy? *Br J Anaesth*, 129(4), 474-477. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2022.07.038>
- GUNNING, S. G. S., URWIN, D., COOK, T. M. et HANSEL, J. (2025). Videolaryngoscopy versus direct laryngoscopy for teaching direct laryngoscopy skills: a systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth*, 135(5), 1397-1409. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2025.05.034>
- HANSEL, J. et EL-BOGHADLY, K. (2023). Are we there yet? The long journey of videolaryngoscopy into the mainstream. *Anaesthesia*, 78(8), 931-936. <https://doi.org/10.1111/anae.16057>

HANSEL, J., HIGGS, A. et COOK, T. M. (2024). Unrecognised oesophageal intubation: a sequential Bayesian exploration of clinical signs. *Anaesthesia*, 79(3), 325-326. <https://doi.org/10.1111/anae.16134>

KELLY, F. E., COOK, T. M., BONIFACE, N., HUGHES, J., SELLER, C. et SIMPSON, T. (2015). Videolaryngoscopes confer benefits in human factors in addition to technical skills. *Br J Anaesth*, 115(1), 132-133. <https://doi.org/10.1093/bja/aeu188>

KELLY, F. E., MARTINONI HOOGENBOOM, E., et GROOM, P. (2023). Human factors and teaching benefits of videolaryngoscopes are based on evidence. *Anaesthesia*, 78(6), 792-793. <https://doi.org/10.1111/anae.16021>

KRIEGE, M., NOPPENS, R. R., TURKSTRA, T., PAYNE, S., KUNITZ, O., TZANOVA, I., SCHMIDTMANN, I. et GROUP, E. T. I. (2023). A multicentre randomised controlled trial of the McGrath Mac videolaryngoscope versus conventional laryngoscopy. *Anaesthesia*, 78(6), 722-729. <https://doi.org/10.1111/anae.15985>

MEROLA, R., MANCINO, D. et VARGAS, M. (2024). Videolaryngoscopy versus direct laryngoscopy: a bibliometric analysis. *Br J Anaesth*, 132(1), 166-168. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2023.09.029>

MITCHELL, K., CANHAM, R., HUGHES, K. et TALLENTIRE, V. R. (2025). Simulation-based education and sustainability: creating a bridge to action. *Adv Simul*, 10(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s41077-025-00354-2>

VUOLATO, C., CALDIROLI, D. et ORENA, E. F. (2021). Effects of direct laryngoscopy versus Glidescope videolaryngoscopy on subjective and objective measures of cognitive workload: an in-vivo randomized trial. *Minerva Anestesiol*, 87(9), 971-978. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.2115275-7>

NOUVEAU

Montant forfaitaire D'INSTALLATION

allant jusqu'à **35 000 \$***

PRIMES BONIFIÉES*

Soir **15-18 %**
Nuit **17-22 %**

CRÉDIT D'IMPÔT
jusqu'à **10 000 \$***
pour le Pontiac et la
Vallée-de-la-Gatineau

*sous certaines conditions et régions ciblées

CHOISIS L'OUTAOUAIS
POSTULE ICI

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



La médaille *Mérite du CIQ*

Sur la photo, dans l'ordre habituel, **Karine Grondin**, inh., présidente de l'OPIQ, **Marise Tétreault**, inh. et **Laurent Émery**, directeur général du Conseil interprofessionnel du Québec

Photo © Hugo Genest



Profession: inhalothérapeute Marise Tétreault honorée du *Mérite du CIQ* 2025



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

Lors du banquet de clôture du congrès annuel le 18 octobre dernier, l'OPIQ a remis le Mérite du CIQ 2025 à madame Marise Tétreault, reconnaissant son exceptionnelle contribution au rayonnement de la profession et son profond engagement envers l'Ordre et ses membres.

Je vous présente le parcours professionnel d'une personne d'exception avec laquelle j'ai eu l'immense privilège et le plaisir de travailler pendant plus de 20 ans. Complices et collaboratrices sur une multitude de projets — dont j'ai depuis longtemps perdu le compte! — je me permettrai de la nommer simplement par son prénom.

Inhalothérapeute diplômée du Collège de Rosemont en 1985, Marise amorce sa carrière clinique auprès d'une clientèle adulte, avant de se consacrer durant près de deux décennies aux domaines pédiatrique et néonatal. Peu de gens le savent, mais elle est la toute première inhalothérapeute certifiée en soins avancés en réanimation pédiatrique (SARP) de la Fondation des maladies du cœur. Au fil des ans, elle formera de

nombreux collègues — inhalothérapeutes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, perfusionnistes, infirmières, et bien d'autres.

Animée d'une constante curiosité scientifique et d'un intérêt marqué pour l'amélioration de la pratique, elle rejoint l'équipe responsable de la procédure *ex-utero intrapartum treatment (EXIT)* à l'Hôpital de Montréal pour enfants. En 2002, elle écrit d'ailleurs sur le sujet, en collaboration avec un collègue anesthésiologiste, signant ainsi son premier article pour la revue *l'inhalo*, prélude d'une longue et riche production scientifique. La même année, elle accorde une entrevue à la revue européenne d'anesthésie et réanimation *Oxymag* pour faire connaître la profession, qui n'existe pas en France, et conçoit et édite un cédérom consacré à l'hyperthermie maligne, une autre première!

En 2002, elle joint l'équipe d'inspection professionnelle de l'OPIQ à titre contractuel; elle devient inspectrice permanente deux ans plus tard. En 2006, l'Ordre lui confie le mandat de développer une formation sur la ponction artérielle à l'intention des membres et d'en assurer le déploiement. En avril 2008, elle prend les rênes du *Campus OPIQ* implanté l'année précédente et en coordonne les activités. Sous sa gouverne, notre plateforme virtuelle de formation atteindra son plein potentiel.

Toujours engagée, elle occupera successivement les postes de coordonnatrice au développement professionnel (2009-2018), puis de coordonnatrice aux communications (2019-2024).

Parallèlement, elle enrichit son parcours académique de deux certificats universitaires et d'une maîtrise en communication et santé.

...

Marise n'hésite pas à partager son savoir, avec une rigueur scientifique irréprochable. Au cours de son passage à l'OPIQ, elle a rédigé plus de 60 articles et participé à plus de 20 événements éducatifs au Québec, ailleurs au Canada, mais aussi à l'international... jusqu'en Haïti, en 2013!

En 2016, elle conçoit et met en œuvre le programme *En santé cardio-respiratoire*, pour lequel elle établit un partenariat avec *Le grand défi Pierre Lavoie*, et devient ainsi l'ambassadrice des saines habitudes de vie auprès des inhalothérapeutes!

En pleine pandémie, loin de se laisser freiner, elle organise des séances de photos en milieux hospitaliers et plusieurs campagnes publicitaires destinées à promouvoir la formation et la profession, ainsi qu'à valoriser le travail des inhalothérapeutes. Dotée d'une créativité débordante, elle endosse en 2021 le rôle de conceptrice-rechercheuse-intervieweuse-monteuse en orchestrant un [hommage aux inhalothérapeutes](#)

avec un *slam* sur mesure de David Goudreault! Elle est aussi l'une des cinq forces créatrices derrière la bande dessinée documentaire *Ensemble contre la COVID-19 – Les héros de la vaccination* parue en 2022.

Ces réalisations ne sont qu'un aperçu d'une carrière de près de 40 ans — dont 20 passées au sein de l'OPIQ —, toujours portée par la volonté de faire avancer la profession, d'assurer la sécurité des soins et d'élever la qualité de la pratique clinique.

Marise, pour tout ce que tu as accompli, pour ton engagement sans faille envers l'Ordre, ses membres et son importante mission de protection du public, le conseil d'administration a choisi de t'honorer du *Mérite du CIQ 2025*. Cette distinction s'imposait comme une évidence. Félicitations pour cette reconnaissance qui couronne ton parcours admirable! 🏆

L'ORDRE Y ÉTAIT

Ministère de la Santé et des Services sociaux

- Rencontres avec le sous-ministre Daniel Paré
- Rencontre avec Santé Québec
- Rencontres avec les représentants du MSSS, des maisons d'enseignement et du MIFI (formation d'appoint-AEC)
- Comité national des formulaires uniformisés
- Cellule de travail / techniciens ambulanciers paramédics (TAP)
- Présentation de la *Politique gouvernementale de soins et services de première ligne*

Ministère de l'Enseignement supérieur

- Rencontres avec l'équipe responsable de la révision du programme en inhalothérapie et la sous-ministre madame Paule De Blois

Office des professions

- Rencontres avec la nouvelle présidente
- Rencontres avec le directeur des affaires juridiques
- Rencontre-Consultations sur l'encadrement des perfusionnistes cliniques

INESS

- Rencontres comité de suivi / chirurgie robotique

Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)

- Assemblée des membres
- Table sectorielle en santé et relations humaines
- Groupe de travail sur l'intelligence artificielle
- Groupe de travail sur les services partagés
- Forum des directions générales
- Forum de l'inspection professionnelle
- Forum des présidents
- Forum de l'admission

- Forum de la formation
- Forum des syndicats
- Forum des responsables des dossiers de pratique illégale et usurpation de titre
- Forum des conseillers juridiques
- Comité de développement d'outils de formation initiale et continue pour les syndicats

Table de collaboration interordre de la santé et des services sociaux

- Comité de pilotage

Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire

- Rencontres du comité exécutif
- Rencontres des membres
- Assemblée générale annuelle

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)

- Rencontres statutaires

MARISE TÊTREULT

Cette chronique offre l'occasion de mieux connaître un pair, dans un format distrayant et décontracté. Cette édition étant destinée au congrès, nous avons demandé à Marise Têtreault, inh., M.A. (axe communication et santé), lauréate du Mérite du CIQ 2025, de nous parler un peu d'elle.

Occupation. Heureuse retraitée et randonneuse de montagne.

Âge. Un tantinet plus de 60 ans.

Lieu de travail. Là où la terre est sous mes pieds, où le ciel est au-dessus de ma tête et où la zénitude m'habite.

Statut. « Orophile »... éternelle amoureuse de la montagne !

Bu. Un chocolat chaud en fin d'ascension d'une montagne enneigée.

Lu. Ma collègue m'a fait découvrir l'univers de Jo Nesbø, un maître du polar scandinave. Titre prédestiné à me plaire, *Le bonhomme de neige* fut mon premier coup de cœur de la série d'enquêtes de l'inspecteur Harry Hole.

Vu. De nombreux points de vue « OOH! AAH! », gracieuseté des paysages à couper le souffle !

Voulu. Personnellement, j'ai voulu découvrir le monde et faire des activités de plein air avec mes enfants. Professionnellement, j'ai souhaité exercer une profession du domaine de la santé qui me permettrait de travailler en équipe.

Reçu (cadeau, conseil, etc.). Ma mère m'a légué cette phrase intemporelle « La gentillesse, c'est comme la neige. Elle embellit tout ce qu'elle recouvre. » Sur une autre

note, je salue la créativité de mes ex-collègues de l'Ordre qui m'ont offert (lors de mon départ à la retraite) le livre d'histoire *Marise à l'OPIQ* pour résumer mon parcours professionnel des 20 dernières années.

Sur une île déserte, vous apportez. Mon sac à dos rempli de victuailles et mes bâtons de rando qui m'accompagnent partout dans mes aventures de plein air. En leur compagnie, je ne me sens jamais tout à fait seule.

Un voyage inoubliable. Chaque voyage avec mes enfants est inoubliable. Mais leur faire découvrir les Alpes franco-italiennes enneigées figure en haut de ma liste.

Votre plus belle réussite personnelle. Être la fière maman de Julien et d'Antoine sera toujours ma plus belle réussite.

Votre plus belle réussite professionnelle. L'idéation et la réalisation de l'hommage fait aux inhalothérapeutes (2021) sont assurément l'une de mes plus belles réussites. Ce projet m'a permis de souligner l'implication et le travail exceptionnel des inhalothérapeutes pendant la pandémie.



Un remède quand tout semble difficile. Continuer d'avancer un petit pas à la fois et me rappeler que les plus belles choses prennent du temps à se réaliser.

Un objectif à atteindre. Je ne suis pas allée partout dans le monde, mais c'est sur ma liste ! Plus sérieusement, préserver ma santé physique et mentale demeure mon objectif premier.

Un conseil à donner aux jeunes inhalothérapeutes. Dites-vous que s'il y a un « Goliath » devant vous, c'est qu'il y a un « David » en vous !

Si vous n'étiez pas inhalothérapeute, vous seriez. Avec mon vieux DEC en tourisme et voyage en poche, je serais guide en tourisme d'aventure... au pied d'une montagne au sommet éternellement enneigé.

Le bonheur pour vous, c'est quoi ? Être en santé près de mes enfants est tout ce dont j'ai besoin pour être heureuse !

Précieux partenaires

Au cœur du congrès, le Salon des partenaires offre un espace privilégié pour le réseautage et les échanges constructifs entre les inhalothérapeutes et nos nombreux exposants. Nous remercions chaleureusement nos précieux partenaires, pour leur contribution au succès de notre événement.

Banque Nationale



Sur la photo, dans l'ordre habituel > Anie Gratton, OPIQ, Krystel Landry, Anika Poirier, Victor Alberto Vigiola et Pascal Rioux, OPIQ.

Beneva



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

Nox Medical



Sur la photo, dans l'ordre habituel > Anie Gratton, Natalie Morin, Lindsay Lenius, Marc Paquette et Pascal Rioux.

Trudell Medical



Sur la photo, dans l'ordre habituel > Pascal Rioux, Ian Besner, Julien D'Amour, Alice Côté et Anie Gratton.

Viatrix



Sur la photo, dans l'ordre habituel > Pascal Rioux, Marie-Claude Bederic, Sophie Bolduc, Mira Abi-Najem et Anie Gratton.

Novus



L'OPIQ souligne l'implication particulière de Novus, à l'occasion du cocktail de la présidente. Pascal Rioux, France Gilbert, Dan Pinard, Raouf Kermiche, Del MacGowan et Anie Gratton.

HIER, AUJOURD'HUI ET DEMAIN

40 ans d'évolution

Lors de son congrès annuel, l'OPIQ salue l'accomplissement et l'implication d'inhalothérapeutes qui se sont démarqués dans divers milieux cliniques.

tableau d'honneur 2025



1



2



3

1

PRIX **MÉRITE DU CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC (CIQ)**

Madame Marise Tétreault

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

Sur la photo, dans l'ordre habituel
Karine Grondin, inh., présidente de l'OPIQ, Marise Tétreault, inh., et Laurent Émery, directeur général du Conseil interprofessionnel du Québec.

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

2

PRIX **ÉLAINE-TROTTIER**

Équipe d'inhalothérapeutes en anesthésie – Institut de cardiologie de Montréal

Pour leur leadership et leur proposition innovante en contexte de pénurie d'effectif en soins infirmiers aux soins intensifs.

Sur la photo, dans l'ordre habituel
Jean-Michel Bertrand, inh., Stéphanie Proulx, inh., Christine Roy, inh., Carolyn Gobeil, inh., Jacqueline Gagnon, inh., Frédérique Tessier, inh., Karine Grondin, inh., présidente de l'OPIQ, Marie-Claude Allaire, inh., Maryse Beaulieu, inh., Fernando Yu, inh., Julie Daignault, inh., vice-présidente inhalothérapeute, Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, Julie Harvey, inh., Kim Brousseau, inh.

3

PRIX **ROMÉO-SOUCY**

Madame Annie Quenneville

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

Sur la photo, dans l'ordre habituel
Krystel Landry, directrice, Banque Nationale, Annie Quenneville, inh., et Karine Grondin, inh., présidente de l'OPIQ.

BOURSES D'EXCELLENCE DE L'OPIQ

Cégep de Chicoutimi :
Catherine Malenfant (25018),
Anne-Sophie Bouchard (25021)

Cégep de Sherbrooke :
Juliette Lacaille (25057)

Cégep de Sainte-Foy :
Sarah-Ève Bédard (25033),
Léa Bélanger (25036)

Cégep de Valleyfield :
Maëlys Lucia Eouani (25136)

Collège Vanier :
Madison Pearce (25108)

Collège de Rosemont :
Jacqueline Auger (25075)

Félicitations aux lauréats et lauréates

HIER, AUJOURD'HUI ET DEMAIN

40 ans d'*évolution*

tableau d'honneur 2025 *suite*



4

PRIX LUC-PERREAULT

Équipe d'inhalothérapeutes de l'Hôpital de Montréal pour enfants- CUSM

Pour leur engagement, leur *leadership* et leur mobilisation sur plusieurs fronts ayant permis d'optimiser la productivité au bloc opératoire.

Sur la photo, dans l'ordre habituel
Sarah Di Fruscio, inh., Jennifer Danis, inh., Geneviève Caron, inh., Grant Auer, inh., Jean-François Trudel, inh., Amélia Vachon, inh., Karine Grondin, inh., présidente de l'OPIQ et D' Nikola Joly, anesthésiologiste, président de l'Association des anesthésiologistes du Québec.



5

PRIX JACQUELINE-GAREAU

Madame Julie Gagnon

Pour sa contribution à la promotion de saines habitudes de vie.

Sur la photo, dans l'ordre habituel
Karine Grondin, inh., présidente de l'OPIQ, Julie Gagnon, inh. et Linda Blais, PAA, directrice de comptes, Beneva.



6

MENTION D'HONNEUR SEMAINE DE L'INHALOTHÉRAPEUTE 2024

Nathalie Bourgault et Laurence Morin, inhalothérapeutes

Pour leur activité de promotion qui a rejoint près de 250 jeunes du secondaire dans la région de Montmagny.

Sur la photo, dans l'ordre habituel
En l'absence de madame Morin, sa mère, madame Isabelle Bonneau, inh., accepte le prix en son nom, Karine Grondin, inh., présidente de l'OPIQ et Nathalie Bourgault, inh.

Félicitations aux lauréats et lauréates

50^e
**congrès
scientifique**



opiq
Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec

2026
**6 et 7
novembre**



Soumettez votre proposition de conférence



Congrès 2026: appel de propositions de conférence

L'OPIQ prépare déjà la **50^e édition** du congrès scientifique qui aura lieu les **7 et 8 novembre 2026** au Fairmont Le Manoir Richelieu, à La Malbaie

Comme chaque année, nous sollicitons vos suggestions.

Nous recherchons des sujets de conférence qui permettront aux inhalothérapeutes de parfaire leurs connaissances scientifiques et leurs compétences cliniques, de réfléchir à leur pratique professionnelle, de sortir de leur zone de confort et de se surpasser. Vous avez un sujet d'intérêt pour les inhalothérapeutes ? Vous aimeriez présenter au congrès ? Vous souhaitez recommander le nom d'un conférencier ou d'une conférencière ?

**Date limite
pour soumettre
votre proposition
9 janvier 2026**

**Remplissez le
formulaire de proposition de conférence
et retournez-le à l'attention
de Marie Andrée Cova.**



Surprenez-nous!
Nous attendons vos propositions avec impatience!



À votre avis...

par **Marise Tétreault**, inh., M.A.

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, six principes directeurs ont été dégagés :

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

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

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 5^e d'une série de 10 histoires
 - [Histoire de Marc](#) (édition automne 2023/hiver 2024)
 - [Histoire de Manon](#) (édition printemps/été 2024)
 - [Histoire de Marie](#) (édition automne 2024/hiver 2025)
 - [Histoire de Pierre](#) (édition printemps-été 2025)
- 2 Cet article expose une nouvelle situation fictive soulevant un ou des enjeux liés à de possibles activités en ligne par des inhalothérapeutes et les bonnes pratiques à adopter pour éviter les faux pas.
- 3 Par «**utilisation des médias sociaux**», on entend un usage fait à partir d'un ordinateur, d'un téléphone intelligent ou d'une tablette numérique, peu importe si l'appareil est un bien personnel ou un outil professionnel.

7P

1 Privé ou professionnel

2 Patient

3 Protection

4 Prudence

5 Publication

6 Positif

7 Publicité

Mise en situation

Sarah est très active sur ses comptes personnels *Facebook* et *Instagram*. Elle commente publiquement l'actualité relative aux enjeux de société et à la santé, entre autres choses. Elle y affiche aussi de l'information personnelle, dont sa formation d'inhalothérapeute et son emploi à la clinique d'asthme d'un hôpital régional.

Lors de la dernière campagne automnale de vaccination contre les virus respiratoires (COVID-19, influenza, pneumonie, VRS, etc.), Sarah a pointé vers quelques articles sur le sujet en ajoutant clairement son opinion défavorable envers la vaccination.

À votre avis...

À quels enjeux Sarah est-elle confrontée ?

Quelles auraient été les bonnes pratiques à adopter ?

Réponses et piste de réflexion

Enjeux de responsabilité, d'image et de réputation

Après discussion avec quelques collègues de travail, Sarah regrette d'avoir partagé en ligne son opinion contre la vaccination. Malgré ses croyances, elle est consciente que son message est contraire aux recommandations émises par la santé publique, lesquelles doivent être supportées et promues par les professionnel(le)s de la santé. Elle reconnaît aussi que son comportement en ligne est indigne de la profession d'inhalothérapeute et que son image professionnelle ainsi que celle de son employeur peuvent en être entachées.

Parmi les bonnes pratiques à adopter

- Prendre les mesures nécessaires pour préserver son image et sa réputation et adopter un comportement digne de la profession. Être conscient des conséquences qu'un message peut avoir sur son image et sa réputation personnelles ou professionnelles; cela s'applique à toutes ses interventions et ses interactions en ligne, comme commenter, «aimer» ou partager une publication.
- Publier des messages pertinents et favorables à la santé et au bien-être. Éviter de prendre position ou de faire une déclaration publique lorsque celle-ci est :
 - contraire aux données actuelles de la science ou aux recommandations émises par les instances gouvernementales;
 - susceptible d'entacher l'honneur de la profession ou celle de l'employeur.

- Faire preuve de prudence et de jugement avant de publier, de partager ou de répondre à un message. Éviter de publier un message sous le coup de l'émotion. Au besoin, faire une pause pour réfléchir et se relire avant de publier ou de répondre à un commentaire.
- Tenir compte :
 - du fait que le contenu de son message peut être interprété comme étant des recommandations faites par un professionnel de la santé;
 - 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 ses publications;
 - du fait qu'on ne connaît pas le lectorat (québécois, canadien, voire étranger), puisqu'Internet n'a aucune barrière géographique;
- Restreindre l'accès aux personnes invitées (p. ex. famille, amis) s'il y a lieu.

Le saviez-vous ?

Rien n'est vraiment privé sur les médias sociaux!

Les messages supprimés peuvent être sauvegardés et demeurer accessibles si les conditions générales d'utilisation de la plateforme sociale employée le permettent. Même avec des paramètres élevés de confidentialité, toute publication peut être sauvegardée et rediffusée à son insu et sans consentement préalable.

Message clé

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

En tout temps, l'inhalothérapeute doit adopter un comportement digne de la profession et préserver son image, sa réputation et celle de son employeur. De même, s'il est convenu que ses publications sont pertinentes et favorables à la santé et au bien-être, elles ne peuvent être contraires aux données actuelles de la science ni aux recommandations émises par les instances gouvernementales.





Discussions avec mes patients

par **Marise Tétreault**, inh., M.A. en collaboration avec **Bernard Cadieux**, inh., M. Sc., M.A.P, syndic

Inspiré de la première partie du guide de pratique

[Parler, écouter, écrire: l'art de communiquer en santé](#) (2015), cet article fait suite à la conférence intitulée *Discussions avec mes patients* présentée au congrès 2025 de l'OPIQ. La présentation (PPT) est accessible pour téléchargement dans le répertoire de documents du [Campus OPIQ](#). Bonne lecture!

Un mot sur l'auteur

Entre 2004-2024, **Marise Tétreault** a occupé plusieurs fonctions à l'OPIQ, dont celui de coordonnatrice aux communications, et a obtenu sa maîtrise en communication (axe recherche en santé).

Ses études et ses recherches ont porté, entre autres, sur la communication interpersonnelle, la littératie en santé ainsi que la communication médiatique. Elle est l'auteure de deux documents de référence: [Parler, écouter et écrire - l'art de communiquer en santé](#) (2015) et [Les bonnes pratiques d'utilisation personnelle et professionnelle des médias sociaux](#) (2020).

Prémisse

Les obstacles à une communication efficace entre l'inhalothérapeute et la personne soignée (charge de travail, disponibilité, attente de part et d'autre, etc.) ne doivent pas faire oublier que la communication s'avère essentielle pour une pratique professionnelle de qualité.

De ce fait, il est important que l'inhalothérapeute maintienne ou améliore ses compétences communicationnelles et ses interactions avec la patientèle.

L'inhalothérapeute doit respecter ses obligations, notamment agir avec professionnalisme, faire preuve de rigueur scientifique et communiquer efficacement. Il ou elle doit aussi respecter les droits de la personne soignée, comme son droit à l'information, à savoir qui lui prodigue un soin, à consentir ou à refuser un soin, à participer aux décisions et à être accompagnée ou représentée.

Cet article exposera les principes de base pour une communication efficace en contexte professionnel: la communication verbale, non verbale et l'écoute active. Il décrira également les règles générales d'une pratique fondée sur l'étiquette en communication. Cependant, le sujet étant complexe, cet article n'abordera pas les subtilités propres aux patientèles difficiles ni aux situations ou aux contextes singuliers et d'urgence.

...

Principes de bases en communication dans un contexte professionnel

Une communication claire et efficace avec une personne soignée est essentielle pour établir une relation de confiance, comprendre la situation clinique, transmettre des informations et des recommandations, formuler une recommandation ou amorcer un traitement et en favoriser l'observance. De plus, une bonne communication améliore les résultats cliniques et la satisfaction de la patientèle envers les soins reçus.

Une communication efficace diminue les risques d'événements indésirables, d'insatisfaction et de plaintes, sans allonger les rencontres cliniques. Bien qu'elle soit l'une des [12 compétences clés à posséder à l'entrée dans la profession](#), elle peut être difficile à maîtriser en pratique clinique!

Alors, qu'elle soit sociale ou professionnelle, toute discussion avec vos patient(e)s doit respecter les principes de base de la communication verbale et non verbale et de l'écoute active.

Communication verbale

— **La communication est irréversible.** —

Ce qui est dit ne peut être effacé... même si on rectifie ce qui a été dit!

La communication verbale ne se limite pas au choix des mots, des expressions et des tournures de phrase, elle inclut aussi la capacité à structurer le message et à l'exprimer verbalement.

Pour une communication verbale efficace, il faut utiliser certaines stratégies ([fiche 1](#)) et éviter certains éléments ([fiche 2](#)). Des stratégies spécifiques sont aussi à considérer pour les patientèles gériatrique ([fiche 3](#)), adolescente ([fiche 4](#)) et pédiatrique ([fiche 5](#)).

Bon à savoir...

- Les stratégies de communication efficaces avec les adultes fonctionnent bien avec les parents d'un enfant malade.



Communication verbale:
parmi les stratégies à considérer auprès de la patientèle gériatrique



FICHE

3

Communication verbale:
parmi les stratégies à considérer auprès de la patientèle adolescente



FICHE

4

Communication verbale:
parmi les stratégies à considérer auprès de la patientèle pédiatrique



FICHE

5

Communication verbale:
parmi les stratégies efficaces



FICHE

1

Communication verbale:
parmi les éléments à éviter



FICHE

2

Communication non verbale

— Il est impossible de ne pas communiquer. —

Même en silence, nous communiquons, car il existe toujours une communication en présence d'une autre personne.

Nous savons que la communication n'est pas que l'apanage de la parole. Concrètement, le langage du corps domine dans la communication, suivi de près par les caractéristiques de la voix et les indices paralinguistiques (intonation, volume, débit, pause, etc.), puis les mots.

Ces comportements non verbaux, volontaires ou non, peuvent correspondre à la communication verbale, mais aussi la contredire ou la renforcer. Il importe que l'inhalothérapeute en tienne compte et vise une adéquation entre ces deux formes de communication. Pour cela, il doit prendre garde à certaines caractéristiques de communication non verbale ([fiche 6](#)). De plus, certaines personnes, dont les enfants, sont particulièrement sensibles aux signaux non verbaux. Pour cette raison, quelques éléments et caractéristiques sont à considérer auprès de la patientèle pédiatrique ([fiche 7](#)).

Bon à savoir...

- S'il y a discordance entre la communication verbale et non verbale, l'information transmise de façon non verbale prime.
- Certains comportements non verbaux (bras croisés, tapotement des doigts, regard désapprouvateur ou timide, froncement des sourcils ou maintien d'activités parallèles) peuvent véhiculer un message de désaccord, de mépris, de désintérêt ou d'impatience.
- Le langage non verbal de la personne soignée peut en indiquer plus que ce qu'elle exprime avec ses mots. De même, parce que certaines pensées ou émotions sont plus difficiles à exprimer verbalement, certaines personnes pourraient l'exprimer plus facilement par un comportement non verbal. À l'opposé, il est parfois difficile de cacher ce que l'on pense ou ressent ([fiche 7](#), [note B](#)). C'est pourquoi il peut être utile de reconnaître ces signes et les nommer peut aider.

Communication non verbale de l'inhalothérapeute :
parmi les éléments et caractéristiques à considérer auprès de la patientèle pédiatrique

FICHE
7



Écoute active

— «*Écoute*», du latin «*auscultare*» qui signifie *écouter avec attention*. —

À l'évidence, il faut savoir être attentif à ce qui se dit pour savoir écouter !



Identifiée comme l'un des indicateurs d'importance dans l'interprétation de la qualité de soins que reçoit la personne soignée, l'écoute active est le vecteur de l'empathie et de la compréhension. Elle se définit, entre autres, comme un ensemble d'interventions visant à encourager l'expression de l'autre. Elle permet de percevoir — au-delà des mots — les craintes, les forces, les doutes, les certitudes, les faiblesses et les éléments d'équilibre de la personne qui nous parle. À l'opposé de l'écoute passive, elle s'exerce dans un effort conscient d'entendre les non-dits.

Bon à savoir...

- L'écoute n'est pas un processus naturel, mais plutôt une habileté qui peut s'acquérir et se maintenir si elle est mise en pratique. Pour ce faire, il convient d'abord de distinguer l'écoute attentive de l'écoute active.

Communication non verbale de l'inhalothérapeute :
parmi les caractéristiques à considérer

FICHE
6



- **Écoute attentive** : technique qui consiste à porter toute son attention à l'interlocuteur, en éliminant les distractions externes (environnement, bruit ambiant, etc.) et internes (préoccupation, préparer sa réponse, etc.).
- **Écoute active** : approche qui englobe l'écoute attentive et qui va au-delà pour comprendre le message dans sa totalité, y compris les émotions.
- L'écoute active ne signifie pas intervenir dans la conversation pour conseiller ou diriger, mais plutôt pour accueillir le message transmis par l'autre, le comprendre, s'en souvenir et, surtout, en tenir compte par la suite.
- Lorsque l'inhalothérapeute écoute activement, la personne soignée le perçoit comme professionnel, attentif et consciencieux.

Il n'y a pas de formule magique pour pratiquer l'écoute active. Vous trouverez néanmoins un aide mnémotechnique utile dans la compréhension et la pratique de cette écoute bienveillante à la [fiche 8](#).



En conclusion

À l'image d'une histoire que l'on raconte du début à la fin, il faut bien communiquer avec la personne soignée (et ses proches si besoin) pour bien commencer, poursuivre et terminer une rencontre clinique.

Savoir communiquer efficacement dans un contexte professionnel est une habileté qui s'apprend et qui se développe tout au long du parcours professionnel. Pour améliorer cette habileté, il faut d'abord prendre conscience de ses façons de communiquer et d'entrer en relation avec les autres.

En pratique clinique, des stratégies efficaces de communication verbale, non verbale et d'écoute active couplées à l'application des règles générales d'étiquette en communication permettront à l'inhalothérapeute de discuter efficacement avec la patientèle.

Bonne discussion avec vos patients et patientes!



Références

- Auteur(e) inconnu(e). (2021). [Communication axée sur le patient](#). Association canadienne de protection médicale (ACPM).
- Auteur(e) inconnu(e). (2018, révisé en 2021). [Plaintes au Collège en hausse: importance d'une bonne communication](#). Association canadienne de protection médicale (ACPM).
- Auteur(e) inconnu(e). (2024). [Une communication efficace: la base des partenariats réciproques](#). Association canadienne de protection médicale (ACPM).
- ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC (OPIQ). (Mise à jour en 2023). [Référentiel des compétences à l'entrée dans la profession](#).
- PARENT, N. (2019). [La communication interpersonnelle en santé. Habiletés et attitudes essentielles pour favoriser un processus de guérison](#). Presses de l'Université Laval.
- RICHARD, C. et LUSSIER, M.-T. (2016). [La communication professionnelle en santé](#). 2^e édition. Édition du renouveau pédagogique inc.
- RICHARD, C., LUSSIER, M.-T. (2019). [Assertivité, professionnalisme et communication en santé \(deuxième partie\)](#). *Exercer*, 156, 369 -74.
- RICHARD, C., LUSSIER, M.-T., MILLETTE, B. (2022). [L'assertivité professionnelle](#). *Exercer*, 184, 276-279.
- TÉTREAU, M., LAPORTE, S., MATHIEU, A. (2015). [Parler, écouter, écrire: l'art de communiquer en santé](#). Guide de pratique clinique, OPIQ.

E = MC² :
aide mnémotechnique
au concept d'écoute active



FICHE
8

En pratique clinique...

Règles générales d'une pratique fondée sur l'étiquette

En plus de respecter les fondements de la communication verbale, non verbale et d'écoute active, toute discussion avec un(e) patient(e) doit aussi suivre certaines règles pour une pratique fondée sur l'étiquette en communication.

Inspirées des travaux de Richard et Lussier (2016), voici quelques-unes de ces règles déclinées sous l'acronyme **BASE** ([fiche 9](#)). À l'évidence, l'importance et le temps consacré à chacune des étapes varient, notamment selon le contexte (salle d'opération vs clinique de suivi), la condition clinique de la personne soignée (instable vs stable, consciente vs inconsciente) et la raison de la rencontre (première rencontre ou suivi régulier).

Acronyme BASE :
parmi les règles liées
à la communication
pour une pratique clinique
fondée sur l'étiquette



FICHE
9

7 astuces pour diminuer vos frais de chauffage cet hiver

L'hiver, vos frais de chauffage représentent la plus importante partie de votre facture d'électricité. C'est normal. Ce qui l'est moins, c'est de payer en trop parce que votre maison perd trop de chaleur. Voici 7 astuces pour vous aider à réduire vos frais de chauffage cet hiver.



Portes et fenêtres

Votre maison peut perdre jusqu'à 25 % de sa chaleur l'hiver en raison de vos portes et de vos fenêtres.

Après 20 ans, il est conseillé de les changer. Des portes et des fenêtres certifiées Energy Star® vous feront économiser 10 % en frais de chauffage.

Fuites d'air

Trouvez la source des courants d'air et colmatez-les.

Couvrez les fenêtres d'une pellicule plastique. Elle s'ajustera en la chauffant à l'aide d'un séchoir à cheveux.

Thermostats

Installer des thermostats programmables partout dans la maison pourrait réduire votre facture de chauffage de 10 %. Assurez-vous de bien les programmer pour en tirer le maximum d'efficacité.

La bonne température

Le jour, réglez à 20 ou 22 degrés Celsius les pièces occupées comme les salles de bain ou un bureau à domicile.

Dans les autres pièces, vous pouvez ajuster la température entre 18 et 21 degrés Celsius pendant le jour.

La nuit, ou lorsque vous vous absentez, vous pouvez abaisser la température de 3 à 5 degrés C sans que la qualité de votre confort en soit affectée. Cela peut réduire votre facture de chauffage de 3 à 5 %.

Humidité

Conservez un taux d'humidité entre 30 et 50 % dans votre maison l'hiver. Un hygromètre vous aidera à bien le mesurer.

Un ventilateur peut aussi évacuer l'humidité provoquée par la douche ou le bain.

Vous pouvez aussi ouvrir une fenêtre pour réduire l'humidité dans la maison. Il est suggéré de le faire 5 minutes tous les jours.

Eau chaude

Votre chauffe-eau est après le chauffage la deuxième plus grande dépense en électricité dans votre maison. Il peut représenter 20 % de votre facture mensuelle. Un moyen d'en réduire le coût en hiver est de privilégier une douche plutôt qu'un bain, et d'en réduire la durée. Un pommeau de douche à débit réduit aidera aussi à réduire votre consommation d'eau chaude.

Le lave-vaisselle devrait être parti seulement une fois qu'il est bien plein. Votre laveuse de son côté lavera généralement les vêtements aussi bien à l'eau froide.

Vous pouvez aussi isoler votre chauffe-eau et les tuyaux d'eau chaude, surtout s'ils sont en cuivre.

Thermopompe

Vous pourriez aussi investir dans une thermopompe. C'est un des systèmes de chauffage les plus économiques. En revanche, par temps vraiment froid, la thermopompe pourrait ne pas suffire à chauffer toute votre maison et un système d'appoint peut être nécessaire.

Si vous songez à opter pour une thermopompe, il vous faudra tenir compte de ces détails pour déterminer si c'est le bon choix : son coût d'achat et d'installation, l'entretien qu'elle nécessitera, la superficie à chauffer, votre emplacement et son climat et l'isolation de votre maison.

Après tout, se tenir bien au chaud l'hiver, c'est bien. Le faire tout en évitant des frais de chauffage trop élevés, c'est mieux!

beneva

**Les gens
qui protègent
des gens**

ASSURANCE
HABITATION

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. 2025 ^{MD} Le nom et le logo Beneva sont des marques de commerce de Groupe Beneva inc. utilisées sous licence.

REER

Le bon moment pour cotiser à votre retraite, c'est maintenant.

Jusqu'au
2 mars
2026

Cotisez à un REER avant la date limite
pour profiter d'avantages fiscaux
et épargner davantage pour vos projets
de retraite.

bnc.ca/épargne

 **BANQUE
NATIONALE**



Formation continue

Nouvelles activités de formation

- **OPIQ-10001**
Coordonner les innovations biologiques et approches existantes au bénéfice des patients vivant avec une MPOC
- **OPIQ-10002**
Les principes fondamentaux de l'EEG
- **OPIQ-10003**
La polygraphie cardiorespiratoire durant le sommeil (PCRS)

Ressources cliniques et scientifiques

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

FORMATION CONTINUE 2024-2026

Fin de la période de référence

- ✓ **30 h** minimum à réaliser
- ✓ Inscrire à votre dossier les activités de formation externes à l'OPIQ
- ✓ Conserver vos attestations pendant 4 ans

DATE LIMITE

31
MARS
2026

Rappel — Règlement de formation continue

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

- Le nom complet de l'inhalothérapeute;
- Le titre de l'activité de formation suivie;
- La date de l'activité, incluant l'année;
- La durée de l'activité;
- Le nom du formateur ou de l'organisme dispensateur. [En savoir plus...](#)

Congrès 2025

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

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 (Or): **Beneva, Trudell Solution Santé, Viatris Canada, Nox Medical**, ainsi que la **Banque Nationale du Canada** (Argent).

Formation universitaire

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

Voir la liste des programmes
(non limitative ni exhaustive)



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**.

> Développement professionnel



Nouveaux stagiaires, nouveaux défis: développez vos compétences d'accompagnement avec ces deux activités de formation adaptées.

Sherpa+



Autoformation sur l'accompagnement des stagiaires en 2 parcours

PARCOURS 1



Accompagner une personne stagiaire, par où commencer? (1 heure)

Objectifs

- Développer sa compréhension du stage, de la personne stagiaire et de la personne superviseure
- Réfléchir à ses pratiques d'accompagnement de stagiaire

PARCOURS 2



Être une personne superviseure, comment mieux accompagner? (2 heures)

Objectifs

- Découvrir de nouveaux outils pour enrichir son accompagnement de stagiaires
- Faciliter sa gestion de situations complexes en stage
- Réfléchir à ses pratiques d'accompagnement de stagiaires



L'art de superviser des stagiaires est un programme de formation du CNFS – Volet Université d'Ottawa visant à outiller les personnes qui accompagnent des stagiaires dans leur processus de professionnalisation.

La **formation de base** comprend 5 ateliers et a pour but de fournir aux personnes superviseures les notions théoriques et pratiques de base inhérentes à l'art de la supervision en milieu de stage.

La **formation avancée** comprend 6 ateliers permettant aux participant(e)s de poursuivre leur formation sur la supervision de stagiaires dans des contextes particuliers. Les thématiques abordées permettent aux personnes superviseures de perfectionner leurs habiletés d'encadrement et de développer des compétences plus avancées.

ACADEMOS



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

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

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

DEVEZ MEMBRE DE LA SCT

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

Pour plus d'informations

Vous ne nous suivez pas encore sur les réseaux sociaux?

C'est par ici!



publications et formations externes d'intérêt

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

AMERICAN HEART ASSOCIATION

Lignes directrices 2025 de l'*American Heart Association* (AHA) en matière de réanimation cardiorespiratoire (RCR) et de soins d'urgence cardiovasculaire (SUC) — Édition de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada

Les lignes directrices 2025 se fondent sur la version la plus récente des définitions de l'AHA pour chaque catégorie de recommandations. Dans l'ensemble, 760 recommandations spécifiques sont formulées en lien avec les soins en réanimation chez l'adulte, chez l'enfant et chez le nouveau-né, les données scientifiques relatives à l'éducation en matière de réanimation et les systèmes de soins.

> [Résumé des points saillants](#)

EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY (ERS)/ AMERICAN THORACIC SOCIETY (ATS)

Rappel des standards d'interprétation des tests de la fonction pulmonaire publiés par l'ERS/ATS mis à jour en 2021.

Consultez la publication de D^{re} Sanja Stanojevic *et al.* (2022). [ERS/ATS technical standard on interpretive strategies for routine lung function tests](#). *European Respiratory Journal*, 60(1), 2101499. <https://doi.org/10.1183/13993003.01499-2021> (résumé)

* **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.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ)

Formation [Impacts climatiques: repenser la santé](#)

Cette formation, ouverte à toutes les actrices et à tous les acteurs de la santé et des services sociaux, pose les bases communes nécessaires à l'intégration transversale des changements climatiques dans les pratiques professionnelles. Elle propose de nombreuses [pistes d'action](#) et des leviers pour lutter contre les [changements climatiques](#).

La formation comprend plusieurs modules indépendants les uns des autres. Chaque module privilégie une approche pragmatique, inclusive et ancrée dans la réalité des pratiques. L'accent est mis sur la réduction des inégalités sociales de santé et sur une vision systémique qui relie climat, équité, territoires et santé.

Objectifs généraux

Après avoir terminé les modules de formation, les apprenantes et apprenants seront en mesure de:

- > Reconnaître l'importance multidimensionnelle des changements climatiques pour la santé.
- > Identifier les individus, groupes ou communautés vulnérables ainsi que leurs barrières d'adaptation.
- > Proposer et intégrer des mesures adaptatives dans les pratiques de santé et de services sociaux.
- > Renforcer la durabilité des pratiques professionnelles et générer des cobénéfices santé-environnement.
- > Communiquer et agir de façon crédible et mobilisatrice auprès des clientèles, des communautés et des collègues pour soutenir la transition vers une santé durable.

questionnaire de **formation continue**

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



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

- *Accompagner avec justesse : comprendre les mécanismes de défense et gérer les personnalités complexes* (p. 7-10)
- *Robots et automatisation au bloc opératoire et en soins critiques : quand, comment, pourquoi?* (p. 11-15)
- *Intubation avec vidéolaryngoscope : spécificités et ajouts à la sécurité anesthésique* (p. 17-20)
- *Discussions avec mes patients* (p. 30-33)

01 **VRAI ou FAUX**

L'alliance thérapeutique est renforcée par l'écoute active.

02 **Qui suis-je?**

Quel robot chirurgical permettra à une personne novice d'intuber avec la précision d'une personne experte?

- a) Moxi
- b) Magellan
- c) KIS
- d) McSleepy

03 **Lesquels des mécanismes suivants sont des mécanismes de protection inconscients?**

1. Le déni.
2. Le déplacement.
3. La régression.
4. L'ignorance.

- a) 1, 2 et 3
- b) 4 seulement
- c) 1 et 3
- d) 2 et 4
- e) 1, 2, 3 et 4

04 **VRAI ou FAUX**

L'intégration clinique des LLM est encore au stade expérimental.

05 **En ce qui a trait aux LLM, lesquelles des limitations fondamentales sont à considérer pour bien les utiliser?**

1. Les hallucinations.
2. Les biais algorithmiques.
3. Les considérations éthiques et légales.
4. Le risque d'atrophie cognitive.

- a) 1, 2 et 3
- b) 4 seulement
- c) 1 et 3
- d) 2 et 4
- e) 1, 2, 3 et 4

06 **Parmi les énoncés qui suivent concernant la vidéolaryngoscopie, lesquels sont vrais?**

1. Elle établit la hiérarchie au sein de l'équipe.
2. Elle réduit la charge cognitive en situation d'urgence.
3. Elle n'est qu'un instrument de visualisation.
4. Elle améliore la gestion de crise.

- a) 1, 2 et 3
- b) 4 seulement
- c) 1 et 3
- d) 2 et 4
- e) 1, 2, 3 et 4

07 **VRAI ou FAUX**

La vidéolaryngoscopie est un outil qui s'intègre parfaitement dans les approches modernes de formation sur les facteurs humains et la gestion de crises.

08 **Parmi les énoncés suivants, lesquels sont les perspectives offertes par les trois piliers technologiques : robots pharmacologiques, IA conversationnelle et robotique mécanique?**

1. Personnalisation des soins.
2. Augmentation de la précision.
3. Réduction du risque d'erreur.
4. Remplacer l'humain.

- a) 1, 2 et 3
- b) 4 seulement
- c) 1 et 3
- d) 2 et 4
- e) 1, 2, 3 et 4

09 **VRAI ou FAUX**

Faire preuve d'assertivité professionnelle, c'est exprimer, avec respect, son expertise, son savoir et sa confiance envers la science.

10 **VRAI ou FAUX**

Lors de silences, nous ne communiquons pas.

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



Joyeuses fêtes

*Puissent-elles vous offrir un moment de repos
bien mérité et une année 2026
empreinte de sérénité
et porteuse de succès.*

