

# l'inhalo

printemps / été 2026

DOSSIER

## DÉCOUVERTE, INNOVATION ET PERSPECTIVE

CHRONIQUE

DÉONTOLOGIE / inh.: 3 LETTRES RESPONSABLES

Membres de l'OPIQ

# Attendez-vous à des avantages exclusifs.

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

- **rabais exclusifs** sur vos assurances auto, habitation et véhicules de loisirs
- assistance routière gratuite<sup>1</sup>

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



Mentionnez  
votre numéro  
de groupe : 10066



# beneva

**Les gens  
qui protègent  
des gens**

1. En combinant vos assurances 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. 2026 <sup>MD</sup> Le nom et le logo Beneva sont des marques de commerce de Groupe Beneva inc. utilisées sous licence.

# HORAIRE ÉTÉ 2026

L'équipe de l'OPIQ est disponible

**du lundi au jeudi** et **le vendredi**  
de 8 h 30 à 12 h de 8 h 30 à 12 h 30  
et de 13 h à 16 h 30

Du 26 juin au 4 septembre inclusivement



|  |           |
|--|-----------|
| <b>Avant-propos</b>  | <b>4</b>  |
| <b>Le mot de la présidente</b>   | <b>5</b>  |
| <b>Dossier</b>   |           |
| <b>Découverte, innovation et perspective</b>   |           |
| neffy <sup>MD</sup> : une nouvelle ère pour le traitement de l'anaphylaxie au Canada         | <b>7</b>  |
| Gwada négatif: découverte d'un nouveau groupe sanguin rare                                   | <b>9</b>  |
| L'infarctus du myocarde chez la femme: une maladie distincte de celle qui touche les hommes? | <b>12</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Actualités</b>                                 | <b>17</b> |
| L'Ordre y était                                   |           |
| <b>Médias sociaux / enjeux + bonnes pratiques</b> | <b>18</b> |
| À votre avis...                                   |           |
| <b>Déontologie / inh.: 3 lettres responsables</b> | <b>20</b> |
| Profession: syndic                                |           |
| <b>Assurances</b>                                 | <b>23</b> |
| <b>Finances</b>                                   | <b>24</b> |
| <b>Babillard</b>                                  | <b>25</b> |
| <b>Questionnaire</b>                              | <b>28</b> |

## sommaire

### VERSION INTERACTIVE

Repérez ces icônes qui indiquent des liens



courriel



texte hyperlié



tableau hyperlié



page hyperliée



## inhalo

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

#### Présidente

Karine Grondin, inh., RRT, FCSRT

#### Administrateurs et administratrices

Mohamed Bellhadj, 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**  
M<sup>me</sup> Andréanne LeBel

**Syndic**  
Véronique Adam, inh.

**Coordonnateur et responsable de l'inspection professionnelle**  
Daniel Jorgic, inh.

**Conseillère à la qualité de l'exercice et inspectrice**  
Daphnée Houle, 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**  
Catherine Larocque

**Collaboratrice aux affaires juridiques**  
Anie Gratton

**Chargée du Tableau des membres et des communications**  
Peggy Casse

**Collaboratrice à la qualité de l'exercice**  
Poste à pourvoir

**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**  
Véronique Adam, inh., Karine Grondin, inh., RRT, FCSRT, Daphnée Houle, inh., D<sup>r</sup> Martin Juneau, MD, FRCP, Pascal Rioux, inh., Adm. A., Marise Tétreault, inh., M.A., D<sup>r</sup> Éric Thorin, Ph. D.

#### ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2026

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: epil@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  
Télec.: 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 épique (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

**Rien n'est permanent,  
sauf le changement.**

— Héraclite

**C**ette édition est placée sous le signe des découvertes, des innovations et de nouvelles perspectives. Qu'il s'agisse de l'identification d'un groupe sanguin jusqu'alors inconnu, d'une nouvelle option thérapeutique pour le traitement de l'anaphylaxie ou d'une meilleure compréhension des particularités de l'infarctus du myocarde chez la femme, chaque article nous rappelle que les connaissances évoluent sans cesse.

La nouveauté constitue souvent le point de départ des avancées qui transforment nos connaissances, nos pratiques et, ultimement, les soins offerts à la population. Cette édition met donc en lumière quelques découvertes et innovations qui suscitent l'intérêt de la communauté scientifique et clinique.

Cette évolution se reflète aussi au sein de l'Ordre, alors que la permanence s'enrichit avec l'arrivée de deux nouvelles collègues : madame Daphnée Houle, inspectrice et conseillère à la pratique clinique, et madame Véronique Adam, syndique. Cette dernière succède à monsieur Bernard Cadieux, qui poursuit son engagement auprès de l'Ordre comme syndic adjoint pour la prochaine année. Nous leur souhaitons la plus cordiale bienvenue dans l'équipe. Madame Adam signe d'ailleurs sa première chronique déontologique, consacrée à la fonction de syndic et à son rôle dans la protection du public.

## Congrès 2026

Les 6 et 7 novembre prochain, nous aurons le plaisir de nous retrouver à l'occasion de la 50<sup>e</sup> édition du congrès annuel de l'OPIQ. Cet événement incontournable offre une occasion privilégiée de perfectionnement, d'échanges et de réseautage entre collègues de partout au Québec. Inscrivez les dates à votre agenda !

D'ici ce rendez-vous automnal, nous vous souhaitons un été rempli de soleil, de découvertes et de moments inspirants.

Bonne lecture!



**Le comité éditorial**

|  |    |
|--|----|
| Association pulmonaire du Québec (APQ) | 17 |
| Banque Nationale                       | 11 |
| Beneva                                 | 2  |

|                       |    |
|-----------------------|----|
| CISSS de la Côte-Nord | 16 |
| FIQ                   | 15 |



**index des annonceurs**



## MOT DE LA PRÉSIDENTE

### Saisir les occasions, construire l'avenir



**L'**histoire des professions de la santé est intimement liée à celle du progrès. Les avancées scientifiques, les innovations technologiques et l'évolution des savoirs ouvrent de nouvelles voies et transforment notre manière d'exercer.

Cette transformation s'accompagne d'une responsabilité fondamentale : maintenir et constamment enrichir nos compétences.

Dans notre pratique, cette réalité est bien connue. Les connaissances se renouvèlent, les approches cliniques se raffinent et les attentes des patients, des organisations, des gestionnaires, des collègues et de l'ensemble du réseau de la santé évoluent. Les inhalothérapeutes doivent faire preuve de curiosité, remettre en question leurs acquis et intégrer des pratiques novatrices fondées sur les meilleures données disponibles. Cette capacité d'adaptation constitue aujourd'hui une compétence en soi.

À cet égard, le thème de cette édition prend tout son sens. La découverte stimule la réflexion et nourrit l'apprentissage. L'innovation ouvre la voie à des façons inédites d'exercer nos activités professionnelles. Quant à la perspective, elle nous invite à anticiper les besoins futurs de notre profession, de nos milieux cliniques et de la population.

Cette dynamique s'inscrit aussi dans un contexte marqué par des changements législatifs importants. L'adoption de la Loi 8, qui modifie le *Code des professions* et diverses dispositions relatives au domaine de la santé et des services sociaux, témoigne de la volonté gouvernementale d'adapter le système professionnel aux réalités contemporaines. En visant à rendre le système professionnel plus agile et à élargir certaines pratiques, cette loi ouvre des perspectives prometteuses pour plusieurs professions, dont la nôtre. Elle rappelle aussi l'importance de l'encadrement, la formation continue et la collaboration étroite entre les milieux. Si cette

modernisation crée de nouvelles possibilités, elle s'accompagne également d'une responsabilité accrue : celle de veiller à ce que les compétences évoluent au même rythme que les nouvelles responsabilités confiées aux professionnels.

Dans un environnement en constante transformation, il est essentiel de reconnaître et de saisir les occasions qui se présentent. Les changements, malgré l'incertitude qu'ils suscitent parfois, offrent l'opportunité de faire progresser nos pratiques et de renforcer notre expertise pour mieux répondre aux besoins de la population.

La force de notre profession réside notamment dans sa capacité à demeurer présente, compétente et engagée, même dans les contextes les plus exigeants. Cette résilience, alliée à une volonté constante d'apprendre et d'innover, reste l'un des plus puissants moteurs de notre développement collectif.

Plus que jamais, cultivons notre curiosité, saisissons les occasions qui se présentent et gardons le regard tourné vers l'avenir. Nous continuerons ainsi à faire évoluer notre profession avec compétence, ouverture et confiance.



**Karine Grondin, inh., RRT, FCSRT**  
Présidente



# 50<sup>e</sup> Congrès

Fiers de notre  
héritage,  
maîtres de notre  
expertise

6 et 7 novembre 2026  
Manoir Richelieu, à La Malbaie





# neffy<sup>MD</sup> :

## une nouvelle ère pour le traitement de l'anaphylaxie au Canada



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

### Introduction

Le traitement des réactions allergiques graves (anaphylaxie) repose depuis des décennies sur un geste simple, mais parfois redouté: l'injection d'épinéphrine à l'aide d'un auto-injecteur à usage unique (*EpiPen<sup>MD</sup>*). Avec la récente approbation de *neffy<sup>MD</sup>* par Santé Canada en avril 2026 à la suite d'études cliniques sur plus de 700 participants<sup>1</sup>, une option sans aiguille fait son entrée sur le marché. Ce nouvel inhalateur nasal pourrait en effet transformer la façon dont les patients et leurs proches réagissent en situation d'urgence. Les recherches<sup>2</sup> ont montré que la moitié des personnes qui vivent avec une allergie potentiellement mortelle ne portent pas toujours leur auto-injecteur d'épinéphrine sur eux, et qu'une proportion similaire n'utilise pas d'auto-injecteur en cas d'urgence.

### Une innovation sans aiguille

# N

*neffy<sup>MD</sup>* est le premier traitement pour l'anaphylaxie administré par voie nasale au Canada. Contrairement aux auto-injecteurs traditionnels, il ne nécessite aucune injection. Il combine<sup>3</sup>:

- l'épinéphrine (2 mg<sup>a</sup>), agoniste non sélectif des récepteurs alpha ( $\alpha$ ) et bêta ( $\beta$ ) adrénergiques, est utilisée communément pour traiter les réactions allergiques sévères;
- l'*Intravail A3*, un excipient/agent d'absorption employé dans certaines formulations nasales pour favoriser l'absorption transmuqueuse du médicament et augmenter sa biodisponibilité;
- un atomiseur à dose unitaire qui produit une pulvérisation et une taille de gouttelette qui optimisent l'administration au cornet nasal.

### Quand

*Neffy<sup>MD</sup>* devrait être disponible au Canada à partir de l'été 2026, sous la forme d'une trousse contenant deux doses. On n'en connaît pas encore le cout, mais cela dépendra de la couverture de chaque personne et des conditions de remboursement convenues avec chaque province et chaque compagnie d'assurance<sup>4</sup>.

...

<sup>a</sup> Santé Canada n'a approuvé que la dose de 2 mg pour le traitement de l'anaphylaxie chez les adultes et les enfants de plus de 30 kg. Cette dose est équivalente à la dose de 0,3 mg d'un auto-injecteur d'épinéphrine (p. ex. *EpiPen<sup>MD</sup>*).

**La trousse neffy® ▷**

© ALK Canada. Reproduction autorisée.



**Comment**

Son fonctionnement repose sur une vaporisation unique dans une narine. Si les symptômes persistent, une seconde dose peut être administrée après quelques minutes. Les récepteurs  $\alpha$ -adrénergiques réduisent la vasodilatation et augmentent la pression artérielle. Les récepteurs  $\beta$ -adrénergiques, quant à eux, relâchent les muscles lisses bronchiques et contribuent à soulager le bronchospasme et la dyspnée associée, de même qu'ils améliorent le prurit, l'urticaire et l'œdème de Quincke. Comme pour les auto-injecteurs, son action est rapide.

**Pour qui et dans quelles situations**

Neffy<sup>MD</sup> est indiqué pour les adultes et les enfants d'au moins 30 kg. Il est utilisé dans les cas d'anaphylaxie déclenchée par divers allergènes, notamment les aliments, les piqûres d'insectes ou certains médicaments.

Bien que cette nouvelle option soit prometteuse, elle ne remplace pas automatiquement les auto-injecteurs comme EpiPen<sup>MD</sup>. Le choix du traitement dépendra des recommandations médicales et de la situation clinique de chaque patient.

**Avantages pour les patients**

La facilité d'utilisation de neffy<sup>MD</sup> est l'un de ses principaux atouts. L'absence d'aiguille pourrait aussi réduire la peur associée à l'injection, un facteur connu qui retarde parfois l'administration du traitement en situation d'urgence.


Le format d'atomiseur nasal est plus simple à manipuler, ce qui pourrait améliorer la rapidité d'intervention, notamment chez les enfants ou les personnes moins à l'aise avec l'utilisation d'un auto-injecteur. En élargissant les options disponibles, neffy<sup>MD</sup> contribue à diversifier les solutions thérapeutiques pour les personnes à risque d'anaphylaxie.

**Des précautions à ne pas négliger**

Malgré ses avantages, neffy<sup>MD</sup> doit être utilisé en respectant les précautions associées aux traitements à base d'épinéphrine. Des effets secondaires, entre autres des palpitations, des maux de tête ou une irritation nasale, peuvent survenir.

L'anaphylaxie demeurant une urgence médicale, il est impératif de contacter les services d'urgence après l'administration du médicament, même en cas d'amélioration des symptômes, en raison du risque de réaction biphasique<sup>5,6</sup>.

**Conclusion**

L'arrivée de neffy<sup>MD</sup> marque une avancée significative dans la prise en charge des réactions allergiques graves au Canada. En proposant une option sans aiguille, ce vaporisateur nasal pourrait améliorer l'adhésion au traitement et réduire les hésitations en situation critique. Bien qu'il ne remplace pas immédiatement les solutions existantes, il ouvre la voie à une approche plus accessible de la prise en charge de l'anaphylaxie. 

\* Certaines sections de ce document ont été générées ou reformulées à l'aide de l'IA, puis révisées et validées par l'auteure.



**Références**

- 1 WARREN, C. M., ZASLAVSKY, J. M., KAN, K., SPERGEL, J. M., GUPTA, R. S. (2018, Oct.) Epinephrine auto-injector carriage and use practices among US children, adolescents, and adults. *Ann Allergy Asthma Immunol* 121(4): 479-489. e2. DOI: [10.1016/j.anaai.2018.06.010](https://doi.org/10.1016/j.anaai.2018.06.010)
- 2 WARREN, C. M., ZASLAVSKY, J. M., KAN, K., SPERGEL, J. M., GUPTA, R. S. (2018, Oct.) Epinephrine auto-injector carriage and use practices among US children, adolescents, and adults. *Ann Allergy Asthma Immunol* 121(4): 479-489. e2. DOI: [10.1016/j.anaai.2018.06.010](https://doi.org/10.1016/j.anaai.2018.06.010)
- 3 ELLIS, A. K., CASALE, T. B., KALINER, M., OPPENHEIMER, J., SPERGEL, J. M., FLEISCHER, D. M., BERNSTEIN, D., CAMARGO, C. A., JR., LOWENTHAL, R., & TANIMOTO, S. (2024, Jun 14). Development of neffy, an Epinephrine Nasal Spray, for Severe Allergic Reactions. *Pharmaceutics*, 16(6), 811. DOI: [10.3390/pharmaceutics16060811](https://doi.org/10.3390/pharmaceutics16060811)
- 4 2026, 15 avril. neffy®, un vaporisateur nasal d'épinéphrine, approuvé au Canada: FAQ. *Allergies alimentaires Canada*. Communiqué de presse. <https://allergiesalimentairescanada.ca/neffy-un-vaporisateur-nasal-depinephrine-approuve-au-canada-faq/>
- 5 MAYO CLINIC. (2025, 16 avril). *Anaphylaxis*. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anaphylaxis/symptoms-causes/syc-20351468>
- 6 HOTTE, S. (S. D.) *L'anaphylaxie*. L'Association des allergologues et immunologues du Québec.

## Gwada négatif : découverte d'un nouveau groupe sanguin rare



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

### Introduction

Les groupes sanguins humains constituent un élément fondamental de la médecine transfusionnelle et de l'immunohématologie. La description de nouveaux systèmes de groupes sanguins demeure essentielle, tant pour la compréhension des phénotypes érythrocytaires rares que pour la sécurité transfusionnelle. Leur identification revêt une importance particulière dans la prévention des accidents immunologiques posttransfusionnels, ainsi que dans la prise en charge des patients présentant des phénotypes rares. Dans ce contexte, la mise en évidence en 2025 du phénotype *Gwada négatif* représente une avancée notable, en raison de son extrême rareté et de ses conséquences potentielles sur la compatibilité sanguine.

Cette avancée illustre l'importance de la génétique moléculaire dans la compréhension des incompatibilités transfusionnelles rares et dans l'amélioration de la sécurité des transfusions sanguines.

### Systèmes et groupes sanguins : un ensemble biologique complexe<sup>1</sup>

**U**n groupe sanguin correspond au profil antigénique d'une personne, c'est-à-dire à la présence ou à l'absence de certains antigènes (protéines, glucides, glycolipides ou glycoprotéines) à la surface des globules rouges. Ces antigènes sont généralement codés par des gènes héréditaires.

Ils déterminent quels types de sang une personne peut recevoir ou donner en toute sécurité. Lorsqu'une personne reçoit un sang incompatible, son système immunitaire peut reconnaître ces antigènes comme étrangers et déclencher une réaction immunitaire potentiellement grave.

Un système est un ensemble de groupes sanguins avec des antigènes apparentés génétiquement, contrôlés par un même gène ou un groupe de gènes homologues. Chaque système comprend plusieurs antigènes et plusieurs possibilités de groupes sanguins (voir tableau 1).

### Découverte du groupe « Gwada négatif »<sup>2,3,4</sup>

Bien que les [systèmes ABO et Rhésus](#) soient les plus connus du grand public, la communauté scientifique reconnaissait 47 groupes sanguins et 366 antigènes différents... jusqu'en 2025<sup>5</sup>! En effet, l'[Établissement français du sang](#) (EFS) — l'équivalent de la [Société canadienne du sang](#) et de [Héma-Québec](#) (au provincial) — a identifié l'an dernier un nouveau groupe sanguin extrêmement rare : le « Gwada négatif ». Cette découverte majeure a permis l'ajout d'un 48<sup>e</sup> système sanguin officiellement reconnu, nommé PIGZ, en raison du gène affecté.

...

« Cette avancée illustre l'importance de la génétique moléculaire dans la compréhension des incompatibilités transfusionnelles rares et dans l'amélioration de la sécurité des transfusions sanguines. » »

**Tableau 1. Comparatif des systèmes et des groupes sanguins**

| Critère            | Système de groupes sanguins                                | Groupe sanguin   |
|--------------------|--|--|
| Définition         | Classification génétique d'antigènes contrôlés par un gène | Combinaison d'antigènes présents/absents chez une personne |
| Exemple            | ABO, Rhésus, Kell, PIGZ (Gwada)                            | O négatif, A positif, Gwada négatif                        |
| Nombre             | 48 systèmes reconnus                                       | Des centaines de combinaisons possibles                    |
| Rôle               | Catégorise les antigènes par origine génétique             | Détermine la compatibilité transfusionnelle                |
| Incidence clinique | Permet de comprendre les incompatibilités (p. ex. anti-Rh) | Guide les choix transfusionnels (p. ex. donner O- à un A+) |

Le groupe sanguin « Gwada négatif » a été détecté chez une Française originaire de la Guadeloupe. Les chercheurs de l'EFS ont détecté une incompatibilité sanguine inhabituelle à tous les types de sang testés lors d'analyses immunohématologiques approfondies. Les investigations génétiques ont révélé une mutation rare affectant le gène PIGZ, conduisant à l'absence d'un antigène spécifique à la surface des globules rouges.

Le terme « Gwada » provient du surnom populaire de la Guadeloupe, tandis que « négatif » indique l'absence de l'antigène correspondant. Si cette nomenclature rappelle le principe utilisé pour l'antigène Rhésus négatif, il ne s'agit pas d'un nouveau groupe des systèmes ABO ou Rhésus, mais bien d'un système sanguin additionnel distinct.

La rareté extrême de ce phénotype en fait un cas exceptionnel : à ce jour, cette patiente demeure la seule personne connue à présenter ce profil dans le monde.

#### Le système PIGZ et ses implications biologiques<sup>4</sup>

Le gène PIGZ est impliqué dans des mécanismes cellulaires liés aux glycosylphosphatidylinositols (GPI), qui sont des structures qui permettent l'ancrage de certaines protéines à la membrane cellulaire. Une anomalie de ce gène peut modifier l'expression antigénique des globules rouges.

Cette très récente découverte démontre que certains antigènes érythrocytaires restent encore inconnus malgré plus d'un siècle de recherches en hématologie. Elle souligne aussi la contribution croissante du séquençage génétique à haut débit dans l'identification des incompatibilités transfusionnelles rares.

#### Importance clinique et transfusionnelle<sup>6</sup>

L'identification du groupe « Gwada négatif » présente plusieurs implications médicales importantes.

#### Sécurité transfusionnelle<sup>3</sup>

Les patients possédant des [groupes sanguins rares](#) peuvent développer des anticorps dirigés contre des antigènes absents de leurs propres globules rouges. Une transfusion incompatible peut alors entraîner une hémolyse aigüe, parfois mortelle. La reconnaissance de nouveaux systèmes sanguins permet donc d'améliorer le dépistage des incompatibilités et de mieux sélectionner les produits sanguins compatibles.

#### Grossesse et incompatibilités fœtomaternelles<sup>7,8</sup>

Comme pour le système Rhésus, certaines incompatibilités rares peuvent provoquer une destruction des globules rouges du fœtus lorsque la mère produit des anticorps contre les antigènes du bébé. L'identification précise de nouveaux antigènes peut améliorer la prévention et la prise en charge de ces complications.


#### Recherche génétique et médecine personnalisée

La découverte de nouveaux groupes sanguins contribue aussi à l'amélioration des banques de données génétiques et ouvre la voie à une médecine transfusionnelle plus personnalisée. Elle pourrait également aider à mieux comprendre certaines pathologies immunologiques ou hématologiques rares.

#### Conclusion

La découverte du groupe sanguin « Gwada négatif » et du nouveau système sanguin PIGZ représente une avancée importante dans le domaine de l'immunohématologie moderne.

Au-delà de son caractère exceptionnel, cette avancée possède une valeur clinique majeure pour la sécurité et la planification transfusionnelles, la prévention des incompatibilités immunologiques (grossesses à

risque) et le développement de la médecine personnalisée. Elle illustre aussi l'importance des technologies génétiques modernes dans l'identification de phénotypes sanguins rares. Elle démontre aussi que la diversité biologique humaine reste encore partiellement inexplorée... 

\* Certaines sections de ce document ont été générées ou reformulées à l'aide de l'IA, puis révisées et validées par l'auteure.



#### Références

- 1 *Compatibilité des groupes sanguins.* (s. d.). Héma-Québec. <https://www.hemaquebec.ca/informer/sang/groupe-sanguins#:~:text=Si%20l'on%20transfuse%20au,de%20l'%C3%A9tat%20du%20malade>
- 2 *Sang de phénotype rare.* Wikipédia. [https://fr.wikipedia.org/wiki/Sang\\_de\\_ph%C3%A9notype\\_rare](https://fr.wikipedia.org/wiki/Sang_de_ph%C3%A9notype_rare)
- 3 *Groupe sanguin.* Wikipédia. [https://fr.wikipedia.org/wiki/Groupe\\_sanguin](https://fr.wikipedia.org/wiki/Groupe_sanguin)
- 4 IGNASSE, J. (2025, 1<sup>er</sup> juillet). « *Gwada négatif* » : découverte d'un sang unique au monde chez une patiente guadeloupéenne. Site Sciences et avenir. [https://www.sciencesetavenir.fr/sante/systeme-sanguin/gwada-negatif-decouverte-d-un-sang-unique-au-monde-chez-une-patiente-guadeloupeenne\\_186890](https://www.sciencesetavenir.fr/sante/systeme-sanguin/gwada-negatif-decouverte-d-un-sang-unique-au-monde-chez-une-patiente-guadeloupeenne_186890)
- 5 International Society of Blood Transfusion (ISBT). (2025, May 31<sup>st</sup>). [Table of blood group systems.](#)
- 6 *Tout savoir sur les sangs rares.* (2026, 1<sup>er</sup> avril). Établissement français du sang (EFS). <https://dondesang.efs.sante.fr/articles/tout-savoir-sur-les-sangs-rares>
- 7 DULAY, A. T. (Mod. 2024, avril). *Maladie hémolytique du fœtus et du nouveau-né.* Manuel Merck version pour professionnels de la santé. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gynecologie-et-obstetrique/complications-prenatales/maladie-hemolytique-du-foetus-et-du-nouveau-ne>
- 8 CORTEY, A., MAILLOUX, A., HUGUET-JACQUOT, S., CASTAIGNE-MEARY, V., MACÉ, G., N'GUYEN, A., BERRY, M., PERNOT, F., GALIAY, J.-C., LATTES, F., BLANCHARD, B., CARBONNE, B. (2012, juillet). Incompatibilités foetomaternelles érythrocytaires. *EMC - Pédiatrie* 7(3), p. 1-3. <https://cnrhp.fr/docs/2012-EMC-IFME.pdf>



**\* 1 Canadienne  
sur 2 ne se sent  
pas à l'aise  
d'investir.**



En parler, c'est avancer.  
**bnc.ca/femmes**

MD BANQUE NATIONALE et le logo BANQUE NATIONALE sont des marques de commerce déposées de la Banque Nationale du Canada.  
MC FAIRE. AVANCER. est une marque de commerce de la Banque Nationale du Canada.



## L'infarctus du myocarde chez la femme : une maladie distincte de celle qui touche les hommes ?

par D<sup>r</sup> **Éric Thorin**, Ph. D. et D<sup>r</sup> **Martin Juneau**, MD, FRCP

**Source :** Thorin, É., Juneau, M. (2026, 6 mai). *L'infarctus du myocarde chez la femme : une maladie distincte de celle qui touche les hommes ?* © Observatoire de la prévention de l'Institut de cardiologie de Montréal. Reproduction autorisée.

### EN BREF

- ❶ Au Canada, l'infarctus du myocarde représente la première cause de mortalité autant chez les hommes que chez les femmes.
- ❷ Il existe cependant des différences notables entre les deux sexes : les hommes développent la maladie responsable de l'infarctus, l'athérosclérose, dix années plus tôt que les femmes et sont plus à risque d'en mourir prématurément.
- ❸ Par contre, lorsque l'infarctus survient avant l'âge de 65 ans, le risque de décès des femmes est presque 2 fois supérieur à celui des hommes.
- ❹ Ces dernières décennies au Québec, l'incidence annuelle d'infarctus augmente chez les femmes, mais diminue chez les hommes.
- ❺ Des données récentes suggèrent que l'athérosclérose est très différente chez la femme, mais on ne connaît toujours pas les conséquences de ces différences sur la prise en charge de la maladie.

**N**ous savons depuis longtemps que les hommes et les femmes (sexe biologique mâle et femelle) ne sont pas égaux devant les maladies et qu'il existe d'énormes différences dans l'incidence de plusieurs d'entre elles selon le sexe (voir tableau 1). Ces différences commencent très tôt dans la vie, au niveau du développement embryonnaire durant lequel les [chromosomes sexuels](#) vont fortement influencer la structure moléculaire des cellules ; pas dans leur fonction physiologique en tant que telle — une cellule musculaire, par exemple, se contractera, et cela dans les deux sexes — mais plutôt dans leur capacité de réparation des dommages cellulaires engendrés par leur activité métabolique. Ces différences apparaissent dès le départ bien avant que les hormones sexuelles — œstrogène, progestérone, testostérone — n'entrent en action, mais c'est évidemment à la puberté que ces hormones vont renforcer les différences entre les deux sexes.

Les maladies cardiovasculaires sont l'un des meilleurs exemples de cette différence de susceptibilité qui existe entre les deux sexes. Bien que l'infarctus du myocarde représente la première cause de mortalité autant chez les hommes que chez les femmes, il reste qu'un nombre significativement plus élevé d'hommes (près de 16 %) que de femmes (environ 12 %) meurent d'un infarctus chaque année (voir tableau 2). Il semble donc que, même si l'usure des gros vaisseaux produite par l'augmentation brusque de la pression sanguine à chaque battement cardiaque est [inévitable](#), cette usure semble être accélérée chez les hommes comparativement aux femmes. Ceci est bien mis en évidence par une [étude récente](#) où on a observé que les hommes développaient une maladie cardiovasculaire en moyenne 7 ans avant les femmes.

**Tableau 1.**

Conditions médicales et leurs prévalences en fonction du sexe (d'après Tiberi et collègues, 2023). FVG: fonction du ventricule gauche

| Condition médicale                     | Prévalence | Évidences  |
|--|------------|--|
| <b>DÉSORDRES SQUELETTIQUES</b>         |            |  |
| Ostéoporose                            | ♀          | 4 fois plus courant chez les femmes, augmentation du risque après la ménopause               |
| <b>MALADIES AUTOIMMUNES</b>            | ♀          | 60-80 % des malades sont des femmes  |
| <b>MALADIES CARDIOVASCULAIRES</b>      |            |  |
| Infarctus du myocarde                  | ♂          | Âge moyen du 1 <sup>er</sup> événement: 64 ans pour les hommes, 70 ans pour les femmes       |
| Hypertension                           | ♂          | Plus courant chez les hommes, avec des symptômes plus sévères                                |
| Hypertrophie cardiaque                 | ♂          | Moins d'hypertrophie chez les femmes   |
| Damage post-ischémie-reperfusion       | ♂          | Moins de dommages chez les femmes, meilleure préservation de la FVG                          |
| <b>MALADIES NEURODÉGÉNÉRATIVES</b>     |            |  |
| Maladies d'Alzheimer                   | ♀          | Plus courant chez les femmes, avec des symptômes plus sévères                                |
| Maladie de Parkinson                   | ♂          | Risque 2x plus élevé chez l'homme, plus précoce, progression et symptômes plus sévères       |
| <b>DÉSORDRES NEURODÉVELOPPEMENTAUX</b> |            |  |
| Désordres dans le spectre de l'autisme | ♂          | 4 fois plus prévalent chez l'homme   |
| <b>CANCERS</b>                         |            |  |
| Cancers des tissus non-reproducteurs   | ♂          | 1,8 fois supérieurs chez l'homme   |
| Leucémie lymphoblastique aiguë         | ♂          | Plus élevée chez l'homme en raison de 2 délétions polymorphiques                             |
| Cancer du poumon                       | ♀          | Plus commun chez la femme en raison de l'induction de stress oxydant induit par la cigarette |
| Glioblastome multiforme mésoenchymale  | ♂          | 2:1 homme : femme  |
| Médulloblastome                        | ♂          | 2:1 mâle : femelle (pédiatrique)   |
| Épendymome                             | ♂          | Risque 2 fois plus élevé pour les mâles (pédiatrique)  |

### Historique et chronologie de la maladie athéromateuse des artères coronaires chez les hommes et les femmes

En 1772, le médecin anglais William Heberden décrit l'angine de poitrine, un signe d'obstruction des artères coronaires pouvant mener à un infarctus et mentionne «j'ai vu environ une centaine de personnes avec ce désordre desquelles il n'y avait que 3 femmes». En 1896, Sir William Osler, médecin canadien renommé, donna une conférence à l'Université John Hopkins et, citant Heberden, a ajouté: «dans ma propre série de 40 cas de vraie angine, il n'y avait qu'une seule femme». Bien évidemment, ces deux médecins réputés ne traitaient que la clientèle fortunée et donc protégée de l'insalubrité et de la malnutrition. Comme nous venons récemment de le documenter dans l'[Observatoire](#), l'espérance de vie à la naissance à l'époque du Dr Osler, bien qu'elle se soit un peu améliorée depuis celle du Dr Heberden, se situait encore autour de 40 ans, car la majorité de la population mourait jeune d'infections, conséquence de carences alimentaires et d'un environnement malsain. L'angine de poitrine frappait donc les hommes de la haute société dans la cinquantaine, qui vivaient dans un environnement salubre, mangeaient bien (trop), bougeaient peu et fumaient le cigare pendant que leurs épouses se retiraient au salon pour boire une tasse de thé!

On sait aujourd'hui que cette différence de susceptibilité aux maladies cardiovasculaires entre les hommes et les femmes n'est que temporaire: une décennie avant la ménopause et la perte de protection que semblent fournir la fonction optimale des ovaires et leur production d'œstrogène — sa concentration commence à fortement fluctuer dans la quatrième décennie —, le risque d'un infarctus du myocarde augmente en flèche chez les femmes et devient presque aussi fréquent que chez les hommes. La principale différence entre les hommes et les femmes se situe donc au niveau de la vitesse de développement de l'athérosclérose, ce processus d'accumulation de plaques riches en lipides au niveau de la paroi des artères. Les premiers signes de cette athérosclérose, les plaques d'athérome, sont visibles dès la vingtaine tant chez les hommes que chez les femmes (fig. 1A). Mais chez ces dernières, le nombre de cas est très faible et reste assez stable jusqu'à l'âge de 40 ans, après quoi sa prévalence (nombre total de cas dans la population) augmente presque aussi rapidement que chez les hommes.

Cette protection cardiovasculaire des ovaires et des œstrogènes est donc déterminante chez la femme. Chez les hommes, l'accélération des cas de maladie athéromateuse a donc commencé dix années plus tôt dans leur trentaine (fig. 1A). Cette apparition très tôt de plaques d'athérome, signe, rappelons-le, d'[usure prématurée](#) des vaisseaux sanguins, se reflète

**Tableau 2.**

Dix premières causes de mortalité et le pourcentage des décès totaux qu'elles représentent au Canada en fonction du sexe biologique (année 2023; Institut de mesure et d'évaluation de la santé).

| Rang | Femmes                                   | %    | Hommes                                   | %    |
|------|--|------|--|------|
| 1    | Infarctus du myocarde                    | 12,3 | Infarctus du myocarde                    | 15,7 |
| 2    | Maladie d'Alzheimer                      | 8,6  | Cancer du poumon                         | 7,6  |
| 3    | Cancer du poumon                         | 7,3  | AVC                                      | 4,9  |
| 4    | AVC                                      | 7,0  | Maladie pulmonaire obstructive chronique | 4,8  |
| 5    | Maladie pulmonaire obstructive chronique | 5,2  | Maladie d'Alzheimer                      | 4,1  |
| 6    | Cancer du sein                           | 4,4  | Cancer de la prostate                    | 3,8  |
| 7    | Cancer du côlon                          | 3,7  | Cancer du côlon                          | 3,7  |
| 8    | Chutes                                   | 3,6  | Insuffisance rénale chronique            | 2,8  |
| 9    | Insuffisance rénale chronique            | 3,3  | Chutes                                   | 2,7  |
| 10   | Infections respiratoires                 | 2,7  | Drogues                                  | 2,7  |

par une diminution de la capacité de ces vaisseaux à se dilater en réponse au flux sanguin, un phénomène qui apparaît lui aussi une dizaine d'années plus tôt chez les hommes que chez les femmes (fig. 1B). Cette dysfonction, qu'on nomme dysfonction endothéliale, est reconnue comme étant [le signe le plus prédictif d'un futur évènement cardiovasculaire](#). L'œstrogène est un stimulateur positif de la fonction endothéliale. Les conséquences logiques de la prématurité chez les hommes de la dysfonction endothéliale et de la croissance de la plaque d'athérome à l'intérieur des artères coronaires sont que la mortalité liée à l'infarctus, le blocage de ces artères, survient également dix années plus tôt chez les hommes que chez les femmes en Amérique du Nord (fig. 1C) et dans tous les pays à hauts revenus.

### Qu'est-ce qui explique ce décalage de dix années chez les femmes ?

Le dénominateur commun de la protection cardiovasculaire chez les femmes est donc la fonction ovarienne et les œstrogènes. À l'époque d'Osler et jusque dans les années 1960, les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, tels l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète pour ne citer qu'eux, n'étaient pas traités. Comme l'athérosclérose est une maladie qui met des décennies à se développer avant de devenir symptomatique, les dix années de protection supplémentaire dont disposent les femmes s'exprimaient pleinement en leur faveur, les hommes ayant un infarctus pouvant mener au décès dans la cinquantaine, donc prématurément selon nos standards actuels.

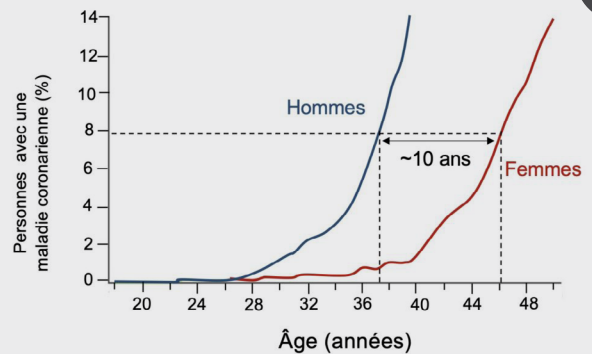
Bien que favorisées, il n'en reste pas moins que les femmes sont exposées à des risques uniques qui influencent la survenue de maladies cardiovasculaires à l'âge adulte. Nous savons aujourd'hui que le diabète (et la cigarette également) accélère plus le risque de maladie athéromateuse coronarienne responsable des infarctus chez la femme que chez l'homme. De plus, les femmes sont exposées à des maladies associées à la grossesse, telles que le diabète gestationnel, la prééclampsie et l'hypertension gestationnelle, qui sont des facteurs de risque additionnels de la croissance des plaques d'athérome. Il y a également le syndrome polykystique ovarien, la ménopause prématurée et la multiplication des grossesses qui augmentent le risque de [résistance à l'insuline](#), de dyslipidémie et d'obésité, tous facteurs de risque des maladies cardiovasculaires. Lorsqu'une femme subit un infarctus, elle a **75 % plus de risque** qu'un homme de décéder dans les 30 jours suivants, surtout à un jeune âge. Pourquoi ? Bonne question, nous ne savons pas, ou n'avons que des hypothèses.

Historiquement, les études qui ont mené au développement de médicaments pour traiter les maladies cardiovasculaires ont été réalisées chez les hommes, d'une part parce que plus d'hommes que de femmes étaient affligés par ces maladies (et le sont toujours), et d'autre part, parce que le recrutement des femmes dans les études cliniques a été fortement ralenti par une réglementation plus stricte instaurée à la suite de la tragédie liée à l'utilisation de la thalidomide comme antinauséeux chez la femme enceinte dans les années 1950 (ce traitement avait entraîné des malformations congénitales très sévères chez des milliers d'enfants). Le sexe mâle reste donc encore aujourd'hui la référence médicale et [très peu d'études cliniques](#) ont publié leurs résultats en fonction du sexe des sujets. C'est pour remédier à ce biais que les grandes agences de financement de la recherche, comme les Instituts de recherche du Canada, l'*American Heart Association* et la Commission européenne,

## Figures 1A, 1B et 1C.

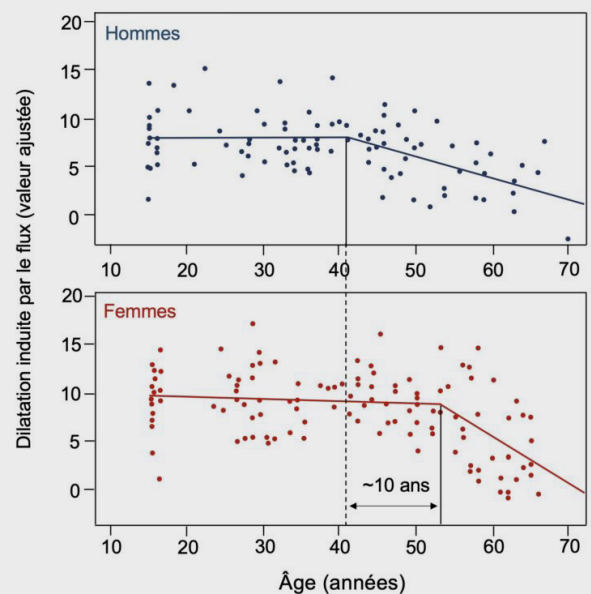
Les dix années de décalage révélé par le dimorphisme sexuel des maladies cardiovasculaires.

### A. Prévalence de la maladie coronarienne



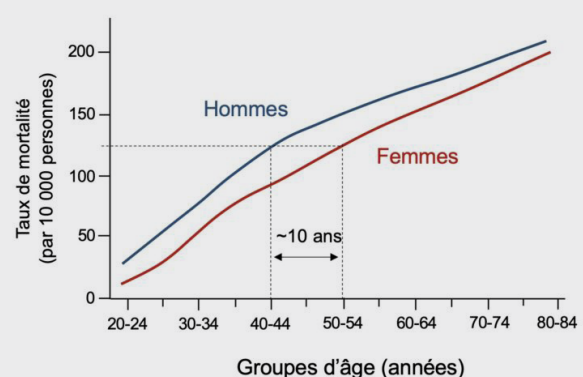
**A** Pourcentage de personnes, hommes et femmes, avec une maladie coronarienne détectée par imagerie ([Agha et coll. \[2019\]](#)).

### B. Baisse de la fonction dilatatrice endothéliale



**B** Déclin de la dilatation induite par une augmentation du débit sanguin (ajusté à la taille de l'artère) à l'âge adulte chez les hommes et les femmes ([Celermajer et coll. \[1994\]](#)).

### C. Mortalité coronarienne



**C** Nombre de décès dans la population liée à un infarctus du myocarde aux États-Unis d'Amérique en 2000 ([Woodward \[2019\]](#)).

ont appelé il y a un peu plus d'une décennie à plus de sensibilisation et d'éducation sur les différences liées au sexe et au genre en médecine et en soins de santé, et à inclure plus de femmes dans les grandes études. Pour toutes ces raisons, notre compréhension de la contribution moléculaire du sexe biologique dans les maladies du cœur s'améliore lentement, mais reste encore très limitée. Or, cette compréhension est essentielle à la production de médicaments adaptés.

Par exemple, les femmes répondent différemment aux médicaments et ils induisent chez elles plus d'effets secondaires, en général à cause d'une surexposition de doses et une pharmacocinétique différente, c'est-à-dire la vitesse à laquelle le médicament atteint son pic de concentration dans le sang et est ensuite éliminé. Si globalement les deux sexes répondent de façon similaire aux médicaments actuels utilisés pour traiter les maladies cardiovasculaires, il y a quelques exceptions dans des conditions médicales précises avec une efficacité supérieure chez les hommes par rapport aux femmes.

### Des avancées récentes révèlent des différences au niveau moléculaire dans la présentation de l'athérosclérose entre hommes et femmes

Les études à grande échelle de l'impact du sexe féminin sur les maladies cardiovasculaires ne font que commencer. Et les premières découvertes sont étonnantes. L'endothélium à partir duquel va évoluer, puis grossir la plaque d'athérome est différent moléculairement et structurellement chez l'homme et chez la femme. Dans une étude récente de l'[Institut de cardiologie de Montréal](#), il est clairement mis en évidence que la signature moléculaire de l'endothélium des artères des femmes avec une maladie athéromateuse coronarienne et un infarctus récent est complètement différente de celle des hommes avec la même condition médicale. Celle des hommes était attendue, car les scientifiques étudient la maladie du cœur chez les mâles depuis des décennies. Mais la signature chez la femme est surprenante: comparée à celles des hommes, l'endothélium des femmes contient moins de cellules sénescents, moins d'activation des voies de l'inflammation et du stress oxydant et il possède une meilleure capacité à dilater les artères en libérant du NO malgré leur âge avancé (~68 ans dans le cas de cette étude). La première question sans réponse est donc



pourquoi les femmes développent-elles des lésions athéromateuses avec un tel profil qui semble protecteur? Nous ne comprenons pas tous les mécanismes qui conduisent à la maladie chez les femmes. D'autant plus que, bien que ces femmes soient ménopausées depuis en moyenne 15 ans et donc ont perdu l'ombrelle cardioprotectrice soutenue des œstrogènes depuis probablement près de 25 ans, tous les résultats confirment la plus forte résilience de cellules endothéliales des femmes.

Une fois présente, la plaque est également différente: des études ont révélé [les différences de structure](#) de la plaque d'athérome, plus lipidique et moins stable chez les hommes et plus fibreuse et structurée chez les femmes, avec des signatures [protéomiques](#) (les protéines) et [transcriptomiques](#) (les ARNm) de la plaque très individualisées entre les sexes. Cette caractéristique de la structure fibreuse pourrait contribuer à produire une plaque plus flexible et moins sujette à la rupture, ce qui expliquerait la moindre incidence d'événement athérothrombotiques (formation de caillots) chez la femme que chez l'homme. Une [étude récente](#) publiée en 2025 montre effectivement qu'il existe des différences importantes dans les causes de l'infarctus entre les sexes chez les patient(e)s de moins de 65 ans: l'incidence d'infarctus dans la population est plus faible chez la femme comme déjà convenu, mais c'est particulièrement plus affirmé lorsque cet infarctus est d'origine athérothrombotique (23 chez la femme vs 105 chez l'homme pour 100 000 personnes/an). Par contre, l'incidence de dissection spontanée de l'artère coronaire (la déchirure de la paroi) est beaucoup plus élevée chez les femmes (3,2 vs 0,9 pour 100 000 personnes/an). Dans cette même étude, il est surprenant de noter que les femmes avec athérothrombose ont le même âge que les hommes (55 ±8 ans vs 54 ±8 ans) et avec une maladie coronarienne aussi

**UNIES  
DÉTERMINÉES  
MOBILISÉES**  
EN SANTÉ  
fiquante.qc.ca



**90 000 voix, une seule force**

étendue, mais avec une plus grosse charge de facteurs de risques (diabète, hypertension, dyslipidémie, etc.) que les hommes, ce qui démontre une fois de plus la plus grande résistance aux dommages du système cardiovasculaire des femmes. À notre connaissance, et tout particulièrement celle de l'auteur de ce texte, nous ne pouvons pas encore expliquer ces différences sur la base de nos connaissances scientifiques.

### Pourquoi y a-t-il urgence de comprendre ?

L'exemple de l'évolution de la maladie au Québec nous fournit de bonnes bases de réflexion. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) vient, en mars 2026, de faire une [mise à jour](#) des données sur l'évolution de l'infarctus aigu du myocarde de 2006 à 2022. C'est un miroir de ce qui se passe dans tous les pays à haut revenu. D'abord, il nous rappelle qu'en 2022, ce sont 60 personnes hospitalisées par jour pour un infarctus (21 900/an) pour une population ~9 millions d'habitants. Parmi les personnes déjà hospitalisées pour un infarctus, 54 sont décédées chaque jour à l'hôpital toutes causes confondues, c'est-à-dire pas uniquement des suites de leur infarctus, ce qui représente un taux de décès 4 fois supérieur à celui des personnes qui n'ont jamais été hospitalisées pour un infarctus. L'infarctus est donc un accélérateur de mortalité important, reflétant le rôle essentiel joué par le système cardiovasculaire, son cœur et ses vaisseaux dans le maintien de la vie et la prévention des autres maladies.

Là où les données sont très informatives, c'est dans l'évolution de la maladie en fonction du sexe. Si, dans la population générale la proportion des nouveaux cas est restée stable par rapport à 2006, il y a eu une augmentation de 23 % des nouveaux cas chez les femmes de 50 à 64 ans, mais une baisse de 16 % chez les hommes du même groupe d'âge. L'amélioration chez les hommes est attendue avec les avancées de nos connaissances et une meilleure prise en charge de la maladie. Mais chez les femmes, c'est comme si la protection de dix années dont elles disposaient avait disparu chez près du quart d'entre elles. Associée au fait que le risque de décès est 1,7 fois supérieur chez la femme que chez l'homme après un infarctus dans cette tranche d'âge, l'évolution de l'état de santé cardiovasculaire des femmes se dégrade. Les raisons ? Elles sont multiples : la [consommation de cigarette](#), bien que stable entre les sexes, montre qu'en 2015-2016 et en 2017-2018, les femmes qui fumaient quotidiennement de 1 à 10 cigarettes par jour étaient plus nombreuses en proportion que les hommes ; il y a également une augmentation de l'obésité qui favorise le diabète, de la sédentarité, du stress, et d'autres facteurs mal cernés que nous discuterons dans d'autres articles de l'Observatoire.

Pour conclure, toutes ces données confirment la moindre prévalence des maladies cardiovasculaires chez la femme ; mais lorsqu'elle a un infarctus, elle a presque deux fois plus de risques qu'un homme d'en décéder, ce qui explique pourquoi l'infarctus est également la première cause de mortalité chez la femme. Nous avons vu qu'il y a des bases moléculaires à ces différences, mais aujourd'hui nos connaissances sont encore incapables de les relier à l'évolution différentielle de la maladie chez la femme. Il est essentiel de comprendre ces liens, car nous avons aussi vu que les médicaments utilisés, s'ils fonctionnent en général, sont parfois moins efficaces chez les femmes et produisent plus d'effets secondaires. Il y a donc un travail de recherche important à faire ; la bonne nouvelle est que cette recherche est en plein essor.



# La Côte-Nord : l'équilibre EN GRAND



Numérise le code QR  
pour y trouver ta place.

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de la Côte-Nord

Québec



## 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*
- Journée des partenaires *Innovier dans les 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 présidente
- Rencontres avec le directeur des affaires juridiques
- Rencontre — consultations sur l'encadrement des perfusionnistes cliniques

## INESS

- Lecteur externe — travaux de rédaction d'un protocole médical national (PMN) associé à un modèle d'ordonnance collective sur l'administration d'un test de spirométrie pré/postbronchodilatateur à des fins diagnostiques de la MPOC et d'un outil d'aide à l'interprétation sommaire des résultats

## 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

- Colloque *La collaboration interordres en santé et relations humaines : poser des gestes pertinents et efficaces!*

## Table de collaboration interordre de la santé et des services sociaux

- Comité de pilotage

## Ordres professionnels

- Groupe de travail sur la révision du guide sur la sédation-analgésie

## 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

## Autres

- Commission parlementaire sur le PL15
- Rencontres avec les cohortes étudiantes de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année des cégeps qui offrent le programme *Techniques d'inhalothérapie*

**Centre Mont-Royal**  
2200, rue Mansfield, Montréal

**COSR**

Congrès Québécois  
en Santé Respiratoire



Inscription en ligne: [congrescqsr.ca](http://congrescqsr.ca)

**12 & 13**  
**novembre** **2026**

**Formation accréditée**



## 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

- ❶ Cette chronique est la 5<sup>e</sup> 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)
  - [Histoire de Sarah](#) (édition automne 2025/hiver 2026)
- ❷ 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.
- ❸ 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.

## 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:

- ❶ *Responsabilité*
- ❷ *Confidentialité*
- ❸ *Respect de la distance professionnelle*
- ❹ *Image et réputation*
- ❺ *Conflits d'intérêts et influences*
- ❻ *Rigueur scientifique*

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

**7P**

❶ Privé ou professionnel

❷ Patient

❸ Protection

❹ Prudence

❺ Publication

❻ Positif

❼ Publicité

## Mise en situation

Simon est inhalothérapeute au sein d'un groupe de médecine de famille (GMF). Satisfait de sa première semaine de travail, il prend un égoportrait de lui-même en compagnie d'un nouveau patient avec qui le contact a été des plus agréables.

Avant de publier la photo sur sa page *LinkedIn* personnelle, Simon se questionne sur le fait qu'il n'a pas obtenu l'autorisation explicite du patient. Il conclut qu'en acceptant de se faire photographier avec lui, le patient a implicitement donné son accord. Il publie donc la photo en prenant soin de ne pas nommer le patient et en y ajoutant la mention: «Heureux dans mon nouveau travail à la Clinique du Nord!».

## À votre avis...

*À quels enjeux Simon est-il confronté ?*

*Quelles auraient été les bonnes pratiques à adopter ?*

## Réponses et piste de réflexion

*Enjeux de responsabilité, de confidentialité et de respect de la distance professionnelle*

Après réflexion et discussion avec sa supérieure, Simon prend conscience qu'il est possible d'identifier le patient, même sans le nommer, puisqu'il a mentionné la clinique. Il réalise alors qu'il n'a pas respecté le droit de ce dernier au secret professionnel. Simon prend bonne note de la nécessité d'obtenir une autorisation, dûment signée par le patient et qui spécifie l'usage de l'image captée. Par ailleurs, il se rend compte qu'en affichant cette photo sur sa page personnelle, la relation professionnelle «inhalothérapeute-patient» a pu dépasser son cadre clinique.

## Parmi les bonnes pratiques à adopter

- Respecter le droit à la vie privée et à la confidentialité de toute personne en s'assurant qu'aucun renseignement ne permet de l'identifier (p. ex. photo d'un patient ou collègue) sans son consentement libre et éclairé.
- Obtenir une autorisation écrite avant de publier du contenu (p. ex. : texte, document, photo, logo et vidéo) concernant la patientèle ou l'employeur.
- Connaître la politique concernant les médias sociaux de son employeur ou de l'organisation à laquelle nous sommes affiliés le cas échéant;

- 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.
- Le cas échéant, séparer sa vie privée de sa vie professionnelle en créant deux comptes distincts pour dissocier les publications liées à sa vie personnelle de celles destinées à sa vie professionnelle.
- Respecter une distance appropriée dans la relation professionnelle avec les patients, les patientes et leurs proches.

## Le saviez-vous?

### Googler les patients

Si cette pratique soulève évidemment des questions éthiques tant pour les patients que pour les chercheurs, elle comporte aussi son lot de risques. Parmi ces derniers, soulignons, sans s'y limiter:

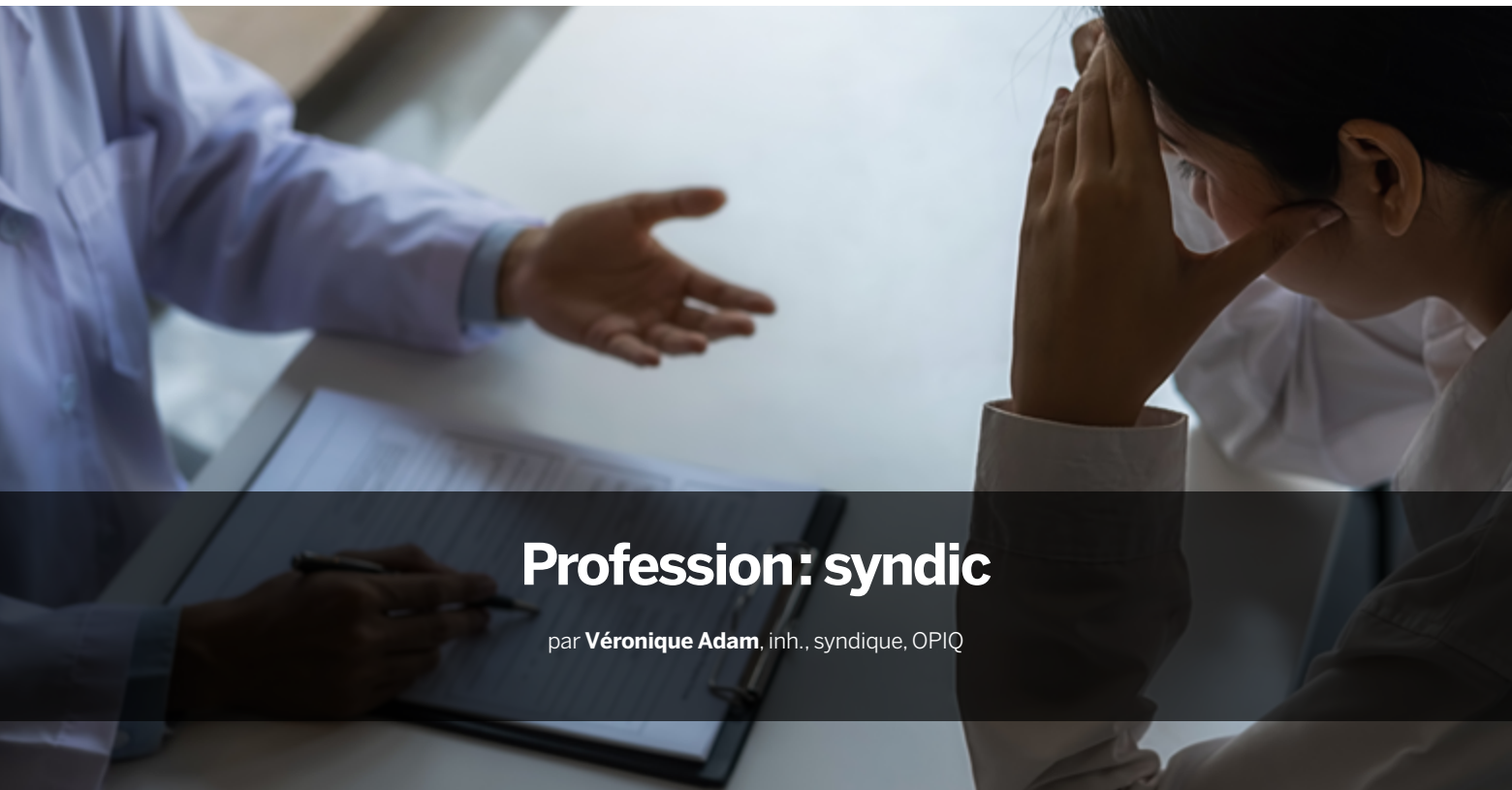
- Les informations trouvées en ligne peuvent être inexactes et ne pas être valides;
- Le professionnel est à risque de fonder ses interventions sur des informations sensibles qui ne lui ont pas été communiquées par le patient;
- Le patient peut avoir l'impression qu'on viole sa vie privée et son autonomie, ce qui peut ébranler sa confiance dans le professionnel de la santé.

## 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 respecter le droit à la vie privée et à la confidentialité de la patientèle et maintenir une distance appropriée dans la relation professionnelle avec les patients et leurs proches. De même, il faut faire preuve de prudence et de jugement avant de publier, de partager ou de répondre à un message... surtout sous le coup de l'émotion.





## Profession : syndic

par **Véronique Adam**, inh., syndique, OPIQ

**D'**entrée de jeu, permettez que je me présente : **Véronique Adam, inhalothérapeute, syndique en poste depuis le 1<sup>er</sup> avril 2026.**

Quand on me demande en quoi consiste mon travail et que je répons « syndique », on croit souvent — à tort — que je travaille pour un syndicat... Ou alors on avoue ne pas connaître la fonction de syndic d'un ordre professionnel !

Dans le cadre de ma première chronique à titre de syndique, je souhaite vous expliquer mon rôle.

### Son rôle dans un ordre professionnel

Le syndic a pour mandat de veiller au respect des normes professionnelles, en assurant la protection du public.

Comme inhalothérapeutes, et à l'instar de tous les professionnels membres d'un ordre professionnel régi par le *Code des professions*, notre pratique et nos actions sont encadrées par un **code de déontologie**. Ce dernier établit un ensemble de règles à respecter qui balisent notre conduite professionnelle. Il précise notamment les **devoirs, obligations et comportements attendus** afin d'assurer la **protection du public**, la dignité de la profession et le maintien de la confiance du public à l'égard de cette dernière.

Le rôle et les pouvoirs du syndic sont prévus par le *Code des professions*. Le syndic agit comme une **autorité d'enquête indépendante et impartiale** lorsqu'une situation laisse croire qu'un professionnel pourrait avoir manqué à ses obligations. Il ne représente ni la personne à l'origine d'une enquête ni le professionnel et n'agit pas comme juge.

Il importe toutefois de préciser que le rôle du syndic comporte certaines limites. Le syndic n'agit pas comme arbitre dans les conflits et n'intervient pas pour trancher :

- des différends d'affaires (p. ex. un litige entre un professionnel et un client) ;
- des conflits interpersonnels entre collègues ;
- des enjeux de gestion des ressources humaines, qui relèvent des employeurs.

Ces situations peuvent certes être complexes ou préoccupantes, mais elles ne relèvent pas forcément du champ d'intervention du syndic, à moins qu'elles ne soulèvent des enjeux déontologiques.

### Quand intervient-il ?

Le syndic peut intervenir et mener une enquête à la suite :

- d'une demande provenant :
  - du public ;
  - d'une organisation (p. ex. : établissement de santé, bureau du coronar, DPCP) ;
  - d'un professionnel, y compris d'un autre ordre ;
  - d'un membre ou d'un comité de l'Ordre ;
- d'une information portée à son attention, verbalement ou autrement (p. ex. un fait rapporté dans les médias).

## La recevabilité d'une demande d'enquête

Avant d'entreprendre une enquête, le syndic procède à une analyse préliminaire afin de déterminer si la demande est admissible. Cela implique les vérifications suivantes :

- la personne visée est membre de l'Ordre ;
- les faits allégués relèvent de la compétence de l'Ordre ;
- les informations sont suffisantes ;
- les faits, s'ils étaient prouvés, pourraient constituer une infraction ;
- la demande n'est pas abusive ni frivole.

Il importe aussi de comprendre qu'une insatisfaction, un conflit ou une erreur ne constituent pas automatiquement une faute déontologique.

Pour qu'il y ait une faute, les faits doivent démontrer que le professionnel ne s'est pas comporté comme un professionnel raisonnable l'aurait fait dans les mêmes circonstances. Il doit donc s'agir d'un manquement aux obligations prévues par le code de déontologie ou par le *Code des professions*, et non pas d'un désaccord, d'une situation difficile ou d'un résultat jugé insatisfaisant.

Lorsque la situation répond à ces critères, une enquête s'amorce. À cette étape, il n'y a pas de preuve que le professionnel visé a commis une faute ni qu'une sanction est justifiée.

## Le processus d'enquête

L'enquête du syndic est confidentielle et menée avec impartialité. Elle peut inclure :

- des rencontres avec des témoins ;
- l'obtention de documents pertinents ;
- une entrevue avec le professionnel visé afin d'obtenir sa version des faits.

## Le syndic vous contacte

Pour un professionnel, recevoir un appel ou un courriel du syndic qui demande une discussion ou une rencontre peut être stressant. C'est tout à fait compréhensible.

En droit disciplinaire, les professionnels ont l'obligation de collaborer avec le syndic et ne peuvent garder le silence. Refuser de répondre, faire obstruction ou ignorer ses demandes peut constituer une infraction disciplinaire en soi (*Code des professions*, art. 114).

Ce n'est pas rassurant, me direz-vous. Pourtant, lorsqu'un syndic communique avec un professionnel, c'est qu'il mène son enquête avec rigueur et qu'il effectue les vérifications nécessaires pour assurer la protection du public, tout en respectant les droits du professionnel visé. Une enquête bâclée peut avoir des conséquences pour toutes les personnes concernées : le public, le plaignant, le professionnel visé et le syndic.

Comme mentionné plus haut, vous pouvez être contacté par le syndic à titre de témoin, d'expert ou de professionnel visé par l'enquête. Lorsque l'enquête vous concerne personnellement à titre de professionnel, vous avez des droits. Vous pouvez consulter un avocat avant de rencontrer le syndic et, dans bien des cas, l'avocat peut être présent lors de l'entrevue. Vous avez aussi droit à une enquête impartiale. Ainsi, les réponses et renseignements fournis au syndic ne peuvent être utilisés hors du droit disciplinaire.

## Les conclusions de l'enquête

Après avoir dûment effectué son travail d'enquête, le syndic doit se prononcer. Il peut :

- clore son enquête sans déposer de plainte disciplinaire, généralement en l'absence de faute déontologique ou professionnelle ;
- conclure qu'il y a eu faute déontologique ou professionnelle.

Peu importe la conclusion, elle doit être communiquée à la personne à l'origine de l'enquête. Cette dernière peut demander un avis auprès du comité de révision, si elle n'est pas d'accord avec la décision du syndic de ne pas porter de plainte.

Le comité de révision pourra :

- conclure, comme le syndic, qu'il n'y a pas lieu de porter de plainte ;
- suggérer au syndic de poursuivre son enquête ;
- statuer qu'il y a lieu de porter plainte et suggérer de nommer un syndic ad hoc, qui prendra la décision de porter plainte ou non.

Lorsque le syndic conclut, au terme de son enquête, que le professionnel a commis une faute déontologique, deux types d'interventions peuvent être envisagées :

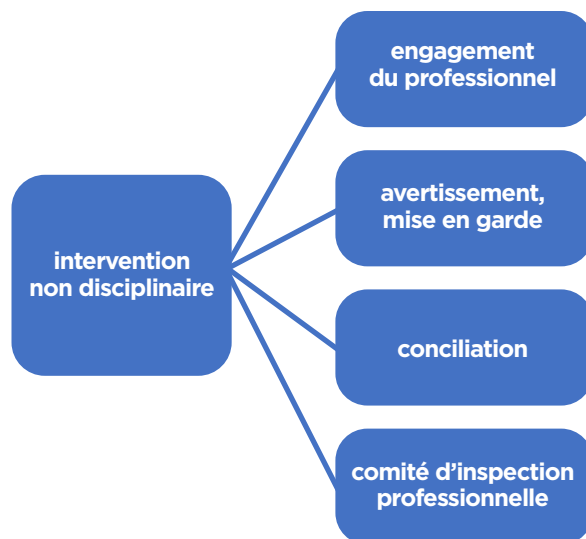
- l'intervention non disciplinaire ;
- l'intervention disciplinaire.

## Les types d'intervention

### Intervention non disciplinaire

Lorsque le syndic estime que la situation ne justifie pas une plainte disciplinaire, mais qu'il y a place à une amélioration de la pratique ou de la conduite, le syndic peut :

- demander au professionnel de prendre un engagement volontaire ;
- émettre un avertissement ou une mise en garde ;
- tenter une conciliation entre les parties ;
- diriger le professionnel vers le comité d'inspection professionnelle. ● ● ●



**L'engagement du professionnel** se définit comme une promesse volontaire de respecter une condition émise et expliquée par le syndic. Si l'engagement n'est pas respecté par le professionnel, le syndic peut entamer le processus disciplinaire applicable.

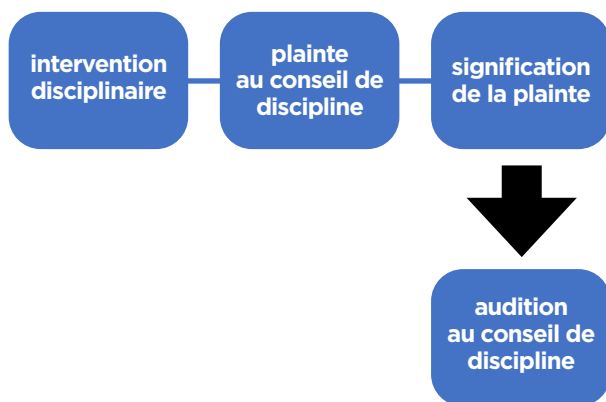
**L'avertissement (ou mise en garde)** constitue en une lettre officielle destinée au professionnel visé par l'enquête, qui lui explique la faute déontologique en cause ou le caractère répréhensible de sa conduite, la conclusion de l'enquête et ce qu'on attend de lui comme professionnel. L'avertissement reste au dossier administratif du professionnel.

**La conciliation** permet au syndic d'agir comme un tiers neutre et de faciliter le dialogue entre les parties (la personne ayant demandé l'enquête et le professionnel). Ce processus est souvent utilisé pour tenter de résoudre un différend entre deux parties.

**L'envoi au comité d'inspection professionnelle** signifie que l'enquête du syndic a démontré des motifs raisonnables de croire que le professionnel doit faire l'objet d'une évaluation de ses compétences.

## Intervention disciplinaire

L'intervention disciplinaire signifie qu'il y a eu une faute ou infraction suffisamment sérieuse au *Code de déontologie des inhalothérapeutes* ou au *Code des professions* pour déposer une plainte devant le conseil de discipline.



## Le conseil de discipline

Le conseil de discipline est un tribunal administratif indépendant qui a pour mandat de protéger le public en décidant des plaintes logées contre des professionnels. Pour répondre à ce mandat, il doit écouter les deux parties, le plaignant (syndic) et l'intimé (le professionnel). C'est le conseil de discipline qui décidera de la culpabilité ou non du professionnel. En cas de culpabilité, il décidera aussi de la sanction imposée au professionnel.

Le conseil de discipline est habituellement formé de trois membres :

- un président ou une présidente, qui est obligatoirement avocat ou avocate nommé(e) par le gouvernement ;
- deux professionnels membres de l'Ordre, désignés par son conseil d'administration.



## L'équipe du syndic

L'équipe du syndic est formée du syndic, des syndics adjoints et d'un procureur (avocat).

Les syndics adjoints, nommés par le conseil d'administration de l'Ordre, travaillent en collaboration avec le syndic et détiennent les mêmes droits et pouvoirs. À ce titre, tout professionnel, membre d'un ordre et contacté par un syndic ou un syndic adjoint, a l'obligation de collaborer avec eux.

J'aimerais conclure en rappelant que le syndic ne fait pas que protéger le public et veiller au respect des normes professionnelles. Il joue aussi un rôle important d'éducation, de prévention et de sensibilisation en matière de déontologie.

**La preuve : avant de lire cette chronique, combien d'entre vous connaissaient vraiment le rôle du syndic ?**

L'équipe du syndic et l'OPIQ remercient monsieur Bernard Cadieux pour sa précieuse contribution, son expertise, son engagement soutenu et la bienveillance dont il a fait preuve au cours des 13 dernières années, et lui souhaitent de profiter de cette retraite amplement méritée! 🌸

**Votre nouvelle syndique,**  
Véronique Adam, inh.



## Références

[Guide des bonnes pratiques opérationnelles à l'intention des syndics d'ordres professionnels](#), Conseil interprofessionnel du Québec.

[Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec](#)

[Code des professions du Québec](#)

# Prévoir les dégâts d'eau en 9 gestes

Voici 9 gestes à poser pour prévenir les dégâts d'eau dans votre demeure et limiter les dommages.



Si ce n'est pas le cas, ajoutez des rallonges de descente de gouttières pour que l'eau se déverse à au moins 2 mètres du solage.

## 7. Vérifiez l'évacuation des eaux

L'évacuation des eaux doit se faire loin des fondations.

Pour éviter les infiltrations, la pente de votre terrain doit être d'environ 2 mètres.

## 8. Mettez vos objets de valeur à l'abri

Plusieurs options s'offrent à vous :

- Rangez-les dans des bacs en plastique étanches.
- Placez-les dans un endroit surélevé.
- Laissez-les à l'étage.

## 9. Vérifiez votre assurance habitation

En général, votre assurance habitation vous couvre contre les dégâts causés par une installation sanitaire (par exemple un bris du tuyau de raccordement de la laveuse) ou une conduite d'eau brisée de votre municipalité.

Votre assurance habitation ne couvre pas tous les dommages causés par l'eau, à moins que vous ayez fait ajouter les protections contre :

- l'infiltration d'eau par le toit, les murs, les portes ou les fenêtres
- l'infiltration de l'eau du sol par les fondations
- le refoulement d'égout
- les dommages causés par une inondation
- les frais de rénovations à la suite d'un refoulement d'égout ou d'un bris d'entrée d'eau

Pour vérifier si vous avez la bonne protection contre les dégâts d'eau, discutez avec votre assureur. Il pourra vous conseiller sur les protections qui conviennent le mieux à vos besoins.

## 1. Remplacez votre chauffe-eau aux 10 à 12 ans

Changez votre chauffe-eau durant cette période, car la rouille causée par l'eau endommage le contenant de métal.

Soyez aux aguets devant les premiers signes de rouille et de vert-de-gris. C'est souvent un signe avant-coureur que la durée de vie de votre chauffe-eau arrive à échéance.

## 2. Mise sur un clapet antiretour

Cet indispensable dispositif empêche le refoulement des eaux usées dans votre sous-sol.

Pour qu'il soit efficace, nettoyez-le 2 fois par année et vérifiez s'il fonctionne bien.

Évidemment, le clapet devrait toujours être accessible.

## 3. Désencombrez le drain de plancher

Votre drain de plancher doit être libre d'accès pour que l'eau puisse s'écouler facilement.

## 4. Choisissez des matériaux qui résistent mieux à l'eau

Quand vient le temps de choisir le couvre-plancher du sous-sol, optez pour des matériaux qui ont fait leurs preuves lors d'un dégât d'eau, comme la céramique.

Le bois franc et le bois flottant ne sont pas recommandés.

## 5. Fixez 2 pompes à votre puisard

En plus de votre pompe électrique, installez-en une à batterie.

Vous aurez donc la double assurance que l'une d'entre elles videra l'excès d'eau, surtout lors d'une panne d'électricité.

Testez vos pompes quelques fois par année pour vous garantir qu'elles ne vous laisseront pas tomber quand vous en aurez besoin.

## 6. Nettoyez vos gouttières et vos margelles

Au moins 2 fois par an, enlevez les débris à l'intérieur de vos gouttières et de vos margelles.

Vérifiez si l'eau s'écoule bien le long des gouttières et si elle est évacuée du toit et des fondations.

# beneva

ASSURANCE  
HABITATION

Les gens  
qui protègent  
des gens

Les assurances de dommages sont souscrites par Société d'assurance Beneva inc. et distribuées par Beneva inc., agence en assurances de dommages et ses partenaires autorisés. © Beneva inc. 2026 <sup>MD</sup> Le nom et le logo Beneva sont des marques de commerce de Groupe Beneva inc. utilisées sous licence.

# L'essor de la richesse au féminin



**Marie-Soleil Lemieux**  
Présidente et cheffe de la direction Banque Nationale Trust

Dans le monde de la gestion de patrimoine, un changement mené par les femmes est en voie de redéfinir la manière dont les décisions financières sont prises. Ce n'est pas seulement une question de chiffres, mais une véritable transition du pouvoir financier vers une nouvelle ère de richesse féminine. Marie-Soleil Lemieux, présidente et cheffe de la direction de Banque Nationale Trust, parle d'une vraie mutation culturelle.

L'augmentation des revenus et un important transfert de richesse placent aujourd'hui plus d'argent que jamais entre les mains des femmes. D'ici 2028, les femmes devraient disposer d'environ 4 000 milliards \$ d'actifs au Canada, soit presque le double des 2 200 milliards \$ actuels.

Mais au-delà des chiffres, les femmes donnent un nouveau sens à la richesse. Elles considèrent l'impact à long terme que peut avoir leur patrimoine non seulement sur leurs familles, mais aussi sur leurs collectivités et la société dans son ensemble.

## L'avenir financier de la famille moderne

Les familles sont plus complexes que jamais. Entre les familles recomposées, les deuxièmes mariages et les beaux-enfants, les femmes réfléchissent avec prudence à la manière de pourvoir aux besoins de leurs proches tout en tenant compte de ces dynamiques qui évoluent.

«Les fiducies refont leur apparition, précise M<sup>me</sup> Lemieux. Les gens vivent plus vieux et laissent des successions plus importantes. Ils veulent souvent aider directement les petits-enfants et soutenir plusieurs générations de façon réfléchie.»

Pour concrétiser ces plans et éviter les conflits, la communication en famille et avec un conseiller ou une conseillère est primordiale afin d'établir des rôles clairs et tout mettre par écrit. Les membres de la famille ayant souvent des attentes et des priorités divergentes, «les services de liquidation testamentaire de Banque Nationale Trust peuvent apporter une voix neutre et équitable dans le règlement de la succession», ajoute M<sup>me</sup> Lemieux.

## La philanthropie comme moteur de changement

La philanthropie est devenue un volet essentiel de la planification financière des femmes qui cherchent à aligner leur richesse sur leurs convictions.

Les clientes de M<sup>me</sup> Lemieux financent des causes qui reflètent leurs convictions, comme l'éducation, l'égalité et le développement durable. Elles s'engagent aussi en offrant leur temps, savoir-faire et leadership.

Les conseillers et conseillères commencent à voir des femmes structurer leurs dons pour renforcer leur communauté et inspirer les générations futures. «Ce n'est pas juste de la philanthropie; c'est une façon de créer un héritage orienté et un changement mesurable», dit M<sup>me</sup> Lemieux.

## Bâtir son patrimoine avec confiance

Pour la clientèle qui aligne de plus en plus sa richesse sur des thèmes qui lui tiennent à cœur, en soutenant des causes ou en mettant en place des legs durables, des conseils avisés permettent d'assembler toutes les pièces du casse-tête de leur patrimoine. Les femmes doivent donc s'impliquer tôt en dressant un plan qui reflète fidèlement leur famille, leurs valeurs et leur vision. Elles auront ainsi les moyens d'agir avec confiance face aux changements de la vie.

Découvrez l'offre de la Banque Nationale pour les inhalothérapeutes à [bnc.ca/sciences-sante](https://bnc.ca/sciences-sante).

Découvrez aussi l'offre pour les étudiants en visitant le [bnc.ca/etudiant-sante](https://bnc.ca/etudiant-sante).





## 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](mailto:info@opiq.qc.ca).

## FORMATION CONTINUE 2026-2028

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  
2028



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, Viatrix 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

### Ventilation artificielle: cours en ligne ouvert à tous (MOOC Evasion)

L'UPEC propose deux parcours de formation gratuits pour perfectionner vos compétences sur la ventilation artificielle en soins critiques



#### Ventilation artificielle: les fondamentaux



#### Ventilation artificielle: niveau avancé



Apprenez à personnaliser vos stratégies de ventilation artificielle et prenez des décisions pertinentes et efficaces (formations gratuites).

L'OPIQ reconnaît 10 h de formation continue par parcours.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE THORACOLOGIE | CANADIAN THORACIC SOCIETY | opiq | Ordre professionnel des Inhalothérapeutes du Québec

**DEVENEZ MEMBRE DE LA SCT**

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

Pour plus d'informations

**Vous ne nous suivez pas encore sur les réseaux sociaux ?**

**C'est par ici!**





## > 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



Volet Université  
d'Ottawa

**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.

# questionnaire de formation continue

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



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

- *neffy<sup>MD</sup> : une nouvelle ère pour le traitement de l'anaphylaxie au Canada* (p. 7-8)
- *Gwada négatif: découverte d'un nouveau groupe sanguin rare* (p. 9-11)
- *L'infarctus du myocarde chez la femme: une maladie distincte de celle qui touche les hommes?* (p. 12-16)

**01** Parmi les options suivantes, quel signe est le plus prédictif d'un futur événement cardiovasculaire?

- La prise d'hormonothérapie
- La dysfonction endothéliale
- Un surplus de poids avec IMC supérieur à 25
- Des facteurs génétique

**02** Lequel de ces énoncés ne fait pas partie de la signature moléculaire de l'endothélium chez la femme?

- L'endothélium féminin contient moins de cellules sénescents.
- L'endothélium féminin possède une meilleure capacité à dilater les artères en libérant du NO, et ce, même à un âge avancé.
- L'endothélium féminin présente moins d'activation des voies de l'inflammation et du stress oxydant.
- L'endothélium féminin possède une meilleure capacité de filtration.

**03** VRAI ou FAUX

L'incidence de dissection spontanée de l'artère coronaire est plus grande chez l'homme que chez la femme?

**04** Quel semble être le dénominateur commun de la protection cardiovasculaire chez la femme?

- La fonction ovarienne et les estrogènes
- Des marqueurs génétiques
- Une commande provenant de l'hypothalamus
- Aucune de ces réponses

**05** Quelle est la fonction remplie par l'excipient *Intravail A3*, présent dans le *neffy<sup>MD</sup>*?

- Il agit au même titre que l'épinéphrine et se lie aux récepteurs alpha ( $\alpha$ ) et bêta ( $\beta$ ).
- Il agit comme un agent de conservation.
- Il favorise l'absorption transmuqueuse du médicament et augmente sa biodisponibilité.
- Il permet la pulvérisation du médicament.

**06** VRAI ou FAUX

Une seconde dose de *neffy<sup>MD</sup>* peut être administrée si après quelques minutes si les symptômes persistent?

**07** Quelle clientèle peut utiliser *neffy<sup>MD</sup>*?

- Tous les patients âgés de 10 ans et plus
- Seulement les adultes
- Tous les patients âgés de 12 ans et plus
- Tous les adultes et les enfants de plus de 30 kg

**08** Quel est le rôle d'un système de groupe sanguin?

- Catégoriser les antigènes par origine génétique
- Déterminer la compatibilité transfusionnelle
- Proposer un guide des choix transfusionnels
- Toutes ces réponses

**09** Pourquoi a-t-on nommé le 48<sup>e</sup> système sanguin officiellement reconnu *PIGZ*?

- À cause du gène affecté
- À cause de la chaîne d'hémoglobine impliquée
- À cause de l'enzyme du plasma sanguin impliquée
- À cause du facteur de coagulation impliqué

**10** Laquelle, parmi les options suivantes concernant le système sanguin *PIGZ*, est fautive?

- Il a été découvert chez une patiente Française originaire de la Guadeloupe.
- La patiente est considérée comme une receveuse universelle.
- Cette découverte a amené les chercheurs à découvrir un 48<sup>e</sup> système sanguin.
- La mutation rare qui affecte le gène *PIGZ* conduit à l'absence d'un antigène spécifique à la surface des globules rouges.

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