



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**Guide de référence
à l'intention des établissements de santé
du Québec portant sur l'utilisation optimale
des ressources inhalothérapeutes en milieu
hospitalier en contexte de pénurie**

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dépôt légal – 2022
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-93020-4 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2022

RESPONSABLES :

D^{re} Lucie Poitras, directrice générale adjointe
DGAUMIP

M^{me} Nathalie Labrecque, directrice DSH

M^{me} Julie-Anne Rivard, directrice DAMO

COORDINATION ET RÉDACTION :

M^{me} Jacinthe Lavergne, conseillère DSH

M. Martin Bédard, conseiller DAMO

PARTICIPANTS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Comité patronal de négociations secteur santé et services sociaux

M^{me} Brigitte Tremblay

Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux

Conseillers experts en planification chirurgicale :

M. Patrice Sénécal

M^{me} Julie Laliberté

M^{me} Mireille Longtin

Direction nationale des soins et services infirmiers

M^{me} Julie Robitaille, conseillère

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC

M. Jocelyn Vachon, président

M^{me} Josée Prud'Homme, directrice générale

M. Daniel Jorgic, inspecteur professionnel

RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Association québécoise de chirurgie

D^r Serge Legault, président

CHU de Québec – Université Laval

D^r Jean Beaubien, anesthésiologiste

M^{me} Marie-Claude Brodeur, directrice des services multidisciplinaires

M^{me} Caroline Caron, gestionnaire du service d'inhalothérapie

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^r Jean-François Lizé, pneumologue intensiviste

CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

M^{me} Isabelle Truchon, gestionnaire de bloc opératoire

CISSS de la Montérégie-Centre

D^r Roland Pouchol, anesthésiologiste

M^{me} Lyne Noël, directrice des services multidisciplinaires

CISSS de l'Outaouais

M^{me} Isabel-Anne Desmarais, Direction des soins infirmiers

M. Gilbert Daoust, Direction des soins infirmiers

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital général juif

D^r Giuseppe Fuda, anesthésiologiste

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Isabelle Rioux, Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques – Formation continue et développement des compétences

CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

M. Kevin McElreavy, gestionnaire du service d'inhalothérapie

M. Rémi Vuong, Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques – Organisation du travail

CIUSSS de l'Estrie – CHUS

D^r Brian Grondin Beaudoin, pneumologue intensiviste

CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

D^r Martin Vaillancourt, anesthésiologiste

Centre universitaire de santé McGill

M^{me} Martine Alfonso, présidente-directrice générale adjointe

M^{me} Colleen Timm, directrice des services multidisciplinaires

M^{me} Josée Gendron, gestionnaire du service d'inhalothérapie

Institut de cardiologie de Montréal

M^{me} Julie Richard, coordonnatrice bloc opératoire, perfusion, URDM, services respiratoires et inhalothérapeutes de la recherche

OBSERVATEURS

Ministère de l'Enseignement supérieur

Direction des programmes de formation collégiale

M. Ronald Bisson, directeur

M^{me} Karine Lessard, conseillère

Direction de l'enseignement et de la recherche universitaires

M^{me} Marie-Claude Riopel, conseillère

REMERCIEMENTS

La Direction des services hospitaliers (DSH) et la Direction de l'attraction de la main-d'œuvre (DAMO) du ministère de la Santé et des Services sociaux tiennent à remercier tous les partenaires intraministériels et interministériels, ainsi que tous les représentants de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec et du réseau de la santé et des services sociaux qui ont contribué, de près ou de loin, aux travaux du Groupe de travail national sur l'organisation des soins et les effectifs en inhalothérapie.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	1
1. CONTEXTE, MANDAT ET OBJECTIFS	3
1.1. Contexte	3
1.2. Mandat	4
1.3. Objectifs	4
1.4. Limites du mandat	5
2. GROUPE DE TRAVAIL	6
2.1. Identification des participants	6
2.2. Déroulement des rencontres du groupe de travail	7
3. RECONNAISSANCE DES ENJEUX RELATIFS À LA PROFESSION	9
3.1. Champ d'exercice	9
3.2. Polyvalence des inhalothérapeutes	10
3.3. Spécialisation des inhalothérapeutes	11
3.4. Inhalothérapeutes en milieux ruraux	11
3.5. Autonomie professionnelle	12
3.6. Mode de classification des unités de soins intensifs du Québec	12
4. PERTINENCE CLINIQUE EN INHALOTHÉRAPIE	15
5. PORTRAIT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ DESSERVIS PAR LES INHALOTHÉRAPEUTES	16
6. PROCESSUS DE CLASSIFICATION DES SECTEURS ET DES ACTIVITÉS CLINIQUES	18
6.1. Classification des secteurs d'activités cliniques	18
6.2. Collaboration interprofessionnelle	18
6.3. Classification des activités cliniques en fonction des secteurs de soins	20
6.4. Application du modèle d'organisation des soins	22
7. GESTION DU CHANGEMENT	23
7.1. Communication	23
7.2. Développement des compétences	24
7.3. Processus de travail	24
7.4. Accompagnement des professionnels et des intervenants	24
8. CONCLUSION	26
ANNEXE 1 : CLASSIFICATION DES ACTIVITÉS CLINIQUES	27
ANNEXE 2 : ALGORITHMES DE CLASSIFICATION DES ACTIVITÉS CLINIQUES	31
a. Secteurs des soins critiques	31
b. Secteurs de l'urgence	32

c.	Secteurs de l'anesthésie et de la sédation analgésie	33
d.	Secteurs des unités de soins (étages)	34
e.	Autres secteurs	35
ANNEXE 3 : NOTES COMPLÉMENTAIRES AUX ALGORITHMES DE CLASSIFICATION		36

Liste des sigles et des acronymes

AMC	Association médicale canadienne
CHU de Québec	Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DAMO	Direction de l'attraction de la main-d'œuvre
DGA	Direction générale adjointe
DGAUMIP	Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques
DGGMO	Direction générale de la gestion de la main-d'œuvre
DNSSI	Direction nationale des soins et services infirmiers
DSH	Direction des services hospitaliers
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
ETC	Équivalence temps complet
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GESIQ	Groupe d'experts en soins intensifs du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
MES	Ministère de l'Enseignement supérieur
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPIQ	Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
OTIMROEPMQ	Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec
RH	Ressources humaines
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAD	Soutien à domicile

SOMMAIRE

Depuis plusieurs années, le Québec observe une pénurie grandissante du personnel inhalothérapeute au sein de ses établissements de santé. En mars 2020, la pandémie liée à la COVID-19 a mis en lumière l'importance de la profession, mais a aussi exacerbé la problématique du manque d'inhalothérapeutes au Québec. Plusieurs établissements ont dû faire appel à d'importants exercices de délestage de personnel et d'activités cliniques, ce qui a mené à des bris de services qui perdurent encore aujourd'hui.

En réponse à une demande de soutien de la part des établissements de santé ainsi que de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ), la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), en collaboration avec la Direction générale de la gestion de la main-d'œuvre (DGGMO), a mis en place le Groupe de travail national sur l'organisation des soins et les effectifs en inhalothérapie. Ce groupe de travail a été chargé de déceler les enjeux actuels relatifs à la profession inhalothérapeute et de proposer des pistes de solution pour assurer à court terme le maintien des activités cliniques dans les secteurs de soins les plus critiques.

En contexte de pénurie d'effectifs, le vaste champ d'exercice des inhalothérapeutes et leur présence au sein de nombreux secteurs d'activité en milieu hospitalier constituent certains des principaux enjeux ayant été soulevés.

De plus, plusieurs activités cliniques effectuées par les inhalothérapeutes sont de fait communes à plus d'une profession et peuvent ainsi être partagées entre différents groupes de professionnels. Pour ces raisons, le groupe de travail s'est assuré d'appuyer ses travaux sur les notions de pertinence clinique et de collaboration interprofessionnelle.

Au terme de ces travaux, le groupe de travail a déterminé que la présence de l'inhalothérapeute est soit **essentielle**, soit **collaborative** en fonction des activités cliniques à réaliser et de la condition clinique des usagers. Il a statué de façon unanime que la présence des inhalothérapeutes est essentielle dans les secteurs suivants : soins intensifs, aire de réanimation des salles d'urgence, bloc opératoire. Si la présence de l'inhalothérapeute dans un secteur est jugée collaborative, elle demeure essentielle lorsque la condition clinique de l'utilisateur le justifie.

Le cas échéant, la présence des inhalothérapeutes dans les secteurs des cliniques ambulatoires spécialisées, du soutien à domicile (SAD) et des groupes de médecine de famille (GMF et GMF-U), centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et centres locaux de services

communautaires (CLSC) a aussi été jugée essentielle afin de soutenir les structures alternatives aux hospitalisations. Le groupe de travail a par la suite procédé à la classification des activités cliniques pouvant être effectuées par les inhalothérapeutes.

À la suite des travaux, les activités ont été classées comme étant **pertinentes** dans la pratique inhalothérapeute, **partageables** ou **transférables** en fonction des différents règlements régissant la pratique des professionnels désignés.

Enfin, le groupe de travail a tenu à considérer le volet de la gestion du changement et présente quelques recommandations regroupées selon les quatre (4) thèmes suivants : la communication, le développement des compétences, les processus de travail et l'accompagnement des personnes.

1. CONTEXTE, MANDAT ET OBJECTIFS

1.1. Contexte

Depuis plusieurs années, le Québec fait face à une pénurie grandissante du personnel inhalothérapeute œuvrant au sein de ses établissements de santé. En mars 2020, la pandémie liée à la COVID-19 a mis en lumière l'importance de la profession, mais a aussi exacerbé la problématique du manque d'inhalothérapeutes au Québec.

En effet, l'augmentation significative de la charge de travail liée au volume et à la complexité de la condition des usagers hospitalisés, la criticité des cas liés à la COVID-19, l'obligation de retirer du milieu de travail les travailleuses enceintes ainsi que les employés immunosupprimés et l'augmentation du nombre d'employés en absence maladie long terme constituent autant de facteurs ayant contribué à aggraver le contexte de travail des inhalothérapeutes.

Si la convergence des ressources inhalothérapeutes vers les installations désignées COVID-19 a été possible à certains moments au cours du printemps 2020, plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ont témoigné avoir été touchés par de nombreuses démissions ainsi qu'un phénomène d'exode des ressources vers le secteur privé.

Par conséquent, le délestage d'activités cliniques a longuement perduré malgré l'amélioration de la situation pandémique, et des bris de services importants sont toujours en cours dans plusieurs secteurs d'activité où travaillent les inhalothérapeutes.

Enfin, cette pénurie, combinée à d'autres facteurs, a constitué un obstacle non négligeable à la reprise des activités chirurgicales.

Par ailleurs, la pénurie d'inhalothérapeutes ne touche pas uniquement une région ou un établissement de santé, mais caractérise l'ensemble des régions du Québec.

Ainsi, plusieurs établissements de santé et de services sociaux de la province ont interpellé la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) afin d'exprimer leurs préoccupations et de solliciter du soutien pour favoriser le déplacement de ressources vers les installations les plus touchées par la pénurie.

Parallèlement à ces actions, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) a aussi demandé la formation d'un comité de travail dans le but d'étudier la situation et de trouver des pistes de solution à court, moyen et long termes pour l'utilisation optimale de l'expertise des inhalothérapeutes, particulièrement dans le contexte de pénurie de ressources.

En réponse à cette situation, la Direction des services hospitaliers (DSH) de la DGAUMIP, conjointement avec la Direction de l'attraction de la main-d'œuvre (DAMO) de la Direction générale de la gestion de la main-d'œuvre (DGGMO), a procédé à la création du Groupe de travail national sur l'organisation des soins et les effectifs en inhalothérapie, dont l'objectif était d'analyser les enjeux globaux entourant la disponibilité des ressources ainsi que de prioriser les activités cliniques effectuées par les inhalothérapeutes dans le cadre de leur champ d'exercice.

1.2. Mandat

Le mandat du groupe de travail se traduit par les éléments suivants :

- Déterminer les enjeux et les pistes de solution relatifs aux effectifs en inhalothérapie devant mener à des actions structurantes visant à réduire, voire à éliminer, les répercussions de la pénurie en inhalothérapie sur les services offerts aux usagers au sein du RSSS du Québec ;
- Analyser la pertinence des activités cliniques effectuées par les inhalothérapeutes dans un objectif de priorisation des activités visant, à très court terme, à prévenir les bris de services et à favoriser la reprise des activités chirurgicales au sein des établissements de santé du Québec ;
- Formuler des recommandations sous forme d'un plan d'action dont les objectifs doivent mener à des résultats mesurables et pérennes, de façon à assurer des soins de qualité ainsi que la disponibilité et la stabilisation des effectifs en inhalothérapie dans les secteurs hospitaliers jugés les plus critiques.

1.3. Objectifs

En fonction de la nécessité de trouver des pistes de solution à court, moyen et long termes, les objectifs du groupe de travail ont été séparés en deux segments distincts :

- Objectif 1 (très court terme) : Pertinence et classification des activités cliniques effectuées par les inhalothérapeutes
- Objectif 2 (moyen et long termes) : Organisation du travail, formation des inhalothérapeutes, gestion et gouvernance en inhalothérapie¹

Plus spécifiquement, l'objectif premier était de proposer un plan d'action à mettre en place à très court terme (moins de 3 mois) pour assurer le maintien des services d'inhalothérapie en milieu hospitalier et prévenir les bris de service dans les secteurs de soins jugés les plus critiques en fonction

¹ Les résultats des travaux en lien avec l'objectif 2 feront l'objet d'un guide séparé qui sera publié à une date ultérieure.

de la mission des établissements de santé. Pour ce faire, les objectifs spécifiques suivants ont été déterminés :

- Revoir l'offre de service actuelle en inhalothérapie ;
- Analyser la pertinence des activités cliniques effectuées par les inhalothérapeutes ;
- Procéder à une hiérarchisation souhaitée des soins et des services ;
- Établir une trajectoire souhaitée sur les soins et les services (organisation des services) ;
- Prévoir la formation des intervenants, dans le contexte où l'activité n'est pas réalisée par l'inhalothérapeute, le cas échéant.

Tout au long de ses travaux, le groupe de travail s'est assuré de respecter le cadre législatif qui régit la pratique professionnelle des inhalothérapeutes, soit le champ d'exercice et les activités réservées prévus dans le *Code des professions* ([RLRQ, chapitre C-26, art. 37, par. 5 et art. 37,1 al. 1](#)) ainsi que les activités autorisées par le *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute* ([RLRQ, c. M-9, r. 6, art. 1.1](#)) du Collège des médecins du Québec.

1.4. Limites du mandat

Dans le but de déterminer clairement les balises du mandat du groupe de travail, les discussions ont été limitées aux éléments susmentionnés.

De fait, les travaux **n'avaient pas** pour objectifs :

- de se prononcer ou de remettre en question la décision gouvernementale relativement à la demande de rehaussement au baccalauréat de la formation initiale des inhalothérapeutes ;
- de revoir, de modifier ou de retirer le processus administratif entourant la saisie quotidienne des unités techniques provinciales (UTP) en inhalothérapie.

À cet effet, le groupe de travail a tenu à préciser de façon unanime que ce processus est désuet et qu'il ne reflète plus adéquatement la pratique professionnelle des inhalothérapeutes. Il invite les autorités ministérielles à revoir la pertinence de maintenir ce processus de compilation des activités cliniques effectuées par les inhalothérapeutes.

2. GROUPE DE TRAVAIL

2.1. Identification des participants

Les travaux d'analyse de la pertinence et de la classification des activités cliniques effectuées par un groupe de professionnels de la santé au Québec représentent un événement déterminant en ce qui concerne le maintien d'activités prioritaires et l'administration de soins sécuritaires et de qualité à la population.

En ce sens, la DSH, avec sa responsabilité d'assurer l'accès aux soins et aux services hospitaliers dans les établissements de santé du Québec, de même que la DAMO reconnaissent la nécessité de s'entourer d'acteurs clés du réseau de la santé dans le cadre des présents travaux.

Ainsi, les critères suivants ont servi à la sélection des participants du RSSS pour le Groupe de travail national sur l'organisation des soins et les effectifs en inhalothérapie :

- Établissements ciblés du réseau de la santé et des services sociaux :
 - Établissements du secteur public portant la mission de centre hospitalier de soins généraux spécialisés (CHSGS)
 - Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS)
 - Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)
 - Établissements non fusionnés
- Milieux de travail francophone et anglophone
- Situation géographique
 - Grands centres urbains : Montréal et Québec
 - Régions urbaines autres que Québec et Montréal : Montérégie-Centre, Estrie, Outaouais, Mauricie-Centre-du-Québec
 - Régions éloignées : Abitibi-Témiscamingue, Saguenay-Lac-Saint-Jean
- Expertise clinique
 - Médecins spécialistes : anesthésiologistes, chirurgiens, pneumologues intensivistes
 - Gestionnaires inhalothérapeutes
 - Gestionnaires de bloc opératoire
 - Direction des services multidisciplinaires
 - Direction des soins infirmiers
- Volet ressources humaines – recrutement et rétention du personnel
 - Formation continue et développement des compétences

- Organisation du travail
- Volet protection du public
 - OPIQ

2.2. Déroulement des rencontres du groupe de travail

Les membres du groupe de travail ont été conviés à des ateliers de travail de deux (2) heures chacun abordant une thématique différente, selon la méthodologie suivante :

- Les rencontres se sont déroulées sous forme de remue-méninges afin de déterminer les enjeux et les pistes de solution à mettre de l'avant ;
- Compte tenu du contexte pandémique qui prévalait toujours en juillet 2021, les rencontres du groupe de travail se sont tenues à distance au moyen de la plateforme *Teams* ;
- Les participants ont reçu, quelques jours avant la tenue des rencontres, les informations pertinentes leur permettant de se préparer en vue d'optimiser les discussions ;
- Chaque rencontre s'est terminée par la détermination d'actions prioritaires.

De plus, les éléments suivants ont servi de points d'ancrage afin de déterminer la pertinence et d'effectuer la priorisation des activités cliniques :

- La présence requise des inhalothérapeutes au sein de plusieurs secteurs hospitaliers, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 ;
- L'expertise requise des inhalothérapeutes auprès de tous les types d'utilisateurs ;
- Les caractéristiques uniques des divers milieux hospitaliers universitaires, spécialisés, communautaires et de proximité au Québec.

En tenant compte de ces éléments, les travaux du groupe de travail ont été séparés en cinq thèmes distincts :

- Thème 1 : Reconnaissance des enjeux propres à la profession inhalothérapeute
- Thème 2 : Pertinence clinique en inhalothérapie
- Thème 3 : Portrait des secteurs d'activité desservis par les inhalothérapeutes
- Thème 4 : Classification des activités cliniques en fonction des secteurs de soins
- Thème 5 : Secteurs d'activité à prioriser en contexte de pénurie et pertinence des activités cliniques effectuées par les inhalothérapeutes

Les travaux de pertinence et de classification des activités cliniques en inhalothérapie ont été répartis en trois ateliers de travail. Une synthèse des propos rapportés par le groupe de travail a été produite et validée auprès des participants après chaque rencontre afin d'assurer la conformité des propos recueillis et de servir à la rédaction du présent guide.

3. RECONNAISSANCE DES ENJEUX RELATIFS À LA PROFESSION

3.1. Champ d'exercice

L'étude de la pratique professionnelle des inhalothérapeutes a permis de constater qu'ils effectuent un large éventail d'activités cliniques auprès de toute la clientèle (néonatale, pédiatrique, adulte, y compris les nouveau-nés prématurés et les personnes âgées), et ce, dans divers secteurs d'activité et milieux cliniques.

Ainsi, les inhalothérapeutes évaluent la condition des personnes atteintes de problèmes cardiorespiratoires, traitent les problèmes qui affectent ce système, effectuent l'assistance anesthésique et la sédation-analgésie, prennent en charge les personnes sous assistance ventilatoire, dont l'ECMO (*Extracorporeal Membrane Oxygenation*), etc.

Leur exercice professionnel s'étend également à la vaccination, à l'enseignement, à la prescription de médicaments en lien avec la cessation tabagique, à la polysomnographie, à la prévention de la maladie et à la promotion de la santé. Les inhalothérapeutes peuvent être appelés à exercer en situation d'urgence auprès d'usagers nécessitant des soins aigus, tout comme ils peuvent avoir à intervenir auprès de patients atteints de maladies pulmonaires chroniques.

Par ailleurs, l'étendue du RSSS dans les régions urbaines et rurales de la province a mené le MSSS à classer, en 2015, les établissements de santé en fonction de leur mission, de leur capacité et des territoires et populations desservis.

De ce fait, les établissements portant la désignation CHU (centre hospitalier universitaire) ou institut sont des hôpitaux affiliés à une université et ayant développé une expertise dans les domaines de la recherche et de l'enseignement. Les inhalothérapeutes œuvrant dans ces milieux tendent à être très spécialisés et peuvent soutenir l'expertise clinique en place.

Les établissements désignés CISSS ou CIUSSS ont une mission plus locale et ont la responsabilité d'assurer la prestation de divers soins et services à la population de leur territoire sociosanitaire. Ils veillent aussi à l'organisation des services et à leur complémentarité dans le cadre de leurs multiples missions (centre hospitalier [CH], centre local de services communautaires [CLSC], centre d'hébergement de soins de longue durée [CHSLD], etc.), en fonction des besoins populationnels et des réalités territoriales.

Compte tenu des différentes missions, des usagers desservis et de l'emplacement géographique d'un CISSS ou d'un CIUSSS, le rôle de l'inhalothérapeute peut varier considérablement et exiger des niveaux

de polyvalence et d'adaptabilité élevés. La formation initiale et le vaste champ d'exercice des inhalothérapeutes offrent la possibilité pour ces professionnels d'œuvrer dans l'un ou l'autre de ces établissements, autant en région urbaine qu'éloignée. Bien que cela constitue une force et une valeur ajoutée pour la profession, le contexte décrit précédemment (section 1.1) fait en sorte que le nombre d'inhalothérapeutes aptes au travail à l'heure actuelle n'est pas suffisant pour répondre à l'ensemble des besoins dans tous les établissements de santé. La réorganisation et la priorisation des services et des activités sont donc requises pour assurer le maintien des activités essentielles en milieu hospitalier.

3.2. Polyvalence des inhalothérapeutes

Dans plusieurs établissements de santé du Québec, que ce soit par choix organisationnel ou par obligation en fonction des besoins et des réalités locales, les inhalothérapeutes exercent de façon polyvalente, c'est-à-dire qu'ils œuvrent dans plus d'un secteur et effectuent un éventail d'activités cliniques, lesquelles ne correspondent pas toujours à une utilisation optimale de leur champ d'exercice.

Bien que ce modèle d'organisation du travail favorise la mobilité des ressources en fonction des besoins cliniques, le groupe de travail est d'avis qu'il devient de plus en plus difficile d'assurer, de façon sécuritaire et en maintenant un niveau irréprochable de qualité, la dispensation de soins en inhalothérapie au sein de plusieurs secteurs d'activité simultanément. Cette réalité s'explique, notamment, par la complexité de la pratique clinique à la suite des avancées technologiques, aux fréquentes comorbidités, au vieillissement de la population, aux nouvelles approches cliniques, à la pharmacopée, etc.

En ce sens, la polyvalence peut entraîner un manque d'exposition clinique et conséquemment rendre plus difficile le développement de l'expertise clinique dans les secteurs plus spécialisés, particulièrement dans les régions éloignées. Des enjeux liés à la déficience de la formation initiale, au recrutement et à la rétention des effectifs créent une pression supplémentaire.

Pour ces raisons, bien qu'*a priori* le groupe de travail soit d'avis que la polyvalence en inhalothérapie peut s'avérer être une piste de solution pour contrer la pénurie actuelle d'inhalothérapeutes, il émet les considérations suivantes :

- Le choix de mettre en place la polyvalence comme modèle d'organisation du travail doit être basé sur les besoins cliniques et la réalité locale de chaque installation hospitalière ;

- Lorsque possible en fonction du milieu de travail, le volontariat doit être encouragé et valorisé dans le développement de la polyvalence des inhalothérapeutes ;
- Le succès de la polyvalence des inhalothérapeutes doit reposer sur l'encadrement et le soutien clinique en milieu de travail.

3.3. Spécialisation des inhalothérapeutes

À l'inverse de la polyvalence, plusieurs établissements de santé privilégient la spécialisation des inhalothérapeutes au sein d'un secteur d'activité en particulier. Cette pratique a pour avantage de former des inhalothérapeutes cliniciens très spécialisés dans un secteur d'activité choisi.

Cependant, ce modèle a aussi pour effet de créer une perte de connaissances et d'expertise dans les secteurs où les inhalothérapeutes ne pratiquent pas.

Cette situation pourrait restreindre la possibilité de convergence des ressources vers d'autres secteurs en situation de pénurie, puisqu'une formation ciblée dans un seul secteur d'activité spécialisé peut s'échelonner sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

Ainsi, à l'instar de la polyvalence des inhalothérapeutes, le groupe de travail considère que le choix de mettre en place la spécialisation comme modèle d'organisation du travail doit être basé sur les besoins cliniques et la réalité locale de chaque installation hospitalière.

3.4. Inhalothérapeutes en milieux ruraux

Les discussions du groupe de travail ont permis de mettre en lumière les enjeux particuliers liés à la pratique inhalothérapeute en milieu rural.

D'une part, les établissements de santé en région éloignée étant majoritairement des CISSS, la mission et les usagers diversifiés des milieux hospitaliers exigent que l'inhalothérapeute fasse preuve d'une grande adaptabilité, d'une polyvalence et d'une autonomie lui permettant aussi bien de prendre en charge des cas complexes en situation d'urgence que d'effectuer une épreuve diagnostique ou un suivi en soins à domicile auprès d'un usager souffrant d'une maladie chronique.

D'autre part, la pénurie importante d'inhalothérapeutes dans plusieurs milieux ruraux et l'étendue de certains territoires géographiques font en sorte que certaines activités d'inhalothérapie sont présentement effectuées par des infirmières, alors que plusieurs établissements de santé font également face à une pénurie d'infirmières. Cette situation a notamment été rapportée en Outaouais et sur la Côte-Nord. La pression sur les ressources des installations hospitalières aux prises avec cette réalité en est d'autant exacerbée.

Par ailleurs, la pénurie de ressources expérimentées en inhalothérapie dans certains milieux ruraux semble avoir mené à une diminution de la capacité des installations à dispenser une orientation, une formation et un encadrement clinique adéquats aux nouveaux inhalothérapeutes. Un manque de soutien à l'intégration dans la profession de même qu'un manque d'encadrement à la pratique professionnelle ont été décelés, particulièrement dans les milieux où la polyvalence est requise.

Comme le succès de la polyvalence des inhalothérapeutes repose sur le soutien clinique offert en milieu de travail, la situation telle que décrite contribue à démobiliser les jeunes inhalothérapeutes et constitue un frein à la rétention du personnel en milieu hospitalier.

3.5. Autonomie professionnelle

Le manque d'autonomie professionnelle des inhalothérapeutes est un enjeu supplémentaire ayant été ciblé par le groupe de travail.

En effet, la pratique exige encore, à plusieurs endroits, que les activités effectuées par les inhalothérapeutes fassent d'abord l'objet d'une ordonnance médicale, ce qui nuit non seulement à la fluidité des pratiques et à la rapidité d'intervention thérapeutique auprès des usagers nécessitant des soins aigus, mais également à la valorisation de la profession.

Puisque les inhalothérapeutes sont spécifiquement formés pour effectuer l'évaluation de la condition cardiorespiratoire et déterminer les options thérapeutiques des usagers souffrant de troubles respiratoires, le groupe de travail est d'avis que l'autonomie professionnelle des inhalothérapeutes pourrait être optimisée par l'ajout, lorsque possible selon l'activité, d'ordonnances collectives à cible thérapeutique et de protocoles rédigés en fonction des meilleures pratiques en soins cardiorespiratoires et approuvés par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement. La mise en place de ces outils au sein des établissements de santé profitera autant à l'utilisateur qu'à l'inhalothérapeute et à l'équipe infirmière et médicale.

3.6. Mode de classification des unités de soins intensifs du Québec

En 2018, le Groupe d'experts en soins intensifs du Québec (GESIQ) a élaboré un tableau de classification clinique des unités de soins intensifs en fonction de la mission des établissements de santé ainsi que de certains critères et ressources en place au sein des installations hospitalières de la province. Ce tableau, présenté ci-après, définit entre autres la contribution et l'expertise requises par les inhalothérapeutes pour œuvrer au sein des différentes unités de soins intensifs au Québec.

CLASSIFICATION CLINIQUE DES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS						
	Variables	Niveau 3B	Niveau 3A	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1
CARACTÉRISTIQUES DE L'HÔPITAL	Mission médicale	Installation à vocation suprarégionale CHU et Institut	Installation à vocation régionale CHA	Installation principale du CISSS/CIUSSS	Installation locale à vocation communautaire	Installation de proximité
	Nombre lits	> 450	> 450	> 300	150 à 300	50 à 150
	Population desservie	> 500000	> 500000	> 200000	50000-200000	20000-50000
ORGANISATION	Mode de fonctionnement	Unité fermée avec prise en charge des patients et de l'unité	Unité fermée avec prise en charge des patients et de l'unité	Unité fermée avec prise en charge des patients et de l'unité (selon annexe 29)	Unité fermée ou ouverte >6 lits	Unité ouverte ≤6 lits
PERSONNEL	Médecins *transition requise selon les effectifs disponibles	-Certificat de spécialistes en soins intensifs du CMQ -Pratique mixte ou exclusive en association avec l'enseignement et la recherche	-Certificat de spécialistes en soins intensifs du CMQ -Pratique mixte ou exclusive en association avec l'enseignement et +/-recherche	-Médecin spécialiste -Certificat de spécialistes en soins intensifs du CMQ serait un atout -Pratique mixte +/- enseignement	Médecin spécialiste et/ou généraliste avec une expérience en soins intensifs	Médecin traitant
	Infirmière	Spécialisées surtout et généralistes	Spécialisées surtout et généralistes	Spécialisées et généralistes	Généralistes	Généralistes
	Pharmacien	-Avec formation ou expérience pertinente -Impliqué dans le développement de l'unité -Évaluation quotidienne des patients	-Avec formation ou expérience pertinente -Impliqué dans le développement de l'unité -Évaluation quotidienne des patients	-Avec formation ou expérience pertinente -Impliqué dans le développement de l'unité -Évaluation des besoins	À temps partagé	Disponible pour consultations au besoin
	Physiothérapeute Nutritionniste Travailleur social	Implication dans l'équipe interdisciplinaire selon les besoins	Implication dans l'équipe interdisciplinaire selon les besoins	Implication dans l'équipe interdisciplinaire selon les besoins	Implication dans l'équipe interdisciplinaire selon les besoins	Implication dans l'équipe interdisciplinaire selon les besoins
	Inhalothérapeute	Avec formation ou expérience pertinente en ventilation mécanique conventionnelle et autres	Avec formation ou expérience pertinente en ventilation mécanique conventionnelle et autres	Avec formation ou expérience pertinente en ventilation mécanique conventionnelle et autres	À temps partagé	À temps partagé

Soucieux d'arrimer ses objectifs avec les réalités locales des installations hospitalières ainsi qu'avec les attentes du RSSS et du GESIQ, le groupe de travail a modifié le rôle de l'inhalothérapeute tel qu'il est décrit dans le tableau de classification clinique des unités de soins intensifs. Des préoccupations ont été exprimées sur le plan de la contribution, de la formation et de l'expérience requises par l'inhalothérapeute dans les installations de niveau 1, 2A et 3. Un consensus a émergé concernant les éléments suivants :

- La mention « Avec formation ou expérience pertinente en ventilation mécanique conventionnelle et autres » est requise dès le niveau de soins 1 ;
- La présence et l'expertise des inhalothérapeutes en soins critiques sont d'autant plus importantes en milieu de soins de niveau 1 et 2A, compte tenu de l'absence de médecins spécialistes, particulièrement en milieu rural ;
- Une formation complémentaire est requise pour prendre en charge la ventilation mécanique conventionnelle ou spécialisée en fonction du niveau de spécialisation et de l'expertise de l'établissement de santé, et ce, dès le niveau de soins 2A.

En fonction de ces informations, une demande de modification du tableau de classification clinique des unités de soins intensifs a été présentée au GESIQ le 21 février 2022. Le groupe d'experts en soins intensifs a accueilli positivement la demande et a apporté les modifications demandées. Le GESIQ a également offert son appui au groupe de travail afin de promouvoir le rehaussement de la formation des inhalothérapeutes, autant à l'échelle des établissements d'enseignement que des établissements de santé.

4. PERTINENCE CLINIQUE EN INHALOTHÉRAPIE

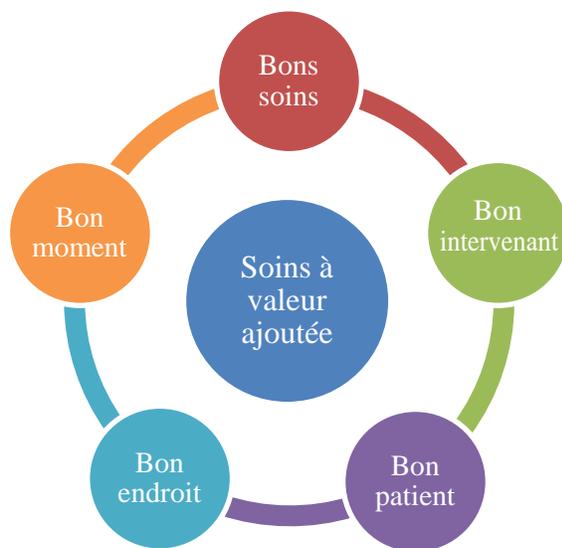
L'analyse, par le groupe de travail, de l'étendue des activités cliniques effectuées par les inhalothérapeutes a permis de constater que plusieurs pratiques et activités sont exercées en fonction de méthodes et de protocoles n'ayant pas fait l'objet d'une mise à jour depuis longtemps.

De plus, des changements quant à la pratique d'autres professionnels ou intervenants du réseau de la santé, notamment les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires et les technologues en électrophysiologie médicale, ont fait en sorte que certaines interventions historiquement effectuées par les inhalothérapeutes peuvent maintenant être réalisées par ces groupes d'intervenants ou de professionnels formés.

Enfin, l'évolution de la pratique en pneumologie, en anesthésie et en soins critiques rend indispensable la présence des inhalothérapeutes dans ces milieux de soins en particulier. Considérant ces éléments, l'analyse de la pertinence de maintenir, à très court terme, certaines activités cliniques au sein de la pratique inhalothérapeute s'est avérée primordiale afin d'optimiser la présence de ces professionnels dans les milieux de soins jugés les plus critiques.

Ainsi, les travaux de classification des activités cliniques effectuées par les inhalothérapeutes ont été orientés par le concept de la pertinence clinique, comme défini par l'Association médicale canadienne (AMC) en 2015.

Selon cette définition, la pertinence en soins de santé signifie que « les bons soins [sont] fournis par les bons fournisseurs au bon patient, au bon endroit et au bon moment, aboutissant à des soins d'une qualité optimale [...] [S]i les cinq éléments sont présents, le patient aura reçu des soins de haute qualité et les ressources auront été utilisées de façon appropriée² ».



² Association médicale canadienne. [Pertinence des soins de santé](#), Ottawa, 2015.

5. PORTRAIT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ DESSERVIS PAR LES INHALOTHÉRAPEUTES

Afin de déterminer l'étendue de la pratique inhalothérapeute et dans l'objectif de procéder à la classification des activités cliniques, la liste exhaustive des secteurs d'activité hospitaliers où œuvrent les inhalothérapeutes a été dressée.

À cet effet, le groupe de travail désire rappeler que, lorsqu'une installation hospitalière adopte la polyvalence comme modèle d'organisation du travail, les inhalothérapeutes doivent posséder l'expertise pour exercer leurs activités dans tous les secteurs suivants, et ce, souvent au cours d'un même quart de travail :

- Soins critiques :
 - Soins intensifs adultes (y compris les grands brûlés)
 - Soins intensifs pédiatriques (hôpitaux pédiatriques et adultes)
 - Soins intensifs néonataux (hôpitaux pédiatriques et adultes)
 - Autres unités de soins critiques (unités coronariennes, intermédiaires, neurologiques, respiratoires, transport ambulancier et transport aérien)
- Salle d'urgence
 - Aire de réanimation
 - Aire d'observation
- Unités de soins (étages) spécialisés (ex. : pneumologie, cardiologie) ou non spécialisés
- Anesthésie
 - Bloc opératoire
 - Tous les secteurs « hors bloc opératoire »
- Soins à domicile
- Secteurs diagnostiques
 - Physiologie respiratoire
 - Laboratoire de sommeil / polysomnographie
 - Hémodynamie
- Cliniques ambulatoires spécialisées :
 - MPOC, asthme ou sommeil (y compris les hôpitaux de jour spécialisés en pneumologie)
 - Enseignement (aux usagers)
 - Réadaptation pulmonaire
- Recherche et enseignement

- Recherche
- Enseignement et formation en milieu hospitalier
- Centres de simulation
- Autres : GMF, GMF-U, CHSLD, CLSC

Dans le but de faciliter les travaux de classification des activités cliniques et d'en assurer la cohérence avec les réalités des milieux de travail, les nombreux secteurs d'activité ont été regroupés en cinq secteurs principaux, soit :

- les soins critiques ;
- la salle d'urgence ;
- le bloc opératoire ;
- les unités de soins ;
- les autres secteurs.

6. PROCESSUS DE CLASSIFICATION DES SECTEURS ET DES ACTIVITÉS CLINIQUES

6.1. Classification des secteurs d'activités cliniques

En gardant à l'esprit la notion de pertinence clinique de même que les attentes et les exigences du RSSS et du GESIQ envers la contribution des inhalothérapeutes, les participants au groupe de travail ont été appelés à déterminer, pour chacun des secteurs d'activité mentionnés précédemment, si la présence de l'inhalothérapeute au sein de ce secteur est jugée **essentielle** ou **collaborative** en fonction des définitions suivantes :

- **Présence essentielle** : Secteur où la majorité des activités cliniques à effectuer requiert une expertise propre à la profession inhalothérapeute, ou encore les activités sont réservées aux inhalothérapeutes en vertu du cadre législatif qui régit la pratique professionnelle des inhalothérapeutes, comme défini à la section 1.3.
- **Présence collaborative** : Secteur où les activités cliniques à effectuer peuvent ou non nécessiter l'expertise de l'inhalothérapeute, ou encore les activités ont été désignées par le groupe de travail comme étant partageables ou transférables, selon le cas (section 6.2).

6.2. Collaboration interprofessionnelle

Bien qu'il ait été mis en place en réponse à une pénurie importante de personnel dans le secteur de l'inhalothérapie, le groupe de travail est conscient que le manque de ressources touche plusieurs professions au sein du RSSS.

Pour cette raison, il tient à préciser que le but des travaux n'est pas de transférer vers d'autres professionnels des activités cliniques ne pouvant plus être effectuées par les inhalothérapeutes. L'objectif est plutôt la collaboration interprofessionnelle afin de faire en sorte que des soins sécuritaires et de qualité soient dispensés par un professionnel détenant le droit d'exercice et la formation requise, et dont la disponibilité permet la prise en charge la plus rapide et la plus efficace possible de l'utilisateur.

L'appel à la collaboration interprofessionnelle implique donc que le professionnel ou l'intervenant dûment formé (inhalothérapeute, externe en inhalothérapie, préposé aux bénéficiaires, professionnel multidisciplinaire, médecin, infirmière, infirmière auxiliaire, etc.), en fonction de l'activité ou de l'intervention à effectuer, aura été préalablement désigné par les directions cliniques responsables de chaque établissement à la suite d'une analyse approfondie de la disponibilité des ressources, de la

réalité locale de chacune des installations hospitalières et de la conformité avec le champ d'exercice des professionnels ciblés.

En fonction de ces éléments, le tableau suivant présente la classification souhaitée des différents secteurs selon les activités cliniques à effectuer.

Classification des secteurs d'activité où exercent les inhalothérapeutes		
Secteur d'activité primaire	Sous-secteurs	Classification souhaitée (en fonction de l'activité à effectuer)
Soins critiques	Soins intensifs adultes (y compris les grands brûlés)	Présence essentielle
	Soins intensifs pédiatriques (hôpitaux pédiatriques et adultes)	Présence essentielle
	Soins intensifs néonataux (hôpitaux pédiatriques et adultes)	Présence essentielle
	Transport ambulancier et aérien d'un usager intubé ou sous ventilation non invasive	Présence essentielle
	Autres unités de soins critiques (unités coronariennes, intermédiaires, neurologiques, etc.)	Présence collaborative
Salle d'urgence	Aire de réanimation	Présence essentielle
	Aire d'observation	Présence collaborative
Unités de soins (étages)	Unité de soins spécialisés (ex. : pneumologie, cardiologie)	Présence collaborative
	Autres unités de soins	Présence collaborative
Anesthésie	Bloc opératoire	Présence essentielle
	Tous les secteurs « hors bloc opératoire »	Présence essentielle ou collaborative, selon le cas
SAD	Soins à domicile	Présence essentielle
Secteurs diagnostiques	Physiologie respiratoire	Présence essentielle
	Polysomnographie	Présence collaborative
	Hémodynamie	Présence collaborative
Cliniques ambulatoires spécialisées	Cliniques MPOC, asthme ou sommeil (y compris les hôpitaux de jour spécialisés en pneumologie), enseignement (aux usagers), réadaptation pulmonaire	Présence essentielle
Recherche et enseignement	Recherche	À évaluer selon le contexte
	Enseignement clinique et formation par les pairs Centres de simulation	Présence essentielle
Autres	GMF, GMF-U CHSLD CLSC	Présence essentielle

Il importe de préciser qu'au sein des secteurs où la présence de l'inhalothérapeute est classée comme étant collaborative, cette présence **demeure essentielle si la condition clinique de l'utilisateur le justifie**.

Ainsi, l'inhalothérapeute doit faire preuve d'un jugement clinique approprié et d'une communication adéquate avec l'équipe infirmière et médicale afin de faire en sorte que l'utilisateur reçoive les meilleurs soins en temps opportun.

De plus, en cohérence avec le besoin du RSSS de favoriser les solutions alternatives à l'hospitalisation, la présence des inhalothérapeutes dans les secteurs des soins à domicile, des cliniques ambulatoires spécialisées et des GMF, GMF-U, CHSLD et CLSC a été jugée essentielle afin de permettre la prise en charge rapide et le suivi clinique rapproché des maladies pulmonaires chroniques en soins ambulatoires, à domicile et dans les milieux de vie.

De la même façon, le groupe de travail est d'avis que la présence des inhalothérapeutes en enseignement clinique auprès des pairs doit être priorisée afin de permettre la formation en emploi, le développement professionnel et le soutien clinique aux inhalothérapeutes.

6.3. Classification des activités cliniques en fonction des secteurs de soins

En fonction de la classification accordée aux différents secteurs d'activité et de la définition de la pertinence clinique citée précédemment, les participants au groupe de travail ont été appelés à déterminer, pour chacune des activités cliniques pouvant être effectuées par les inhalothérapeutes, la pertinence que chacune de ces activités soit effectuée par l'inhalothérapeute plutôt que par un autre intervenant.

Pour ce faire, les activités ont été classées selon les quatre (4) catégories suivantes :

- **Activité pertinente dans la pratique inhalothérapeute** : Activité qui exige une expertise propre à la profession inhalothérapeute, ou encore activité réservée aux inhalothérapeutes en vertu du cadre législatif qui régit la pratique professionnelle des inhalothérapeutes, comme défini à la section 1.3.

En fonction de l'activité à réaliser, l'inhalothérapeute doit faire preuve de jugement clinique et, au besoin, communiquer avec l'équipe médicale et infirmière afin de déterminer l'urgence et l'ordre de priorité de la requête.

Tel sera le cas, par exemple, lors de demandes d'examens ou d'épreuves diagnostiques auprès d'usagers hospitalisés ou non.

Les critères suivants doivent notamment être pris en considération afin de déterminer cet ordre de priorité :

- La condition clinique de l'utilisateur ;
- La nature de l'activité à réaliser ;
- Les priorités médicales établies par les médecins demandeurs ;
- La charge de travail à réaliser par l'inhalothérapeute.

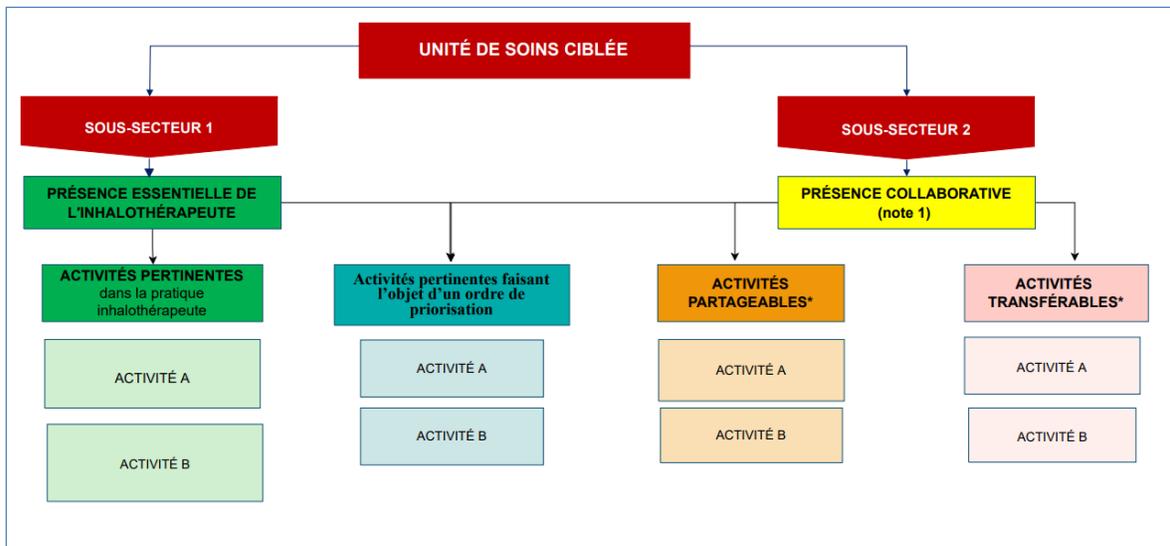
Dans le cadre des présents travaux, les activités cliniques dont l'ordre de priorité peut être établi à la suite de l'évaluation de l'inhalothérapeute ont été classées sous la catégorie **Activités pertinentes faisant l'objet d'un ordre de priorisation**.

- Activité **partageable** : Activité commune à plusieurs professions en fonction des règlements régissant les champs d'exercice respectifs des professionnels de la santé et pouvant être réalisée soit par l'inhalothérapeute, soit par un autre professionnel dûment formé.
- Activité **transférable** : Activité non professionnelle pouvant être réalisée par d'autres intervenants dûment formés.

Dans le cas des activités partageables et transférables, le groupe de travail a également été invité à proposer certains groupes de professionnels ou d'intervenants avec lesquels les activités peuvent possiblement être partagées ou transférées, en fonction des réalités locales des établissements de santé.

Le tableau présenté à l'annexe 1 résume l'exercice de classification des activités cliniques effectué par le groupe de travail.

Enfin, dans le but de faciliter son utilisation, le modèle décisionnel relativement à la classification et à la priorisation des activités au sein des secteurs cliniques prend la forme algorithmique suivante :



Les résultats complets des travaux sont présentés à l'annexe 2. Pour plus de précisions, le lecteur est invité à consulter les notes complémentaires de l'annexe 3.

6.4. Application du modèle d'organisation des soins

L'objectif des présents travaux est de favoriser l'utilisation optimale des ressources inhalothérapeutes dans les différents milieux afin de permettre le maintien d'activités essentielles et pertinentes au sein des secteurs de soins jugés les plus critiques. La collaboration interprofessionnelle étant au cœur des présents travaux, l'application du modèle d'organisation des soins et du travail proposé doit préalablement faire l'objet d'une analyse approfondie, effectuée conjointement par les directions cliniques de chaque établissement de santé. Cette analyse devra minimalement porter sur :

- l'identification des différentes ressources disponibles localement ;
- la possibilité d'optimiser le rôle des différents professionnels en fonction de leur expertise et de leur champ d'exercice respectifs ;
- la détermination des besoins en fonction des réalités, de la mission de chaque établissement et de la nécessité de favoriser les solutions alternatives à l'hospitalisation.

Enfin, cette analyse permettra de mettre en place des solutions pertinentes et adaptées à chacune des installations hospitalières.

7. GESTION DU CHANGEMENT

Le groupe de travail reconnaît que la réorganisation des soins et des services en inhalothérapie nécessitera une importante phase de préparation ainsi qu'une période de transition qui ne doit être ni sous-estimée ni négligée.

Il est toutefois persuadé que, une fois adoptés, ces changements permettront d'accomplir plusieurs buts, notamment :

- une plus grande accessibilité aux soins pour les usagers nécessitant des soins cardiorespiratoires ;
- une plus grande valorisation de la profession inhalothérapeute ;
- une diminution de la pression sur les équipes de soins par une meilleure répartition des activités et en fonction des rôles des intervenants ou du champ d'exercice des professionnels ;
- une amélioration de la collaboration interprofessionnelle ;
- une meilleure compréhension des rôles des différents intervenants et professionnels.

Ainsi, afin d'assurer le succès de la présente démarche, de même qu'une transition saine et efficace de l'organisation des soins en inhalothérapie, le groupe de travail a tenu à considérer le volet de la gestion du changement et présente quelques recommandations regroupées selon les quatre (4) thèmes suivants :

- Communication ;
- Développement des compétences ;
- Processus de travail ;
- Accompagnement des personnes.

7.1. Communication

- Les messages véhiculés au regard du changement doivent être mobilisants, valorisants et rassurants pour le personnel concerné. Plus spécifiquement :
 - la démarche liée à la réorganisation des soins et du travail découle d'une consultation du MSSS auprès d'experts du secteur de l'inhalothérapie, tant sur les plans clinique, de la gestion et de la réglementation ;
 - la réorganisation des soins vise à mettre l'accent sur les activités cliniques nécessitant l'expertise des inhalothérapeutes en collaboration et en complémentarité avec les autres membres de l'équipe de soins ;

- les partenaires concernés (ex. : syndicats, conseils professionnels comme le conseil multidisciplinaire, etc.) doivent contribuer à soutenir l'offre de services en inhalothérapie dans l'établissement ;
- ces changements visent à permettre une plus grande accessibilité ainsi que des soins sécuritaires et de qualité pour les usagers. Cette réorganisation ne s'appuie aucunement sur des motifs financiers et n'a pas pour objectif la diminution des emplois actuels.

7.2. Développement des compétences

- La période de transition liée à la nouvelle organisation des soins doit permettre d'assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés par les inhalothérapeutes ou les autres professionnels.
- Les compétences, les rôles et les responsabilités inhérents à la nouvelle organisation des soins et du travail doivent être clairement définis, partagés et intégrés auprès des équipes cliniques concernées, y compris les médecins.
- L'ensemble du personnel concerné par le changement doit avoir accès à des outils cliniques et à des documents de référence, et ce, pour un fonctionnement optimal.
- Un soutien et un accompagnement à l'intégration et au développement des compétences doivent être disponibles non seulement pour les inhalothérapeutes, mais pour tous les membres de l'équipe de soins concernés (ex. : programme d'intégration structuré, formation, soutien clinique, mentorat, etc.).
- Il sera essentiel de prévoir les ressources nécessaires afin d'assurer un accompagnement auprès des personnes visées par le changement, tant sur le plan clinique que sur le plan des préoccupations humaines.

7.3. Processus de travail

- Il sera essentiel de soutenir les équipes appelées à intégrer les nouvelles activités ou tâches transférées des inhalothérapeutes vers ces autres titres d'emploi. La communication et la collaboration interprofessionnelle seront indispensables, et ce, à tous les niveaux hiérarchiques.

7.4. Accompagnement des professionnels et des intervenants

- La consolidation, la stabilité et le bien-être des équipes doivent être au cœur des décisions en lien avec la réorganisation du travail.
- La nouvelle organisation des soins et du travail constitue un changement organisationnel qui implique l'ensemble des directions et des différents niveaux de gestion concernés dans l'établissement.

- Les gestionnaires de proximité doivent bénéficier d'un soutien et d'un accompagnement tout au long du processus de changement.
- De même, les gestionnaires de proximité doivent offrir un accompagnement étroit des équipes durant la transition, en collaboration avec des facilitateurs, et s'assurer de la participation des équipes à la détermination des facteurs contraignants et à la mise en place de solutions pérennes.
- La participation et l'adhésion de tout le personnel sont essentielles à la mise en place de la nouvelle organisation des soins et du travail, et ce, en collaboration avec les partenaires concernés.

8. CONCLUSION

Le MSSS tient de nouveau à remercier tous les participants du Groupe de travail national sur les soins et effectifs en inhalothérapie. La contribution de ces experts a permis d'affirmer une fois de plus le rôle indispensable de l'inhalothérapeute dans les différents milieux de soins, de cibler avec clarté et objectivité les nombreux enjeux relatifs à la profession inhalothérapeute et de proposer des pistes de solution innovantes et audacieuses, lesquelles permettront de maintenir des soins sécuritaires et de qualité pour la population.

En misant sur l'avenir de la profession, le groupe de travail est persuadé qu'une réorganisation des soins et du travail en inhalothérapie en milieu hospitalier constitue une solution réaliste à court terme, tout en proposant de nombreuses caractéristiques favorisant la pérennisation.

De plus, les recommandations qui découleront du plan d'action global sur les soins et effectifs en inhalothérapie mèneront sans aucun doute les équipes de soins à bénéficier d'une amélioration à long terme des conditions de pratique. Enfin, l'ensemble de ces travaux servira de point de départ pour la révision des programmes de formation en inhalothérapie prévue pour 2022-2023.

ANNEXE 1 : CLASSIFICATION DES ACTIVITÉS CLINIQUES

CLASSIFICATION DES ACTIVITÉS CLINIQUES EN FONCTION DU SECTEUR D'ACTIVITÉ			
Secteurs d'activité liés à l'inhalothérapie		Type d'activité clinique	
Secteur d'activité	Sous-secteur	Activité clinique	Pertinence clinique
Soins critiques	Toutes les unités de soins critiques	Toutes les activités cliniques auprès des patients nécessitant un soutien respiratoire (intubés, <i>optiflow</i> , ventilation non-invasive et autres thérapies spécialisées)	Pertinent
Salle d'urgence	Aire de réanimation	Toutes les activités cliniques auprès des patients nécessitant un soutien respiratoire (intubés, <i>optiflow</i> , ventilation non-invasive et autres thérapies spécialisées)	Pertinent
	Aire d'observation	Aspiration ou prélèvement nasopharyngé	Activité partageable
		Oxygénothérapie conventionnelle ou à bas débit	Activité partageable
		Prise en charge et initiation des protocoles de soins et ordonnances collectives	Pertinent
		Aérosolthérapie ou administration de médicaments respiratoires via dispositifs à un patient non intubé et stable	Activité partageable
		Interprétation des gaz artériels et prise de décision thérapeutique appropriée	Pertinent
		Évaluation de la condition cardiorespiratoire (patient non ventilé)	Pertinent
		Ensemble des manœuvres de thérapie respiratoire, excluant par pression positive (ex.: <i>clapping</i> , etc.)	Activité partageable
		Épreuves diagnostiques (évaluation de la force inspiratoire et expiratoire, spirométrie ou expectoration induite)	Activités pertinentes faisant l'objet d'un ordre de priorisation
		Remplissage de fournitures	Activité transférable

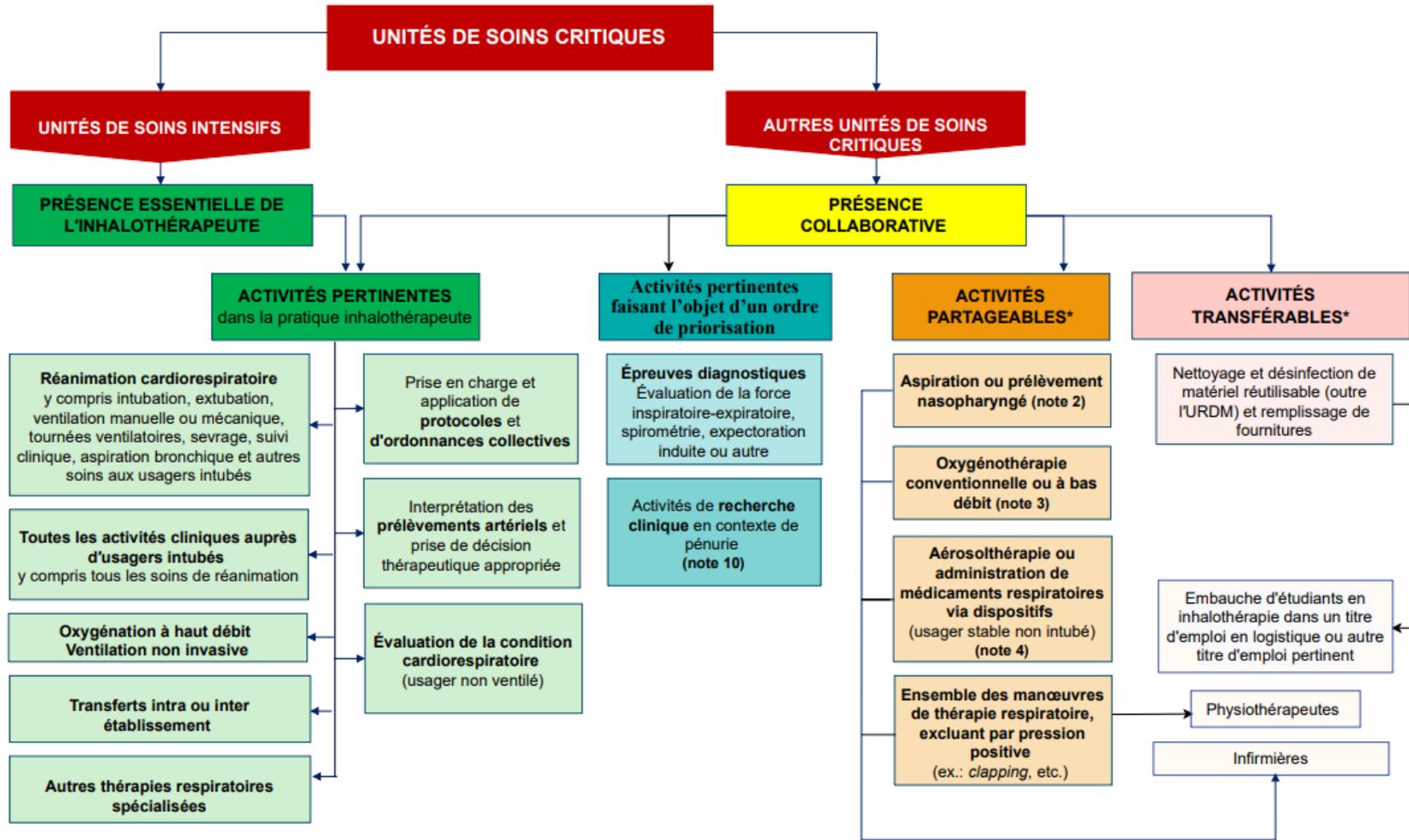
Secteur d'activité	Sous-secteur	Activité clinique	Pertinence clinique
Unités de soins	Unités de soins spécialisées ou non	Transferts intra- ou inter-établissements des patients instables ou intubés	Pertinent
		Réanimation cardiorespiratoire	Pertinent
		Aspiration ou prélèvement nasopharyngé	Activité partageable
		Oxygénothérapie à haut débit : évaluation initiale, installation, suivi, sevrage	Pertinent
		Positionnement sécuritaire des patients ventilés aux étages ou avec trachéostomie (ex.: transfert lit/fauteuil)	Activité partageable
		Tous les soins de trachéostomie (y compris le changement de canule, etc.)	Activité partageable
		Ventilation non-invasive (soins chroniques pour traitement d'apnée du sommeil contrôlée) : évaluation initiale	Pertinent
		Ventilation non-invasive (soins chroniques pour traitement d'apnée du sommeil contrôlée) : installation quotidienne	Activité partageable
		Oxygénothérapie conventionnelle ou à bas débit (pertinent selon la gravité des cas après évaluation)	Activité partageable
		Aérosolthérapie ou administration de médicaments respiratoires via dispositifs à un patient non intubé	Activité partageable
		Aérosolthérapie spécialisée clientèle non intubée (antiviraux, antibiotiques, solutions hypertoniques, etc.)	Activité partageable
		Ponctions artérielles radiales	Activité partageable
		Interprétation des gaz artériels et prise de décision thérapeutique appropriée	Pertinent
		Évaluation de la condition cardiorespiratoire (patient non ventilé)	Pertinent
		Épreuves diagnostiques (évaluation de la force inspiratoire et expiratoire, spirométrie ou expectoration induite)	Activités pertinentes faisant l'objet d'un ordre de priorisation
Ensemble des manœuvres de thérapie respiratoire, excluant par pression positive (ex.: <i>clapping</i> , etc.)	Activité partageable		

		Saturométrie nocturne ou mesure ponctuelle ou polygraphie	Activités pertinentes faisant l'objet d'un ordre de priorisation
		Participation à des projets de recherche clinique en période de pénurie	Pertinent
		Remplissage de fournitures	Activité transférable
Anesthésie	Assistance anesthésique (Bloc opératoire)	Toutes les activités cliniques intra bloc opératoire	Pertinent
	Sédation analgésie et autres activités « hors bloc opératoire »	Surveillance clinique de la personne sous assistance sédation analgésie légère	Activité partageable
		Administration et ajustement de médicaments intraveineux	Activité partageable
		Assistance à la bronchoscopie / EBUS	Activité partageable
		Obstétrique/césarienne y compris les soins aux nouveau-nés	Pertinent
		Urologie (ESWL, TURP), laboratoire de cathétérisme, EP lab, ophtalmologie, angiographie, insertion de tube de gastrostomie percutanée endoscopique m(PEG), endoscopie digestive, etc.	Activité partageable
		Assistance à la ponction lombaire	Activité transférable
		Assistance anesthésique en imagerie médicale ou radio-oncologie ; sédation légère	Activités pertinentes faisant l'objet d'un ordre de priorisation
Toutes les activités de la clinique de douleur	Activité partageable		
SAD	Soins à domicile	Toutes les activités cliniques liées à l'inhalothérapie en soins à domicile	Pertinent

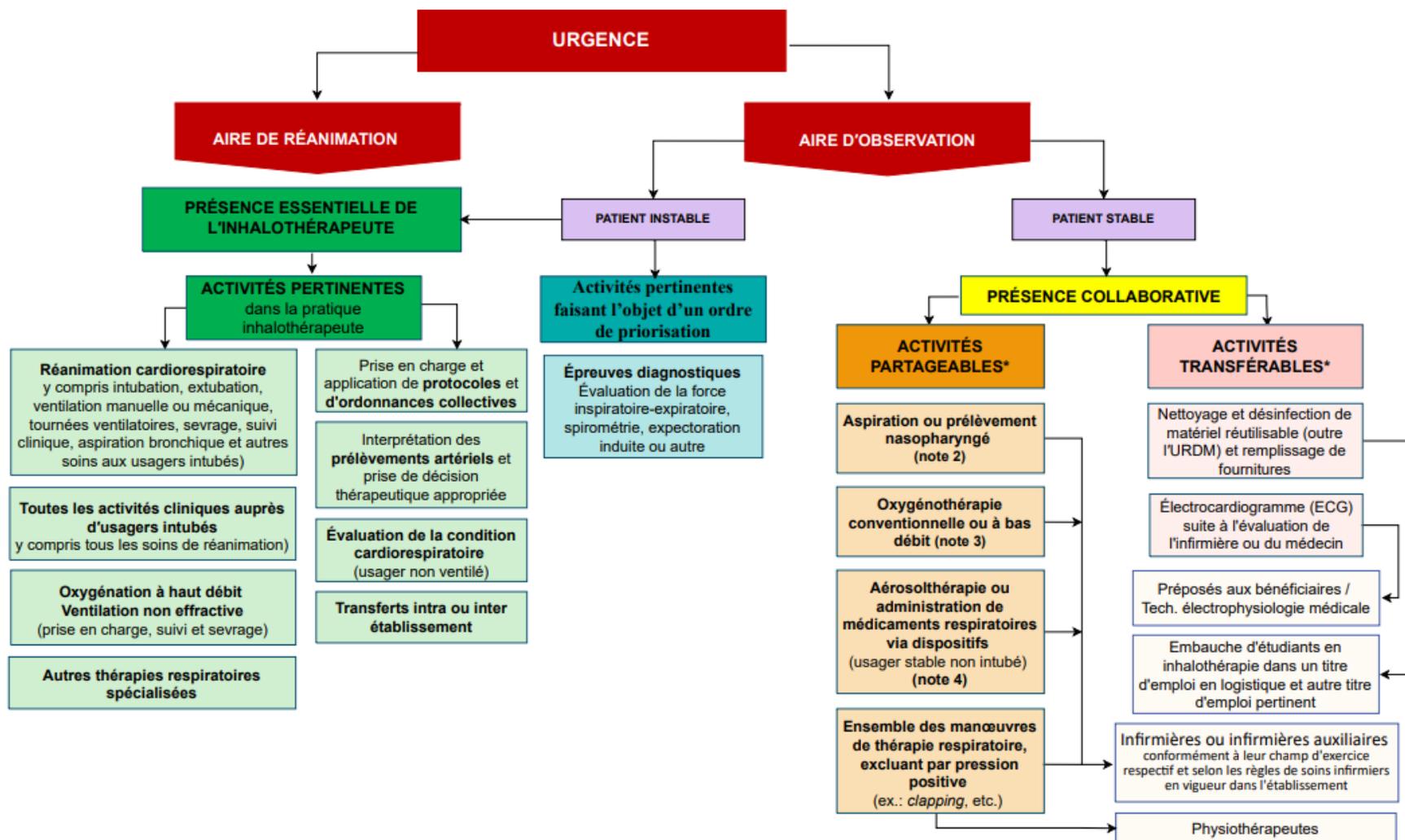
Secteur d'activité	Sous-secteur	Activité clinique	Pertinence clinique
Secteurs diagnostiques	Physiologie respiratoire	Toutes les épreuves diagnostiques	Activités pertinentes faisant l'objet d'un ordre de priorisation
	Laboratoire de sommeil	Toutes les activités diagnostiques et thérapeutiques	Activités pertinentes faisant l'objet d'un ordre de priorisation
	Hémodynamie	Toutes les activités cliniques	Activité partageable
Cliniques spécialisées	Cliniques spécialisées MPOC, asthme ou sommeil, réadaptation pulmonaire, hôpitaux de jour, etc.	Toutes les activités diagnostiques ou de prise en charge et suivi thérapeutique	Pertinent
Recherche et enseignement	Recherche	Toutes les activités de recherche clinique	Pertinent
	Enseignement et formation en milieu hospitalier	Activités de formation initiale et continue en inhalothérapie	Pertinent

ANNEXE 2 : ALGORITHMES DE CLASSIFICATION DES ACTIVITÉS CLINIQUES

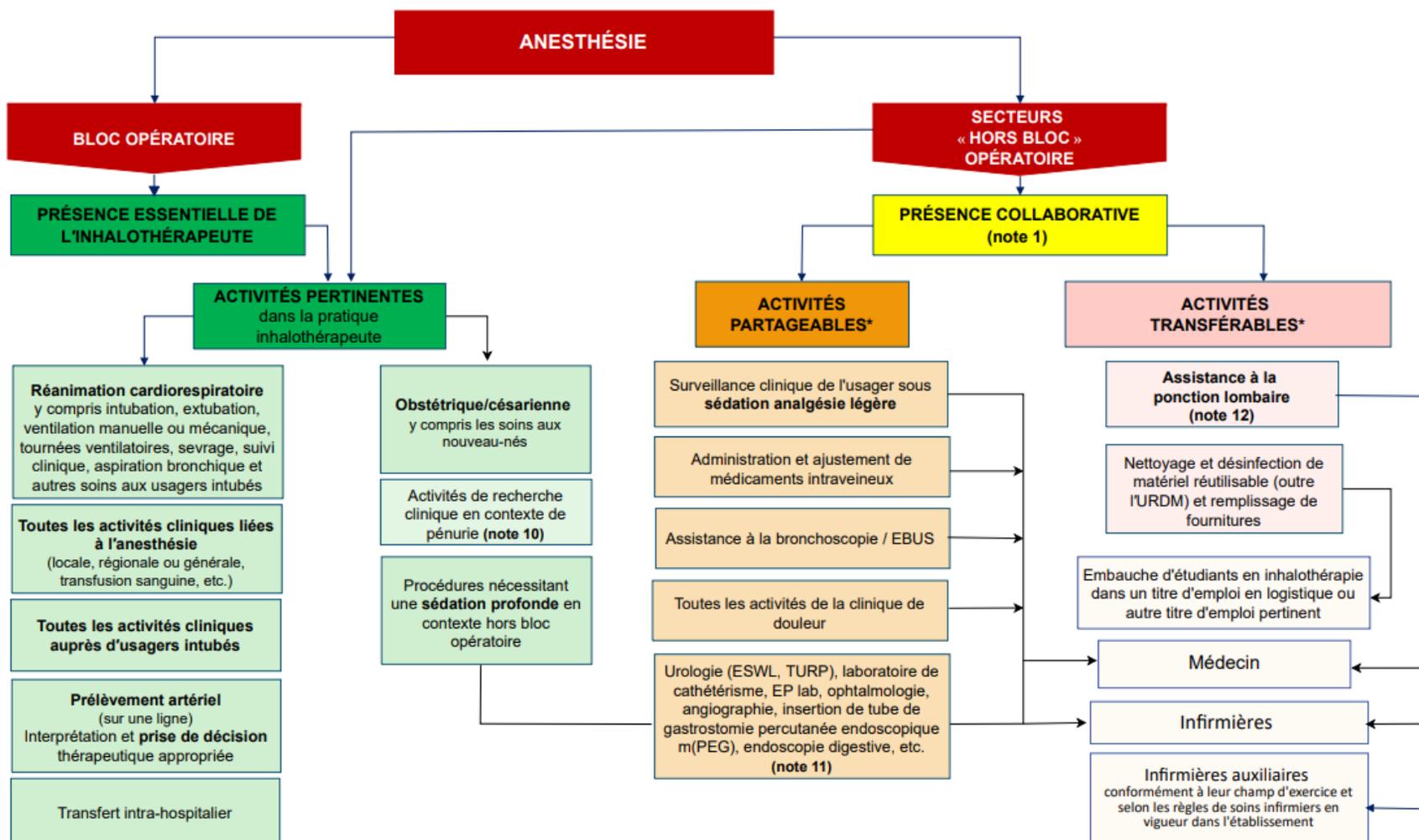
a. Secteurs des soins critiques



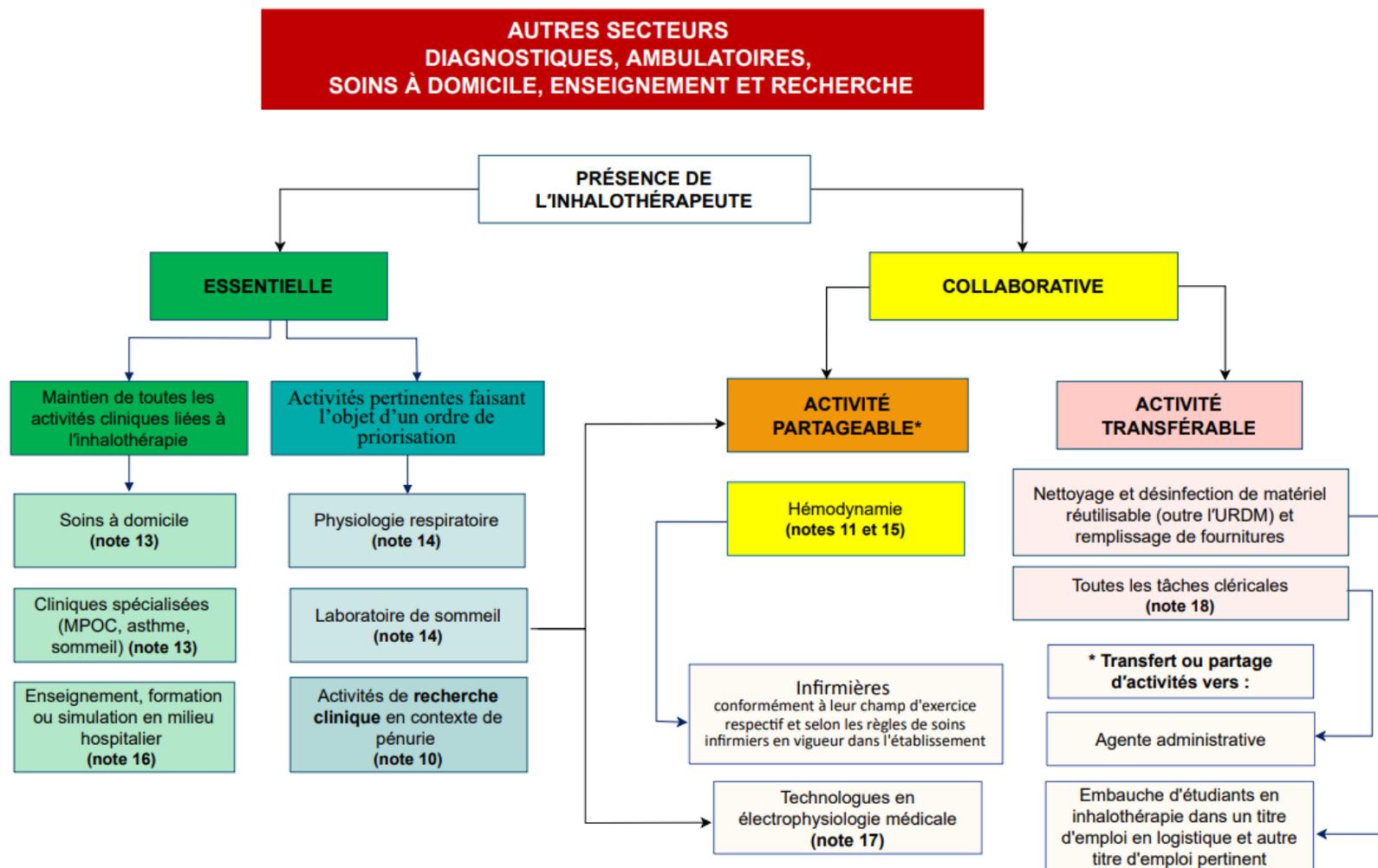
b. Secteurs de l'urgence



c. Secteurs de l'anesthésie et de la sédation analgésique



e. Autres secteurs



ANNEXE 3 : NOTES COMPLÉMENTAIRES AUX ALGORITHMES DE CLASSIFICATION

1. Nous entendons par « présence collaborative » le fait que les activités considérées par le groupe de travail comme étant partageables ou transférables sont effectuées par un professionnel ou un intervenant, selon le cas, lequel aura été désigné par les directions cliniques à la suite d'une analyse approfondie de la disponibilité des différentes ressources et de la réalité locale de chacune des installations hospitalières.

La collaboration entre les différentes directions cliniques est essentielle à la réussite de ce projet, lequel vise non pas à libérer les inhalothérapeutes de certaines activités, mais bien à assurer que des soins sécuritaires et de qualité sont dispensés au bon usager par le bon intervenant, au bon endroit et au bon moment.

2. Il peut être pertinent pour l'inhalothérapeute d'effectuer cette activité selon le type d'usager et de prélèvement demandé (ex. : coqueluche).
3. Il peut être pertinent pour l'inhalothérapeute d'effectuer cette activité selon la gravité des cas et après évaluation de la condition cardiorespiratoire de l'usager.
4. Une formation supplémentaire peut être requise.
5. À l'unité de soins, cette activité peut aussi être partagée avec les externes en inhalothérapie, ou avec l'usager selon le traitement et si ce dernier est jugé autonome à la suite de l'évaluation clinique de l'inhalothérapeute.
6. Il peut être pertinent pour l'inhalothérapeute d'effectuer cette activité dans le cas d'une insertion récente ou de complications avec une trachéostomie. Pour les trachéostomies « stables de longue date », les soins peuvent être partagés ou transférés. Les inhalothérapeutes devraient également pouvoir donner congé de soins à un usager et être redemandés pour réévaluation ou intervention au besoin.

De plus, selon le *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par une infirmière ou un infirmier auxiliaire* ([RLRQ, chapitre I-8, a. 3](#)), l'infirmière auxiliaire peut exercer cette activité en centre hospitalier **seulement lorsque l'usager est hospitalisé dans une unité de soins spécialisée dans la réadaptation, l'hébergement ou les soins de longue durée.**

7. Une formation supplémentaire peut être requise.
8. Il demeure pertinent que l'inhalothérapeute effectue cette activité si l'état clinique de l'usager requiert l'ajout temporaire d'oxygène dans son appareil à pression positive.

9. L'installation d'une canule artérielle peut être réalisée par un médecin, par un inhalothérapeute détenant la certification requise ou par une infirmière ayant suivi une formation particulière. Cette activité est donc partageable et peut faire l'objet d'un ordre de priorité.
10. Certaines activités liées à des essais cliniques dans le cadre de projets de recherche peuvent nécessiter la présence d'inhalothérapeutes. En contexte de pénurie de ressources, les gestionnaires des services d'inhalothérapie, en collaboration avec les médecins, doivent déterminer la pertinence de l'activité en fonction du contexte local.
11. La pertinence de cette activité est maintenue pour les cas nécessitant une sédation profonde.
12. Cette activité ne constitue pas une utilisation optimale des ressources inhalothérapeute en temps de pénurie.
13. Les activités effectuées dans ces secteurs permettent de prévenir les visites à l'urgence et les hospitalisations récurrentes. Pour cette raison, les activités doivent non seulement être maintenues, mais optimisées et organisées en fonction des meilleures pratiques.
14. Des travaux supplémentaires de pertinence des demandes d'examen sont requis dans ces secteurs.
15. La présence d'inhalothérapeutes en hémodynamie est rare et la pertinence de maintenir cette activité est à évaluer en fonction du contexte local.
16. Toutes ces activités sont à maintenir et à optimiser de façon à assurer la relève, l'organisation optimale des soins et des services ainsi que la sécurité des usagers.
17. Les technologues en électrophysiologie médicale sont autorisés à effectuer les titrations manuelles en laboratoire de sommeil seulement s'ils sont détenteurs d'une attestation de formation délivrée par l'OTIMROEPMQ.
18. Sont incluses dans les tâches cléricales toutes les activités cléricales ou administratives associées à la pratique inhalothérapeute dans les différents secteurs de soins :
 - Planifier, organiser ou annuler des rendez-vous ;
 - Transmettre des rapports d'examens par courriel, télécopie ou autre ;
 - Toute autre tâche cléricale ou administrative.

Les activités suivantes **ne sont pas incluses** dans les présentes mesures d'optimisation des activités effectuées par les inhalothérapeutes :

- La rédaction de notes au dossier d'un usager, laquelle demeure une activité **clinique** essentielle qui doit être effectuée conformément aux normes de pratique émises par l'OPIQ et aux politiques en vigueur dans chaque établissement ;
- La saisie quotidienne des unités techniques provinciales (UTP).

