



# l'inhalo

janvier 2013

dossier

## CONGRÈS 2012

RELATIONS INTERCULTURELLES + SENSIBILISATION À LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE



**opiq**  
Ordre professionnel  
des inhalothérapeutes  
du Québec

volume numéro

**29.4**

**Mesures** innovantes.

**Moniteur** Radical.



Masimo vous présente le

## Radical-7<sup>®</sup> 2012

Masimo place de nouveau la barre technologique un peu plus haut avec le lancement du Radical-7 2012. Tirant parti des mesures non invasives révolutionnaires de Masimo, le Radical-7 2012 s'inscrit en totale rupture avec la surveillance classique. Il intègre en effet des fonctionnalités innovantes qui sont conçues pour automatiser le processus des soins et permettre aux cliniciens de s'adapter instantanément aux besoins de la surveillance.

- > Mesures non invasives révolutionnaires :
  - Hémoglobine totale (SpHb<sup>®</sup>)
  - Teneur en oxygène (SpOC<sup>™</sup>)
  - Méthémoglobine (SpMet<sup>®</sup>)
  - Indice de variabilité de la pleth (PVI<sup>®</sup>)
  - Fréquence respiratoire acoustique (RRa<sup>™</sup>)
  - Carboxyhémoglobine (SpCO<sup>®</sup>)
- > Fonctionnalité instantanément adaptable
- > Fonctionnement par écran tactile intuitif
- > Connectivité sans-fil intégrée
- > Configuration Personnalisée aisée

Pour plus d'informations, rendez-vous sur [www.masimo.fr/2012Radical-7](http://www.masimo.fr/2012Radical-7)  
888-336-0043

© 2012 Masimo Corporation. Tous droits réservés.





# Des inhalothérapeutes en GMF : une plus-value indéniable!

**S**i vous suivez un tant soit peu l'actualité depuis l'élection d'un nouveau parti au pouvoir, vous avez constaté que la question de l'efficacité du système de santé est encore au cœur des débats... Il y a fort à parier que ce n'est pas demain la veille que cela risque de changer!

Ceux qui comme moi se souviennent du fameux virage ambulatoire se souviendront également du scepticisme quant à la place des inhalothérapeutes en soins à domicile... Et pourtant aujourd'hui nous avons dépassé le stade du débat. C'est une réalité incontournable! Les inhalothérapeutes assurent la prise en charge et le suivi clinique de beaucoup de patients en soins à domicile, et ce, à travers la province.

Mais voilà que l'histoire se répète en ce qui touche les groupes de médecine familiale (GMF). Récemment, le docteur Réjean Hébert, ministre de la Santé et des Services sociaux, a annoncé que l'une des priorités du gouvernement était de donner accès à un médecin de famille à tous les Québécois d'ici quatre (4) ans. Ainsi, le déploiement des GMF fait partie de la solution pour atteindre cet objectif. «À cette fin, j'annonce un montant annuel récurrent de 10,5 millions de dollars pour l'embauche d'environ 160 professionnels supplémentaires, infirmières, nutritionnistes, travailleurs sociaux, etc., travaillant en GMF » a-t-il précisé<sup>1</sup>.

Les inhalothérapeutes font-ils partie du «etc.»? Malheureusement je n'ai pas de réponse à cette question. En contrepartie, je constate toutefois que le déploiement des inhalothérapeutes en GMF semble suivre le même parcours que pour les soins à domicile... J'entends par là une intégration lente, soit, mais sûre.

D'ailleurs, certains inhalothérapeutes nous ont mentionné travailler à temps partiel dans un GMF. Non seulement effectuent-ils des épreuves diagnostiques, mais ils contribuent, surtout, à l'évaluation et au suivi clinique des personnes

souffrant de maladies chroniques tels l'asthme et la MPOC (enseignement de bonnes habitudes de vie, cessation tabagique, enseignement d'autogestion de sa maladie, etc.). À l'évidence, ce suivi renforce le suivi médical et permet au médecin de prendre en charge un plus grand nombre de patients. Mais cela demeure marginal... pour l'instant.

Pourtant, au Québec, plus d'un million de personnes souffrent d'asthme ou de MPOC. Nous savons tous que les coûts liés à un suivi clinique déficient de ces patients sont énormes, non seulement pour le réseau de la santé, mais aussi pour nos patients.

Alors je pose la question, ou plutôt j'affirme que d'intégrer des inhalothérapeutes aux équipes multidisciplinaires en GMF constitue une plus-value à l'accessibilité et au continuum des soins. À nous de faire connaître et reconnaître nos compétences et je fais le pari que dans quelques années, on retrouvera des inhalothérapeutes dans les GMF, tout comme ce fut le cas en soins à domicile.

En terminant, je vous souhaite une année remplie de bonheur dans toutes les sphères de votre vie. ✨

**Josée Prud'Homme**  
Directrice générale et Secrétaire

<sup>1</sup> PORTAIL QUÉBEC. Laval, 4 novembre 2012. Le ministre Réjean Hébert présente son plan d'action pour le renforcement de la première ligne de soins. Communiqué de presse. [En ligne] [<http://communiqués.gouv.qc.ca/gouvqc/communiqués/GPQF/Novembre2012/04/c4797.html>] (consulté le 28 novembre 2012).



<b>Éditorial</b>	<b>3</b>
<b>Avant-propos</b>	<b>4</b>
<b>Mot de la présidente</b>	<b>6</b>
<b>Dossier &gt; congrès 2012</b>	
Les défis des relations interculturelles	8
<i>Breathe</i> , la chambre d'espacement écoresponsable	14
Sensibilisation à la santé environnementale	31
<b>Actualités</b>	
Profession : inhalothérapeute	
Louis Phillip Belle Isle reçoit le prix <i>Mérite du CIQ</i>	18
La <i>Semaine québécoise pour un avenir sans tabac</i>	28

<b>Congrès en images</b>	<b>20</b>
Remise des prix, Olympiades CAREstream, Salon des exposants, concours <i>Place à la relève</i>	
<b>À l'avant-scène</b>	<b>29</b>
<b>Finances</b>	<b>30</b>
La retraite : une affaire risquée ?	
<b>Babillard</b>	<b>36</b>
<b>Questionnaire détachable</b>	<b>38</b>



# AVANT-PROPOS

## L'appartenance

L'automne dernier, en l'espace de quelques semaines, j'ai vécu deux grands moments de fierté toute maternelle : la collation des grades de mes deux enfants dans leur domaine d'étude respectif. Un proverbe chinois dit que *les enfants d'une mère sont comme des rêves : aucun n'est aussi merveilleux que les siens*, et aucune maman n'osera le nier ! Mais, curieusement, lors de ces deux cérémonies protocolaires, et au demeurant fort différentes, au-delà de l'émotion et de la fierté ressenties, c'est surtout le fait d'appartenir à un groupe qui m'a frappée. En effet, tous deux étaient accueillis, selon un cérémonial particulier, dans la confrérie de la profession choisie.

Évidemment, les sentiments d'appartenance sont cultivés bien avant cette entrée officielle dans la vie professionnelle adulte. En effet, depuis toujours, nous faisons partie de groupes : famille, équipe de soccer, de hockey ou de football, cercle d'amis, communauté religieuse ou ethnique, etc. C'est ce qui définit notre identité sociale. Selon une définition simple, on peut parler de groupe à partir du moment où des personnes ont le sentiment d'« en faire partie » et que des personnes extérieures le confirment (Tajfel et Turner, 1979). Or, souvent, et c'est la réflexion que je me suis faite lors de ces deux événements, notre identité professionnelle passe par l'adhésion à un groupe : association, corporation, fédération, ordre professionnel, etc. Qui se ressemble s'assemble.

Il y a trente ans, j'ai été admise dans la grande famille des inhalothérapeutes appelée alors la Corporation professionnelle — ce qui ne me rajeunit pas ! Le nom a changé depuis, mais le congrès annuel de ses membres demeure toujours pour moi une source de fierté. C'est mon monde, ma *gang*, je m'y reconnais. Ce grand rassemblement, outre le perfectionnement des habiletés, des connaissances et des compétences, constitue une occasion en or d'échanger avec nos confrères. Vécus, expériences, difficultés ou barrières rencontrées, intérêts, besoins, réalités communes, ce partage permet de tisser des liens, de vivre des choses ensemble, ce qui contribue au développement du sentiment d'appartenance. Et le sentiment d'appartenance aussi, ça se cultive ! L'édition 2012 fut un grand cru alors qu'une quinzaine de nos pairs — une première ! — y participaient à titre de conférenciers. Ce spécial congrès leur est dédié. Merci à vous tous qui, par votre présence, êtes responsables en grande partie du succès de cet événement, année après année.

Je vous souhaite de profiter pleinement de tout ce que la saison des Fêtes vous offre. À l'an prochain !

**Line Prévost, inh.**

Coordonnatrice aux communications



## l'inhalo

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

### Présidente

Céline Beaulieu, inh., B.A.

### Administrateurs

Réjean Duchesne, inh., Brigitte Fillion, inh., Mélangy Grondin, inh., Roselyne Hétu, inh., Jean-Claude Lauzon, inh., Francine LeHouillier, inh., Elaine Paré, inh., Karine Pellerin, inh., Annie Quenneville, inh., Isabelle Truchon, inh., Jocelyn Vachon, inh., Michèle Vincent Félix, inh.

### Administrateurs nommés par l'Office des professions

Laurier Boucher, Louise Lafrenière, Guy Simard, Jean-Pierre Tremblay

### MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF (ADMINISTRATIF)

#### Présidente

Céline Beaulieu, inh., B.A.

#### 1<sup>er</sup> vice-présidente

Michèle Vincent Félix, inh.

#### 2<sup>e</sup> vice-présidente

Mélangy Grondin, inh.

#### Trésorière

Brigitte Fillion, inh.

#### Administrateur nommé par l'Office des professions

Laurier Boucher

### PERMANENCE

#### Directrice générale et Secrétaire

Josée Prud'Homme, M. A. P., Adm. A.

#### Adjointe à la direction générale

M<sup>re</sup> Andrée Lacoursière

#### Coordonnatrice à l'inspection professionnelle

Martine Gosselin, inh., B. Sc.

#### Coordonnatrice aux communications

Line Prévost, inh.

#### Coordonnatrice au développement professionnel

Marise Tétrault, inh.

#### Coordonnatrice aux technologies de l'information

Francine Beaudoin

#### Secrétaire de direction

Clémence Carpentier

#### Secrétaire à l'inspection professionnelle

Marie Andrée Cova

#### Secrétaire à l'accueil et services aux membres

Soraya Bashonga

#### Syndic

Joëlle Larivière, inh., B. Sc., D.É.S.S. Droit et politiques de la santé

### COMMUNICATIONS

#### Responsable

Line Prévost, inh.

#### Collaborateurs

Pascal Chénier, stg, inh., Habib El-Hage, Ph.D., chercheur et consultant, André Lacoursière, avocate, adjointe à la direction générale, Manon Létourneau, pl. fin., Jérôme Ribesse, Nathalie Robitaille, inh., Marise Tétrault, inh.

#### Tarif d'abonnement

40 \$ par an pour les non-membres

30 \$ par an pour les étudiants

### ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2013

Tous droits de reproduction réservés.

Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.

Dépôt légal Bibliothèque et archives nationales du Québec.

ISSN-1494-1945

#### Conception graphique, réalisation, révision, correction

#### d'épreuves et traduction

Fusion Communications & Design inc.

#### Photos des membres de l'OPIQ

Pilar Macias, photographe

#### Impression

Imprimerie Dumaine

#### Publicité

Communications Publi-Services inc.

Martin Laverdure, conseiller publicitaire

Jean Thibault, conseiller publicitaire

43, avenue Filion, Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R0

Tél. : (450) 227-8414 • Téléc. : (450) 227-8995

Courriel : info@publi-services.com

#### Publication trimestrielle

de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 721

Montréal (Québec) H3G 1R8

Tél. : (514) 931-2900 • 1 800 561-0029

Téléc. : (514) 931-3621

Courriel : info@opiq.qc.ca

Envoi de publication : contrat n° 400 647 98

Le genre masculin employé dans ces textes désigne aussi bien les femmes que les hommes.

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



*Que la magie de la période des fêtes vous inspire  
la paix, le partage, le bonheur et la santé.  
Nous vous souhaitons nos meilleurs vœux pour 2013.*



# MOT DE LA PRÉSIDENTE

## Le temps

**A**vant tout, permettez-moi de vous offrir mes meilleurs vœux à l'aube de cette nouvelle année. Malgré le contexte politique et économique que nous vivons à l'échelle mondiale, je souhaite à tous et à chacun de réaliser vos aspirations et vos rêves les plus chers, tant au niveau personnel que professionnel.

L'année 2013 sera la dernière année que je passerai au sein de notre organisation. Administratrice élue pour la région Mauricie/Centre-du-Québec depuis 1997, j'occupe le poste de la présidence depuis 1999. Je prends soudain conscience aujourd'hui à quel point le temps a passé rapidement. Trop peut-être? Mais qu'est-ce que le temps? Mesuré, il devient très subjectif. Saint Augustin disait « si personne ne me le demande, je le sais; mais si on me le demande et que je veuille l'expliquer, je ne le sais plus. »

Ce temps, si précieux, a permis à plusieurs dossiers de cheminer au fil de ces années. À titre d'exemple, pensons à ces deux dossiers: le cadre légal de la pratique professionnelle et la mobilité pancanadienne.

En 1999, l'OPIQ était un ordre à titre réservé dont la pratique professionnelle était assujettie à une délégation d'actes décrits à l'article 31 de la *Loi médicale*, la fameuse *Annexe C*.

Et, à cette époque, il était très difficile pour un inhalothérapeute du Québec de pratiquer dans une autre province canadienne, à moins d'avoir réussi l'examen du Conseil canadien des soins respiratoires.

Force est de constater que d'énormes changements et modifications sont survenus dans ces deux dossiers. Certes, comme le dit si bien le dicton, la perfection n'est pas de ce monde et il demeurera toujours des points à améliorer, mais avouons que la *Loi 90* répond mieux à notre pratique professionnelle que l'*Annexe C* et que la mobilité pancanadienne s'est grandement améliorée.

Malheureusement, cette notion du temps qui passe trop vite m'est totalement différente dans un autre dossier: la formation initiale des inhalothérapeutes. Malgré quinze années à y travailler sans relâche, ce dossier n'est toujours pas achevé. Bien sûr, les travaux se poursuivent et ils ont connu au cours de la dernière année un progrès positif. Les échanges avec les deux ministères concernés (Éducation et Santé) furent interrompus en raison de la période électorale et du changement de gouvernement. Mais au courant de l'automne, nous avons poursuivi des travaux complémentaires visant à démontrer toute la complexité de l'exercice professionnel. La méconnaissance de la pratique professionnelle de l'inhalothérapie représente un défi de taille qui se pose continuellement lors de nos échanges avec les décideurs, et ce, peu importe l'interlocuteur. Nous sommes malheureusement encore perçus comme des techniciens qui ajustent des appareils selon une ordonnance précise du médecin. Alors que nous savons pertinemment que ce temps est révolu, plusieurs l'ignorent encore. Je demeure persuadée qu'un scénario répondant à la pratique contemporaine de l'inhalothérapie verra le jour sous peu. Ce qui m'inquiète par contre, c'est qu'il sera fondé sur l'analyse de la profession effectuée en janvier 2009. Proposera-t-il une vision prospective de la pratique professionnelle? N'oublions pas que la décision qui sera prise influencera la formation des inhalothérapeutes pour les vingt à vingt-cinq prochaines années. Encore une notion de temps!

Ainsi donc, comme je le mentionnais, je quitterai mes fonctions et je ne renouvellerai pas ma candidature aux prochaines élections qui se tiendront en mai 2013. Cette décision, bien qu'étant pleinement mûrie,

demeure assez difficile sur le plan émotif. Je ressens une certaine nostalgie en pensant à ces dernières années... Mais il est temps de passer à une autre étape de ma vie.

Lors de cette période électorale, six (6) postes d'administrateur arriveront à échéance. J'invite donc les inhalothérapeutes intéressés à s'impliquer au sein de l'organisation, à poser leur candidature. Lors de la dernière planification stratégique, le Conseil d'administration s'était donné l'objectif de promouvoir la relève. Malgré le jeune âge de notre profession, les inhalothérapeutes des premières heures sont rendus à l'âge de la retraite. Il est capital que de jeunes inhalothérapeutes se joignent à l'équipe. Ainsi, tous, et de tous les milieux, sont invités à relever le défi: que vous veniez du milieu public ou privé, francophone ou anglophone, n'hésitez plus et osez!... À tout le moins, prenez le temps d'y penser. ✨

**Céline Beaulieu, inh., B.A.**  
Présidente

**La persistance de la mémoire** (détail). 1931.  
Salvador Dalí (peintre espagnol, 1904-1989)



Association pulmonaire canadienne	15
Banque Nationale du Canada	40
BOMImed	39
CAREstream	11



# A WORD FROM THE PRESIDENT

## Time

**F**irst of all, let me offer you my best wishes at the dawn on this new year. Despite the political and economical context that surrounds us worldwide, I wish for each and everyone of you to realize your most cherished aspirations and dreams, on both the personal and professional level.

2013 will be the last year I will be part of our organization. Elected administrator for the Mauricie/Centre-du-Québec region since 1997, I occupy the position of president since 1999. Today, I suddenly realize how fast time has passed. Too fast maybe? But, what is time? Measured, it becomes very subjective. St. Augustine said “if no one asks me, I know what it is; but if asked and I want to explain it, I don’t know it anymore.”

This time, so precious, has allowed many cases to follow their course throughout the years. For example, think about these two cases: the legal framework for the professional practice and the pan-Canadian mobility.

In 1999, the OPIQ was a reserved professional title association whose practice was subject to a delegation of acts described in article 31 of the *Loi médicale*, the proverbial *Annexe C*.

And, back then, it was very difficult for a respiratory therapist of Québec to practice in another Canadian province, unless he or she had passed the Canadian Board for respiratory care exam.

We must admit that important changes and modifications have taken place in regards to these two cases. Indeed, as the saying goes, there’s no

such thing as perfection, and some aspects still need to be improved but we must admit that the *Loi 90* is more in step with our professional practice than the *Annexe C* and that the pan-Canadian mobility has greatly improved.

Unfortunately, this notion that time passes too fast is completely different for me in regards to another case: the initial training of respiratory therapists. Despite the fifteen years of relentlessly working at it, this case remains unfinished. Of course, the work goes on and it has progressed positively in the last year. Exchanges with the two concerned ministries (Education and Health) were interrupted by the electoral campaign and by the change in government. But during the fall, more complementary work was done to reveal the professional practice in all its complexity. The misunderstanding about the professional practice of respiratory therapy represents a big challenge always coming up in our exchanges with the decision-makers, and thus, whoever we are speaking with. We are unfortunately still perceived as technicians who adjust apparatuses according to a precise medical prescription. Even though we know pertinently that this time has passed, many still ignore it. I am convinced that a scenario corresponding to the modern practice of respiratory therapy will come to light soon. What worries me though, is that it will be based on the analysis of the profession made in January 2009. Will it propose a prospective vision of the professional practice? Do not forget that the decision that will be made will influence the training of respiratory therapists for the next twenty to twenty-five years. Once again a question of time!

And so, as I was saying, I will leave my duties and I will not renew my candidacy in the upcoming elections to be held in May, 2013. This decision, even though it’s well thought out, still remains painful on an emotional level. I feel nostalgic when thinking about these last years. But it is time to move on in my life.

During this electoral time, six (6) administrative positions will come to term. Thus, I call on interested respiratory therapists to get involved with their organization, to announce their candidacy. During the last strategic planification meeting, the board of directors had given itself the objective of promoting the upcoming generation. Despite the young age of our profession, the first wave of respiratory therapists has reached retirement age. It is crucial that young respiratory therapists join the team. This way, everyone, and from all specialties, are invited to take on the challenge: that you come from the public or private sector, franco-phone or anglophone, don’t hesitate anymore and dare! At least, take time to think about it. ✨

**Céline Beaulieu, inh., B.A.**  
President



Masimo	2
RIIRS	17
UQAT	13

## index des annonceurs



# Les défis des relations interculturelles

par **Habib El-Hage**, Ph.D., chercheur et consultant en intervention interculturelle

*«Je suis humain: j'estime que rien de ce qui est humain ne m'est étranger.»*

**Térence** (dramaturge latin), 185-159, av. J.-C.

compétence

1

Au début des années 1970, Edward T. Hall<sup>1</sup>, anthropologue américain, dévoilait sa préoccupation des crises qui entouraient l'humain. Ces crises visibles évidentes concernent les rapports qu'entretiennent les humains avec leurs environnements physique et économique, mais aussi, et d'importance grandissante, la gestion de la mobilité des populations du Sud vers le Nord et de l'Est vers l'Ouest. Toutefois, une autre crise, moins visible, concerne l'humain et la relation qu'il entretient avec lui-même et ses prolongements constitués par ses institutions, ses idées, ses croyances, ses valeurs, son entourage immédiat et élargi à la communauté humaine; en un mot, la relation qu'il entretient avec la « culture ». Hall n'était pas le premier à parler de la « culture », mais on lui doit l'élaboration d'une interface, de concepts originaux\* portant sur les relations interculturelles. Selon lui, nos sociétés privilégient la pensée analytique, et ce qui en découle, comme modèle de pensée logique valorisée et considérée en tant que vérité menant à la construction de la réalité. Nous jugeons à partir de ce modèle complexe de pensée, fortement influencé et modifié par la culture et la structure de notre vie, en d'autres mots, par un système organisé qui n'est pas formulé consciemment.

\* Hall introduit le néologisme *polychronique* pour décrire la capacité à assister à de multiples événements simultanément, par opposition à *monochronique* (individu ou culture qui gère les événements séquentiellement, selon un programme ou un horaire à respecter). Le concept le plus connu d'Edward T. Hall est la proxémie (distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction).

At the beginning of the 1970s, Edward T. Hall<sup>1</sup>, an American-born anthropologist, revealed his concern about the crises facing mankind. These evident, visible crises concern the interactions of humans with their physical and economic environments, but also, and of growing importance, managing the Northern migration of populations from the South and the migration from the East to the West. However, another crisis, less visible, concerns man and the relationship he maintains with himself and the extensions of this relationship taking form in his institutions, ideas, beliefs, values, his immediate surrounding and extended to all of mankind; in a word, the relationship he has with "culture". Hall was not the first to talk about "culture", but we owe him the building of an interface, of original concepts\* about intercultural relationships. For him, our societies promote analytical thinking, and all that comes with it, as a mode of logical thinking valued and considered as a truth structuring reality. Judgement is passed based on this complex mode of thinking, heavily influenced and modified by culture and the structure of our life, in other words by an organized system not consciously formulated.

\* Hall has introduced the term *polychronic* as a way of describing the ability to attend multiple events simultaneously, as opposed to *monochronic* (individual or culture that handle events sequentially, according to a program or schedule that must be kept). Edward T. Hall's best known concept is proxemics (the physical distance between people interacting together).

**E**n intervention interculturelle, nous considérons capital de prendre conscience de son propre modèle culturel à titre d'humain, de professionnel, de responsable ou de personne en autorité afin de comprendre les mécanismes de construction manifestes et latents de ce modèle, car nous sommes organisés à partir de ses formes comme la façon de structurer notre communication, de manifester nos émotions, de s'habiller ou de résoudre les conflits, de transmettre nos savoirs, etc. Nos gestes et communications, organisés par des formes et des séries complexes de fonctions, sont encadrés par ce que nous appelons *la culture*, notre propre culture. Pour bien illustrer mes propos, sur le plan macroculturel, nous vivons dans une société que nous pouvons qualifier de néoproductiviste<sup>2</sup>. Elle est polarisée par une tendance à valoriser la richesse d'une part, et à la revendication de répartition de la richesse et de justice sociale, d'autre part. Ce modèle met l'accent sur la productivité. Ses maîtres-mots : qualité totale, flexibilité, polyvalence, excellence et créativité des travailleurs et des équipes. Aussi, notre culture a grandement magnifié un certain culte de la liberté individuelle, de la croissance et de la réalisation de soi, ce que beaucoup appellent la tendance individualiste qui a ébranlé la culture des années 1960.

Cependant, toute manifestation contraire à cette organisation logique de production et de tendance individualiste nous induit injustement à la disqualification sociale dans la vie en général comme dans un milieu de travail et dans les rapports à autrui. Elle nous amène à la problématique de la normalité qui est au cœur de la vision des relations interculturelles, c'est-à-dire s'introduire en porte-à-faux, sur le seuil entre le « normal » et le « pathologique ». Dans ce sens, l'écart manifeste entre les valeurs des migrants et les valeurs de la société québécoise peut être la source de certains problèmes de compréhension et d'évaluations inexactes de part et d'autre. Dans ce cas, une communication positive inscrite dans l'action interculturelle contribuant à corriger des stéréotypes et des préjugés est nécessaire dans l'exercice de la quotidienneté.

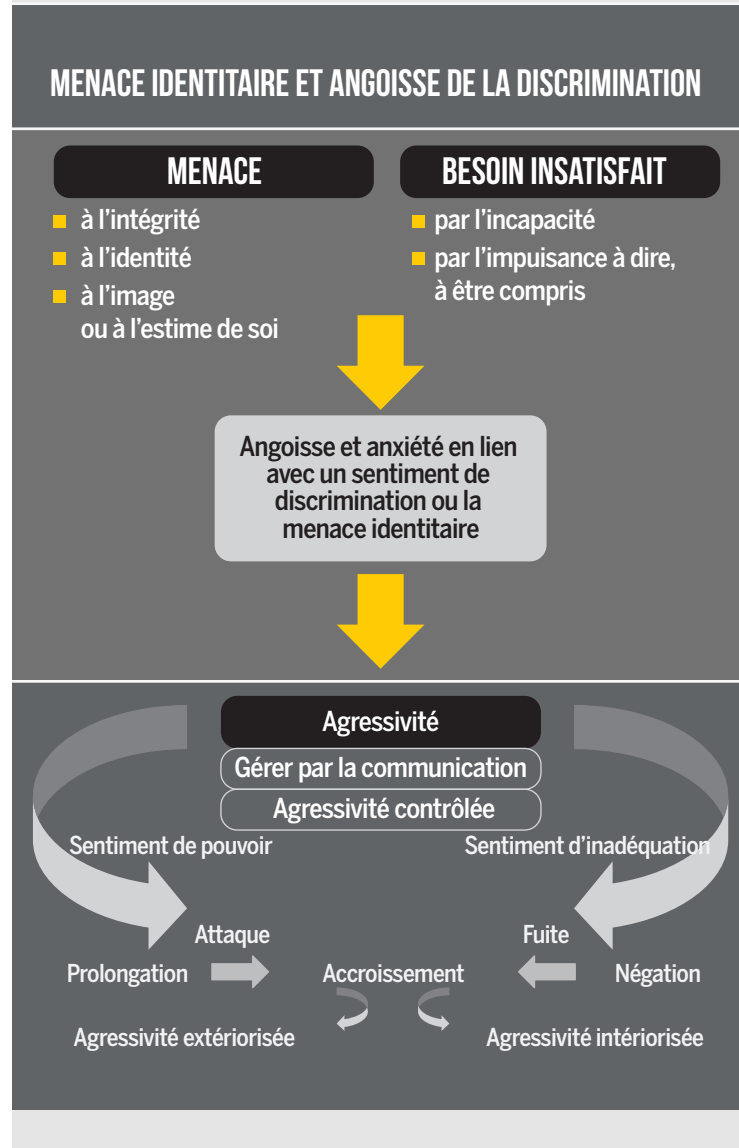
**Qu'est-ce que l'interculturel ?**

Plusieurs auteurs se sont penchés sur l'explication de ce concept à l'instar de Cohen-Émerique<sup>3</sup>, [...] *la pratique de l'interculturalisme inclut plus qu'une information sur les autres cultures, elle implique le développement d'attitudes positives à l'égard de l'autre et le respect de la diversité, elle inclut aussi des échanges culturels continuels sur une base égalitaire.* [...] Kulakowski<sup>4</sup>, quant à lui, invite [...] *les institutions à développer une action interculturelle dans le sens d'un ensemble de pratiques, de savoir-faire, de démarches individuelles et collectives qui font le pari de la rencontre, de la négociation où la diversité est considérée comme une richesse, mais où elle est aussi mise en débat [...].*

Ce domaine de pratiques est organisé par plusieurs fonctions. Dans un premier temps, l'action interculturelle aide à bien connaître l'environnement social et culturel de la personne en présence. Ce travail d'élucidation introduit l'intervenant et le bénéficiaire à saisir les structures de la société d'accueil et les rapports sociaux. Dans un deuxième temps, l'interculturel aide à réduire le rapport de domination en imposant un respect à l'autre garanti par une communication positive basée sur la reconnaissance mutuelle et la recherche d'équilibre. En troisième lieu, l'action interculturelle agit sur le déséquilibre de la personne ou de la famille, qu'il soit de nature sociale, psychologique,

figure 01

Schéma illustrant l'expression de la menace identitaire et l'angoisse de la discrimination



structurel ou familial. Finalement, l'action interculturelle rend visible ce qui est invisible en saisissant la dimension culturelle souvent dissimulée et complexe. Nommons à titre d'exemple le fonctionnement des mécanismes de résolution de conflit, les structures éducatives dans une société et le fonctionnement des rites et des rituels.

Plusieurs formes régissent l'action interculturelle, notamment la forme explicative, par son aspect éducatif, offre des éclaircissements sur une culture. À cette étape, le danger de la surculturalisation et de la généralisation est présent. La forme comparative entre phénomènes dans deux sociétés différentes et, finalement, la forme interactionniste qui favorise le dialogue et la rencontre entre deux entités de cultures différentes.

« [...] une communication positive inscrite dans l'action interculturelle contribue à corriger des stéréotypes et des préjugés [...] »

### Action interculturelle, menace identitaire et angoisse de la discrimination

L'interculturel répond aux différents besoins. Ainsi, les changements démographiques dans une société comme la nôtre incitent différents acteurs à travailler pour favoriser un rapprochement et une intégration des personnes immigrantes aux différents systèmes de la collectivité. Sur le plan institutionnel, l'action interculturelle aide à bien gérer les équipes de travail, à instaurer des mécanismes de sensibilisation, de prévention et d'intervention. L'interculturel aide aussi des employés et des bénéficiaires à comprendre les mécanismes de la menace identitaire chez les professionnels et aussi à comprendre la construction de l'angoisse de la discrimination chez les personnes immigrantes. En situation d'interculturalité, l'intervenant peut se sentir inquiet par des propos, des attitudes ou des comportements de la personne immigrante en présence. Ceci induit un sentiment de menace identitaire si le professionnel ne se sent pas reconnu dans son identité professionnelle (Cohen-Émerique, 2011, p. 158). Cette menace à l'identité du professionnel, accompagnée de sentiments d'impuissance, de dévalorisation, suscite de multiples réactions de défense comme le déni, la réaffirmation de sa légitimité, l'enfermement dans les règlements, la psychologisation à l'égard de la personne immigrante, le recours à des préjugés sur l'autre, etc. (Cohen-Émerique, Hohl, 2004). Le professionnel, dans ce cas, cherche à retrouver son estime de soi et sa sécurité. Dans cette dynamique

identitaire, le professionnel peut éprouver un fort sentiment d'impuissance entraînant des blocages dans sa relation et dans l'action, tandis que le migrant aura des réactions de repli sur soi, méfiance, hostilité et l'aide échouera (Cohen-Émerique, 2011, p. 159).

Toute nouvelle condition comme le processus d'immigration ou l'intégration à un nouvel emploi engendre un certain degré d'angoisse du fait de la nouveauté de la situation. L'angoisse peut susciter des sentiments d'inquiétude, de difficulté ou de crainte, ce qui est considéré comme une réaction normale dans une situation stressante. Plusieurs sources importantes sont à l'origine de l'angoisse chez les personnes immigrantes. Selon Gratton (2011), on définit les barrières interculturelles comme la méconnaissance de la langue, les codes de la société d'accueil, les nouveaux apprentissages, les stéréotypes, les préjugés, le parcours référant à l'histoire du processus migratoire et surtout l'écart entre la réalité et les attentes des immigrants. Selon moi, ces barrières déstabilisent l'identité personnelle et sociale et déclenchent une perception de discrimination réelle ou imaginée.

Dans le cas de la menace identitaire chez les professionnels comme dans le cas de l'angoisse de la discrimination chez des immigrants, l'expression se fait de deux manières, soit ① par une menace à l'intégrité, à l'identité, à l'estime de soi, ou ② par un besoin insatisfait, par l'incapacité de faire ou l'impuissance à dire ou à être compris. Cet état engendre une angoisse liée à un sentiment de discrimination chez les immigrants par

## Le LifeSense & le RespSense de NONIN

### Un capnographe à écran large tactile

Monitoring rapide et facile de l'EtCO<sub>2</sub> et SpO<sub>2</sub>

Distributeur  
Exclusif!

NONIN

Une technologie pour une vaste gamme d'encadrements cliniques pour les patients soit intubés ou non-intubés. Portable, précis et un bon rapport coût-efficacité.

#### LifeSense:

- Écran large tactile LCDE rétro-éclairé
- Technologie pureSAT SpO<sub>2</sub> de Nonin
- Technologie MedAir EtCO<sub>2</sub>
- Enregistrement des tendances SpO<sub>2</sub> et EtCO<sub>2</sub>
- Alarmes audibles et visuelles
- Courbe de Capnographie et Pléthysmographie
- Batterie interne
- Port RS-232

#### RespSense:


- Écran large tactile LCDE rétro-éclairé
- Technologie MedAir EtCO<sub>2</sub>
- Enregistrement des tendances EtCO<sub>2</sub>
- Alarmes audibles et visuelles
- Courbe de capnographie
- Batterie interne
- Port RS-232



Distribué par:

  
**CAREstream**  
Medical Ltd.

Téléphone sans frais: 1.888.310.2186  
Télec: 1.888.310.2187  
www.carestreammedical.com | info@carestreammedical.com

 **À la croisée des chemins**

**Nos valeurs**  
L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec veut être reconnu pour

**Son intégrité...**  
... Parce que le public et les inhalothérapeutes n'attendent pas moins que l'Ordre soit honnête, sincère, équitable et transparent.

- exemple. Cette angoisse est dans la plupart des cas gérée par des modes de communication positive afin de contrôler l'agressivité. Dans le cas contraire, l'expression de l'agressivité peut être extériorisée ou intériorisée dépendamment de la durée et des modes de gestion de l'événement conflictuel.

Voici un exemple d'une situation qui reflète l'angoisse de discrimination :

Un chef de service raconte : une employée originaire d'un pays africain lui demande d'intervenir auprès de ses collègues qui, selon elle, sont racistes. Elle relève la présence de certains comportements (regards, commentaires, etc.) qui sont suspects. De toute façon, avant même de commencer cet emploi, une amie d'un autre service lui a dit « prépare-toi à l'abattoir ». Elle relève aussi un sentiment d'injustice à son égard, elle se sent dénigrée et agressée. Elle dit aussi qu'elle ne se laissera pas faire et qu'elle répondra aux attaques des autres. Cette situation est très stressante, elle ne dort pas bien et elle a des symptômes physiques désagréables.

Dans cette situation, l'employée a commencé son emploi avec une anticipation de la discrimination à son égard. Étant originaire d'un autre pays, cette employée a déjà vécu plusieurs situations dans le passé qui dénote des comportements racistes à son égard. L'intervention de son amie a accentué l'angoisse. Le lien avec la discrimination était évident pour elle d'où les perceptions de rejet et de complot à son égard. Dans ce cas, son supérieur immédiat a dû multiplier les efforts de communication afin de dissiper tout malentendu entre l'employée en question et ses collègues. Plusieurs processus sont mis à l'épreuve, comme la relation de confiance, la relation historique entre dominant et dominé, la dynamique identitaire entre personnes originaires de pays pauvres et personnes de pays riches, les fausses représentations sociales dues à des canaux de communication déficients entre l'employée et ses collègues, la frustration accumulée due à son passé témoin de discrimination et préjugés à son égard, etc. De l'autre côté, probablement la réaction des collègues était imprégnée par une perception de menace à leur identité. Confrontés à des valeurs et modèles culturels différents, à des situations inattendues, imprévisibles, auxquels ils n'ont pas été préparés à vivre dans le cadre de leur profession.

### Comment y faire face ?

Les difficultés rencontrées dans des organisations sur le plan des relations interculturelles nous ramènent à la complexité qui caractérise la communication entre personnes de différentes origines. Plusieurs difficultés et obstacles sont présents, notamment la réduction des schèmes interprétatifs caractérisés par un manque de savoir sur le système de l'autre, son récit, son histoire de vie; la présence des situations discriminatoires; les barrières de communication et de connaissance des codes culturels; la limitation des mécanismes de résolution des conflits calqués sur des modèles « universalistes et psychologisants »; le manque de reconnaissance du savoir différent. Pour y faire face, les organisations ont à réfléchir sur leurs mécanismes de prévention et d'intervention en lien avec l'altérité. Améliorer les



structures d'accueil et les modes de communication; développer des programmes de formation continue à la communication interculturelle; créer un espace de rencontre interculturelle; créer une instance de réflexion sur les relations interculturelles dans les organisations; et surtout développer un mécanisme d'intervention spécifique en médiation interculturelle.

### Conclusion

Que nous soyons d'ici ou d'ailleurs, nous sommes conditionnés par une logique culturelle complexe et imperceptible. Cette logique a un impact sur nos attitudes et nos comportements au quotidien. Le contact interculturel n'est certes pas récent au Québec, son instrumentalisation l'est toutefois. Avec une immigration en évolution constante et de plus en plus diversifiée, les lacunes sont multiples. Elles sont d'ordre structurel, psychologique, social ou culturel. Dans ce sens, la formation interculturelle serait nécessaire afin d'aider à comprendre les structures



culturelles de l'autre en présence et d'outiller les intervenants à gérer des situations conflictuelles par la voie de la communication et de la gestion de la diversité. ❄

#### Références

- 1 HALL, E.T. 1976. *Au-delà de la culture*. Paris, Seuil, 234 p.
- 2 RHÉAUME, J. 2006. «Le travail d'intervenant, entre plaisir et souffrance» dans « La fatigue d'être intervenant ». *Équilibre*, revue de l'Association canadienne pour la santé mentale, Vol. 1, N° 2.
- 3 COHEN-ÉMERIQUE, M. et HOHL, J. 2004. «Les réactions défensives à la menace identitaire chez les professionnels en situations interculturelles». *Cahiers internationaux de psychologie sociale* (61), p. 21-34.
- 4 KULAKOWSKI, C. Décembre 2007. «Comment penser l'action interculturelle» dans *Interculturalité et laïcité, Outils de réflexion* (19), Bruxelles, Centre d'action laïque.
- 5 COHEN-ÉMERIQUE, M. 2011. *Pour une approche interculturelle en travail social*. Rennes. Presses de l'EHESP. 480 p.
- 6 GRATTON, D. 2009. *L'interculturel pour tous: une initiation à la communication pour le troisième millénaire*. Anjou, Québec. Éditions St-Martin, 272 p.

## FORMATION À DISTANCE

*Développez vos connaissances cliniques avec...*

### LE CERTIFICAT EN INHALOTHÉRAPIE : ANESTHÉSIE ET SOINS CRITIQUES



- Formation élaborée par des anesthésistes et des cliniciens chevronnés
- Cours reconnus en formation continue de l'OPIQ
- Cours offerts sur DVD
- Examens dans votre localité ou à proximité

### LE CERTIFICAT EN INHALOTHÉRAPIE : ANESTHÉSIE ET SOINS CRITIQUES

- SCL1416 Phénomène de la douleur
- SCL2703 Anesthésie et types de chirurgie
- SCL2706 Inhalothérapie dans des contextes d'urgence
- SCL2707 Le patient en soins intensifs
- SCL2711 Défaillances aiguës : prise en charge clinique
- SCL3101 Ventilation et intubation difficiles (1 cr.)
- SCL3102 Technologies avancées en ventilation mécanique I (1 cr.)
- SCL3103 Technologies avancées en ventilation mécanique II (1 cr.)
- SCS2217 Pharmacothérapie I
- COM2708 Communication, intervention et éthique

*2 cours optionnels (ces cours peuvent faire l'objet d'une reconnaissance des acquis à partir des cours de votre DEC)*



**Université du Québec  
en Abitibi-Témiscamingue**

*Renseignez-vous!*

1 877 870-8728, poste 2610  
sc-sante@uqat.ca **uqat.ca**



# Breathe, la chambre d'espacement écoresponsable

par **Pascal Chénier**, étudiant en 3<sup>e</sup> année, Cégep de l'Outaouais

**L**e concours *Place à la relève* fut une belle occasion pour présenter une invention toute simple à des inhalothérapeutes venus de partout à travers le Québec. J'ai été agréablement surpris de susciter l'enthousiasme d'autant de professionnels de la santé. La bourse remise insufflera une vigueur nouvelle au lancement du projet.

L'idée originale de *Breathe* découle de la lecture d'un article de *National Geographic*. On y montrait un jeune médecin mexicain utilisant une simple boîte en carton en guise de chambre d'espacement (*voir photo ci-haut*). Étant étudiant et fasciné par tout ce qui gravite autour de l'inhalothérapie, je me suis dit « wow, ce truc-là peut être grandement amélioré! ». Il n'en demeure pas moins que l'initiative du médecin était louable, car il voulait aider les membres de sa communauté aux prises avec des problèmes pulmonaires.

On dit que la nécessité est mère de l'invention. Mon désir était de trouver une manière de simplifier et solidifier cette chambre d'espacement

en carton. Après des semaines de réflexion, de recherches et bon nombre d'essais et d'erreurs, *Breathe* est né.

Dans une autre vie, j'ai travaillé comme graphiste pour une ONG dans un centre de santé en Bolivie. Je vous assure que les équipements étaient vétustes et les budgets des plus restreints. Un de mes contrats fut la création de matériel promotionnel pour sensibiliser la population locale à une recrudescence importante de la tuberculose. Mon premier geste, lorsque le *Breathe* sera normalisé et produit en quantités suffisantes, sera d'envoyer une boîte de dix *Breathe* à ces gens qui m'ont accueilli chez eux à l'époque.

## Contexte

Les aérosols doseurs sont compacts, efficaces et utilisables partout. Cependant, on rapporte que seulement 50 % des patients les utilisent correctement<sup>1</sup>. De plus, comme vous le savez, le bon fonctionnement



**Pascal Chénier,**  
représentant  
le Cégep de  
l'Outaouais,  
gagnant  
du concours  
*Place à la relève*  
2012

des aérosols doseurs nécessite une coordination optimale entre le déclenchement du dispositif et l'inhalation. Pour un enfant en pleine crise d'asthme, cette synchronisation s'avère un défi considérable.

L'utilisation d'une chambre d'espaceur remédie à ces difficultés tout en réduisant la vitesse des particules de l'aérosol et ainsi diminuer la déposition oropharyngée du médicament. Plusieurs recherches ont démontré que l'utilisation d'une chambre d'espaceur permet de réduire jusqu'à 99 % la déposition oropharyngée en plus de quadrupler l'effet du médicament<sup>2,3,4</sup>.

Malheureusement, le coût prohibitif des chambres d'espaceur demeure, à l'heure actuelle, un obstacle majeur pour les associations médicales des pays en voie de développement. Plutôt que de déboursier 40 \$ pour un tel dispositif, les familles démunies se trouvent contraintes d'utiliser des boîtes de carton poreuses ou des bouteilles en plastique trouées pour favoriser la prise du médicament (voir photo du bas à la page suivante). Et, non seulement les

chambres d'espaceur sont-elles trop dispendieuses, mais elles sont aussi rarissimes.

Voici un fait alarmant : 80 % des décès liés à l'asthme surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire<sup>5</sup>. En 2012, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que 300 millions de personnes souffrent d'asthme. Toujours selon l'OMS, ce chiffre pourrait gonfler à 400 millions d'individus en 2025<sup>6</sup>.

### Mission

Le produit proposé n'a pas été créé pour révolutionner le monde des chambres d'espaceur, mais plutôt pour pallier les lacunes des chambres traditionnelles, à savoir le volume encombrant et le coût prohibitif.

Replié, *Breathe* mesure à peine 12 cm par 14 cm, avec une épaisseur de seulement 2 mm et peut être expédié par la poste, telle une carte postale (voir photo ci-contre). Conçu en polypropylène, un plastique très résistant, non toxique, recyclable et très peu dispendieux, sa durée de vie peut atteindre 10 ans.



Une bouffée d'air frais

# Congrès canadien sur la santé respiratoire 2013

À inscrire à votre agenda!

Centre des congrès de Québec  
Ville de Québec (Québec)  
11 - 13 avril 2013

Pour tous les détails du programme et pour s'inscrire, visitez le site [www.poumon.ca/crc](http://www.poumon.ca/crc)

En collaboration avec

Association des pneumologues de la province de Québec

L'ASSOCIATION PULMONAIRE Québec

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE THORACOLOGIE

L'ASSOCIATION PULMONAIRE  
Les Professionnels canadiens en santé respiratoire

L'Alliance canadienne sur la MPOC

L'ASSOCIATION PULMONAIRE

••• **Concurrence**

L'*AeroChamber*<sup>®</sup> jouit d'une excellente réputation et bénéficie d'une pénétration quasi totale dans les pharmacies nord-américaines. Sa qualité est irréprochable, mais il s'agit d'un objet encombrant et dispendieux.

Pour le consommateur, *Breathe* se veut une alternative économique et facile à transporter. Tout comme *Breathe*, le dispositif *LiteAire* est mince et économique. Cependant, sa fabrication en carton le rend fragile, non lavable et par conséquent non réutilisable.

Ceci ne concorde pas avec l'idée que se font de plus en plus de gens prônant le développement durable. *Breathe* se lave à la main ou à la machine; il sèche rapidement, est prêt à la réutilisation et il présente aussi des propriétés antistatiques.

**Marché cible**

Ce produit est destiné aux parents des enfants asthmatiques ne voulant pas s'encombrer d'une chambre d'espacement traditionnelle ou n'ayant pas les moyens de s'en procurer une.

Les coûts de production étant minimes, *Breathe* est aussi avantageux pour les centres de santé bénéficiant d'un budget limité.

Il est prévu que le coût final de l'achat, incluant tous les frais de distribution, vente, taxes, etc., se situe au tiers du prix actuel moyen des produits concurrents. Cela rendra le produit plus accessible aux parents et aux centres de santé qui pourront aussi bénéficier de prix de quantités.

**Communications**

Pour atteindre le marché cible primaire, accroître notre notoriété et gérer notre cyberréputation d'OSBL, je compte favoriser les médias sociaux. Il s'agit d'une manière efficace et abordable pour nous faire connaître. Ainsi, nous encouragerons les internautes à donner leur avis et à devenir partie prenante du développement de *Breathe*, les échanges entre membres sur les médias sociaux générant ainsi une forme de publicité.

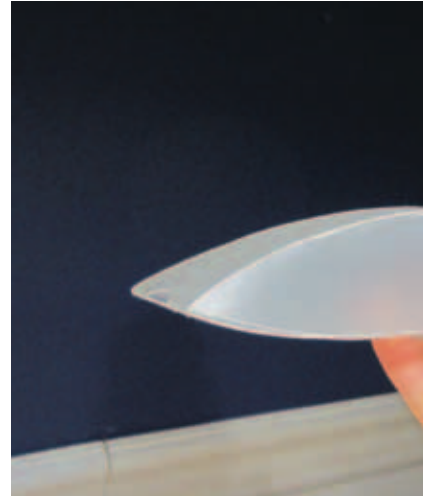
La création d'un site Internet se trouve au cœur de nos priorités communicationnelles. Notre site sera programmé afin de permettre à *Google Translate* de traduire instantanément les textes dans une cinquantaine de langues. Le but est d'offrir de l'information, des témoignages et des vidéos du *Breathe* à notre marché cible. Il sera possible de commander directement le produit en plus de télécharger du matériel promotionnel.

Le publipostage constitue un élément essentiel de la stratégie marketing de notre organisme. Cette publicité ciblée aux distributeurs des pays en voie de développement permettra d'offrir de l'information promotionnelle pertinente grâce à un échantillon postal. *Breathe* ayant la dimension d'une carte postale, les coûts resteront modestes.

**Conclusion**

Mon souhait est de trouver, bien humblement, une façon d'aider des personnes de par le monde qui souffrent d'asthme en leur offrant un produit abordable, efficace et accessible.

Ce dispositif facilite le traitement des crises d'asthme aiguës des enfants en bas âge en plus d'offrir une meilleure qualité de vie pour les patients et leur famille. Ceci se traduirait par une diminution des heures de travail perdues pour les parents, de l'absentéisme scolaire pour les enfants et des coûts d'hospitalisation. ❄️



**Nos valeurs**

L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec veut être reconnu pour

**Son professionnalisme...**

... Parce que la synergie d'une équipe et la collaboration amènent l'efficacité.



Merci à tous les inhalothérapeutes pour leurs commentaires et suggestions lors du dernier congrès. Si vous êtes intéressés à participer au développement du projet, vous pouvez m'écrire à l'adresse suivante : [info@breathespacer.com](mailto:info@breathespacer.com)

**Références**

- 1 CHINET, T. «La mauvaise utilisation des aérosols doseurs dans le traitement des maladies chroniques». *Ann Med Internet*, 1994; 145, 119-24.
- 2 WILKES, W., FINK, J., DHAND, R. «Selecting an accessory device with a metered-dose inhaler: variable influence of accessory devices on fine particle dose, throat deposition, and drug delivery with asynchronous actuation from a metered-dose inhaler». *J Aerosol Med*, 2001; 14(3): 351-360.
- 3 NEWMAN, SP., MILLAR, AB., LENNARD-JONES, TR., MOREN, F., CLARKE, SW. «Improvement of pressurized aerosol deposition with Nebuhaler spacer device». *Thorax*, 1984; 39 (12): 935-941.
- 4 DOLOVICH, M., CHAMBERS, C., GIRARD, L., NEWHOUSE, M. «Aerosol delivery through an open tube spacer: importance of inhalation technique» (abstract). *Am Rev Respir Dis*, 1989; 139: A144.
- 5 WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2012. *Chronic respiratory diseases — asthma*. [En ligne] [<http://www.who.int/respiratory/asthma/en/>] (consulté le 15 août 2012).
- 6 WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2007. *Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach*. [En ligne] [[http://www.who.int/respiratory/publications/global\\_surveillance/en/index.html](http://www.who.int/respiratory/publications/global_surveillance/en/index.html)] (consulté le 15 août 2012).

**FUTURS RETRAITÉS**



Le RIIRS est pour tous les infirmiers et infirmières, infirmiers et infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, techniciens en circulation extracorporelle, perfusionnistes et puéricultrices **RETRAITÉS**, sans égard aux champs d'activités et aux fonctions occupées au cours de leur carrière.



**Le RIIRS**

- donne une voix collective et entretient un sentiment d'appartenance;
- s'occupe de la défense des droits de ses membres, offre des services-conseils et, par le biais d'un assureur, des services d'assurance, participe aux grands débats publics;
- établit des liens avec des organismes axés sur le mieux-être des retraités;
- publie l'Écho du RIIRS, journal d'information.

Le RIIRS est présent dans chaque région du Québec.

Pour vous prévaloir du privilège de transfert de votre assurance vie, il est essentiel que vous deveniez membre du RIIRS dans les 60 jours suivant la date de votre prise de retraite.



Informez-vous dès aujourd'hui en nous contactant :  
**Regroupement interprofessionnel des intervenants retraités des services de santé**  
Tél. : 418 626-0861 • S.F. : 1 800 639-9519  
[info@riirs.org](mailto:info@riirs.org) • [www.riirs.org](http://www.riirs.org)

Monsieur Louis Phillip Belle Isle reçoit la médaille du prix *Mérite du CIQ* 2012 des mains de M<sup>e</sup> Marc Sauvé, administrateur au comité exécutif du Conseil interprofessionnel de Québec.

PROFESSION : INHALOTHÉRAPEUTE

# Louis Phillip Belle Isle reçoit le prix *Mérite du CIQ* 2012

par **Line Prévost**, coordonnatrice aux communications, OPIQ

**N**ous saluons cette année un membre émérite du corps professoral du Collège Vanier et un pionnier du programme d'enseignement de l'inhalothérapie tel qu'il est aujourd'hui au Québec.

Louis Phillip Belle Isle, diplômé de la cohorte 1972 du Collège de Rosemont, a d'abord débuté sa carrière — et peu de gens le savent! — en tant que préposé en inhalothérapie à l'Hôpital St-Mary's pendant six ans. Son diplôme en poche, rapidement, il embrasse la carrière d'enseignant pour laquelle il reçoit aujourd'hui cet hommage. En 1976, alors détenteur d'un certificat en enseignement de l'Université McGill (qu'il complétera plus tard par une maîtrise à l'Université de Sherbrooke), il devient coordonnateur provincial pour le ministère de l'Éducation du Québec et participe à la conception du programme de formation initiale et du devis ministériel de 1993. À la même époque, et jusqu'en 2006, il occupe également le poste de coordonnateur du programme d'inhalothérapie du Collège Vanier. C'est d'ailleurs, à titre d'enseignant et en reconnaissance de son dévouement pour ses étudiants que lui sera décerné, en 2006, le prix *Hermann Binder*.

Dès l'aube de sa carrière, il s'intéresse à l'environnement global dans lequel évolue notre profession, et auquel il a collaboré tant par son enseignement que par le développement de pratiques avancées. Louis Phillip a contribué activement à l'évolution de l'inhalothérapie au Québec et ailleurs au pays, notamment par son implication dans l'élaboration du profil national des compétences. Son engagement s'est transporté à l'échelle internationale quand, en 2005, il devient directeur de projet pour le programme international d'inhalothérapie en Arabie Saoudite.



Visionnaire, avec une implication personnelle hors du commun, Louis Phillip participe ainsi à l'avancement et au rayonnement de la profession. Membre de longue date de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires, il est aussi, depuis 1974, membre de l'*American Association for Respiratory Care*. De 1998 à 2009, il préside le comité provincial responsable de l'Épreuve synthèse, et, depuis 2011, il occupe un poste d'administrateur au conseil d'administration du Conseil canadien des soins respiratoires inc. L'importance des liens tissés par Louis Phillip au fil de ses diverses fonctions et de son engagement national soutenu a favorisé un meilleur dialogue, des relations plus harmonieuses et de réelles opportunités avec nos vis-à-vis canadiens. Ainsi, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec est l'un des membres fondateurs de l'Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire.

D'enseignant à consultant, Louis Phillip a récemment développé pour trois collèges de nouveaux programmes d'enseignement pour les inhalothérapeutes fournissant ainsi une voie de rétablissement à la pénurie de professionnels. Enfin, il a aussi participé à la validation d'importants outils pour certains comités de l'Ordre.

Cher Louis Phillip, nous saluons ton engagement, ta curiosité et ta rigueur. Reçois nos sincères félicitations pour ce parcours sans fautes couronné à juste titre par la reconnaissance professionnelle ultime que représente le prix *Mérite du CIQ*. Bonne continuation dans tes projets! ❄️

## Dire merci

**D**ire merci, c'est facile. Par contre, vouloir reconnaître la contribution des collègues et amis qui ont joué un rôle important lors d'une carrière professionnelle, toujours en parcours, c'est toute autre chose.

En premier lieu, je souhaite remercier l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec ainsi que les membres de la direction et du Conseil d'administration pour cet honneur. Ce fut une énorme surprise et une reconnaissance au-delà du mérite. Je m'en voudrais de ne pas saluer celui qui m'a initié à l'inhalothérapie, monsieur Maurice Roy, père fondateur et premier chef inhalothérapeute à l'Hôpital St-Mary's de Montréal. Dans un deuxième temps, il m'aurait été impossible de contribuer au fil des ans à l'évolution de la formation en inhalothérapie sans l'appui inconditionnel des enseignants du Collège Vanier et des quatre autres collèges originaires. Plus récemment, je remercie la direction du Collège Ellis, pour la confiance accordée à titre d'artisan du programme d'inhalothérapie de cet établissement. Enfin, et plus important encore, je souligne l'apport et l'implication des inhalothérapeutes en provenance du Collège Vanier qui œuvrent aujourd'hui au chevet des patients — sans oublier ceux qui travaillent dans un champ d'activité connexe —, lesquels font constamment évoluer la profession. Je vous remercie tous et c'est en votre nom que j'accepte humblement cette reconnaissance. Vive l'inhalothérapie! **Louis Phillip Belle Isle**

## Saying thank you

**S**aying thank you is relatively easy. However, wishing to acknowledge the contribution of colleagues and friends who have played a significant role in a career still full of life is challenging in many ways.

Firstly, I would like to thank l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, the management and the Board of Directors for this honour. It was a huge surprise and recognition beyond merit. As well, I acknowledge the one who introduced me to the profession of respiratory care, Maurice Roy, a founding father and first chief respiratory therapist at St.-Mary's Hospital in Montreal. Secondly, it would have been impossible to contribute over time to the evolution and changes in respiratory therapy education without the unconditional support of teachers at Vanier College and those from the other four original colleges. More recently, I thank the management of Collège Ellis, for the trust as founder of their respiratory care program. Finally, and most importantly, I emphasize the contribution and involvement of respiratory therapists from Vanier College who are now working at the bedside — not to forget those who work in the profession's complementary activities — for they are constantly advancing the profession. Thank you all and it is in your name that I humbly accept this recognition. Long live the profession! **Louis Phillip Belle Isle**



# ÉLECTIONS 2013

## Être administrateur à l'OPIQ?

« Presque toujours, la responsabilité confère à l'homme de la grandeur. »

Stefan Zweig

par M<sup>e</sup> Andrée Lacoursière, adjointe à la direction générale, OPIQ

**E**n ces temps de cynisme collectif devant l'image que certains élus nous renvoient tous les jours à la télévision, il devient de plus en plus difficile de s'intéresser à la chose politique ou publique et de penser s'y impliquer un jour. Pourtant, l'actualité nous fait également prendre conscience de l'importance que revêt l'apport de tous au bon fonctionnement des diverses institutions qui nous régissent.

Or, au cours du printemps 2013, des élections auront lieu pour combler six (6) des treize (13) postes d'administrateurs élus au sein du Conseil d'administration de l'OPIQ. Les régions alors en élection seront Montréal, où il y aura deux (2) postes à combler, Québec/Chaudière-Appalaches/Bas-Saint-Laurent/Îles-de-la-Madeleine, Laval/Laurentides/Lanaudière, la Montérégie et la Mauricie/Centre-du-Québec. Avez-vous déjà pensé vous impliquer au sein du conseil d'administration de votre ordre professionnel? Voici l'occasion pour vous d'y réfléchir sérieusement!

L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec est un organisme sans but lucratif dont la principale fonction est d'assurer la protection du public. Le pouvoir décisionnel de l'Ordre est exercé par son Conseil d'administration qui est formé de dix-sept (17) membres. En vertu des dispositions du *Code des professions* et des règlements de l'Ordre, le Conseil est composé de treize (13) inhalothérapeutes élus par leurs pairs et de quatre (4) représentants du public qui sont nommés par l'Office des professions. Les mandats sont de quatre (4) ans.

Le Conseil d'administration veille à l'administration générale des affaires de l'Ordre et à l'application des dispositions du *Code des professions* et des règlements qui en découlent. Il exerce tous les droits,

pouvoirs et prérogatives de l'Ordre, sauf ceux qui sont du ressort des membres de l'Ordre réunis en assemblée générale. Il est l'instance principale par laquelle s'exerce le mandat de protection du public de l'Ordre.

Ainsi, c'est le Conseil qui contrôle l'admission à la profession et la réglementation de son exercice. À cette fin, il adopte les règlements concernant la protection du public et prend des décisions relatives à l'application de ces règlements, que ce soit en matière de délivrance de permis ou d'inspection professionnelle. C'est lui par exemple qui nomme les titulaires des postes clés des mécanismes de protection du public comme les membres du comité d'inspection professionnelle et du comité de discipline de l'Ordre. Le Conseil se réunit en moyenne quatre (4) fois par année.

Un comité exécutif est formé chaque année. Y siègent quatre (4) élus, dont le président de l'Ordre et un administrateur nommé par l'Office. Ce comité est chargé de s'occuper de l'administration courante des affaires de l'Ordre et il exerce les pouvoirs que le C.A. lui délègue.

Bien que la date limite pour poser votre candidature ne soit que le 16 avril prochain, nous désirons attirer votre attention dès maintenant sur le scrutin à venir afin de permettre à ceux d'entre vous qui souhaiteraient s'impliquer davantage auprès de leur ordre et qui n'auraient jamais pensé poser leur candidature d'y réfléchir.

Pour en savoir davantage, je vous invite à communiquer avec nous au siège social de l'Ordre.

Bonne réflexion!



# LE CONGRÈS EN IMAGES



À la croisée  
des chemins

**Nos valeurs**  
L'Ordre professionnel  
des inhalothérapeutes du Québec  
veut être reconnu pour

**Son engagement...**  
... Parce que l'organisation est  
solidaire et responsable, parce  
qu'elle participe activement à la  
réalisation de sa mission.



# Remise des prix Félicitations aux lauréats 2012



La Bourse d'excellence SCTR-CAREstream a pour but de reconnaître un étudiant au sein de chaque programme canadien de thérapie respiratoire qui a réussi l'examen d'agrément et réalisé un exploit de taille à titre d'étudiant. Ainsi, les récipiendaires pour le Québec sont **Amelia Vachon**, Collège Vanier **Monika Brown**, Cégep Sainte-Foy **Dany Jean**, Cégep de Sherbrooke **Andrée-Anne Parent**, Collège Ellis **Sophie Paquin**, Cégep de Chicoutimi **Arnauld Oreste**, Cégep de Rosemont Madame **Sophie Paquin** et M. **Arnauld Oreste** ont choisi de recevoir la bourse lors du congrès de l'OPIQ, alors que les autres gagnants l'ont reçue lors du congrès de la SCTR au printemps dernier.

01

*Mérite CIQ* > Dans l'ordre habituel, **Céline Beaulieu**, présidente, OPIQ, **Louis Phillip Belle Isle** et **M<sup>e</sup> Marc Sauvé**, administrateur du comité exécutif du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ).

02

*Prix Élane-Trottier* > Photo prise au CH Pierre-Boucher, dans l'ordre habituelle: **France St-Jean**, **Carole Fillion**, **Hélène Thibault**, **Johanne Lavoie**, **Doris Poirier**, **D<sup>re</sup> Sylvie Maillette**, cardiologue et chef du service d'hémodynamie, **Nicole St-Georges**. Était absente sur la photo **Manon Bouverette**.

*Le prix Élane-Trottier 2012 a été attribué à quatre inhalothérapeutes qui travaillent au laboratoire d'hémodynamie du Centre hospitalier Pierre-Boucher, Doris Poirier, Manon Bouverette, Hélène Thibault et Johanne Lavoie ainsi qu'aux deux pionnières les ayant précédées France St-Jean et Carole Fillion.*

03

*Prix Élane-Trottier* > De gauche à droite: **Nicole St-George**, chef du service d'inhalothérapie du CH Pierre-Boucher, **Régine Laurent**, présidente de la FIQ, **Josée Prud'Homme**, directrice générale et Secrétaire de l'OPIQ et **France St-Jean**, professeure au Cégep de Rosemont, pionnière.

04

*Prix Roméo-Soucy* > **Josée Prud'Homme**, **Diane Bernard-Cusson**, et **Céline Beaulieu**.

*Le prix Roméo-Soucy 2012 a été remis à madame Diane Bernard-Cusson, professeure au Cégep de Sherbrooke et nouvellement retraitée, en raison de sa contribution au Programme de reconnaissance de la main-d'œuvre étrangère, au premier Programme par compétences du MELS et au comité de l'Épreuve synthèse du programme ainsi que sa collaboration au Comité d'agrément.*

05

*Mention d'honneur Semaine de l'inhalothérapeute 2012* > **Manon Roberge**, conseillère et **Christian Meilleur**, vice-président à la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS), affiliée à la Confédération des syndicats nationaux (CSN) pour la région de l'Outaouais, ont remis la plaque souvenir de la *Mention d'honneur* ainsi que la bourse de 2000 \$ de formation continue à **Audrey Aubin Martin** et **Cynthia Pilon**, inhalothérapeutes du CSSS de la Vallée-de-l'Or, Hôpital de Val-d'Or représentant leur équipe. Apparaissent également **Lisa Banirian** et **Isabelle Fleury**, membres du comité de la relève et madame **Josée Prud'homme**.

06

*Bourse d'excellence SCTR-CAREstream 2012* > **Josée Prud'Homme**, directrice générale et Secrétaire de l'Ordre, **Arnauld Oreste**, du Cégep de Rosemont, **Alain Jacob**, directeur des ventes pour l'Est du Canada, CAREstream et **Louis Phillip Belle Isle**, administrateur au conseil d'administration de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires.

07

*Bourse d'excellence SCTR-CAREstream 2012* > **Alain Jacob**, **Sophie Paquin** du Cégep de Chicoutimi et **Louis Phillip Belle Isle**.



## 2<sup>e</sup> édition des Olympiades CAREstream 2012



**01-02** La joute amicale était menée de main de maître par **Jocelyn Vachon**, assistée de **Catherine O'Brien**.



**03** Le **D<sup>r</sup> François Marquis**, intensiviste, s'est prêté au jeu et faisait équipe avec **Annie Bélanger**.

**04-07** Les équipes ont dû se soumettre à plusieurs mises en situation.



**08** Les champions 2011 défendent leur titre!



**09** **Suzie Laflamme** et **Simon Leclerc**, inhalothérapeutes au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke sont les champions 2012 et se méritent chacun une inscription au congrès 2013. Nos champions posent avec **Josée Prud'homme**, directrice générale et Secrétaire de l'OPIQ et **Alain Jacob**, directeur des ventes pour l'Est du Canada, CAREstream.





## Salon des exposants



Quelques-uns des 58 partenaires participant au congrès annuel 2012. Un grand merci à tous !

## Conférence de clôture

**Anny Berthiaume**, avec son humour et sa joie de vivre, a clôturé de belle façon l'événement en nous présentant son parcours de grande brûlée. Une conférence inspirante !



**opiq**  
Ordre professionnel  
des inhalothérapeutes  
du Québec

**À la croisée  
des chemins**

**Nos valeurs**  
L'Ordre professionnel  
des inhalothérapeutes du Québec  
veut être reconnu pour

**Son respect...**  
... Parce que la valeur ajoutée d'une  
écoute active et d'une ouverture  
d'esprit est le gage de la considération  
que nous portons à ceux qui nous  
entourent.

## Concours *Place à la relève*



Cette année, six (6) maisons d'enseignement étaient représentées, c'était une première! Nous avons eu droit à d'excellentes présentations et les membres du jury ont eu fort à faire pour déterminer le gagnant.

- 01** Représentant le Cégep de Sherbrooke, **Marie Andrée Dubé** nous a parlé du *syndrome du lobe moyen*.
- 02** **Sarah Elbaz** et **Oleg Potapov** du Cégep Vanier ont présenté une étude de cas portant sur *les malformations diaphragmatiques chez les nouveau-nés atteints de la trisomie 18*.
- 03** **Pascal Chénier** représentant le Cégep de l'Outaouais, dont c'était la première participation au concours, nous a proposé *Breathe*, une chambre d'espaceur nouveau genre.
- 04** Étudiante au Collège Ellis, **Andréanne Thiffault** nous a soumis son projet *Réadaptons la réadaptation pulmonaire*.
- 05** Représentant le Cégep de Sainte-Foy, **Audrey Lachance** et **Josée-Anne Simard** nous ont présenté leur *outil d'intervention pratique visant à familiariser les inhalothérapeutes et les autres travailleurs de la santé avec la clientèle pédiatrique*.
- 06** **Germain Renière** du Cégep de Rosemont est venu nous entretenir de sa vision sur *l'éthique, le respect et le confort du patient aux soins intensifs*.
- 07** Le jury composé d'**Isabelle Truchon**, administratrice élue, **Céline Beaulieu**, présidente et **Michel Mailhot**, 6<sup>e</sup> vice-président à la FIQ, délibère... Et le gagnant est...
- 08** **Pascal Chénier** du Cégep de l'Outaouais qui s'est vu remettre la bourse de 2000 \$ offerte par la FIQ que nous remercions pour son soutien à la relève.
- Félicitations à tous les participants et au gagnant!**

# L'EXPERTISE ÇA SE CULTIVE

39<sup>e</sup> congrès annuel, 19 et 20 octobre 2012  
au Hilton Lac-Leamy



## MERCI À NOS PARTENAIRES

### EXPOSANTS

3M Canada	Maquet/Dynamed
Allied Medical	Masimo
AstraZeneca Canada	McArthur Medical Sales Inc.
Banque Nationale	Medigas
Baxter Corporation	MENODYS Inc.
BOMImed	Merck Canada Inc.
Boehringer Ingelheim/Pfizer Canada, inc.	Novartis
CAIRE SeQual	OXYMED
CAREstream Medical Ltd.	Québec Transplant
Cardinal Health	Radiometer Canada
Covidien	RESMED
Dräger Medical Canada inc.	Philips/Respironics
FIQ	Roxon Medi-Tech Ltée
Fisher & Paykel	RQAM
GE Santé	Santé Canada
Grass Technologies	Smiths Medical Canada Ltd.
Groupe Biron Santé	Southmedic Inc.
IKARIA	Synergie santé environnement
Invacare Canada	Teleflex Medical
Karl Storz Endoscopy Canada Ltd.	Trudell Medical Marketing Ltée
Laboratoires Abbott	Unimédic
La Capitale assurances générales	VitalAire Canada
ManthaMed	



## APPEL DE CONFÉRENCES CONGRÈS 2013 4 et 5 octobre, Fairmont Reine Elizabeth, Montréal

**E**h oui, nous travaillons déjà à l'organisation de la prochaine édition ! L'appel de conférences de l'an dernier a connu un franc succès. La programmation de 2012 a permis à plusieurs inhalothérapeutes de démontrer leur talent de présentateur. Fort de cette réussite, le comité organisateur récidive.

Ainsi, tout sujet permettant aux inhalothérapeutes de parfaire leurs connaissances, de réfléchir sur leur pratique, de sortir de leur zone de confort, de se dépasser, nous intéresse !

Surprenez-nous ! Nous attendons vos propositions avec impatience !

Vous connaissez une personne qui a une conférence dynamique à proposer ? Transmettez-lui ce message.

Pas de conférence à proposer ? Vos suggestions de sujets ou de conférenciers sont les bienvenues !

Veillez les adresser à [line.prevost@opiq.qc.ca](mailto:line.prevost@opiq.qc.ca)



**L'appel de propositions est maintenant ouvert  
et se termine le 25 janvier 2013.**

**Merci à l'avance de votre contribution  
au développement de la profession !**

## L'ORDRE Y ÉTAIT

- Alliance nationale des organismes de réglementation et AGA ;
- C.A. et AGA du RQAM ;
- CIQ – rencontre des présidents ;
- Office des professions ;
- FIQ – 25<sup>e</sup> anniversaire ;
- Assemblée du CIQ (ministre Bertrand et président de l'Office des professions) ;
- RACNOR – congrès de réglementation du Canada ;
- CIQ – Forum des directeurs généraux ;
- CIQ – rencontre avec le MELS pour la formation collégiale ;
- CIQ – Forum des directeurs de l'inspection ;
- CQTS – rencontre du conseil d'administration ;
- CMQ – comité de travail sur les soins du sommeil ;
- 1<sup>er</sup> congrès québécois de recherche en santé respiratoire ;
- 4<sup>e</sup> rendez-vous de gestion des maladies chroniques ;
- Comité directeur du Forum des syndicats ;
- AQESSS – Informatique Santé 2012 ;
- MSSS – 6<sup>e</sup> édition des Journées d'étude des Comités d'éthique de la recherche (CÉR) et de leurs partenaires ;
- Colloque *Meilleures pratiques au Tribunal des professions* ;
- Groupe de travail sur les lignes directrices conjointes en sédation-analgésie (CMQ, OPIQ, OIIQ).

# Avis important

Renouvellement d'inscription et avis de cotisation 2013-2014  
Comme l'an dernier, seuls les membres qui ont renouvelé leur inscription 2012-2013 **par la poste** recevront un formulaire de renouvellement et leur reçu de cotisation **papier**.  
Les membres ayant renouvelés en ligne recevront tous les renseignements nécessaires par **courriel**.

## DATES À RETENIR

**Semaine du 11 février 2013** : réception du courriel (ou de la lettre) avec les instructions pour le renouvellement au Tableau.

**31 mars 2013 23 h 59** : échéance pour vous inscrire au Tableau des membres sans frais de retard.

**12 avril 2013** : avis de radiation pour les membres qui ne se sont pas réinscrits au Tableau.

## Avis de limitation

Avis est par les présentes donné, que pour la période du 15 juin au 1<sup>er</sup> décembre 2012, les inhalothérapeutes suivants font ou ont fait l'objet d'une limitation d'exercice, imposée par le comité exécutif ou le Conseil d'administration de l'Ordre, en vertu de l'article 55 du *Code des professions*.

Nom	Permis	Nature de la limitation
Gabriel Dahan	93005	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires aux stages cliniques en assistance anesthésique ainsi qu'en soins critiques et urgence.
Nancy- Ann Adams	91103	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires aux stages cliniques en assistance anesthésique, soins cardiorespiratoires généraux, soins critiques et urgence, épreuves et tests diagnostique.
Chantal Lapierre Loisel	79013	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires aux stages cliniques en assistance anesthésique, soins cardiorespiratoires généraux, soins critiques et urgence, épreuves et tests diagnostique.
Hélène Martel	85079	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires aux stages cliniques en assistance anesthésique.

Avis est par les présentes donné, que pour la période du 15 juin au 1<sup>er</sup> décembre 2012, les inhalothérapeutes suivants font ou ont fait l'objet d'un permis restrictif temporaire, imposée par le comité exécutif ou le Conseil d'administration de l'Ordre, en vertu de l'article 42.1 du *Code des professions*.

Nom	Permis	Nature de la limitation
Marie -Josée Carrier	12021	Permis restrictif temporaire jusqu'à la réussite d'un stage en assistance anesthésique.
Catherine Gignac	12020	Permis restrictif temporaire jusqu'à la réussite d'un stage en assistance anesthésique.
Camille Riendeau	12022	Permis restrictif temporaire jusqu'à la réussite d'un stage en assistance anesthésique.
Brigitte Sincennes	12023	Permis restrictif temporaire jusqu'à la réussite d'un stage en assistance anesthésique.
Mohammed Masmoud	12015	Permis restrictif temporaire jusqu'à la réussite d'un stage en assistance anesthésique.

Pour vérifier si ces personnes ont satisfait aux exigences, veuillez consulter le Tableau des membres en ligne à l'adresse suivante : [https://www.opiq.qc.ca/Portail2007/Tableau\\_Acces.aspx](https://www.opiq.qc.ca/Portail2007/Tableau_Acces.aspx) ou en communiquant au 514 931-2900 / 1 800 561-0029 poste 21.

La Semaine  
québécoise  
pour un avenir  
sans tabac

**Ensemble,  
réagissons!**

**Chaque heure  
le tabac tue  
un fumeur  
au Québec**

1 866 JARRETE (527-7383)

Brigitte Lafleur, porte-parole

**Semaine québécoise pour un avenir sans tabac 2013  
20 au 26 janvier 2013**

CONSEIL QUÉBÉCOIS  
SUR LE TABAC ET LA SANTÉ

Québec

La **Semaine québécoise pour un avenir sans tabac**, qui se déroule du 20 au 26 janvier 2013, mettra en évidence la souffrance causée par l'usage du tabac chez les fumeurs et auprès de leurs proches. Le tabagisme rend malades des milliers de Québécois et Québécoises chaque année. Ces personnes souffrent, nécessitent des soins tandis que leurs familles tentent de les soutenir, souvent impuissantes face à leurs maux. Malheureusement, **chaque heure, le tabac tue un fumeur au Québec.**

Nouvelle porte-parole de la **Semaine québécoise pour un avenir sans tabac**, la comédienne Brigitte Lafleur a elle-même été touchée de près par les ravages du tabagisme. « J'ai perdu mon grand-père à cause du tabac, alors que j'étais encore une enfant. Ensuite, j'ai fumé moi aussi et j'ai eu beaucoup de difficulté à arrêter, jusqu'au jour où j'ai dû me rendre à l'urgence, en pleine crise d'asthme. Aujourd'hui, je vous invite à

partager, comme moi, votre volonté de bâtir un Québec sans tabac. Je compte sur vous! »

**En un clic, joignez le mouvement!**

À l'instar de Brigitte Lafleur, en cette **Semaine québécoise pour un avenir sans tabac**, nous avons tous et toutes la possibilité de participer à un effort collectif pour réduire l'usage du tabac au Québec qui compte encore quelque 1,5 million de fumeurs<sup>1</sup>. Affichez fièrement votre geste d'appui à un monde sans fumée en participant à notre activité mobilisatrice au <http://www.facebook.com/mondesansfumeemondesansfume.ca/facebook>. Le site [mondesansfume.ca](http://mondesansfume.ca) vous offre également la possibilité de vous procurer le matériel promotionnel de la campagne 2013 et de visionner les publicités de la Semaine. Tous ensemble, contribuons à l'atteinte d'un monde sans fumée!

<sup>1</sup> Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010, Santé Canada.

# À L'AVANT-SCÈNE

## LOUIS PHILLIP BELLE ISLE

Dans un format qui se veut ludique, cette chronique vous offre l'occasion de mieux connaître un pair. Je vous invite à découvrir un côté plus personnel du lauréat 2012 du prix *Mérite du CIQ*.



**Occupation :** consultant en pédagogie et développement de programmes pour diverses disciplines.

**Âge :** 66 ans.

**Lieu de travail :** service de consultation avec bureau à domicile.

**Statut :** célibataire, bien dans ma peau et père d'une jeune dame âgée de 32 ans.

**Bu :** *Scotch whisky* de marque *Edradour* en provenance de la plus petite distillerie en Écosse créée en 1825.

**Lu :** collection de Bob Morane *L'ombre jaune* par Henri Vernes, plusieurs récits et études concernant la bataille de 1759 sur les plaines d'Abraham et un inventaire croissant sur l'ancienne Égypte.

**Vu :** amateur de cinéma, surtout les films romantiques (*Notting Hill*, *Love Actually*, etc.), de science-fiction (*Avatar*) et d'histoire (*Lawrence of Arabia*).

**Voulu :** je suis, et sans regard vers le passé...

**Reçu (cadeau, conseil, etc.) :** contexte personnel : le mariage de ma fille, le 23 juin 2012.

**Contexte professionnel :** prix *Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec* 2012 – simplement incroyable !

**Sur une île déserte, vous apportez :** une collection de livres et une photo de ma fille.

**Un voyage inoubliable :** un voyage de 20 000 km avec ma fille, Montréal-Alaska-Île de Vancouver, aller-retour, à la découverte pendant deux mois en zigzag avec, en guise de guide, la curiosité.

**Votre plus belle réussite personnelle :** la naissance de ma fille Jordan-na, laquelle a, depuis lors, conféré à ma vie une signification particulière.

**Votre plus belle réussite professionnelle :** avoir choisi l'inhalothérapie comme profession avec l'accent sur l'éducation et voir évoluer les nombreux finissants du Collège Vanier, soit à titre de clinicien au chevet des patients, soit

à titre d'enseignant et aussi comme représentant dans le domaine des ventes et support technique.

**Un remède quand tout semble difficile :** une randonnée dans la nature à pied ou en vélo.

**Un objectif à atteindre :** certification en égyptologie et un long retour en Égypte.

**Un conseil à donner aux jeunes inhalothérapeutes :** chaque jour vous devez cultiver la curiosité et la bienveillance dans votre vie personnelle et professionnelle — après tout, c'est la curiosité qui a commencé et continue de faire progresser votre profession.

**Si vous n'êtes pas inhalothérapeute, vous seriez :** photographe de la nature ou chirurgien plastique.

**Le bonheur pour vous, c'est quoi ?** Tel un éphémère, apprécier chaque moment, chaque jour comme si c'était le dernier (*be a mayfly, live every day as your only one and appreciate what you have and who you are*).

## La retraite : une affaire risquée ?

par **Manon Létourneau**, pl. fin., Banque Nationale

**La retraite, vous y pensez... un peu, beaucoup, à la folie ? Malgré l'importance qu'on lui reconnaît, la retraite souffre encore aujourd'hui d'un manque de planification pour la majorité d'entre nous. « J'ai encore du temps », « j'ai d'autres soucis pour l'instant »... Nous nous contentons la plupart du temps d'en rêver. Pour le reste, nous nous croisons les doigts.**

Retirement, are you thinking about it... a bit, a lot, madly? Despite its recognized importance, for most of us, retirement nowadays still suffers from a lack of planning. "I still have time", "for now, I have other worries"... Most of the time we satisfy ourselves of just dreaming about it. As for the rest, we keep our fingers crossed.

**P**lutôt que de laisser votre retraite entre les mains du hasard, pourquoi ne pas préparer un réel plan de retraite? Certains risques, même une fois la retraite arrivée, peuvent sérieusement compromettre votre qualité de vie et l'atteinte de vos objectifs. Voilà pourquoi la planification revêt un rôle essentiel.

### Des risques souvent ignorés

Plusieurs facteurs pourraient réduire la durée de votre épargne-retraite. Les principaux, surnommés « les cinq risques de la retraite », concernent l'espérance de vie, l'inflation, le coût des soins de santé, la cadence des retraits et la répartition de l'actif. Une bonne planification permet heureusement d'amoindrir ces risques.

Vous le savez sans doute, l'**espérance de vie** au Canada est en constante croissance. Résultat? La retraite s'étale sur une période de plus en plus longue. Par conséquent, bon nombre de personnes sous-estiment leur durée de vie et risquent de survivre à leur capital.

Quant à l'**inflation**, elle entraîne, même à faible taux, une baisse considérable de votre pouvoir d'achat à long terme. Il est donc préférable d'en tenir compte dans votre planification, en envisageant par exemple des augmentations régulières de votre revenu de retraite.

Les **coûts des soins de santé** représentent également un risque à prendre en compte dans votre planification, même s'ils restent difficiles à estimer. De surcroît, les budgets gouvernementaux alloués à la santé risquent de s'avérer insuffisants en raison du vieillissement de la population.

Autre risque de la retraite : la **cadence des retraits**, qui représente la portion que vous retirerez régulièrement de votre épargne une fois retraité. Des retraits trop élevés pourraient compromettre la durée de votre capital. La révision périodique des cibles de retraits s'avère donc indispensable. Il s'agit toutefois d'une opération complexe qui demande l'aide d'un spécialiste en la matière. Votre conseiller peut vous aider à y voir plus clair.

La **répartition de l'actif** n'est pas un risque en soi. On parle plutôt d'une mauvaise répartition de l'actif. Plutôt que de mettre tous vos œufs dans le même panier, une bonne stratégie de diversification de vos placements permet de réduire certains risques liés à ceux-ci : le risque associé aux fluctuations des marchés boursiers et celui de l'épuisement du capital. De cette façon, si le rendement d'un des placements choisis s'avérait plus faible que souhaité, ses répercussions sur votre portefeuille pourraient être amoindries.

### Alors, on fait un plan ?

Afin d'éviter d'être pris au piège par les cinq risques, mieux vaut préparer soigneusement un plan de retraite. Puisque votre situation et vos projets évoluent au fil du temps, votre plan devrait être revu régulièrement, en particulier lorsqu'un événement important se produit dans votre vie.

Votre conseiller est un allié de taille pour vous aider à mettre votre plan de retraite sur pied. Il dispose d'outils de planification spécialisés et peut vous présenter des solutions pour vivre une retraite à la hauteur de vos attentes. Bonne planification !

FAITS SAILLANTS

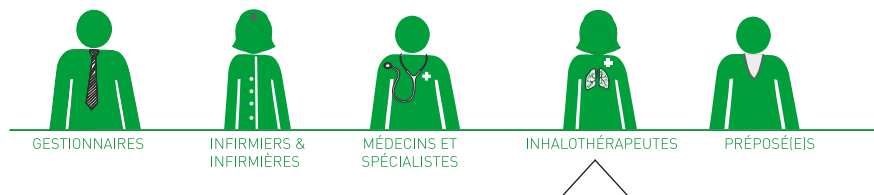
compétence

3

par **Nathalie Robitaille**, inh. et conseillère sénior et **Jérôme Ribesse**, directeur général et conseiller sénior, Synergie, Santé et Environnement.

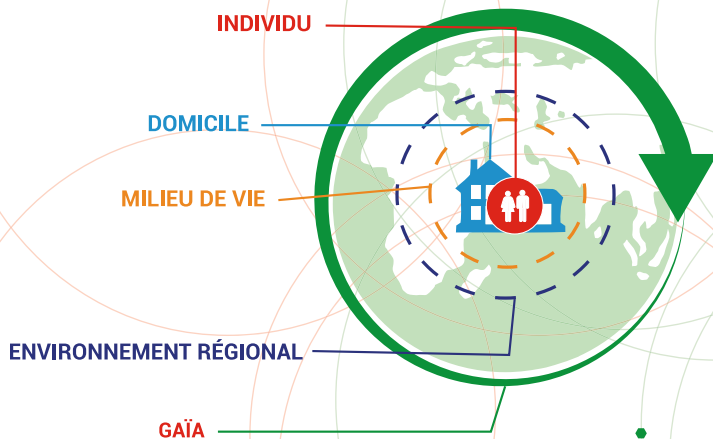
# SENSIBILISATION À LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Élargir et approfondir le champ de connaissances en santé environnementale et rétablir le lien entre la santé et l'environnement. Montrer pourquoi et comment les établissements de santé doivent promouvoir des environnements sains et favorables à la santé. Présenter des exemples de meilleures pratiques au Québec et ailleurs dans le monde. Initier une réflexion individuelle et collective sur la mise en œuvre de certaines actions.



Pour connaître l'avis des inhalothérapeutes sur la santé environnementale, [http://www.opiq.qc.ca/pdf/divers/Résultat\\_%20Sondage\\_Santé\\_Environnement.pdf](http://www.opiq.qc.ca/pdf/divers/Résultat_%20Sondage_Santé_Environnement.pdf)

## Une vision systémique



### Quelle est votre perception, votre compréhension du lien entre la santé humaine et l'environnement, autant dans votre vie personnelle que professionnelle?

Notre santé est certes influencée par des facteurs biologiques et génétiques mais l'environnement dans lequel nous vivons et avec lequel nous interagissons est tributaire de notre santé. Notre domicile et notre lieu de travail ; nos comportements et nos habitudes de vie ; nos conditions de vie et de travail ; nos réseaux sociaux ; nos conditions socio-économiques, culturelles et environnementales font partie de nos écosystèmes de vie.

Nous avons tendance à percevoir notre relation à l'environnement plutôt à sens unique, c'est-à-dire l'impact de ce dernier sur notre santé. **L'approche écosystémique de la santé propose plutôt d'aborder la relation santé-environnement dans une dynamique d'interrelations et de liens inextricables.**

Les populations humaines sont parties intégrantes des écosystèmes qui constituent leur milieu de vie et avec lesquels elles interagissent. Il est important de reconnaître que nous vivons en symbiose avec tous les écosystèmes.

**Adoptons une approche proactive!** Créons, favorisons et promouvons des environnements sains et favorables à la santé humaine.

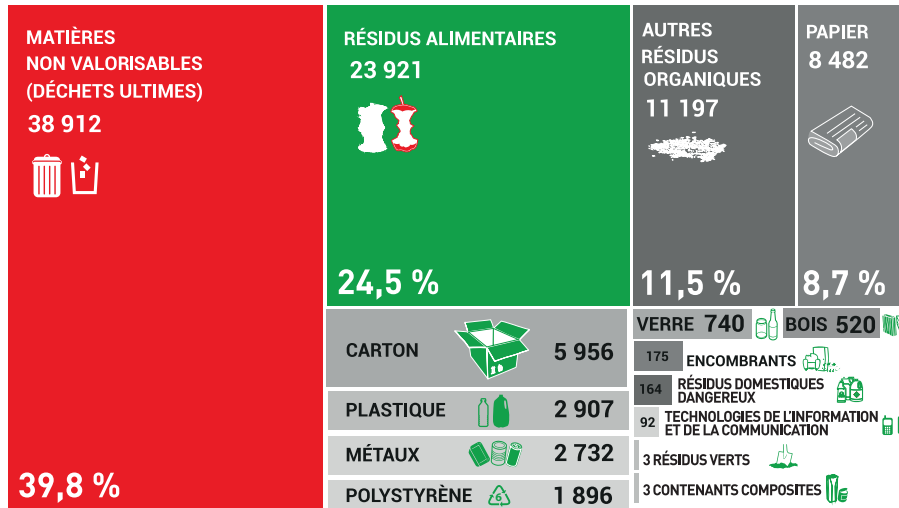
«La santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures».

**Organisation mondiale de la santé (OMS) - 1994**

«Pour approfondir la médecine, il faut d'abord considérer les saisons, connaître la qualité des eaux, des vents et des différents états du sol et du genre de vie.»

**Hippocrate, 5 siècles av. J.-C.**

## Gestion des matières résiduelles



Construction, rénovation, démolition (CRD) et textile: non disponible

Quantités générées annuellement (tonnes) par les établissements de santé au Québec.

Selon Recyc-Québec, les établissements de santé génèrent **19 types de matières résiduelles différentes, soit environ 97 000 tonnes par année.**

À ce poids, il faut ajouter environ 10 000 tonnes de déchets biomédicaux. Il est très important de bien identifier ce qui constitue des déchets biomédicaux car leur coût de traitement est environ 10 fois supérieur à celui de déchets solides classiques envoyés à l'enfouissement.

De manière générale, le papier, le carton et le bois, (dont les palettes), sont récupérés dans la plupart des établissements. **C'est au niveau du recyclage des plastiques, des métaux et du verre qu'il faut maintenant porter une attention particulière.** Il faut également mettre en place une stratégie pour le compostage car les avantages seraient multiples: diminution de l'émission de méthane, réduction des coûts de gestion des matières résiduelles, détournement de matières putrescibles des sites d'enfouissements, etc.

Le taux de mise en valeur des matières valorisables est de 11 % alors que l'objectif que s'est donné le Québec devrait atteindre 70 % en 2015.

Il existe des exemples de meilleures pratiques très inspirants, par exemple, le système de compostage mis en place au CSSS Maria-Chapelaine à Dolbeau-Mistassini (Phénix de l'environnement 2012, catégorie organismes à but non lucratif - Prix AQESSS 2011, coup de cœur du jury). Selon les estimations du CSSS, 25 % des matières résiduelles que ses activités génèrent annuellement sont des matières compostables. L'hôpital de Dolbeau est le seul certifié *ICI On Recycle* niveau 3, depuis octobre 2012.

Coût d'enfouissement d'une tonne de matières résiduelles = 130 \$  
 Coût de compostage d'une tonne de matières compostables = 100 \$

## Gestion de l'eau



Les Québécois sont de loin parmi les plus grands consommateurs d'eau au monde. Lorsqu'on s'intéresse à l'eau, on parle généralement de la quantité et du volume que nous utilisons, plus rarement de sa qualité.

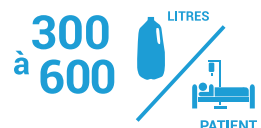
Une étude particulièrement intéressante a été menée par Environnement Canada et publiée en 2011. Cette étude visait à détecter des produits pharmaceutiques et de soins personnels dans le Saint-Laurent et ses tributaires. **Elle montre que sur 17 produits, 8 se retrouvent dans plus de la moitié des échantillons testés.**

Quelle est la contribution du réseau de la santé à cet état de fait? C'est une inconnue. À notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée sur les effluents du réseau, que ce soit au Québec ou ailleurs au Canada. Il y a cependant fort à parier que des quantités non négligeables de tels produits se retrouvent dans les eaux usées et non traitées qui quittent nos établissements. Une étude approfondie sur le sujet devient de plus en plus urgente. Agissons en amont et protégeons la qualité de notre eau!

Fréquence de détection des produits pharmaceutiques et de soins personnels (ppsp) et autres substances dans le fleuve Saint-Laurent et ses tributaires en 2006.

ÉCHANTILLONS CONTENANT DES PPSP	%	UTILISATION
BISPHÉNOL A	100	PLASTIFIANT
CHOLESTÉROL	97	GRAS DU FOIE
4-TERT-OXYLPHÉNOL	97	PRODUIT DE DÉGRADATION DES SURFACTANTS
NONYLPHÉNOL	95	SURFACTANT
COPROSTANOL-3-OL	85	DÉRIVÉ DU CHOLESTÉROL
CAFÉINE	84	STIMULANT
IBUPROFÈNE	63	ANTI-INFLAMMATOIRE/ANALGÉSIQUE
COPROSTANOL-3-ONE	51	DÉRIVÉ DU CHOLESTÉROL
TRICLOSAN	41	ANTIBACTÉRIEN/ANTIFONGIQUE
COPROSTANOL	39	DÉRIVÉ DU CHOLESTÉROL
ESTRADIOL-17B	18	THÉRAPIE HORMONALE
NAXOPRÈNE	16	ANTI-INFLAMMATOIRE/ANALGÉSIQUE
ESTRONE	13	ESTROGÈNE
ACIDE SALICYLIQUE	10	ANALGÉSIQUE
ESTRIOL	10	ESTROGÈNE
TESTOSTÉRONNE	5	THÉRAPIE HORMONALE
17A-ÉTHYNYLESTRADIOL	5	CONTRACEPTIF

Consommation d'eau hebdomadaire par patient dans le milieu de la santé aux États-Unis





## Substances chimiques

Au Canada, les substances chimiques sont séparées en deux grandes catégories : les substances existantes (substances qui existaient sur le marché canadien avant 1987) et les substances nouvelles (celles introduites au Canada après 1987). En vertu de la loi canadienne sur la protection de l'environnement (1999), les ministères de la Santé et de l'Environnement ont été dans l'obligation de faire le point sur les substances chimiques présentes sur le marché canadien. Avant 1987, ce sont 23 000 substances qui ont été fabriquées, importées ou utilisées au Canada. Elles ont été mises en marché sans jamais avoir été soumises à une évaluation des risques pour la santé et pour l'environnement. En 2006, une catégorisation de ces substances, basée sur des critères de toxicité intrinsèque, de persistance, de bioaccumulation et de risque potentiel d'exposition pour les humains, a permis d'identifier que 4300 substances nécessitaient un examen plus approfondi. L'évaluation de ces 4300 substances est en cours et se terminera en 2020. **Jusqu'à maintenant, 500 substances sont jugées préoccupantes et 200 hautement prioritaires.** Depuis 1987,

toutes les nouvelles substances commercialisées doivent être signalées avant leur importation ou leur fabrication afin que Santé Canada et Environnement Canada puissent déterminer leur toxicité réelle ou potentielle pour la santé humaine et pour l'environnement. **À ce jour, Santé Canada estime à 50 000 substances chimiques, soit 1000 nouvelles substances par année,** sur le marché canadien. Il existe une autre liste de substances, soit la liste des substances commercialisées qui sont réglementées aux termes de la loi sur les aliments et les drogues. Cette liste comprend environ 9000 substances présentes dans les produits pharmaceutiques, les médicaments vétérinaires, les produits biologiques et les thérapies génétiques, les cosmétiques, les instruments médicaux et les additifs alimentaires. Malheureusement, ces substances sont en attente d'un cadre de réglementation destiné à déterminer les risques pour l'environnement et les risques indirects pour la santé humaine. Le cadre d'évaluation étant moins rigide, cela reviendrait à dire que l'industrie s'auto-régule...

Le **Bisphéno A** ou **BPA** est un constituant des plastiques rigides en polycarbonate, le plastique n° 7. On en retrouve notamment dans des ustensiles de cuisine, les CD et DVD, dans les bouteilles pour refroidisseurs d'eau, dans les coupons de caisse, sur le revêtement intérieur des boîtes de conserve ainsi que dans les amalgames et les scellants dentaires.

Le **mercure** est encore utilisé dans des sphygmomanomètres, des cathéters Foley, des ampoules fluocompactes et des néons, des interrupteurs électriques et des amalgames dentaires.

Le **Triclosan** est utilisé comme agent antibactérien à large spectre dans des centaines de produits tels que des dentifrices, des savons antibactériens, des produits cosmétiques, des déodorants et des plastiques alimentaires. Il est parfois difficile à détecter car possède de nombreux noms de commerce, notamment *Microban*.

Les **composés perfluorés (PCF)** sont utilisés dans la fabrication de vêtements résistants aux tâches, de revêtement de sols, de sacs de popcorn, de poêles anti-adhésives. Des noms de commerce connus sont : *Teflon*, *Gore-Tex*, *Scotchgard*.

Les **phtalates** sont des plastifiants que l'on retrouve dans de nombreux produits de consommation tels que les cosmétiques et les produits en PVC (plastique n° 3), notamment les tubulures et les poches de solutés utilisés dans nos établissements. Recherchez la mention fragrance ou parfum dans la liste des ingrédients de vos cosmétiques, cela signifie qu'ils contiennent des phtalates.

Les **retardateurs de flammes bromés (PBDE)** sont utilisés dans le mobilier, les ordinateurs, les équipements électroniques médicaux, les matelas et de nombreux autres produits de consommation. Ils empêchent les produits de brûler. Le problème, c'est qu'ils se dégagent tout au long de la vie du produit, lors de la fabrication, lors de l'utilisation et lors de l'élimination.

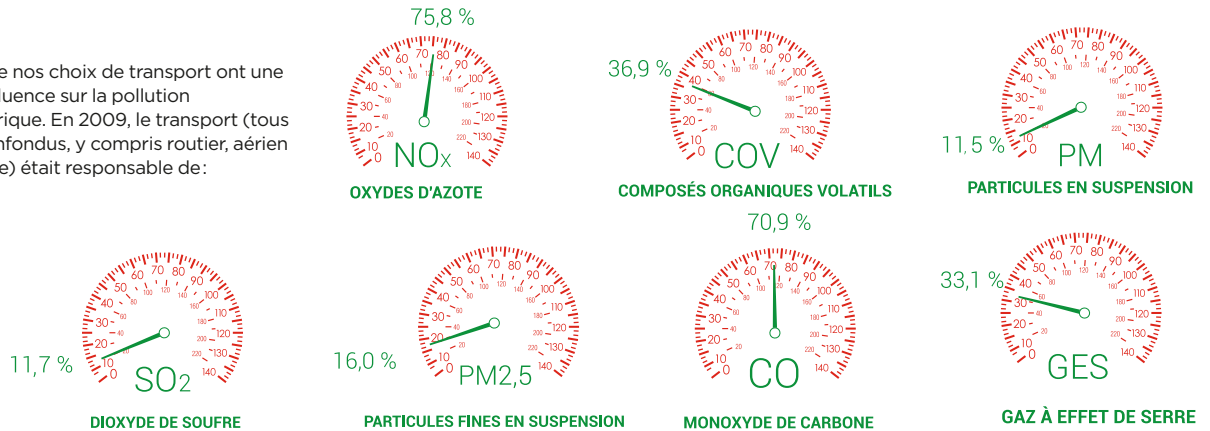
On suspecte plusieurs de ces substances d'être des perturbateurs endocriniens. Chez les rats et les souris exposés en laboratoire à de faibles doses de ces produits, on observe de l'hyperactivité, des troubles de comportement, une augmentation des cancers des glandes mammaires et de la prostate, une anomalie des ovaires et des anomalies génitales chez le mâle, de l'infertilité, de l'obésité, etc. Or, présentement chez l'humain, plusieurs études indiquent une augmentation marquée de l'hyperactivité et des troubles d'attention, des troubles d'apprentissage et de comportement chez les enfants, de l'obésité et du diabète

(augmentation de la résistance à l'insuline, dont le Bisphéno A serait responsable), des troubles cardiovasculaires, de l'infertilité (diminution de 50 % de la quantité des spermatozoïdes en 50 ans), des troubles de reproduction et des malformations génitales, une augmentation du taux d'asthme, du cancer des testicules, de la prostate et du sein, des problèmes thyroïdiens ainsi qu'une puberté de plus en plus précoce... **L'embryon, le fœtus et l'enfant sont particulièrement vulnérables aux expositions à ces substances.**

## Transports



On sait que nos choix de transport ont une grande influence sur la pollution atmosphérique. En 2009, le transport (tous modes confondus, y compris routier, aérien et maritime) était responsable de :



Une étude menée en Ontario en 2005 montre que le transport est responsable annuellement de :



Exemples de meilleures pratiques



**La navette du CHUM :**  
2 départs par site aux 20 minutes  
1500 passagers par jour

HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

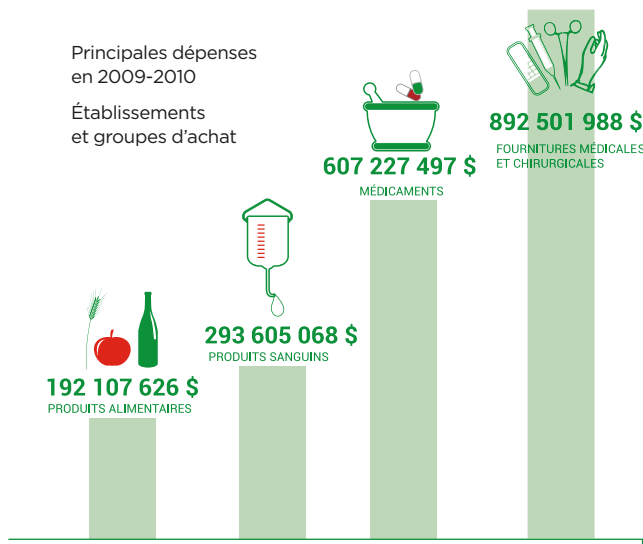
**Déplacements domicile-travail :**  
Enclos sécurisé à 15\$/mois (50 utilisateurs)  
260 places de stationnement gratuites pour vélos  
40 équipes de covoitureurs

## Approvisionnement



Principales dépenses en 2009-2010

Établissements et groupes d'achat



Les achats du réseau de la santé représentent presque 4 milliards de \$ pour toute une série de services et environ 40 000 produits différents.

Notre exemple de meilleures pratiques en approvisionnement vient des États-Unis, plus précisément de *Kaiser Permanente*, l'établissement de santé qui semble le plus actif en matière d'approvisionnements responsables en Amérique du Nord.

À la fois assurance et organisateur de soins, *Kaiser Permanente* dessert environ 9 millions de personnes. Produits d'usage courant dans nos établissements, les gants peuvent être en latex (mais allergènes), en vinyle (non allergènes, peu coûteux mais contenant des phtalates) ou dans d'autres matières telles que le nitrile.

Pour les 20 millions de gants utilisés annuellement, *Kaiser Permanente* a opté pour du nitrile, une alternative plus saine, **éliminant par la même occasion 40 tonnes de phtalates** contenues dans les gants en vinyle utilisés auparavant.

En optant pour des cathéters de dialyse sans PVC et sans DEHP (un phtalate), *Kaiser Permanente* a **dégagé des économies de 43 %**. Dans le cas des bracelets d'identification sans PVC et sans DEHP, ils ont **éliminé 61 000 pieds carrés de PVC par année et dégagé des économies de 1,6 %**. Enfin, ils ont opté pour des lotions et des savons sans Triclosan sans que cela ne leur coûte plus cher.

## Alimentation



**60 %**

Près de 60 % des patients hospitalisés vivent une détérioration de leur état nutritionnel pendant leur séjour. Les signes sont multiples : perte de poids, système immunitaire affaibli, augmentation des complications postopératoires...

**577 477**

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec évaluait déjà en 1996, que 577 477 journées d'hospitalisation pourraient être épargnées au système de santé si la malnutrition était diagnostiquée plus rapidement dans les centres hospitaliers de courte durée.

**14 000**

Le nombre de personnes âgées qui meurent chaque année au Québec, suite à des conséquences directes de la sous-alimentation lié au « manger mou » (OPDQ).

**25 à 40 %**

Des patients hospitalisés souffrent de malnutrition.

**Kilométrage alimentaire** — Selon le *WorldWatch Institute*, prendre un fermier de famille ou acheter des produits locaux permet de réduire la distance parcourue par les aliments et donc, de réduire les émissions de gaz à effet de serre qui contribuent aux changements climatiques.



Moyenne de kilomètres parcourus pour des aliments issus de l'agriculture locale.



Moyenne de kilomètres parcourus pour les aliments d'un panier d'épicerie « standard ».



Dans les établissements de santé

**25 À 45% DE L'ENSEMBLE DES ALIMENTS ACHETÉS SONT JETÉS !**

Des légumes plus résistants sont choisis pour parcourir de grandes distances ; on a donc sélectionné les aliments qui résistaient le mieux au transport au détriment de leur apport nutritif.



**61 % MOINS DE CALCIUM QUE DANS LES ANNÉES 1950**

IMPACT ENVIRONNEMENTAL

IMPACT ÉCONOMIQUE


IMPACT SANTÉ

**1 \$ INVESTI DANS LES SERVICES ALIMENTAIRES = 5 \$ ÉCONOMISÉS EN SOINS GÉNÉRAUX !**

## Construction, rénovation et efficacité énergétique



En matière de certification des bâtiments, la plus connue dans le milieu de la santé au Québec est certainement Boma BESt. Ce programme s'intéresse aux opérations d'un bâtiment, qu'il soit neuf ou existant depuis de nombreuses années, il passe en revue 6 critères : énergie, eau, déchets, émissions et effluents, environnement intérieur et gestion environnementale et présente 4 niveaux de performance. En date du 20 avril 2012, **12 bâtiments de santé québécois étaient certifiés, dont 4 de niveau 3 et 1 de niveau 4.** Mentionnons que seuls des bâtiments de santé québécois ont atteint les niveaux 3 et 4.

Autre certification de bâtiments de plus en plus connue : LEED s'intéresse aussi aux opérations mais plus spécifiquement au design et à la construction. Les thématiques abordées sont : aménagement écologique des sites, gestion efficace de l'eau, énergie et atmosphère, matériaux et ressources et qualité des environnements intérieurs. LEED s'intéresse autant aux bâtiments neufs qu'aux bâtiments rénovés. Mentionnons qu'un LEED spécial santé existe depuis peu et qu'il a été développé avec l'appui d'une bonne centaine d'établissements nord-américains. Au Québec, 15 projets de construction sont inscrits auprès de LEED, plusieurs d'entre eux, tels que le centre de cancérologie de Laval ou le CLSC de Rosemont, attendent leur certification. 



Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière

Seul bâtiment de santé québécois certifié LEED, l'unité de médecine familiale de Joliette du CSSS du Nord-de-Lanaudière.

**COÛT DU PROJET  
1 543 \$/M<sup>2</sup>**

5,4 % PLUS CHER QU'UN BÂTIMENT TRADITIONNEL

RETOUR SUR INVESTISSEMENT EN 6,2 ANS !



**GESTION EFFICACE DE L'EAU**  
RÉDUCTION DE 34,98 % SOIT PRÈS DE  
**172 000 LITRES /AN**



**MATÉRIAUX ET RESSOURCES**  
RÉDUCTION DE 26,7 %  
DES COÛTS ÉNERGÉTIQUES



**Nos valeurs**  
L'Ordre professionnel  
des inhalothérapeutes du Québec  
veut être reconnu pour

**Son leadership...**  
... Parce que la santé cardiorespiratoire  
nous tient à cœur et que nous croyons  
que tous ensemble nous pouvons  
atteindre l'excellence.

## Thème et date de tombée

- **Grands brûlés** 15 janvier 2013

## Calendrier des événements

Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, du 15 au 21 janvier 2012

Mercredi sans fumée, 23 janvier 2013

Salon Emploi de la Santé et des services sociaux, 10 et 11 avril 2013,  
Palais des congrès de Montréal

Congrès canadien sur la santé respiratoire, du 11 au 13 avril 2013,  
Centre des congrès, Québec

Jour de la terre, 22 avril 2013

Journée de l'inhalothérapie pédiatrique, CHU Sainte-Justine, 4 mai 2013

Journée de l'inhalothérapeute, 19 mai 2013

La mise à jour de McGill en anesthésie pour inhalothérapeutes,  
cours dédié à la mémoire du Dr Richard Wabah, samedi 25 mai 2013

Congrès éducatif et salon professionnel 2013 de la Société canadienne des  
thérapeutes respiratoires, 30 mai au 1<sup>er</sup> juin 2013, au Sheraton on the Falls,  
Niagara Falls (Ont.)

Journée mondiale sans tabac, 31 mai 2013

40<sup>e</sup> édition du congrès annuel des inhalothérapeutes du Québec,  
les 4 et 5 octobre 2013 au Fairmont Reine Elizabeth à Montréal

Semaine de l'inhalothérapeute du 6 au 12 octobre 2013

Semaine des thérapeutes respiratoires du 27 octobre au 2 novembre 2013

## Les gagnants du congrès 2012

- **Suzie Laflamme** (08101) et **Simon Leclerc** (10093),  
inhalothérapeutes au Centre hospitalier universitaire de  
Sherbrooke qui sont les champions des Olympiades de l'intubation  
CAREstream 2012 et se méritent chacun une inscription au  
congrès 2013.
- **Guillaume Petit** (04078) et **Cynthia Pilon** (09068),  
inhalothérapeutes au CSSS Vallée-de-l'Or, Hôpital de Val-d'Or,  
finalistes des Olympiades, se méritent chacun un saturomètre  
digital *Nonin* offert par CAREstream.
- **Sophie Gauthier** (09049) et **Caroline Garneau** (03081)  
gagnantes du prix des exposants 2012.
- **Nathalie Blackburn** a gagné le forfait spa au *Scandinave Spa* de  
Mont-Tremblant offert par *Synergie Santé Environnement* pour  
avoir répondu au sondage effectué par l'*Ordonnée*.

## Salon national de l'**EDUCATION**



## Remerciements

### Salon national de l'éducation 2012

La 17<sup>e</sup> édition s'est tenue du 14 au 16 octobre dernier, à la Place Bonaventure. Après deux ans d'absence, l'OPIQ, à l'invitation du ministère de la Santé et des Services sociaux, y tenait un kiosque dans l'Avenue des professions. Cette année, le mandat de conception et d'animation du kiosque est revenu au comité de la relève qui a fait un travail fantastique ! Durant trois jours, ils ont rencontré les étudiants de 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, et 5<sup>e</sup> année de secondaire pendant la journée, puis une clientèle adulte présente plutôt en soirée.

Le Salon national de l'éducation permet à des milliers de jeunes et d'adultes de poursuivre leurs études, de choisir une carrière à la hauteur de leurs aspirations pour ensuite se trouver un emploi qui leur permettra de mettre leur talent à profit, de réaliser leur plein potentiel et de s'épanouir dans leur vie professionnelle. En 2012, ce sont 22 300 visiteurs qui ont franchi les portes du Salon national de l'éducation à Montréal.

L'OPIQ tient à souligner l'implication d'Emilie Blair, Isabelle Fleury, François Philibert-Dubois et Fatima Zohra Messaoudi, membres du comité de la relève, et Marie-Noël Dorais, inh., Ivona Sosic, apparitrice technique Cégep de Rosemont et Marie Andrée Cova, secrétaire à l'inspection, qui ont donné quelques heures de leur temps. Nous les remercions chaleureusement pour leur dynamisme et leur enthousiasme.

Un merci tout particulier à Isabelle Clermont, inh., et au Cégep de Rosemont, à Alain Jacob de CAREstream, au département d'inhalothérapie de l'Hôpital Sacré-Cœur pour le prêt de matériel.

## Erratum

Une erreur s'est malencontreusement glissée dans l'édition d'octobre de la revue *l'inhalo*. En page 25, la référence mentionnée dans la première phrase aurait dû être 19. Il en est de même pour le tableau O1 de la page 27. La version corrigée a été déposée dans les archives sur le site Internet de l'OPIQ.



## Formation continue

Surveillez les annonces courrielles du *Campus OPIQ* et le bulletin mensuel *l'Ordonnée* pour connaître la date de mise en ligne de toutes les activités de formation. De même, visitez régulièrement le calendrier des événements pour en savoir davantage sur les activités de formation externes à l'OPIQ qui se tiendront prochainement.

## Info-Internet

Le **Carrefour virtuel de jeux éducatifs** a pour but d'outiller les enseignants et les formateurs provenant du milieu d'enseignement, des entreprises et des organismes communautaires ou à but non lucratif pour qu'ils développent des jeux éducatifs sur l'infirmité et les utilisent auprès de leur clientèle à partir de coquilles génériques informatisées de jeux-cadres. Plus spécifiquement, le Carrefour vise :

- à mettre en place des outils inédits (jeux-cadres informatisés) pour transmettre le savoir et les connaissances à l'aide de l'infirmité ;
- à outiller les enseignants de tous niveaux et les formateurs de moyens d'apprentissage motivants, efficaces et adaptés à leurs besoins d'enseignement ou de formation ;
- à créer un répertoire de jeux pédagogiques francophones accessibles aux apprenants et à tout enseignant et formateur qui veut diversifier ses moyens d'enseignement dans sa classe ou à distance.

Pour y jouer, on doit s'inscrire, tous les détails au [http://www.savie.qc.ca/CarrefourJeux2/Accueil\\_content.asp](http://www.savie.qc.ca/CarrefourJeux2/Accueil_content.asp). Allez voir le jeu *Asthme 1. 2. 3... Respirez!*



## Société canadienne de thoracologie

Recommandations sur le diagnostic et la prise en charge de l'asthme des enfants d'âge préscolaire, des enfants et des adultes. Mise à jour de 2012.

Pour télécharger le document :

<http://www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/2012-sct-depliant-asthme>



## Réseau Québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM) — Nouveauté

La mise à jour du *Programme Mieux vivre avec une MPOC* : un tout nouveau site interactif

Toujours avec une section « grand public » et une section « Professionnels de la santé » présentant un tout nouveau module et son guide d'utilisation pour le professionnel de la santé : **Intégrer l'oxygénothérapie de longue durée dans votre vie.**

On obtient les mots de passe pour l'accès à ces deux sections en s'adressant au RQAM : [info@rqam.ca](mailto:info@rqam.ca)

Le développement d'une formation en activité physique et en réadaptation respiratoire à l'intention des intervenants de première ligne est en cours. Cette formation permettra de promouvoir, d'initier et de maintenir à long terme l'activité physique chez les personnes atteintes de MPOC.

Finalement, des travaux sont en cours pour l'année 2013 afin de produire un module et un guide sur la nutrition et la MPOC.

Surveillez le babillard pour ne rien manquer !

## Les inhalos se démarquent



Francine LeHoullier en pleine prestation !

En novembre dernier, au Centre des congrès de Québec, M<sup>me</sup> Francine LeHoullier, inhalothérapeute au bloc opératoire du Centre hospitalier universitaire de Laval (CHUL) s'est démarquée d'une manière exceptionnelle lors du gala *Quelques pas de plus pour elles*. On la connaissait déjà comme une « femme de cœur » par son implication en tant qu'institutrice en RCR-DEA de la FMCQ depuis plus de 25 ans. Au cours des dernières années, elle a été la source d'inspiration du *Relais pour Elles*, activité à laquelle plusieurs inhalothérapeutes participent activement et généreusement !

Le 2 novembre 2012, en compagnie de personnalités connues et entourée de danseurs professionnels, Francine a fait une prestation de danse tout à fait extraordinaire ! Comme dit l'expression : « un plaisir pour les yeux ! ». Sa détermination dans la vie et son vibrant témoignage à la fin du gala ont touché profondément tous les invités. On dira d'elle maintenant qu'elle est une « femme de grand cœur » !

## Son geste héroïque est récompensé



Plusieurs personnes ont été honorées par l'organisme Ambulance St-Jean. Madame Denise Roy est la première à gauche.

Vous souvenez-vous, sur le babillard de l'édition de juillet dernier, nous mentionnions que grâce à son intervention et à l'initiation rapide de la réanimation cardiorespiratoire, notre collègue Denise Roy, inhalothérapeute au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, avait contribué à sauver la vie d'un homme ? Eh bien, le 13 octobre dernier, Madame Roy s'est vue décerner la médaille de reconnaissance de l'Ordre St-Jean remise par le lieutenant-gouverneur monsieur Pierre Duchesne.

## Félicitations à vous deux !



# QUESTIONNAIRE DÉTACHABLE

La section du bas devra nous être retournée avec un chèque de 10 \$ émis à l'OPIQ pour l'obtention d'une heure de formation continue qui sera inscrite à votre dossier. Veuillez noter que vous devez obtenir une note de 90 % pour la reconnaissance de cette heure de formation.

Questions relatives au texte *Les défis des relations interculturelles* (pages 8-13).

- 01 VRAI ou FAUX**  
La menace identitaire et l'angoisse de discrimination peuvent relever d'une menace à l'intégrité, à l'estime de soi ou d'un besoin insatisfait.
- 02**  
Il n'y a pas d'écart entre les valeurs de la société québécoise et celles des immigrants.
- 03**  
Lesquelles parmi les barrières interculturelles suivantes peuvent déclencher, à tort ou à raison, une perception de discrimination ?  
1. Stéréotypes  
2. Préjugés  
3. Codes de la société d'accueil  
4. Méconnaissance de la langue  
5. Écart entre la réalité et les attentes des immigrants  
a. 1 et 2  
b. 1, 3, et 4  
c. 1, 2 et 4  
d. 4 et 5  
e. 1, 2, 3, 4 et 5
- 04**  
Notre culture glorifie la productivité et la tendance individualiste.
- 05**  
La communication ne sert à rien en cas de conflit qui engendre de l'angoisse et, par ricochet, de l'agressivité.

Questions relatives au texte *Sensibilisation à la santé environnementale* (pages 31-35)

- 06**  
Lesquelles, parmi les perturbations endocriniennes suivantes, peuvent être causées par les substances chimiques telles que les phtalates, le Bisphénol A, le Triclosan ?  
1. L'infertilité  
2. Le diabète  
3. Le nanisme  
4. Les troubles de l'attention et l'hyperactivité  
5. La sclérose en plaques  
a. 1 et 2  
b. 1, 3, et 4  
c. 1, 2 et 4  
d. 4 et 5  
e. 1, 2, 3, 4 et 5
- 07**  
Parmi les suivants, quels sont les critères évalués lors de la certification Boma BEST de bâtiments neufs ou existants ?  
1. Déchets  
2. Alimentation  
3. Eau  
4. Énergie  
5. Approvisionnement  
a. 1 et 2  
b. 1, 3, et 4  
c. 1, 2 et 4  
d. 4 et 5  
e. 1, 2, 3, 4 et 5

- 08**  
Le système d'épuration des eaux usées ayant ses limites, il est important d'agir en amont et éviter de rejeter des substances chimiques dans l'eau. Selon une étude faite en 2006, quelle (s) substance (s) se retrouve (nt) dans les analyses d'échantillons d'eau provenant du fleuve Saint-Laurent ?  
a. Triclosan  
b. Estrone  
c. Bisphénol A  
d. Ibuprofène  
e. Toutes ces réponses

- 09 VRAI ou FAUX**  
Les oxydes d'azote sont les composants le plus souvent retrouvés (en plus grand pourcentage) dans la pollution atmosphérique.
- 10**  
Les coûts de traitement des déchets biomédicaux sont les mêmes que ceux générés par les déchets solides classiques.

coupon détachable

Détachez et postez à l'adresse ci-dessous avant le 1<sup>er</sup> mars 2013

Nom :

Prénom :

N° de membre :

Adresse :

Signature :

Retournez cette section avec votre paiement par la poste à :

Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec  
1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 721  
Montréal (Québec) H3G 1R8

réponses:

- 1 VRAI  FAUX   
2 VRAI  FAUX   
3 a.  b.  c.  d.  e.   
4 VRAI  FAUX   
5 VRAI  FAUX   
6 a.  b.  c.  d.  e.   
7 a.  b.  c.  d.  e.   
8 a.  b.  c.  d.  e.   
9 VRAI  FAUX   
10 VRAI  FAUX

Questions relatives aux textes *Les défis des relations interculturelles* (pages 8-13), et *Sensibilisation à la santé environnementale* (pages 31-35).



**Bienvenue  
en  
famille!**



Nous vous présentons la ligne de ventilateurs  
d' **HAMILTON MEDICAL**.  
Solutions de ventilations intelligentes  
des SI jusqu'à l'IRM



T. 1.800.667.6276  
E. info@bomimed.com

[www.bomimed.com](http://www.bomimed.com)

**Ventilation  Intelligente**

*S'il vous plaît, notez que les produits peuvent pas être disponible dans toutes les régions.  
Nous nous réservons le droit de modifier les spécifications sans préavis.*

# VOTRE PROFESSION, NOTRE MÉTIER

Adhérez au programme financier<sup>1</sup> pour inhalothérapeutes  
et profitez d'avantages dont vous n'avez même pas idée.

Passez nous voir et vous verrez.

*[banquedelasante.ca](http://banquedelasante.ca)*

Fière partenaire



<sup>1</sup> Certaines conditions s'appliquent. Le programme est un avantage conféré aux détenteurs de la carte de crédit Platine MasterCard de la Banque Nationale et s'adresse aux inhalothérapeutes qui sont citoyens canadiens ou résidents permanents du Canada. Vous devez fournir une preuve de votre statut au moment de l'adhésion.