



l'inhalo

juillet 2015

DOSSIER

PROMOUVOIR LA SANTÉ ET PRÉVENIR LA MALADIE...

l'affaire de **tous** les professionnels de la santé!

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

vendredi 6 novembre 2015 à 8 h

 **opiq**
Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec

volume numéro

32.2

Nouveau de Masimo

Root® avec Capnographie



ISA™ se connecte à l'aide
des ports Masimo Open
Connect™ (MOC-9™)



Nomoline™

(pas d'humidité dans les tubulures)
Réduction des coûts grâce
à plus d'utilisation et la
compatibilité avec les
canules génériques

Pour en apprendre plus, veuillez visiter
www.masimo.com/capnography/isa-capnography.htm

© 2015 Masimo. All rights reserved. Pour un usage professionnel. Voir le mode d'emploi pour obtenir des informations de prescription complètes, dont des indications, contre-indications, avertissements, précautions et événements indésirables.



888-336-0043



30 ans, un événement digne de mention!

En cette période de l'année où, après un dur hiver de froid polaire, nous avons l'impression de renaître de nos cendres, un éditorial plus ludique et festif s'impose.

On murmure entre les branches que l'automne sera chaud... C'est une évidence... puisque l'OPIQ fêtera ses 30 ans d'appartenance au système professionnel québécois!

La «véritable» date anniversaire était en décembre 2014. Mais l'an dernier, afin d'accorder à cet événement toute l'attention méritée, nous avons plutôt préféré célébrer les 50 ans de la profession de concert avec nos collègues canadiens à la faveur du congrès annuel de la SCTR. Et, bien honnêtement, avouons-le, nous désirions souligner les 30 ans de l'Ordre entre nous et avec vous! Et, bien sûr, avec quelques précieux partenaires qui, au fil des dernières décennies, ont contribué au développement de notre organisation et de notre profession.

Au Québec, être membre d'un ordre professionnel confère une crédibilité indéniable et plusieurs professionnels et travailleurs souhaiteraient obtenir la possibilité d'y adhérer. Pensez aux enseignants et aux ambulanciers, pour ne nommer que ceux-là. Nous pouvons donc être fiers des professionnels que nous sommes! La profession a tellement évolué au cours des dernières années en matière d'autonomie et de responsabilité professionnelle. Nous avons certes un devoir de satisfaire et de répondre aux attentes de nos collègues du réseau

de la santé et des services sociaux, mais celles de nos patients auront toujours la primauté.

Célébrer cette occasion permet de se réunir, de se féliciter et de se dire collectivement MERCI!

Merci pour les efforts consacrés à l'amélioration des soins des personnes atteintes de maladies cardiorespiratoires.

Merci d'être des professionnels collaboratifs.

Merci de braver vents et marées pour offrir des soins sécuritaires et de qualité.

Je sais que l'automne sera chaud pour plusieurs, mais je vous invite en grand nombre au congrès annuel pour souligner avec nous ces 30 années de reconnaissance professionnelle.

D'ici là, je vous souhaite un bel été!



Josée Prud'Homme
Directrice générale et Secrétaire



Éditorial	3
Avant-propos	4
Mot du président	6
Dossier	
Promouvoir la santé et prévenir la maladie... l'affaire de tous les professionnels de la santé!	
La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé: la santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà	8
Quand promotion et prévention riment avec santé!	16
Passe-moi le dico S.V.P.	24
La salutogenèse: un terme pas aussi inusité qu'il paraît	30

Élections 2015	31
Finances	32
Chronique: déontologie	34
Entrecroisé	43
Des livres et vous	44
Inspection professionnelle	44
Babillard	45





AVANT-PROPOS

« L'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités sont comprises dans le champ d'exercice du membre d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles¹ ». Ainsi exprimé, l'on conçoit bien que l'inhalothérapeute constitue un acteur clé en matière de promotion de la santé et de prévention de la maladie — au même titre que tout autre professionnel de la santé.

Souhaitant souligner le rôle déterminant de l'inhalothérapeute clinicien dans la promotion de la santé cardiorespiratoire et la prévention de la maladie cardiorespiratoire auprès de toute population, nous vous proposons une série d'articles qui aborde, chacun à leur façon, le thème choisi pour cette édition.

Parce qu'il vaut mieux prévenir que guérir, suivant une approche préventive et éducative, vous y trouverez également le premier volet de deux articles sur les conflits d'intérêts, signés par M^{re} Magali Cournoyer-Proulx, en collaboration avec monsieur Bernard Cadieux, syndic.

30 ans de reconnaissance, 50 ans d'inspiration

C'est le thème de la 41^e édition du congrès annuel qui aura lieu cet automne, les 6 et 7 novembre, au Fairmont Le Château Frontenac. Une nouveauté pour cette année anniversaire où nous soulignons les 30 ans de notre adhésion au système professionnel : nous lançons un site Internet entièrement dédié au congrès www.congresopiq.org. Convivial, ergonomique, complet et mis à jour régulièrement, il permettra une communication accrue avec les congressistes et les partenaires. Vous y trouverez toute l'information concernant le programme, l'inscription, l'hébergement, etc. Les inscriptions commencent le 14 juillet !

Sur ce, je vous souhaite un été à la fois reposant et énergisant, question d'être prêts pour le tumulte inévitable de la rentrée.

Line Prévost inh.

Line Prévost, inh., réd. a.
Coordonnatrice aux communications



¹ Art. 39.4, *Code des professions*, 2002, RLRQ, chapitre 33., art. 4. Cité dans le *Guide d'application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, OPIQ, avril 2006, p. 6.

VERSION INTERACTIVE

Repérez ces icônes qui indiquent des liens



courriel



texte hyperlié



page hyperliée



l'inhalo

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

Président

Jocelyn Vachon, inh., DESS en enseignement collégial

Administrateurs

Isabelle Alain, inh., Josée Boudreault, inh., Geneviève Chevrier, inh., Roselyne Héto, inh., Francine LeHouillier, inh., Nathalie Lehoux, inh., Karine Pellerin, inh., Annie Quenneville, inh., B.Sc., Julie Roy, inh., France St-Jean, inh., Isabelle Truchon, 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)

Président

Jocelyn Vachon, inh., DESS en enseignement collégial

1^{re} vice-présidente

Francine LeHouillier, inh.

2^e vice-présidente

Isabelle Truchon, inh.

Trésorière

Annie Quenneville, inh., B. Sc.

Administrateur nommé par l'Office des professions

Louise Lafrenière

PERMANENCE

Directrice générale et Secrétaire

Josée Prud'Homme, Adm. A., M. A. P.

Adjointe à la direction générale

M^{re} Andrée Lacoursière, DESS droit et politiques de la santé

Coordonnatrice à l'inspection professionnelle

Sandra Di Palma, inh.

Coordonnatrice aux communications

Line Prévost, inh., réd. a.

Coordonnatrice au développement professionnel

Marise Tétreault, inh., M.A.

Coordonnatrice aux technologies de l'information

Francine Beaudoin

Chargée de projet

Élaine Paré, inh., Ph. D. en pédagogie

Secrétaire de direction

Clémence Carpentier

Secrétaire à l'inspection professionnelle

Marie Andrée Cova

Secrétaire à l'accueil et services aux membres

Lise Lafrance

Syndic

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

COMMUNICATIONS

Responsable

Line Prévost, inh., réd. a.

Collaborateurs

Bernard Cadieux, inh., M. Sc., M.A.P., M^{re} Magali Cournoyer-Proulx, Sandra Di Palma, inh., M^{re} Andrée Lacoursière, Élane Paré, inh., Ph. D., Marise Tétreault, inh., M.A.

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2015

Tous droits de reproduction réservés.

Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.

Bibliothèque et Archives Canada

ISSN 2368-3112

Conception graphique, réalisation, révision, correction et traduction

Fusion Communications & Design inc.

Photos des membres de l'OPIQ

Manon Prud'Homme, Photo Gariépy

Publicité

CPS Média

Jean-Philippe Thibault, conseiller publicitaire

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

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

Courriel: jpthibault@cpsmedia.ca

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.

**Le soutien dont vous
et vos patients avez besoin**



Qualité • Fiabilité • Sûreté • Constance

Renseignez-vous sur notre gamme de produits d'anesthésie générale jetables, qui sont le fruit des activités de recherche et développement de Cardinal Health.

- Masques d'anesthésie
- Circuits respiratoires standards
- Circuits respiratoires personnalisables
- Accessoires pour circuits

**Pour de plus amples renseignements,
communiquez avec :**

Elisa Bisante

Spécialiste des ventes, Produits respiratoires consommables

Elisa.bisante@cardinalhealth.ca

Tél. : 514.241.3146


CardinalHealth
Essentiel aux soins de santé™

cardinalhealth.ca



MOT DU PRÉSIDENT

Échos de Calgary

La Société canadienne des thérapeutes respiratoires tenait les 21, 22 et 23 mai dernier à Calgary, la 51^e édition de son congrès annuel. Ce fut un événement fort agréable. Je tiens à souligner la performance de l'ensemble des conférenciers du volet scientifique francophone. Par la maîtrise et la diversité des sujets traités, ils n'ont pas qu'intéressé l'auditoire attentif, ils ont aussi démontré que l'expertise québécoise se démarque et qu'elle est reconnue. Certes, la pratique professionnelle des inhalothérapeutes québécois diffère un peu de celle de nos homologues canadiens, mais partout, le souci de la qualité des soins guide chaque geste posé. Ainsi, bien que l'on qualifie le Québec de « société distincte », nous, inhalothérapeutes et thérapeutes respiratoires, travaillons ensemble à des objectifs communs !

Dans le même ordre d'idées, Michael MacArthur et Marco Zaccagnini, inhalothérapeutes du Québec, ont remporté le Sputum Cup des Olympiades de l'intubation pour la 2^e année consécutive ; une première. Nous pouvons être fiers de nos représentants. Bravo à tous !

En marge des différentes activités de formation continue destinées aux inhalothérapeutes se tenaient des réunions de l'Alliance nationale des organismes de réglementation de la thérapie respiratoire (ANORTR). Les échanges enrichissants avec nos homologues ont confirmé encore ici, et sur bien des aspects, que nous ne formons pas une société si distincte. En effet, nous avons les mêmes préoccupations à l'égard de la protection du public ; cela alimente nos réflexions et oriente nos décisions.

De plus, des représentants québécois ont été invités à travailler avec l'ensemble des représentants canadiens à un nouveau référentiel de compétences en thérapie respiratoire, lors d'un atelier de validation de ce nouveau cadre de référence. Une table de travail francophone a donc participé à la révision de certaines compétences du référentiel, émettant des commentaires et formulant des suggestions, au demeurant fort appréciés et considérés par les responsables du projet. À cet effet, un sondage pancanadien sera mené auprès des inhalothérapeutes à l'automne pour entériner le contenu de ce document. Je vous invite à y répondre en grand nombre pour donner voix au Québec dans ce projet. Il importe de faire valoir notre expertise dans certains secteurs d'activité — en assistance anesthésique notamment. Je compte sur vous.

Nous avons aussi discuté du niveau de formation nécessaire afin que les compétences requises soient acquises et intégrées par un inhalothérapeute à l'entrée dans la pratique. Tous les organismes canadiens de réglementation s'entendent sur le rehaussement de la formation initiale pour que les finissants assument pleinement leur rôle dans la prise en charge des patients confiés à leurs soins. L'ANORTR effectue donc des démarches afin de rehausser au niveau universitaire l'entrée dans la pratique. Il s'agit d'un dossier sur lequel l'OPIQ s'active depuis fort longtemps. Je joindrai d'ailleurs le comité de travail, à leur demande. Travaillant ainsi de concert, j'ai bon espoir que nous réaliserons ce projet.

Tout au long du congrès, j'ai rencontré des inhalothérapeutes qui se distinguaient dans leur milieu de travail respectif, par l'expertise et la passion démontrées. Comme individu et comme collectivité, nous sommes responsables de l'avancement et du développement de notre profession. Pour paraphraser la directrice générale *the sky has no limit* !

Je termine en remerciant les inhalothérapeutes qui ont posé leur candidature aux postes d'administrateurs et à tous les membres qui ont voté lors des élections pour les régions de Montréal et Sherbrooke. Merci d'avoir pris quelques minutes de votre temps pour élire votre représentant au sein du Conseil d'administration de l'OPIQ. Je remercie aussi les électeurs de la région de Montréal, de m'accorder un deuxième mandat, me permettant de poursuivre mon implication au sein de l'Ordre. J'en profite pour féliciter au passage les autres membres élus ou réélus.

Sur ce, je vous souhaite un bel été !

Jocelyn Vachon, inh., DESS en enseignement collégial

Président



AstraZeneca	12, 19, 21
Banque Nationale	33
Cardinal Health Canada	5
CAREstream	27
La Capitale assurances générales	23





A WORD FROM THE PRESIDENT

Echoes from Calgary



The Canadian Society of Respiratory Therapists held its 51st annual convention from May 21 to 23, 2015. It was quite an enjoyable event. I would like to highlight the performance of all the speakers who took part in the francophone scientific section. By the mastery and variety of the subjects covered, they not only captivated the audience, they also demonstrated that Québec's expertise distinguishes itself and is recognized. Indeed, the professional practice of Québec's respiratory therapists differs slightly from our Canadian counterparts, but everywhere, each action is guided by a shared concern about the quality of care that is provided. So, even though Québec is said to be a distinct society, we, respiratory therapists, work together toward a common goal.

Similarly, Michael MacArthur and Marco Zaccagnini, respiratory therapists from the province of Québec, have won the Intubation Olympics' Sputum Cup for a second year in a row; a first. We can be proud of our representatives. Congratulations to all!

In addition to various continuing education activities intended for respiratory therapists, meetings of the National Alliance of Respiratory Therapy Regulatory Bodies (NARTRB) were held. The enriching exchanges with our colleagues have also confirmed here, and on many aspects, that we do not make up a society as distinct as we think. In fact, we share the same concerns about protecting the public; this feeds our thoughts and directs our decisions.

Furthermore, Québécois representatives have been invited to work with other Canadian representatives toward a new respiratory therapy competence universal set, during a workshop about this new reference framework. A francophone workgroup thus took part on revising some competencies that make up the universal set, voicing commentaries and formulating suggestions, well appreciated and taken into account by the people leading this project. To this effect, a Canada-wide survey will poll respiratory therapists this fall to ratify the contents of this document. I invite you to participate in great numbers in order to give Québec a voice in this project. It is important to make our expertise count in certain sectors of activity—notably in anaesthetic assistance. I am counting on you.

We also talked about the training level needed to ensure that the required competence level be acquired and integrated by a respiratory therapist beginning his/her practice. Canadian regulatory organizations are in unison about improving the initial training so that graduates fully encompass their role in taking charge of patients under their care. The NARTRB is thus taking steps to upgrade to university education the practice entry level. It is an issue that has been on OPIQ's agenda for some time now. At their request, I will take part in the working committee. By working together, I am confident that we can make it happen.

Throughout this convention, I have met respiratory therapists who distinguish themselves in their respective professional fields, by the expertise and passion they have shown us. Individually and collectively, we are responsible for the advancement and development of our profession. To paraphrase our general manager, *the sky has no limit!*

I will end by thanking the respiratory therapists who placed their candidacy for administrative posts and to all the members who voted in the Montreal and Sherbrooke elections. Thank you for taking the time to vote for your representative on OPIQ's board of directors. I also thank voters from the Montreal region for giving me a second mandate, so that I may continue my involvement in the Ordre. Finally, I congratulate elected or re-elected members.

On that note, I wish you a wonderful summer!

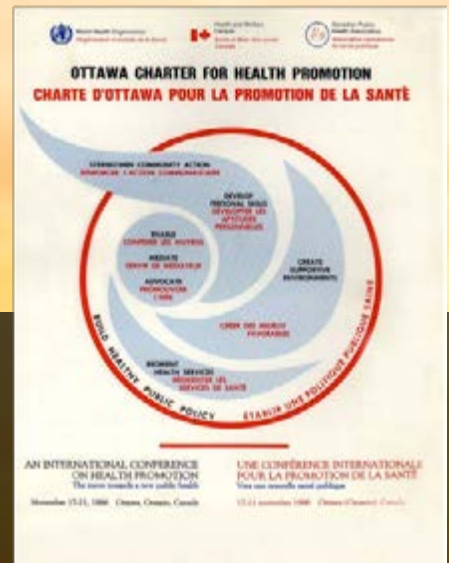


Jocelyn Vachon, inh., DESS en enseignement collégial
President

Masimo	2
Merck	25
RIIRS	28
UQAT	42

compétence

1



La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé: la santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà



par **Marise Tétreault**, inh., M.A., coordonnatrice au développement professionnel, OPIQ

A person is shown in a yoga pose, specifically Urdhva Dhanurasana (Upward Bow Pose), against a warm, golden sunset background. The person is barefoot, wearing a light-colored t-shirt and dark pants. Their arms are extended upwards, and their legs are bent at the knees, with the feet flat on the ground. The background shows a bright sun low on the horizon, creating a soft, hazy glow. The overall mood is peaceful and health-oriented.

En novembre 1986, la ville d'Ottawa fut l'hôte de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé. Cet événement, orchestré conjointement par l'Organisation mondiale de la santé, le ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada et l'Association canadienne de santé publique (ACSP)¹, a vu le jour en réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde². 212 délégués, venus de 38 pays différents, assistaient à cette rencontre tenue du 17 au 21 novembre 1986 à Ottawa afin d'échanger leurs connaissances et leurs expériences en matière de promotion de la santé³.

In November 1986, Ottawa was the host city of the first International Conference on Health Promotion. This event, jointly organized by the World Health Organization, Health and Welfare Canada and the Canadian Public Health Association (CPHA)¹, originated from the evident and pressing need of a move towards a new worldwide approach to public health.² Two hundred and twelve participants from 38 countries met from November 17 to 21, 1986, in Ottawa to exchange experiences and share knowledge of health promotion.³

Bien que les discussions se soient concentrées sur les besoins des pays industrialisés en matière de promotion de la santé, les problèmes de toutes les autres régions ont aussi été abordés lors de cette conférence⁴. En conclusion de cette rencontre, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé fut créée, afin d'agir en vue de la santé pour tous en l'an 2000 et au-delà.

Concrètement, l'adoption de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé est le fruit du travail de nombreux intervenants qui ont posé les jalons d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. La Charte marque en outre, une étape charnière dans l'histoire de la santé publique moderne soulignant l'importance d'agir sur les déterminants de la santé, particulièrement les conditions sociales et économiques influant sur la vie des populations⁵.

De façon plus spécifique, la Charte a défini la promotion de la santé comme une démarche qui donne aux individus à la fois davantage de maîtrise de leur propre santé et de moyens pour l'améliorer. Elle établit aussi la santé comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; ce qui en fait un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles et sur les capacités physiques⁶. De plus, elle pose les conditions préalables — ainsi qu'un ensemble de perspectives favorables à la santé (*tableau 1 ci-contre*) — et elle offre un nouveau cadre de référence pour la mise en œuvre de la promotion de la santé au moyen de cinq axes stratégiques d'intervention pour promouvoir la santé (*tableau 2, page 14*)⁷.

Le saviez-vous ?

Selon la Charte d'Ottawa⁸, « la santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé. »

Tableau 1. Conditions préalables et perspectives favorables à la

Conditions préalables à la santé	La santé exige un certain nombre de conditions préalables, notamment : • se loger ; • accéder à l'éducation ; • se nourrir convenablement ; • disposer d'un certain revenu ; • bénéficier d'un écosystème sain ; • compter sur un apport durable de services ; • avoir droit à la justice sociale et à la participation.
Plaidoyer pour la santé	La bonne santé est une ressource collective et individuelle et une importante dimension du bien-être. Divers facteurs — politiques, économiques, sociaux, comportementaux et biologiques — influencent la santé. La promotion de la santé a précisément pour but de sensibiliser, les conditions favorables à la santé.
Mise en place de moyens	L'effort de promotion de la santé vise à créer des conditions favorables à la santé. Le but est de réduire les écarts entre les besoins et les moyens et les occasions voulus. Cela suppose notamment que ce soit possible d'avoir accès à l'information, posséder des ressources judicieuses en matière de santé et s'engager à opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres, il est difficile de parvenir à un état de santé optimal.
Médiation	Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer la promotion de la santé. La promotion de la santé exige, en outre, la participation des gouvernements, du secteur de la santé, des organisations non gouvernementales, des communautés, des familles et des individus. Quel que soit leur milieu, les gens ont besoin de membres d'une famille ou d'un groupe. Les groupes professionnels et sociaux ont des rôles à jouer, particulièrement responsables de la santé et de la sécurité. Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent tenir compte des possibilités et aux besoins locaux, des systèmes sociaux, culturels et économiques.

« [...] la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé fut créée, afin d'agir en vue de la santé pour tous en l'an 2000 et au-delà. »

la santé (extrait de la Charte d'Ottawa, 1986)⁹.

de conditions et de ressources préalables, l'individu devant

able;
e de ressources;
t à un traitement équitable.

majeure pour le développement social, économique
mension de la qualité de la vie.

omiques, sociaux, culturels, environnementaux,
— peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter

ément pour but de créer, grâce à un effort de
rables indispensables à l'épanouissement de la santé.

ise à l'équité en matière de santé.

tuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus
us pour réaliser pleinement leur potentiel de santé.

ux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable,
der les aptitudes nécessaires pour faire des choix
avoir tirer profit des occasions qui leur sont offertes

res qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer
ale, autant pour les femmes que pour les hommes.

ui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice

n fait, l'action coordonnée de tous les intéressés:
té et autres secteurs sociaux et économiques,
ales et bénévoles, autorités locales, industries et médias.
sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre
ne communauté.

ciaux, tout comme les personnels de santé sont, quant
bles de la médiation entre les intérêts divergents qui se
dans la société.

de promotion de la santé doivent être adaptés aux
des pays et des régions et prendre en compte les divers
onomiques.





L'accès à ce contenu publicitaire
est réservé aux professionnels de la santé.

« [...] la promotion de la santé comme une démarche qui donne aux individus à la fois davantage de maîtrise de leur propre santé et de moyens pour l'améliorer. »

• • •

Bien que plus de 25 années se soient passées depuis cet événement historique, la Charte d'Ottawa, document phare de la promotion de la santé, demeure au nombre des documents de référence pour de nombreux intervenants et professionnels de santé, gestionnaires et décideurs¹². Cela dit, son contenu et son application ont fait l'objet de nombreuses critiques, et ce, notamment lors des célébrations de son 20^e anniversaire¹³. À titre d'exemple, soulignons les « conditions préalables à la santé » qui relèvent de l'utopie pour de nombreux pays, ainsi que les cinq axes stratégiques de promotion de la santé qui ont été critiqués tant sur le plan de leur interprétation conceptuelle que sur celui de leur mise en œuvre¹⁴. De même, les intérêts divergents de l'ensemble des groupes concernés (communautés, secteurs public et privé, médias, etc.) et impliqués dans l'amélioration de la santé publique se sont parfois avérés difficilement conciliables¹⁵.

Afin de souligner le 25^e anniversaire de cette Charte, le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS) a pris l'initiative de produire un ouvrage collectif sur les retombées de la Charte d'Ottawa dans divers pays francophones d'Afrique, d'Amérique, d'Europe et du Moyen-Orient. Publié en 2012, l'objectif de cet ouvrage était de susciter une réflexion d'ensemble sur l'évolution de l'influence de la Charte d'Ottawa sur la pratique de santé publique au cours des 25 dernières années et d'en envisager une meilleure utilisation future. Cette réflexion collective a permis de porter un regard critique sur les interventions liées à la promotion de la santé, et ce, dans une perspective d'amélioration des pratiques¹⁶.

Note : cette publication, coordonnée par la Section des Amériques du REFIPS, recueille plusieurs textes de promoteurs de santé au profil socio-démographique distinct (chercheurs, étudiants, enseignants, intervenants de terrain, gestionnaires, décideurs, etc.) au sein de la Francophonie.



25 ans d'histoire : les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones



25 ans de la Charte d'Ottawa

Tableau 2. Axes stratégiques pour promouvoir la santé (extrait de la Charte d'Ottawa, 1986).

Stratégie	Description ¹⁰
1. Élaboration de politiques pour la santé	La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.
2. Création d'environnements favorables	Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socioécologique à l'égard de la santé. Le grand principe directeur, pour le monde entier, comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent tous, les uns envers les autres et vis-à-vis de notre communauté et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur le fait que la conservation des ressources naturelles, où qu'elles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale.
3. Renforcement de l'action communautaire	La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions, à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé.
4. Acquisition d'aptitudes individuelles	La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.
5. Réorientation des services de santé	Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé. Par-delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé.

Exemple¹¹

- Loi antitabac
- Maladies à déclaration obligatoire

- Salubrité des milieux hospitaliers
- Système intégré de récupération des seringues et aiguilles usagées

- Bénévolat ou mentorat
- Action communautaire
- Regroupements communautaires pour les populations vulnérables

- Programmes d'éducation à la santé (p. ex. programmes scolaires et communautaires de prévention du tabagisme)
- Campagnes de communication et outils (p. ex. campagne de lutte antitabac)
- Pratique clinique préventive (p. ex. counseling en abandon du tabac)

- Clinique de vaccination
- Clinique jeunesse
- Pratiques cliniques préventives (PCP)



Références

- 1 ASSOCIATION CANADIENNE EN SANTÉ PUBLIQUE. Hiver 2011/2012. «Sélection santé. Dédicace en l'honneur du 25^e anniversaire de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé». Vol. XXXV, n° 4. [En ligne] [<http://www.cpha.ca/fr/about/digest/xxxv-4/9.aspx>] (consulté le 26 mai 2014).
- 2 AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. 1986. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé: une conférence internationale pour la promotion de la santé*. p. 2. [En ligne] [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charte-chartre/index-fra.php>] (consulté le 26 mai 2014).
- 3 RÉSEAU FRANCOPHONE INTERNATIONAL POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ (REFIPS). 2012. *25 ans d'histoire: les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones*. p. 95. [En ligne] [http://refips.org/files/international/Retombeescharteottawa_vf.pdf] (consulté le 26 mai 2015).
- 4 AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *op. cit.*
- 5 REFIPS, *op. cit.*, p. 5.
- 6 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (Bureau régional de l'Europe). 1986. *Promotion de la santé. Charte d'Ottawa*, p. 1. [En ligne] [http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf] (consulté le 26 mai 2015).
- 7 *Ibid.*, p. 1 à 4.
- 8 *Ibid.*, p. 5.
- 9 *Ibid.*, p. 1 et 2.
- 10 *Ibid.*, p. 3 et 4.
- 11 BUSTROS-LUSSIER, G., MILOT, D.-M., ROY, A. Janvier 2014. «Promotion et prévention en santé. Outil destiné aux étudiants de médecine». Formation destinée aux étudiants à l'externat des programmes canadiens de médecine, diapositives 98 à 102. [En ligne] [<http://extranet.santemontregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/la-direction/Outil-pedagogique-PP.pdf>] (consulté le 27 mai 2015).
- 12 REFIPS, *op. cit.*, p. 5 et 6.
- 13 REFIPS, *op. cit.*, p. 11.
- 14 DESCHAMPS, P. 2008. «Une relecture de la Charte d'Ottawa». *Promotion et Éducation*, 15: 8, p. 8-13. [En ligne] [<http://ped.sagepub.com/content/15/1/suppl/8.full.pdf>]. Cité dans REFIPS, *op. cit.*, p. 12.
- 15 Beslisle, M. et I. Laurin. 2008. «Public Health and Poverty». *Review of Health Promotion and Education Online*, cité dans REFIPS, *op. cit.*, p. 12.
- 16 REFIPS, *op. cit.*, p. 6.

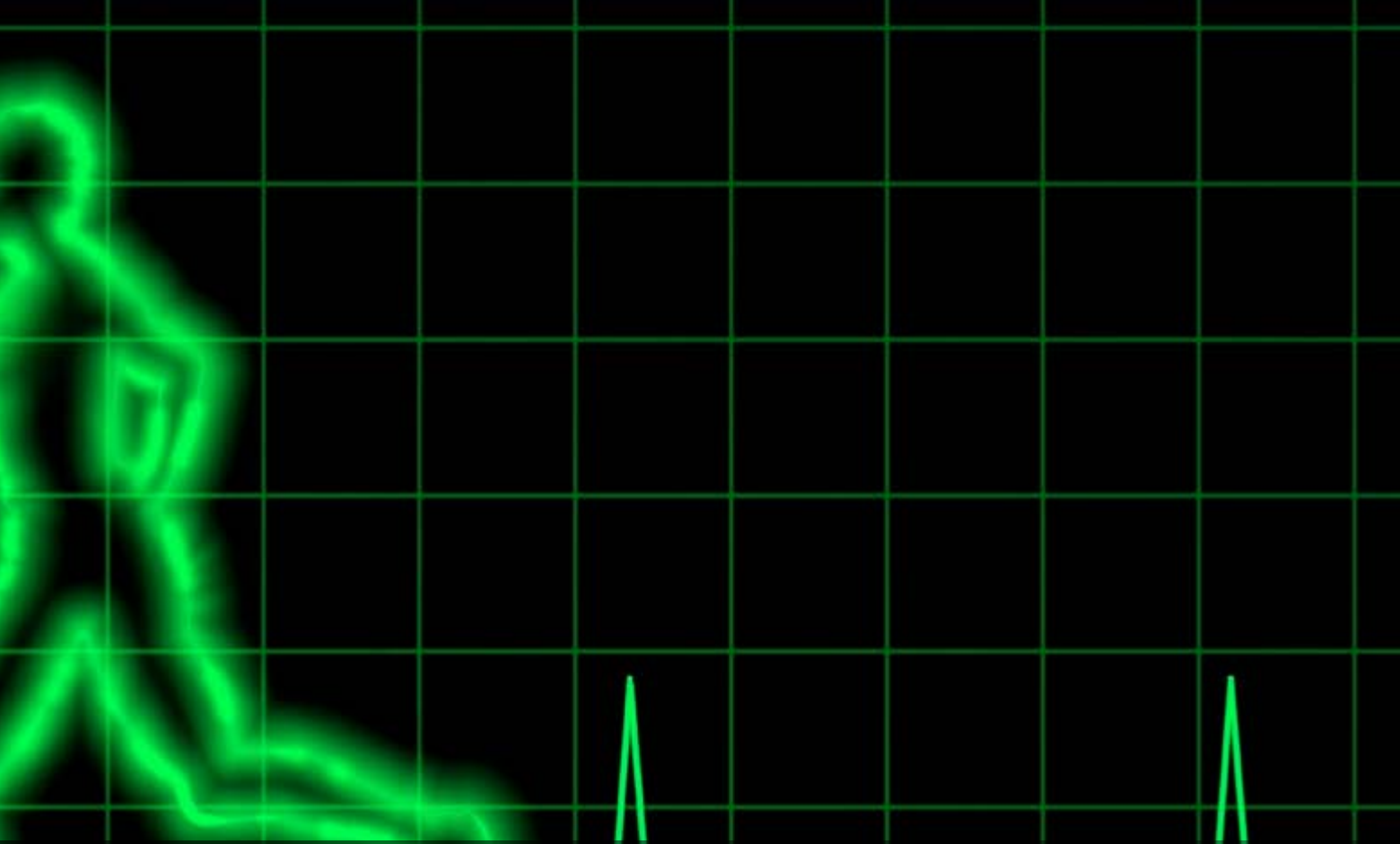
compétence

1

Quand promotion et prévention riment avec santé!



par **Marise Tétreault**, inh., M.A., coordonnatrice au développement professionnel, OPIQ



Les principales causes de décès, de maladie et d'incapacité au Canada sont les maladies chroniques et les blessures. Or, une grande portion de ces maladies et de ces blessures peuvent être évitées ou leur apparition retardée¹.

Considérant que le réseau de la santé est principalement axé sur le diagnostic, le traitement et la prestation de soins², des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux doivent être mises en place afin d'assurer la santé et le bien-être de tous et, à ce chapitre, l'inhalothérapeute y joue un rôle déterminant... Au même titre que tout autre professionnel de la santé.

The main causes of death, disease, and disability in Canada are chronic diseases and injuries. Yet, a large part of these diseases and injuries may be avoided or their appearance delayed.¹

Considering that the health sector is mainly centered around diagnosis, treatment, and providing care², strategies of health promotion and prevention of diseases, accidents, and social problems must be implemented in order to ensure the health and well-being of everybody and, on that subject, the respiratory therapist plays a determining role... the same as any other health professional.

« [...] la promotion de la santé est un concept général, par contraste à la prévention qui, elle, a trait à une maladie spécifique. »

Les maladies chroniques en bref

Les maladies chroniques sont le fait de l'adoption de certaines habitudes de vie et de processus biologiques liés à la génétique ou au vieillissement³. Caractérisées par une évolution lente, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète, etc.) sont des affections de longue durée⁴ et, pour un certain nombre de patients, la maîtrise de la maladie nécessite un recours au système de soins de santé à long terme⁵. De même, les effets d'une maladie chronique nuisent considérablement à la qualité de vie de l'individu qui en est affecté et peuvent lui causer des incapacités. Enfin, nul ne peut négliger le fait que les maladies chroniques ne sont pas sans conséquence sur la vie des proches des personnes qui en sont atteintes⁶.

Le saviez-vous ?

Les principaux facteurs de risque communs aux principales maladies chroniques sont évitables ou modifiables.

- **Tabagisme** : le tabagisme demeure la principale cause de décès évitable à l'échelle internationale⁷.
- **Alimentation inadéquate** : de saines habitudes alimentaires favorisent la prévention de plusieurs maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose et certaines formes de cancer⁸.
- **Sédentarité** : l'activité physique joue un rôle crucial dans la prévention et la gestion des maladies chroniques⁹.

Bien que ce type de maladie soit connu depuis de nombreuses années, le nombre croissant d'individus affectés ou qui cumulent un ou plusieurs facteurs de risque évitables (p. ex. : tabagisme, sédentarité ou alimentation inadéquate) est un phénomène qui paraît être plus récent. Par ailleurs, de nombreux facteurs tels que le vieillissement de la population, l'exposition aux facteurs de risque, les avancées thérapeutiques et l'augmentation de l'espérance de vie contribuent à la croissance du nombre de malades chroniques. Et à cela, il faut ajouter que de nombreux patients sont atteints de plus d'une maladie chronique, présentant des défis considérables quant à leur gestion¹⁰.

Comorbidité ou multimorbidité¹¹

- **Comorbidité** : présence d'au moins une autre maladie dans une population en présence d'une maladie index, constituant l'intérêt primaire de l'intervention.
- **Multimorbidité** : présence d'au moins deux maladies chez un même individu sans accent particulier sur l'une ou l'autre des maladies en présence.

Promotion de la santé et de prévention de la maladie

De façon générale, et bien qu'une approche en santé puisse être individuelle ou populationnelle¹², celle-ci est typiquement individuelle chez les cliniciens dont le sujet d'intérêt est le patient. De même, si les concepts de promotion de la santé et de prévention de la maladie sont distincts, mais s'entrecroisent, ils peuvent être désignés ensemble sous l'acronyme « PP »¹³. Par ailleurs, la promotion de la santé est un concept général, par contraste à la prévention qui, elle, a trait à une maladie spécifique¹⁴. Cela dit, la promotion de la santé et la prévention des maladies peuvent être intégrées à chacune des approches, quoique la prévention des maladies soit plus facilement applicable et commune en contexte individuel¹⁵.

La prévention et la gestion des maladies chroniques — dont l'objectif est d'éviter ou de retarder des complications coûteuses — nécessitent un large éventail de compétences, une approche proactive à l'égard de la prestation des soins de santé ainsi qu'une démarche centrée sur le patient (y compris un engagement actif du patient dans la gestion de sa santé)¹⁶.

Survenant à un moment ou l'autre dans le continuum des soins de santé, différentes activités peuvent être faites par les professionnels de la santé et celles-ci s'insèrent au gré de l'histoire naturelle de la maladie dans un objectif d'en freiner ou d'en ralentir l'évolution.

Pour simplifier l'application de mesures préventives, il peut être pratique de les classer en quatre grandes étapes (*tableau 1, page 20*), même si ces dernières ne sont pas clairement délimitées¹⁷.

- 1 La **prévention primordiale** désigne les mesures prises pour réduire les dangers futurs pour la santé et ainsi inhiber les facteurs de manifestation (environnementaux, économiques, sociaux, comportementaux, culturels) qui augmentent les risques d'être atteint d'une maladie. À titre d'exemple :

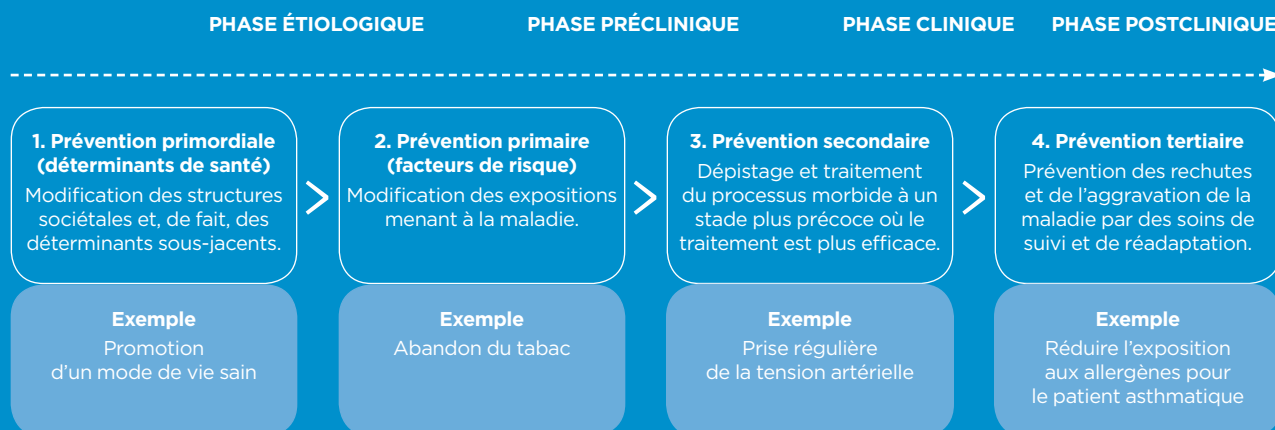
- promouvoir un mode de vie sain dès le jeune âge.



L'accès à ce contenu publicitaire
est réservé aux professionnels de la santé.

« [...] il est aujourd'hui reconnu que la promotion de la santé et la prévention de la maladie figurent parmi les stratégies optimales d'une prise en charge efficace des patients vivants avec une maladie chronique. »

Tableau 1. Les quatre étapes de la prévention selon l'évolution clinique d'une maladie¹⁸.



② La **prévention primaire** veille à prévenir l'apparition de certaines maladies par la réduction des risques associés soit par la modification des comportements ou la réduction des expositions, soit par l'amélioration de la résistance aux agents infectieux. À titre d'exemple :

- mettre en place un programme de vaccination ;
- éduquer et renseigner le parent asthmatique et fumeur afin qu'il puisse prendre des décisions éclairées concernant le tabagisme et l'abandon du tabac (p. ex. utiliser l'outil d'aide à la pratique [L'inhalothérapeute intervient auprès de ses patients fumeurs](#)) ou diriger le parent fumeur d'un enfant asthmatique vers une ressource appropriée (p. ex. [centre d'abandon du tabagisme](#)).

③ La **prévention secondaire** comprend les méthodes de détection et de traitement des changements pathologiques précliniques afin d'enrayer l'évolution des maladies. À titre d'exemple :

- mettre en place un programme de dépistage de santé publique (p.ex. un programme de mammographie) ;
- mettre en place un programme de dépistage individuel (p. ex. la prise régulière de la tension artérielle au cabinet du médecin).

④ La **prévention tertiaire** veille à réduire l'impact de la maladie sur les fonctions, la longévité et la qualité de vie du patient en cherchant à modifier les comportements du patient pour réduire la probabilité de récurrence. À titre d'exemple :

- suivre un programme de réadaptation cardiaque chez un patient ayant subi un infarctus du myocarde ;
- apporter des changements à l'environnement afin de réduire l'exposition aux allergènes chez un patient asthmatique ;
- encourager les patients vivant avec une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) dans l'adoption de comportement de santé (p. ex. encourager le patient à participer — en partie ou en entier — au [Défi Santé 5-30 Équilibre](#)).

Les pratiques cliniques préventives (PCP)

Les pratiques cliniques préventives regroupent un ensemble d'interventions individuelles efficaces, de nature diverse, et réalisées par un professionnel de la santé (clinicien) auprès d'un patient. Ces pratiques visent à promouvoir la santé et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux¹⁹ et elles permettent d'agir en amont des problèmes de santé.

Les pratiques cliniques préventives font généralement référence au travail des cliniciens œuvrant en première ligne, quoique certaines d'entre elles puissent aussi être mises en pratique en deuxième ligne. Par ailleurs, les écrits scientifiques nous indiquent que si l'on s'est penché principalement sur la prévention clinique exercée par les médecins, **tous les autres professionnels de la santé en relation directe avec des patients sont également concernés**²⁰.



L'accès à ce contenu publicitaire
est réservé aux professionnels de la santé.

Les pratiques cliniques préventives se définissent typiquement selon les quatre axes d'intervention suivants :

1. Le **counseling** sur les habitudes de vie (p. ex. counseling en abandon du tabac) ;
2. L'**immunisation** (p. ex. la vaccination) ;
3. Le **dépistage précoce** de maladie silencieuse (asymptomatique) ou de facteurs de risque pouvant mener vers des problèmes de santé ;
4. La **médication préventive** (p. ex. prescription d'acide folique chez la femme enceinte afin de réduire le risque de malformations du tube neural chez l'enfant à naître).

Le saviez-vous ?

Au niveau canadien, le principal groupe d'experts indépendants émettant des recommandations sur les pratiques cliniques préventives est le **Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs** (GECSSP)²¹.

Le GECSSP, mis sur pied par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), élabore des guides de pratique clinique qui appuient les fournisseurs de soins de santé primaires dans la prestation de soins de santé préventifs.

Les recommandations du GECSSP sont jugées en fonction notamment des échelles de recommandation du système « **GRADE** » (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*) et sur l'évaluation de la qualité des données probantes.



Groupe d'étude canadien
sur les soins de santé préventifs



Appli mobile (janvier 2015)

Note : L'équivalent américain de ce groupe est le *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF)

Conclusion

Que l'approche en santé soit individuelle ou populationnelle, il faut retenir que des mesures soutenues de promotion de la santé et de prévention des maladies sont nécessaires, et ce, **même pour les personnes déjà atteintes d'incapacités ou de maladies chroniques**²². De plus, il est aujourd'hui reconnu que la promotion de la santé et la prévention de la maladie figurent parmi les stratégies optimales d'une prise en charge efficace des patients vivants avec une maladie chronique²³. Cela dit, puisque la pratique clinique peut prendre de l'avance ou du retard sur les preuves scientifiques, il est convenu que le jugement du clinicien, le point de vue du patient et l'analyse du contexte de l'intervention doivent jouer un rôle prépondérant dans la pratique du clinicien²⁴.

Concrètement, pour l'inhalothérapeute clinicien, cela peut se traduire par l'intégration de stratégies — ciblées et adaptées — de promotion de la santé et de prévention de la maladie ou des blessures dans ses activités cliniques. De cette façon, il lui sera possible d'aider les patients à mieux comprendre les comportements de santé et de les amener à prendre leur responsabilité, lorsque possible, concernant les comportements à risque pour leur santé ou celle de leurs proches.

Voyons là une occasion d'encourager nos patients et leurs proches dans l'adoption de saines habitudes... tout au long de leur vie!



Références

1. ASSOCIATION CANADIENNE EN SANTÉ PUBLIQUE. *Pour un Canada plus sain: faire de la prévention une priorité. Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain.* (s. d.), p. 1. [En ligne] [<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/pdf/dpp-fra.pdf>] (consulté le 26 mai 2015).
2. *Ibid.*
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE. Sous la direction de Galarneau, Y. et F. Dubé 2012. *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne.* P. 2. [En ligne] [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-942-01F.pdf>] (consulté le 26 mai 2015).
4. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (s. d.). *Maladie chronique.* [En ligne] [http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/] (consulté le 26 mai 2015).
5. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 2003. *Des soins novateurs pour les affections chroniques: éléments constitutifs: rapport mondial.* P. 12. [En ligne] [<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242590177.pdf>] (consulté le 26 mai 2015).
6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE, *op. cit.*, p. 2.
7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et L'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. 2011. *Pour guider l'action - Portrait de santé du Québec et de ses régions.* Ministère de la Santé et des Services sociaux, 156 p. Cité dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE, *op. cit.*, p. 2.
8. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. 2009. *Coup d'œil sur l'alimentation des adultes québécois. Résumé du rapport «La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois»*, Québec, Gouvernement du Québec. Cité dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE, *op. cit.*, p. 2.

- 9 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et L'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *op. cit.* Cité dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE, *op. cit.*, p. 3.
- 10 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE, *op. cit.*, p. 2.
- 11 GUTHRIE, B. et collab. 2011. «Multimorbidity: the impact on health systems and their development», dans OECD, *Health Reform: meeting the challenge of ageing and multiple morbidities*, Paris, OECD Publishing (p.173-220). Cité dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE, *op. cit.*, p. 5.
- 12 BUSTROS-LUSSIER, G., MILOT, D.-M., ROY, A. Janvier 2014. «Promotion et prévention en santé. Outil destiné aux étudiants de médecine». Formation destinée aux étudiants à l'externat des programmes canadiens de médecine, diapositive 18. [En ligne] [<http://extranet.santemontregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/la-direction/Outil-pedagogique-PP.pdf>] (consulté le 27 mai 2015).
- 13 *Ibid.*, diapositive 6.
- 14 UNIVERSITÉ D'OTTAWA. (s. d.) *Promotion de la santé. Notions essentielles*. [En ligne] [http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Health_Promotion_f.htm] (consulté le 26 mai 2015).
- 15 BUSTROS-LUSSIER, MILOT et ROY, *op. cit.*, diapositive 21.
- 16 SARGIUS, P. Mars 2007. «Prévention et gestion des maladies chroniques: verre à moitié plein ou à moitié vide», dans *Série de rapports de synthèse sur la mise en commun des connaissances, Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires*, Ottawa, Publications Santé Canada, p. iii. [En ligne] [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/prim/2006-chronic-chroniques-fra.pdf] (consulté le 26 mai 2015).
- 17 ASSOCIATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE DU CANADA - RÉSEAU D'ENSEIGNANTS EN SANTÉ PUBLIQUE. *Partie 1 - La théorie: réfléchir à la santé. Chapitre 4: Les concepts de base de la prévention, de la surveillance et de la promotion de la santé. Les étapes de la prévention*. [En ligne] [<http://phprimer.afmc.ca/Latheoriereflechiralasante/Chapitre4LesConceptsDeBaseDeLaPrventionDeLaSurveillanceEtDeLaPromotionDeLaSant/Lestapesdelaprevention>] (consulté le 26 mai 2015). Permis: Creative Commons BY-NC-SA.
- 18 Tiré et adapté de l'ASSOCIATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE DU CANADA, *op. cit.*, «L'histoire naturelle de la maladie». [En ligne] [<http://phprimer.afmc.ca/Latheoriereflechiralasante/Chapitre4LesConceptsDeBaseDeLaPrventionDeLaSurveillanceEtDeLaPromotionDeLaSant/Lhistoirenaturelledelamaladie>] (consulté le 26 mai 2015).
- 19 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, SERVICE DES ORIENTATIONS EN SANTÉ PUBLIQUE. 2007. *L'intégration de pratiques cliniques préventives. Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*, p. 4. [En ligne] [<http://publications.msssgouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-272-02.pdf>] (consulté le 27 mai 2015).
- 20 *Ibid.*
- 21 BUSTROS-LUSSIER, MILOT et ROY, *op. cit.*, diapositive 34.
- 22 ASSOCIATION CANADIENNE EN SANTÉ PUBLIQUE, *op. cit.*, p. 1.
- 23 ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE. (s. d.) *Prendre soin de patients atteints de maladie chronique*. [En ligne] [<https://www.cmpa-acpm.ca/fr/-/caring-for-patients-with-chronic-diseases>] (consulté le 26 mai 2015).
- 24 GROULX, S. Mai 2005. «La prévention chez l'adulte une occasion à saisir au vol!» *Le Médecin du Québec*, vol. 40, n° 5, p. 66. [En ligne] [<http://lemedecinduquebec.org/Media/86442/065-073DrGroulx0505.pdf>] (consulté le 27 mai 2015).



MERCI!

AVANTAGES EXCLUSIFS AUX EMPLOYÉS ET RETRAITÉS DES SERVICES DE LA SANTÉ

d'être là au quotidien
pour nous et nos familles

**JUSQU'À 24 % DE RABAIS
EXCLUSIF ADDITIONNEL**
sur vos assurances auto, habitation et
véhicules de loisirs parce que vous êtes
membre de l'OPIQ

RETENUE SALARIALE DISPONIBLE
pour simplifier le paiement de vos primes

CONCOURS EXCLUSIF
20 week-ends détente à gagner!¹

Obtenez une soumission!
1 800 322-9226
lacapitale.com/opiq



La Capitale
Assurances générales

Cabinet en assurance de dommages. En tout temps, seul le contrat d'assurance précise les clauses et modalités relatives à nos protections. Certaines conditions et exclusions s'appliquent. 1. Le concours se termine le 31 décembre 2015. Détails et règlement disponibles au lacapitale.com/opiq.

Passe-moi le dico S.V.P.

par **Marise Tétreault**, inh., M.A., coordonnatrice au développement professionnel, OPIQ

Depuis plus de 30 ans, l'inhalothérapeute est un professionnel de la santé aux multiples facettes et son expertise est mise à profit dans divers milieux et contextes cliniques multidisciplinaires. Par voie de conséquence, il est essentiel qu'un langage commun et de sens uniforme soit utilisé d'un inhalothérapeute à l'autre ou au sein d'une même équipe de soins multidisciplinaires, afin que tous puissent se comprendre avec justesse.

Afin d'assister l'inhalothérapeute dans la compréhension d'idées et de notions fondamentales en matière de promotion de la santé ou de prévention de la maladie, voici un minidico tiré de deux sources aussi fiables que variables selon le contexte d'application clinique.

- [Glossaire de la promotion de la santé](#) publié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1999¹
- [Glossaire – Notions de santé des populations](#), publié par l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) (s. d.)²

sujet // compétence

OMS

Compétences en matière de santé

Aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintient une bonne santé.

AFMC

Compétence

Terme qu'on utilise souvent de manière interchangeable avec le terme « capacité ». À proprement parler, il s'agit d'un terme légal désignant le droit de prendre une décision. Selon la présomption légale, tous les adultes sont compétents et seul un juge peut déclarer qu'une personne est incompétente.

sujet // comportement

OMS

Comportement en matière de santé

Toute activité entreprise par une personne, quel que soit son état de santé objectif ou subjectif, en vue de promouvoir, de protéger ou de maintenir la santé, que ce comportement soit ou non objectivement efficace dans la perspective de ce but.

Référence : *Health Promotion Glossary*, 1986.

Comportement à risque

Comportement dont on a constaté qu'il est lié à une vulnérabilité accrue à l'égard d'une maladie déterminée ou de certains problèmes de santé.

AFMC

Comportement lié à la maladie

Actions d'une personne en réponse à un malaise, un mal-être ou une maladie ressentie, y compris le fait de chercher ou non à recevoir des soins de santé et de suivre ou non les recommandations d'un thérapeute. Ce comportement est influencé, en partie, par le rôle de malade défini socialement.



L'accès à ce contenu publicitaire
est réservé aux professionnels de la santé.

... sujet // déterminant

OMS

Déterminants de la santé

Les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations.

AFMC

Déterminant

Caractéristique de la société qui façonne la santé et le bien-être des personnes et des communautés.

Parfois définis comme « les causes des causes » d'une condition, les déterminants sont des facteurs sociaux, comme une récession économique ou des situations personnelles, comme la pauvreté.

sujet // éducation

OMS

Éducation pour la santé

L'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés.

AFMC

Éducation Non disponible.

sujet // facteur de risque

OMS

Situation sociale ou économique, état biologique, comportement ou environnement qui sont liés, éventuellement par une relation de cause à effet, à une vulnérabilité accrue à une maladie, à des problèmes de santé ou à des traumatismes déterminés.

AFMC

Cause à l'origine d'une maladie, caractéristique ou d'un comportement qui augmente la probabilité que la maladie survienne.

Ne pas porter de ceinture de sécurité en automobile est un exemple de facteur de risque, car cela fait augmenter la probabilité de blessure en cas de collision.

sujet // indicateur

OMS

Indicateur de santé

Caractéristique d'un individu, d'une population ou d'un environnement qui se prête à des mesures (directement ou indirectement) et peut être utilisée pour décrire un ou plusieurs aspects de la santé d'un individu ou d'une population (qualité, quantité et temps).

AFMC

Indicateur Non disponible.

sujet // prévention

OMS

Prévention de la maladie

La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais aussi à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences.

Référence : adapté du Glossaire de la série *Santé pour tous*, OMS, Genève, 1984.

AFMC

Prévention

La prévention des maladies englobe les mesures visant à prévenir les maladies, depuis la réduction des facteurs de risque, les traitements pour limiter leur évolution jusqu'à la réduction des conséquences.

Prévention primordiale

Approche de prévention qui cible les déterminants sous-jacents de la santé en modifiant les politiques sociales dans le but d'améliorer l'état général de santé.

La création de communautés saines, l'amélioration de l'hygiène et les réformes économiques en sont des exemples.

Prévention de l'apparition des facteurs de risque eux-mêmes.

Prévention primaire

Prévention de l'apparition d'une maladie en modifiant les facteurs de risque, les comportements ou les expositions qui peuvent y mener ou en protégeant contre l'effet de l'exposition à un agent pathologique.

Prévention secondaire

Prévention de la manifestation ou de l'évolution d'une maladie une fois qu'une personne l'a contractée.

Prévention tertiaire

Prévention de la réapparition d'une maladie que l'on a traitée en phase aiguë.

Elle vise à limiter ou à reporter l'impact de la maladie sur les fonctions, la longévité et la qualité de vie du patient.

sujet // promotion

OMS

Promotion de la santé

Le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.

Référence: *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, OMS, Genève, 1986.

AFMC

Promotion

Ensemble d'activités qui visent à améliorer la santé par l'éducation et au moyen d'interventions organisationnelles, économiques et politiques afin de favoriser des changements comportementaux propices à la santé.

Promotion de la santé

La promotion de la santé vise, à tout le moins, la prévention des maladies. Elle vise aussi à renforcer les compétences et la résilience des personnes et des groupements de populations. Elle se distingue de la protection de la santé, qui veille à éliminer les influences négatives.



ResMed's Astral - Conçu pour l'efficacité

CAREstream
Medical Ltd.



Code de produit: RES-27003

Sac de mobilité (pas à l'échelle)

De la configuration initiale à l'usage quotidien, Astral offre plus de liberté, des soins sûrs et une efficacité visant à enrichir la vie des patients.

Capacités supérieures de ventilation complète et non invasive

Les capacités de ventilation complète et non invasive de l'Astral en font l'instrument idéal pour assurer un soutien respiratoire à domicile comme à l'hôpital.

Mobilité

Léger (3.2 kg) et portable. Les piles internes assurent 8 heures de fonctionnement, tandis que les piles externes en génèrent 24. Le boîtier rigide sert aussi de sac de transport et de fixation pour fauteuil roulant.

Surveillance facile

Les formes d'ondes et l'information sur le patient sont affichées en temps réel sur l'écran couleur tactile pour assurer une installation correcte et suivre l'évolution de la condition du patient. Le FIO2 et le SpO2 sont intégrés pour compléter le tableau.

Faible coût de propriété

Garantie de 2 ans et PM tous les 2 ans. Ventilateur construit pour durer 35 000 h (deux fois plus que la compétition) avant son remplacement. Une formation initiale et une garantie prolongée sont offertes.

Distribué par:

CAREstream
Medical Ltd.

Tél: 1 888 310 2186

www.carestreammedical.com | info@carestreammedical.com

Carestream Medical est certifiée ISO:13485 et ISO:9001
Carestream Medical: Commanditaire d'élite CSRT



... sujet // santé

OMS [1999]

Un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1946)³.

Note : la définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

AFMC

Un état caractérisé par l'intégrité anatomique, physiologique et psychologique ; la capacité de jouer des rôles valorisés par l'individu sur les plans familial, professionnel et communautaire ; la capacité de composer avec une situation de stress physique, biologique, psychologique et social...

Référence : STOKES, J., *J Community Health*, 1982 ; 8 : 33-41. (Traduction : Last J. M. *Dictionnaire d'épidémiologie*, 2004 ; p. 204.).



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 • www.riirs.org

riirs

sujet // santé publique

OMS

La science et l'art de favoriser la santé, de prévenir la maladie et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société.

Référence : adapté de l'*Acheson Report*, Londres, 1988.

AFMC

La science et l'art de prévenir les maladies et de promouvoir la santé au moyen d'une action sociétale organisée. La définition de la santé publique est controversée.

Les expressions comme la santé communautaire ou la santé des populations sont souvent utilisées comme synonymes.



Références

- 1 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 1999. *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève, 36 p. [En ligne] [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf] (consulté le 26 mai 2015).
- 2 ASSOCIATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE DU CANADA (AFMC) – RÉSEAU D'ENSEIGNANTS EN SANTÉ PUBLIQUE. (s. d.). *Cybermanuel Notions de santé des populations*. [En ligne] [<http://phprimer.afmc.ca/inner/ContenuGuide>] (consulté le 26 mai 2015). Permis : Creative Commons BY-NC-SA.
- 3 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 22 juillet 1946. « Préambule à la Constitution », adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; Actes officiels de l'OMS, n° 2, p. 100). Cité dans OMS, *Glossaire de la promotion de la santé*, op. cit.



41^e congrès

6 et 7 novembre 2015, Fairmont Le Château Frontenac, Québec

30

ANS DE RECONNAISSANCE



50

ANS D'INSPIRATION



La salutogenèse : un terme pas aussi inusité qu'il paraît !



par **Marise Tétreault**, inh., M.A., coordonnatrice au développement professionnel, OPIQ

« Nous pouvons définir la salutogenèse comme un mouvement allant vers le pôle santé d'un continuum santé-maladie. » — Aaron Antonovsky¹

Le paradigme qui a cours en médecine depuis « la nuit des temps » est celui de la *pathogenèse*, terme composé de deux mots grecs : *pathēin* = souffrir et *génésis* = origine. La *pathogenèse* s'intéresse donc à l'origine de la maladie et c'est aussi dans ce contexte que les concepts de prophylaxie et de prévention ont été développés au fil du temps².

Le terme de *salutogenèse*, pour sa part, se compose du mot latin *salus* (*salutis*) = santé et du mot grec *génésis* = origine. La salutogenèse pose donc la question de l'origine de la santé et, de ce fait, elle fonde aussi un paradigme nouveau³. Ce changement de perspective a encouragé le développement des approches positives en santé, telles que la résilience, la hardiesse, l'autonomisation et l'autoefficacité⁴.

Selon cette conception, les questions de premier plan deviennent donc « d'où vient la santé ? » et « comment peut-elle être invitée ? » et non plus « d'où vient la maladie » et « comment peut-elle être évitée ? ».

À titre d'exemple, en présence d'une maladie infectieuse⁵ :

Conception pathogénique

- Qui m'a transmis cela ?
- Comment s'appelle le virus ou la bactérie ?
- Est-ce qu'un antibiotique peut être prescrit, si oui, lequel ?

Conception salutogénique

- Pourquoi est-ce uniquement moi qui ai eu cette infection, alors que mon entourage a gardé sa santé ?
- Qu'est-ce qui fait que je n'ai pas été protégé alors que certains individus l'ont été ?
- Pourquoi tous n'ont-ils pas été contaminés, alors qu'ils étaient pareillement exposés ?

Fondateur de la salutogenèse⁶

Il y a environ 30 ans, le sociologue de la santé, Aaron Antonovsky, a proposé le terme *salutogenèse* pour désigner ce qui produit la santé en contraste avec ce qui cause la maladie (*pathogenèse*). Son décès prématuré dans les années 1990 ralentit le développement de cette théorie, qui avait déjà commencé à susciter beaucoup d'intérêt.

Deux chercheurs scandinaves intéressés à la promotion de la santé, Bengt Lindström et Monica Ericksson, ont pris le relais au début des années 2000 et ils sont devenus depuis une référence internationale de la recherche scientifique concernant la *salutogenèse*.

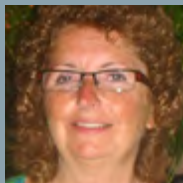


Références

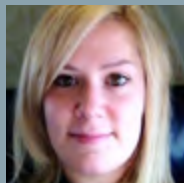
- 1 Cité dans LINDSTRÖM, B. et M. ERICKSSON. Octobre 2012a. *La salutogenèse. Petit guide pour promouvoir la santé*. Adaptation française par M. Roy et M. O'Neill, Québec, © Presses de l'Université Laval (PUL), p. 7. [Extrait en ligne] [<http://livres.prologuenumerique.ca/Telechargement/Extrait.cfm?ISBN=978-2-7637-9683-3&type=pdf>] (consulté le 27 mai 2015).
- 2 GLÖCKLER, M. 2006. *Salutogenèse. Où trouver les sources de la santé physique, psychique et spirituelle ?* Sommaire, p. 3. [En ligne] [<http://apma.fr/boutique/wp-content/uploads/2013/05/salutog%c3%a9n%c3%a8se-extrait.pdf>] (consulté le 27 mai 2015).
- 3 Ibid.
- 4 ROY, M. (responsable du comité scientifique). *La pertinence des approches positives pour l'amélioration des actions de santé publique*. Résumé d'atelier, Journées annuelles de santé publique (JASP), 27 novembre 2012. [En ligne] [<http://jasp.inspq.qc.ca/2012-la-pertinence-des-approches-positives.aspx>] (consulté le 27 mai 2015).
- 5 GLÖCKLER, op. cit., p. 4.
- 6 LINDSTRÖM, B. et M. ERICKSSON. Octobre 2012b. *La salutogenèse. Petit guide pour promouvoir la santé*. Adaptation française par M. Roy et M. O'Neill, Québec, © Presses de l'Université Laval (PUL). [Description en ligne] [<https://www.pulaval.com/produit/la-salutogenese-petit-guide-pour-promouvoir-la-sante/>] (consulté le 27 mai 2015).



Isabelle Truchon, inh.



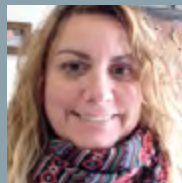
Roselyne Hétu, inh.



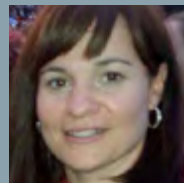
Sylvianne Landry, inh.



Jocelyn Vachon, inh.



Nathalie Lehoux, inh.



Karine Pellerin, inh.



Geneviève Chevrier, inh.

Le 27 mai dernier, nous procédions au siège de l'Ordre, au dépouillement du scrutin des élections 2015. Au terme de la période de mise en candidature, des scrutins ont eu lieu dans deux (2) des cinq (5) régions électorales en élection, soit les régions de Montréal et de l'Estrie. Il n'y a pas eu d'élections dans les régions suivantes, où un seul siège était en jeu, car il n'y avait qu'une candidate dans chaque région: Outaouais-Abitibi-Témiscamingue, Québec-Chaudière-Appalaches-Bas-Saint-Laurent-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Saguenay-Lac-Saint-Jean-Côte-Nord-Nord-du-Québec.

Dans les régions où il y a eu élection, 293 inhalothérapeutes sur un potentiel de 1584 ayant droit de vote ont pris part à l'élection, soit un taux de participation de 19 %. À la suite de ce scrutin, le Conseil d'administration comptera un nouveau membre, puisque madame Sylvianne Landry a été élue pour un premier mandat de quatre (4) ans pour la région de Montréal. Dans cette région, madame Roselyne Hétu et monsieur Jocelyn Vachon ont été réélus pour un second mandat respectif. Dans la région de l'Estrie, madame Nathalie Lehoux a été élue pour un premier mandat de quatre (4) ans, après avoir été cooptée par le Conseil en 2014.

Dans les régions qui n'étaient pas en élection, madame Isabelle Truchon a été élue par acclamation pour la région

de l'Outaouais-Abitibi-Témiscamingue pour un nouveau mandat de quatre (4) ans. Deux autres inhalothérapeutes ont également été réélus. Ainsi, pour la région de Québec-Chaudière-Appalaches-Bas-Saint-Laurent-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, madame Geneviève Chevrier a été élue pour un premier mandat après avoir été cooptée en 2014. Dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean-Côte-Nord-Nord-du-Québec, madame Karine Pellerin a été réélue pour un autre mandat.

Les administrateurs élus ou déclarés élus entreront en fonction lors de la première réunion du Conseil d'administration qui suivra la tenue de l'assemblée générale annuelle qui se tiendra le 6 novembre 2015. Puisque le mandat de deux (2) ans du président de l'Ordre, monsieur Jocelyn Vachon, viendra à échéance à cette date, une élection au suffrage des administrateurs élus aura alors lieu pour choisir le prochain président.

En terminant, nous tenons à remercier mesdames Dominique Brault, Mélanie Grondin et Nicole St-George qui agissaient à titre de scrutatrices et madame Émilie Blair qui agissait à titre de scrutatrice substitut lors du dépouillement du vote.

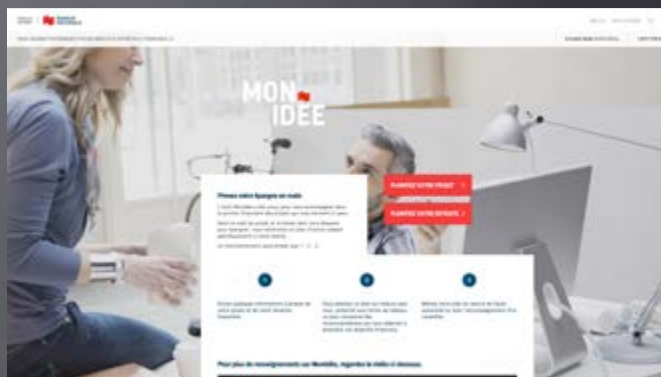
M^e Andrée Lacoursière
Adjointe à la direction générale

ADMINISTRATEURS ÉLUS		
RÉGIONS ÉLECTORALES	NOMBRE DE POSTES	ADMINISTRATEURS DONT LE MANDAT DÉBUTERA EN NOVEMBRE 2015
Outaouais-Abitibi-Témiscamingue	1	Isabelle Truchon, inh.
Montréal	3	Roselyne Hétu, inh. Sylvianne Landry*, inh. Jocelyn Vachon, inh.
Estrie	1	Nathalie Lehoux*, inh.
Saguenay-Lac-Saint-Jean-Côte-Nord-Nord-du-Québec	1	Karine Pellerin, inh.
Québec-Chaudière-Appalaches-Bas-Saint-Laurent-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1	Geneviève Chevrier, inh.

* Administrateur à un premier mandat

Félicitations aux candidats élus!

élections 2015



Un projet en tête ? Testez *MonIdée*!

par le service de rédaction, Banque Nationale

Partir en affaires ou en voyage, acheter une maison ou une moto, planifier un retour aux études ou sa retraite... Pour la planification de vos petites et grandes idées, il y a *MonIdée*! Cet outil convivial et efficace est conçu pour vous accompagner dans la portion financière des projets qui vous tiennent à cœur. Selon les coûts prévus et le temps dont vous disposez pour épargner, vous obtiendrez un plan d'action adapté à votre réalité. *MonIdée*, c'est le point de départ de vos projets!

Planifier en trois étapes

- 1 Commencez par inscrire les renseignements relatifs à votre projet et à votre situation financière à bnc.ca/monidee.
- 2 Obtenez un plan conçu sur mesure, présenté sous forme de tableau et comprenant les recommandations qui pourraient vous aider à atteindre vos objectifs financiers.
- 3 Mettez votre plan à exécution, avec ou sans conseiller.

L'histoire de Julie,

jeune professionnelle de 30 ans qui rêve de voyages

Jeune professionnelle, Julie fêtera ses 30 ans l'an prochain. Pour souligner ce moment important de sa vie, elle souhaite visiter l'Europe, un voyage qui, selon son estimation, lui coûtera 10 000 \$. Pour réaliser son rêve, elle a déjà accumulé 4 000 \$.

En inscrivant les renseignements relatifs à son projet dans l'outil *MonIdée*, Julie connaît rapidement les montants qu'elle devrait économiser périodiquement pour réaliser son projet.

En plus de ces projections, l'outil produit un rapport détaillé qu'elle peut sauvegarder, imprimer ou encore envoyer par courriel à son conseiller. Et puisqu'elle a généralement plusieurs idées en tête, *MonIdée* lui offre la possibilité d'enregistrer un scénario de projet parallèlement à un scénario de retraite.

MonIdée pour la retraite

En plus de vos projets actuels, *MonIdée* vous permet de planifier vos épargnes en prévision de votre retraite. En effet, l'outil vous fournira non seulement un aperçu de l'épargne nécessaire pour subvenir à vos besoins, mais également une estimation des revenus que vous recevrez à cette période, en fonction de vos économies actuelles. Vous aurez donc tous les moyens nécessaires pour évaluer votre stratégie d'épargne actuelle et vérifier si elle vous permet de prendre votre retraite à l'âge désiré.

Un outil avantageux, que vous soyez client ou non

Que vous déteniez un compte à la Banque Nationale ou non, l'outil vous est accessible dès maintenant, vous permettant de profiter de plusieurs avantages. Vous pourrez :

- sauvegarder, imprimer et mettre à jour votre plan, puis en faire le suivi;
- partager vos résultats avec votre conseiller;
- accéder à vos données à tout moment;
- obtenir des recommandations gratuitement;
- vous renseigner sur vos possibilités d'épargne dans le confort de votre foyer ou lors de vos déplacements, grâce à l'application pour iPad^{MD}.

Passez à l'action dès maintenant

Rappelez-vous que, pour vivre des projets à la hauteur de vos attentes, une bonne planification s'avère essentielle. En commençant à économiser dès maintenant, vous allongez votre période d'épargne et mettez toutes les chances de votre côté afin d'augmenter vos rendements et diminuer les montants périodiques nécessaires à votre projet. Une façon simple d'alléger votre budget et de vivre pleinement, en attendant la concrétisation de vos grandes idées!

Avez-vous une idée ? Utilisez *MonIdée* dès maintenant : bnc.ca/monidee

MD iPad^{MD} est une marque déposée d'Apple inc., enregistrée aux États-Unis et dans d'autres pays.

UN PROGRAMME FINANCIER POUR VOTRE VIE APRÈS LE TRAVAIL



La Banque Nationale a un programme financier¹ adapté aux **inhalothérapeutes** qui donne accès à des privilèges sur un ensemble de produits et de services, tels que :

- › Le compte bancaire² en \$ CA ou en \$ US;
- › La carte de crédit Platine MasterCard^{MD} Banque Nationale³;
- › Les solutions de financement comme la marge de crédit³ et le Tout-En-Un^{MD1, 3};
- › Les solutions de placement et de courtage offertes par nos filiales.

Fière partenaire de



bnc.ca/specialistesante
Adhésion en succursale

1 Le programme financier de la Banque Nationale constitue un avantage offert aux spécialistes de la santé (audiologistes, denturologistes, ergothérapeutes, hygiénistes dentaires, inhalothérapeutes, opticiens, orthophonistes, pharmacologues, physiothérapeutes, psychologues, sages-femmes, technologistes médicaux et technologues en radiation médicale), qui détiennent une carte Platine MasterCard de la Banque Nationale et qui sont citoyens du Canada ou résidents permanents canadiens. Une preuve de votre statut professionnel vous sera demandée. 2 Compte bancaire avec privilège de chèques. 3 Financement octroyé sous réserve de l'approbation de crédit de la Banque Nationale. Certaines conditions s'appliquent. ^{MD} MasterCard est une marque déposée de MasterCard International Inc. Usage autorisé : Banque Nationale du Canada. ^{MD1} Tout-En-Un Banque Nationale est une marque déposée de la Banque Nationale.

Le conflit d'intérêts : savoir le reconnaître et l'éviter (partie 1)

par **M^e Magali Cournoyer-Proulx**, associée, Lavery, de Billy,
en collaboration avec **Bernard Cadieux**, inh., M.A.P., M. Sc., syndic, OPIQ.

Bon an mal an, le Bureau du syndic de l'OPIQ est interpellé sur des situations alléguées de conflits d'intérêts. La modification des pratiques en raison notamment de l'émergence du secteur privé ou de l'utilisation des technologies comme les médias sociaux expose les professionnels à différentes situations de conflits d'intérêts (réels, apparents ou potentiels). Les activités professionnelles en soutien à domicile sont un autre exemple où, de plus en plus, les inhalothérapeutes se heurtent à des réflexions éthiques et morales. Nos clientèles souvent captives, vulnérables et en perte d'autonomie, dépendent de nos conseils, soins et services. Or, en aucun temps, ne doit-on utiliser ce lien de dépendance pour influencer cette relation à notre avantage.

On average, OPIQ's Bureau du syndic is called upon to look at alleged conflict of interest situations. The change occurring in our practice, particularly because of the emergence of the private sector or the use of social media technologies, exposes professionals to many (real, apparent or potential) conflict of interest situations. Home care professional activities represent another example where, more and more, respiratory therapists are faced with an ethical and moral dilemma. Our clientele, often captive, vulnerable and in loss of autonomy, depends on our advice, care, and service. And yet, this bond of dependency must never be used to turn this relationship to our advantage.

Le devoir d'éviter toute situation de conflit d'intérêts provient du statut de professionnel et du titre d'inhalothérapeute. L'intégrité, valeur morale qui doit guider toutes nos activités professionnelles, est la pierre d'assise des principes qui régissent les situations de conflits d'intérêts. La section II du *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec* définit largement tous les attendus qui couvrent les conflits d'intérêts en traitant de l'intégrité, de l'indépendance et du désintéressement, de la disponibilité, de la diligence ainsi que de la responsabilité professionnelle.

Dans ce texte (en deux parties), nous avons voulu prendre une approche à la fois préventive et éducative, étant conscients que nous ne pouvons répondre à l'ensemble des situations auxquelles sont exposés nos professionnels. Nous souhaitons néanmoins susciter une réflexion éthique et déontologique sur ce sujet et guider les professionnels afin d'aider à prévenir d'éventuelles dénonciations. Le but est d'amener les inhalothérapeutes à bien intégrer les principes directeurs suivants dans leur quotidien professionnel :

- exercer la profession avec objectivité, indépendance morale et matérielle ;
- ne pas se laisser influencer par un tiers dans la pratique professionnelle ;
- ne pas se laisser influencer par rapport à nos obligations professionnelles et ainsi causer un préjudice aux clients.

Il importe de rappeler que le fait de se trouver en conflits d'intérêts ne signifie pas pour autant que l'inhalothérapeute concerné est malhonnête. Toutefois, le seul fait de se trouver dans cette situation peut miner la confiance du public à l'égard de notre profession.

Dans cette première partie, nous ferons d'abord état des concepts théoriques qui encadrent la notion de conflit d'intérêts et nous aborderons ensuite le cadre normatif qui la régit.

Dans une seconde partie à paraître dans le prochain numéro de *l'inhalo*, nous discuterons de certaines situations pouvant donner lieu à des problématiques de conflit d'intérêts et offrirons quelques conseils afin de les éviter.



SYNDIC

Responsabilité du membre

Dans le cadre de l'application du *Règlement de la formation continue obligatoire des membres de l'OPIQ*, «l'inhalothérapeute doit s'assurer de l'exactitude des renseignements qu'il fournit à l'Ordre» (art. 40.1 du *Code de déontologie des inhalothérapeutes*).

1. Quelques définitions

Le conflit d'intérêts est une situation où le professionnel peut être amené, même sans intention, à préférer ses propres intérêts (professionnels ou personnels) ou ceux d'un tiers au détriment de ceux de son client. L'intérêt personnel peut ainsi influencer sur l'objectivité de la pratique et altérer défavorablement son jugement et sa loyauté envers le client. En conséquence, le conflit d'intérêts suscite des doutes ou des soupçons sur l'intégrité et l'impartialité des personnes en position d'autorité.

Les intérêts en question peuvent être financiers, personnels, moraux et émaner d'une relation affective, d'affaires ou familiale. Les intérêts d'un proche ou d'un partenaire, les profits ou les pertes financières peuvent influencer sur la conduite d'un professionnel. Le conflit d'intérêts naît lorsque le jugement professionnel est influencé par des considérations qui ne relèvent ni de l'intérêt du client ni de l'intérêt du public.

1.1 Trois types de conflits d'intérêts

- a) **Le conflit réel** est une situation où le conflit est survenu ou est en cours et que l'indépendance du professionnel est ou a été affectée. Par exemple, un inhalothérapeute fait la promotion d'un équipement pour obtenir en retour un cadeau considérable, un voyage d'agrément, une ristourne sur la vente d'équipement ou tout autre bénéfice financier. Dans ces cas, la fonction est influencée par les intérêts privés.
- b) **Le conflit apparent** est une situation qui peut être raisonnablement interprétée comme porteuse d'un conflit réel sans que l'indépendance du professionnel en ait nécessairement été affectée. Un conflit apparent peut exister, qu'on se trouve ou non en présence d'un conflit réel. Par exemple, un inhalothérapeute en évaluation MPOC n'aborde qu'un seul médicament auprès de la clientèle. Il faut, dans ce cas, présenter l'ensemble des médicaments offerts et laisser le soin aux médecins de prescrire le médicament adapté. Ici aussi, la fonction semble être influencée par les intérêts privés. Les faits en cause ne sont pas certains : aucun intérêt particulier n'a pu être prouvé. Une analyse de la situation doit être menée pour écarter tout doute sur la probité de la personne suspectée.
- c) **Le conflit potentiel** est une situation où il y a présence d'intérêts qui, pour l'heure, ne sont pas encore conflictuels, mais qui sont susceptibles de le devenir. Par exemple, un inhalothérapeute, travaillant en milieu hospitalier et pour une compagnie privée, qui est appelé à recommander certains soins ou services à ses clients. La fonction pourrait être influencée à l'avenir par les intérêts privés du professionnel.

1.2 Nature des conflits d'intérêts

- a) **À propos de l'argent.** Tout ce qui a une valeur pécuniaire qui compromet ou même semble compromettre les décisions professionnelles. P. ex. : cadeaux, ristournes, marques d'hospitalité, rabais qui ne profitent qu'au professionnel, etc. Un conseil s'applique dans ce cas : il faut éviter de participer à des décisions où l'intérêt financier personnel est en jeu.
- b) **À propos de l'information.** L'utilisation d'informations privilégiées obtenues dans le cadre des fonctions (financière, professionnelle, liée au dossier médical) pour s'en servir à ses fins personnelles ou au profit d'un tiers est à proscrire. Par exemple :
 - procéder à des tests de polysomnographie et utiliser ces résultats pour donner la liste de clients atteints à une compagnie qui offre des soins et services en AOS;
 - obtenir des informations privilégiées auprès d'un établissement public (diagnostic médical, renseignements personnels, accès au dossier médical, données liées à un appel d'offres ou de services, etc.) pour favoriser sa compagnie privée ou celle d'un ami.En plus de constituer un bris au devoir de confidentialité, l'utilisation de telles informations à son bénéfice personnel constitue une situation de conflit d'intérêts.
- c) **À propos de l'influence.** Le statut de professionnel induit une forme d'influence en raison de la compétence, l'expertise et l'information détenues. Il faut éviter d'utiliser son statut pour tenter d'influencer un client ou un tiers pour obtenir directement ou indirectement un bénéfice pour soi-même ou pour un autre (conjoint, parent, ami proche). Par exemple :
 - influencer la décision d'un client d'acheter un dispositif médical ou pharmaceutique de l'entreprise où le conjoint occupe un poste de représentant commercial;
 - diriger le client vers la compagnie de polysomnographie d'un ami plutôt qu'une autre compagnie;
 - favoriser indûment un individu/une société commerciale au détriment d'une autre.

...



SYNDIC

Responsabilité du membre

L'inhalothérapeute ne peut administrer des médicaments, quels qu'ils soient, sans une ordonnance médicale valide (Code des professions, art. 37.1, par. 7 e)).

2. Encadrement réglementaire de la notion de conflit d'intérêts

2.1 Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec

Considéré comme étant au cœur de nos obligations professionnelles, le *Code de déontologie* présente dans plusieurs de ses articles des énoncés qui ont un lien avec la notion de conflits d'intérêts. Le tableau ci-dessous présente ces articles avec de courts commentaires pour alimenter la réflexion.

Article	Libellé	Commentaire
5	<i>L'inhalothérapeute doit favoriser les mesures d'éducation et d'information en inhalothérapie. Il doit aussi poser les actes nécessaires pour que soit assurée cette fonction d'éducation et d'information.</i>	Devoir d'information et d'éducation.
7	<i>L'inhalothérapeute doit respecter le choix du client de consulter un autre membre de l'Ordre ou un membre d'un autre ordre professionnel.</i>	Devoir d'indépendance et de désintéressement vis-à-vis de la personne qui rend le service.
10	<i>L'inhalothérapeute doit s'acquitter de ses obligations professionnelles avec intégrité.</i>	Devoir d'intégrité.
13	<i>En plus des avis et des conseils, l'inhalothérapeute doit fournir à son client les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services qu'il lui rend.</i>	Primauté de l'intérêt du client dans les conseils formulés qui doivent être suffisants pour obtenir un consentement éclairé.
16	<i>L'inhalothérapeute doit subordonner son intérêt personnel, celui de la société au sein de laquelle il exerce sa profession ou dans laquelle il a des intérêts et celui de toute autre personne exerçant sa profession au sein de cette société, à l'intérêt de son client.</i>	Primauté de l'intérêt du client sur l'intérêt personnel.

Article	Libellé	Commentaire
16.1	<i>L'inhalothérapeute ne peut conclure aucune entente ayant pour effet de mettre en péril l'indépendance, le désintéressement, l'objectivité et l'intégrité requis pour l'exercice de sa profession.</i>	Limite quant à la possibilité de contracter avec un tiers.
17	<i>L'inhalothérapeute doit ignorer toute intervention d'un tiers qui pourrait influencer sur l'exécution de ses devoirs professionnels au préjudice de son client.</i>	Primauté de l'intérêt du client vis-à-vis de toute intervention d'un tiers.
18	<i>L'inhalothérapeute doit s'abstenir d'intervenir dans les affaires personnelles du client sur des sujets qui ne relèvent pas de sa compétence professionnelle.</i>	Distance nécessaire avec nos clients. Il est préférable de ne pas traiter un proche.
19	<i>L'inhalothérapeute doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il pourrait être en conflits d'intérêts.</i>	Devoir proactif d'éviter les situations de conflits d'intérêts.
19.1	<i>«...conflit d'intérêts s'il» :</i>	
19.1-1^o	<i>partage ses revenus de profession... avec une personne, une fiducie ou une entreprise, à l'exception : a) d'un membre de l'Ordre, b) par. 1 des articles 4 et 5 du Règlement sur l'exercice de la profession d'inhalothérapeute en société ;</i>	
19.1-2^o	<i>donne une commission, une ristourne, un avantage ou toute autre considération de même nature relativement à l'exercice de l'inhalothérapie ;</i>	Aucun partage de commission ou de ristourne possible.

Article	Libellé	Commentaire
19.1-3^o	<i>reçoit, en plus de la rémunération à laquelle il a droit, une commission, une ristourne, un rabais, un avantage ou toute autre considération de même nature de toute personne, y compris un vendeur ou un fabricant d'équipement, de médicaments ou d'autres produits liés à l'exercice de l'inhalothérapie, à l'exception des remerciements et des cadeaux de valeur modeste;</i>	Inhalothérapeute au privé ne peut recevoir de ristourne. Inhalothérapeute en CH ne peut accepter de cadeaux de clients. Il ne peut accepter d'avantages de la part de représentants médicaux vs l'octroi de contrats.
19.1-4^o	<i>bénéficie d'une marge de crédit d'un vendeur ou d'un fabricant d'équipement, de médicaments ou d'autres produits liés à l'exercice de l'inhalothérapie, à moins qu'il ait entente écrite comportant une déclaration attestant que les obligations qui en découlent respectent les dispositions du présent code, ainsi qu'une clause ayant pour effet d'autoriser la communication de cette entente sur demande à l'Ordre;</i>	Aucun avantage financier qui pourrait compromettre l'indépendance professionnelle.
19.1-5^o	<i>loue ou utilise des locaux, des équipements ou autres ressources de toute personne, y compris d'un vendeur ou d'un fabricant d'équipement, de médicaments ou d'autres produits liés à l'exercice de l'inhalothérapie, à moins qu'il ait une entente écrite comportant une déclaration attestant que les obligations qui en découlent respectent les dispositions du présent code ainsi qu'une clause ayant pour effet d'autoriser la communication de cette entente à l'Ordre sur demande.</i>	Aucune location ou utilisation de locaux ou d'équipements qui pourrait compromettre l'indépendance professionnelle.

Article	Libellé	Commentaire
19.2	<i>Malgré l'article 19.1, l'inhalothérapeute n'est pas dans une situation de conflit d'intérêts s'il accepte un rabais d'un fournisseur pour l'un des motifs suivants : 1^o pour prompt paiement usuel, lorsque le rabais est inscrit à la facture et qu'il est conforme aux règles du marché en semblable matière; 2^o en raison du volume de ses achats de produits autres que des médicaments, lorsque le rabais est inscrit à la facture ou à l'état de compte et qu'il est conforme aux règles du marché en semblable matière.</i>	Acceptation d'un rabais d'un fournisseur est limitée à certaines situations précises.
20	<i>L'inhalothérapeute, dans l'exercice de sa profession, engage pleinement sa responsabilité civile. Il lui est donc interdit d'insérer dans un contrat de services professionnels une clause excluant directement ou indirectement, en totalité ou en partie, cette responsabilité.</i>	Impossible de s'exonérer de sa responsabilité professionnelle.
38-6^o	<i>d'inciter quelqu'un, de façon pressante ou répétée, soit personnellement ou par l'entremise d'une personne physique ou morale, d'une société, d'un regroupement ou d'une association, à recourir à ses services professionnels;</i>	Inhalothérapeute ne peut faire de pression pour offrir ses services.
38-7^o	<i>d'utiliser des renseignements de nature confidentielle au préjudice d'un client ou en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui;</i>	L'information confidentielle ne peut servir à ses intérêts personnels.
38-9^o	<i>de recevoir, à l'exception de la rémunération à laquelle il a droit, de verser ou de s'engager à verser tout autre avantage, ristourne ou commission relativement à l'exercice de sa profession;</i>	Aucune ristourne ou commission possible.

2.2 Code des professions

Article	Libellé	Commentaire
59.1	<i>Constitue un acte dérogatoire à la dignité de sa profession, le fait pour un professionnel, pendant la durée de la relation professionnelle qui s'établit avec la personne à qui il fournit des services, d'abuser de cette relation pour avoir des relations sexuelles, de poser des gestes abusifs à caractère sexuel ou de tenir des propos abusifs à caractère sexuel.</i>	L'abus de la relation à des fins sexuelles est dérogatoire à la dignité de la profession.
59.1.1	<i>Constituent également des actes dérogatoires à la dignité de la profession, le fait pour un professionnel : 1° de commettre un acte impliquant de la collusion, de la corruption, de la malversation, de l'abus de confiance ou du trafic d'influence ; 2° de tenter de commettre un tel acte ou de conseiller à une autre personne de le commettre ; 3° de comploter en vue de la commission d'un tel acte.</i>	Des actes de collusion, de malversation, d'abus de confiance ou de trafic d'influence constituent des actes dérogatoires à la dignité de la profession.
59.2	<i>Nul professionnel ne peut poser un acte dérogatoire à l'honneur ou à la dignité de sa profession ou à la discipline des membres de l'ordre, ni exercer une profession, un métier, une industrie, un commerce, une charge ou une fonction qui est incompatible avec l'honneur, la dignité ou l'exercice de sa profession.</i>	Interdiction de poser des actes dérogatoires à l'honneur ou à la dignité de la profession.

2.3 Loi sur les services de santé et les services sociaux et le Code civil du Québec

Article	Libellé	Commentaire
275. LSSSS	<i>La donation faite au propriétaire, à l'administrateur ou à l'employé d'un établissement qui n'est ni le conjoint ni un proche parent du donateur, est nulle si elle est faite au temps où le donateur y est soigné ou y reçoit des services.</i> <i>La donation faite au membre d'une ressource de type familial à l'époque où le donateur y demeure est également nulle.</i>	Un employé d'un établissement public de santé ne peut recevoir de don d'une personne qui reçoit des soins et des services de cet établissement.
276. LSSSS	<i>Le legs fait au propriétaire, à l'administrateur ou à l'employé d'un établissement qui n'est ni le conjoint ni un proche parent du testateur, est sans effet s'il a été fait à l'époque où le testateur y était soigné ou y recevait des services.</i> <i>Le legs fait au membre d'une ressource de type familial à l'époque où le testateur y demeurait est également sans effet.</i>	Il ne peut, non plus, hériter de cette personne.
1817 C.c.Q.	<i>La donation faite au propriétaire, à l'administrateur ou au salarié d'un établissement de santé ou de services sociaux qui n'est ni le conjoint ni un proche parent du donateur est nulle si elle est faite au temps où le donateur y est soigné ou y reçoit des services.</i> <i>La donation faite à un membre de la famille d'accueil à l'époque où le donateur y demeure est également nulle.</i>	Le Code civil du Québec énonce également une telle restriction.

2.4 Politiques et règlements en établissement de santé

Enfin, par les pouvoirs qui leur sont dévolus en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, les établissements ont adopté des règlements et politiques qui viennent à leur tour encadrer la situation de conflits d'intérêts pour les professionnels qui œuvrent dans un établissement public. Dans l'ensemble des établissements, l'on retrouve des codes d'éthique qui viennent également baliser la nature des interventions possibles et qui requièrent que les professionnels évitent toute situation de conflit d'intérêts.

Les multiples références qui précèdent illustrent à quel point le devoir d'intégrité, d'indépendance et de désintéressement se trouve au cœur des obligations professionnelles qui incombent aux inhalothérapeutes. Il importe de bien saisir la portée de cette obligation. Dans le prochain numéro, nous aborderons certaines situations de conflit d'intérêts et nous énoncerons quelques conseils pour les prévenir.

Lexique

INTÉGRITÉ

Qualité d'une personne intègre; honnêteté, probité, loyauté.

PROBITÉ

Observation rigoureuse des principes de la justice et de la morale.

LOYAUTÉ

Honnêteté, droiture, fidélité. Le devoir de loyauté présuppose qu'un professionnel évite de se placer dans une situation où il devrait choisir entre un intérêt privé et l'intérêt du client en préférant le premier au détriment du second. Cette obligation se retrouve aussi dans les politiques d'établissements et dans la LSSSS pour la loyauté à l'établissement.

INDÉPENDANCE

État d'une personne qui est libre de toute dépendance (asservissement, assujettissement, soumission, subordination, etc.).

MORALE

Ensemble de normes, de règles de conduite propres à une société donnée. Fait appel à la théorie du bien et du mal. Admettre que quelque chose est bien ou mal.

ÉTHIQUE

Qui concerne les principes de la morale. Partie de la philosophie qui étudie les fondements de la morale.

INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE

Le fait d'exercer sa profession avec objectivité et de faire abstraction de toute intervention d'un tiers qui pourrait influencer sur l'exécution de ses obligations professionnelles et causer un préjudice au client (Source: OIIQ – Chronique déonto – [L'indépendance professionnelle et les conflits d'intérêts](#)).

Sources: *Le Petit Larousse illustré*, édition 2011 et *Le nouveau Petit Robert de la langue française*, 2009.



Références

AQESS, 2012. *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs d'un établissement de santé et de services sociaux – projet type*.

BARIBEAU, L. Août 2007. «Prévention des conflits d'intérêts – Le doute est salutaire». *Le Journal* – Barreau du Québec, p. 29.

BAUDOUIN, C. et M. COURNOYER-PROULX. 2012. *La sauvegarde de l'indépendance professionnelle: être ou ne pas être en situation de conflits d'intérêts*. Texte d'une conférence tenue dans le cadre du congrès de l'OPIQ, les 19 et 20 octobre 2012, Lac-Leamy, Gatineau.

BYRNE, C.C. Août 2009. «Quand le rapport entre l'avocat et son client devient trop hot!». *Le Journal* – Barreau du Québec, p. 32-32.

COLLEGE OF PHYSIOTHERAPISTS OF ONTARIO. 2007. *Norme d'exercice professionnel proposée – Conflit d'intérêts*, 5 p.

GARZON, C. 2012. «Conflits d'intérêts», dans L. CÔTÉ et J.-F. SAVARD (dir.), *Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique*. [En ligne] [www.dictionnaire.enap.ca].

POIRIER, S. 1998. *Les conflits d'intérêts des cadres, du personnel, des professionnels et l'exclusivité de fonctions des cadres supérieurs des établissements publics de santé et des services sociaux*; guide. 28 p., publié en collaboration avec l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, l'Association des hôpitaux du Québec, la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle.

QUÉBEC, *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*, RLRQ, chapitre C-26.

QUÉBEC, *Code des professions*, RLRQ, chapitre C-26.

QUÉBEC, *Code civil du Québec*, RLRQ c C-1991.

QUÉBEC, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, chapitre S-4.2.

HOVINGTON, M. Mars 2011. *Sauriez-vous reconnaître un conflit d'intérêts?* Site web de l'Ordre des ingénieurs du Québec. [En ligne] [http://www.oiiq.qc.ca/Documents/DCAP/chroniques_PLAN/ethique_deontologie/Reconnaître%20conflit%20intérêts.pdf].

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. 2006. *Pour des relations professionnelles intègres – Orientations à l'intention des infirmières concernant l'indépendance professionnelle et les conflits d'intérêts*. [En ligne] [<https://www.oiiq.org/publications/repertoire/pour-des-relations-professionnelles-integres>].

TRUCHON, S. *Chroniques déontologie*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. [En ligne] [www.oiiq.org/pratique-infirmiere/deontologie/chroniques/].

particulièrement: [www.oiiq.org/pratique-infirmiere/deontologie/chroniques/une-question-de-confiance] (s. d.) (2010).

[www.oiiq.org/publications/le-journal/archives/janvier-fevrier-2013-vol10-no-1/chronique-deonto-la-sauvegarde-de-] (2013).

[www.oiiq.org/pratique-infirmiere/deontologie/chroniques/l-independance-professionnelle-et-les-conflits-d-interets] (2006).

SECTION FRANÇAISE DE TRANSPARENCY INTERNATIONAL. (s. d.). Site Web. [www.transparency-france.org/].



Avis de radiation temporaire des activités professionnelles (40-15-035)

Prenez avis que le 4 mai 2015, le conseil de discipline de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec a imposé, séance tenante, à **madame Sabrina Lévesque** (11191), *inhalothérapeute*, une radiation temporaire d'un (1) mois du Tableau de l'Ordre pour ce qui concerne le seul chef reproché à la plainte. Enfin, le conseil de discipline a condamné madame Sabrina Lévesque à payer tous les frais et déboursés de la cause.

Madame Sabrina Lévesque a été reconnue coupable d'avoir commis une infraction en vertu de l'article 6 du *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec* ainsi qu'à l'article 59.2 du *Code des professions*, tel qu'il appert de la plainte portant le numéro 40-15-035, déposée au greffe de discipline le 21 janvier 2015.

Les actes reprochés à la professionnelle ont notamment trait à :

Le ou vers le 11 octobre 2014, l'intimée alors qu'elle exerçait sa profession d'inhalothérapeute, au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec, a administré de l'épinéphrine à une collègue de travail sans ordonnance médicale, contrevenant ainsi au Code de déontologie des inhalothérapeutes ainsi qu'à l'article 59.2 du Code des professions.

Madame Sabrina Lévesque est donc radiée de façon temporaire du Tableau de l'Ordre à compter de la date de l'audition, soit le 4 mai 2015.

Montréal, ce 21^e jour de mai 2015.

Maria Gagliardi, avocate

Secrétaire du conseil de discipline
de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

Avis de suspension du droit d'exercice

AVIS est par les présentes donné que monsieur **Jason John Swartz** (01002), *inhalothérapeute* exerçant la profession au 160, avenue Stillview, à Pointe-Claire (Québec), fait l'objet d'une suspension d'exercice prononcée par le comité exécutif de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec en vertu de l'article 52.1 du *Code des professions*, jusqu'à ce que la procédure de l'examen médical prévue à l'article 48 du *Code des professions* soit terminée et que le comité exécutif ait pris une décision à la suite de l'étude des rapports des médecins experts.

La décision du comité exécutif étant exécutoire le jour de sa signification à l'inhalothérapeute concerné, en vertu de l'article 182.3 du *Code des professions*, la suspension de **monsieur Jason John Swartz** est donc exécutoire depuis le **8 avril 2015**.

Le présent avis est donné en vertu des articles 182.9 du *Code des professions*.

Josée Prud'Homme, Adm.A., M. A. P.

Secrétaire de l'Ordre

Avis de suspension du droit d'exercice

Conformément à l'article 182.9 du *Code des professions*, avis vous est donné que, lors de sa séance du 8 mai 2015, le comité exécutif de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, a suspendu du Tableau de l'Ordre **madame Jessica Dufour*** (04032), ayant son domicile professionnel au 520, boul. Arthur-Sauvé à Saint-Eustache.

La décision du comité exécutif a été prise en conformité avec l'article 10 du *Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec* qui prévoit notamment que l'inhalothérapeute qui n'a pas produit les pièces justificatives demandées dispose, à compter de la réception d'un dernier avis du secrétaire de l'Ordre, « [...] d'un délai de 60 jours pour remédier à son défaut après quoi le Conseil d'administration suspend son droit d'exercice de la profession ».

La suspension demeure en vigueur jusqu'à ce que l'inhalothérapeute ait fourni au secrétaire de l'Ordre la preuve qu'il a remédié au défaut dont il a été informé dans les avis qui lui ont été transmis.

Josée Prud'Homme, Adm.A., M. A. P.

Secrétaire de l'Ordre

** Cette personne s'est réinscrite depuis la suspension et est maintenant membre en règle de l'OPIQ.*



Assemblée générale annuelle des membres de l'OPIQ

6 novembre 2015 à 8 h

Avis de convocation

Juin 2015

Cher(e)s membres,

Vous êtes convoqué(e)s à la prochaine assemblée générale annuelle des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec qui aura lieu **le vendredi 6 novembre 2015 à 8 h**, dans la *Salle de bal* du Fairmont Le Château Frontenac, à Québec.

Veuillez prendre note que conformément à l'article 7 de la *Politique sur les assemblées générales de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, adoptée par le Conseil d'administration de l'OPIQ, vous pouvez amener une proposition à l'assemblée générale. L'article 7 se lit comme suit :

« Sauf s'il y a consentement de tous les membres présents à l'assemblée, une proposition sur un sujet qui n'est pas inscrit à l'ordre du jour doit parvenir par écrit, au siège social de l'Ordre, à l'attention du secrétaire au moins 5 jours francs avant la tenue d'une assemblée. »

Au plaisir de vous y rencontrer.

Acceptez, cher(e)s membres, l'expression de nos salutations distinguées.

La Secrétaire,

Josée Prud'Homme, inh., Adm. A., M. A. P.

Assemblée générale annuelle des membres de l'OPIQ

6 novembre 2015 à 8 h

Ordre du jour

1. Constatation du quorum et ouverture de l'assemblée;
2. Lecture et adoption de l'ordre du jour;
3. Lecture et adoption du procès-verbal de l'assemblée générale annuelle du 31 octobre 2014;
4. Affaires découlant du procès-verbal de l'assemblée générale annuelle du 31 octobre 2014;
5. Présentation du rapport annuel 2014-2015;
6. Nomination de l'auditeur indépendant;
7. Cotisation 2016-2017;
8. Divers;
9. Levée de l'assemblée.

La Secrétaire,

Josée Prud'Homme, inh., Adm. A., M. A. P.



INSPECTION

Ordonnance

VRAI OU FAUX?

L'inhalothérapeute peut recevoir et consigner au dossier une ordonnance verbale même s'il ne s'agit pas de médicaments ou traitements qu'il administrera lui-même?

VRAI. En effet, depuis juillet 1990, le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (LRRQ, chapitre S-5, r. 3.01)* permet aux médecins de ne plus émettre des ordonnances verbales uniquement à des catégories précises de professionnels. Depuis l'entrée en vigueur de cette disposition, toute ambiguïté a été dissipée quant au droit des inhalothérapeutes de recevoir et consigner au dossier de l'utilisateur les ordonnances verbales ou autres, peu importe leur nature, qu'il s'agisse d'un médicament ou d'un traitement administré par lui-même ou par un autre professionnel.

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**

L'ORDRE Y ÉTAIT

- Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) :
 - assemblée des membres ;
 - assemblée générale ;
 - forum des directions générales ;
 - réunion des présidents des ordres professionnels ;
 - Comité directeur du Forum des syndicats ;
 - Formation sur le rôle-conseil dans le développement d'activités de formation captivantes et performantes ;
 - l'évaluation des formations.
- Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire/rencontre régulière/comité des secrétaires généraux ;
- CQTS/réunion du C.A. ;
- Colloque de pneumologie, Centre de formation continue de la Faculté de médecine, Université de Sherbrooke ;
- Congrès annuel de la Société des thérapeutes respiratoires ;
- Lancement de l'énoncé de position conjoint (OIIQ-CMQ-OPQ) sur la collaboration interprofessionnelle, 6^e congrès mondial du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF).

L'entrecroisé de l'été

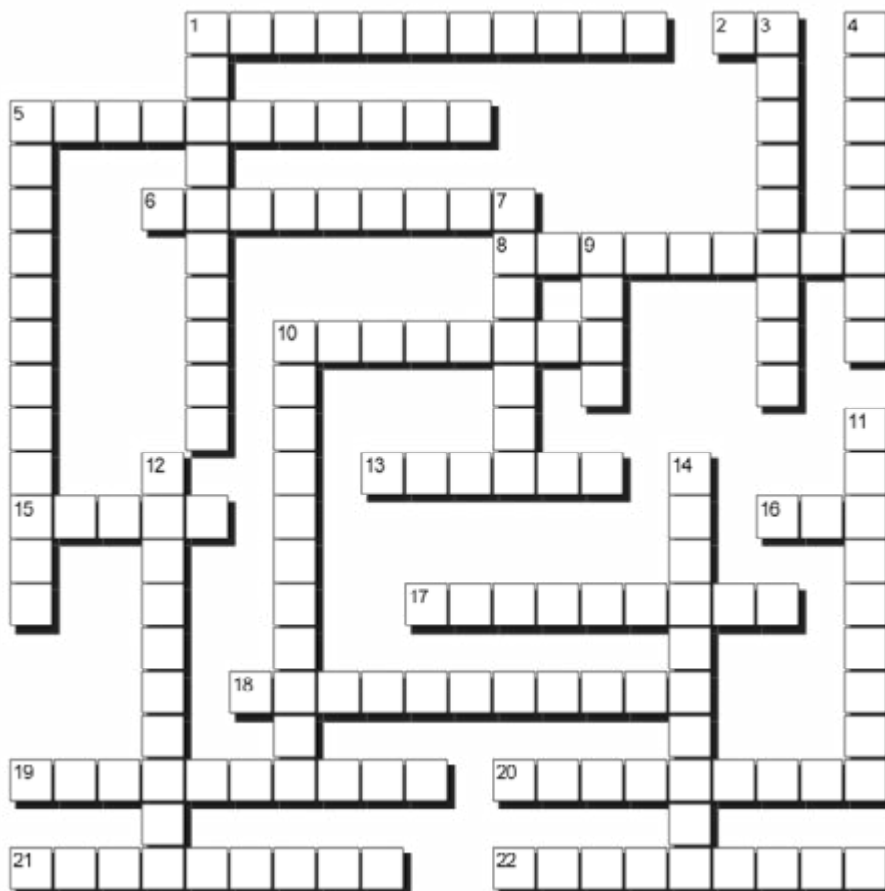
Comme à l'habitude, les mots de cet entrecroisé sont pour la plupart tirés des différents articles qui constituent ce numéro, à l'exception de l'article intitulé *Passe-moi le dico s.v.p.* L'exercice peut s'avérer ardu, étant donné les différents thèmes abordés. Je vous entends dire : « Et les vacances alors ? » Désolée ! Le défi est lancé !

Bon été !

Références

REY-DEBOVE J. et A. REY 2009. *Le nouveau Petit Robert*. Paris, Éditions Le Robert, 2838 p.

CALAN D. et collab. 2010 à 2014. *Le Robert Dixel Mobile iPhone*, éditeur : Roger Rainero © 2014 Éditions Le Robert & Diagonal.



Horizontalement

- 1 Présence d'au moins une autre maladie, en présence d'une maladie index ou primaire.
- 2 Promotion et prévention.
- 5 Réfère à la nature des conflits d'intérêts où l'information privilégiée obtenue dans le cadre des fonctions du professionnel est utilisée à des fins personnelles ou au profit d'un tiers.
- 6 Caractère d'une personne qui est honnête et impartiale.
- 8 Type de prévention qui veille à réduire l'impact de la maladie sur les fonctions, la longévité et la qualité de vie en cherchant à modifier les comportements du patient.
- 10 Type de prévention où des mesures sont prises pour éviter l'apparition de certaines maladies, par exemple un programme de vaccination.
- 13 Réfère à la nature des conflits d'intérêts où tout ce qui a une valeur pécuniaire compromet les décisions professionnelles.
- 15 Se dit d'une maladie de référence qui constitue l'intérêt primaire de l'intervention.
- 16 Pratiques cliniques préventives.
- 17 Réfère à la nature des conflits d'intérêts où le statut du professionnel est utilisé pour tenter d'influencer un client ou un tiers pour obtenir directement ou indirectement un bénéfice

pour soi-même ou pour un autre (conjoint, parent, ami proche).

- 18 Étude du (ou des) processus par lequel une cause pathogène agit sur l'organisme.
- 19 Capacité à surmonter les chocs traumatiques.
- 20 Qualité d'une personne qui ose sans se laisser intimider.
- 21 Type de conflit où il y a présence d'intérêts qui, pour l'heure, ne sont pas encore conflictuels, mais qui sont susceptibles de le devenir.
- 22 Principale cause de décès évitable à l'échelle internationale.

Verticalement

- 1 Se disent des maladies caractérisées par une évolution lente et de longue durée pour lesquelles certains ont recours au système de soins de santé à long terme.
- 3 Modèle de référence qui oriente les différents courants de pensée et la science.
- 4 Type de conflit où la situation peut être raisonnablement interprétée comme porteuse d'un conflit réel sans que l'indépendance du professionnel en ait nécessairement été affectée.
- 5 Un des quatre axes des pratiques cliniques préventives. Action d'immuniser.

- 7 Discipline de la philosophie ayant pour objet l'examen des principes moraux au regard de ce qui est jugé souhaitable et qui sont à la base de la conduite d'un individu ou d'un groupe.
- 9 Type de conflit qui est survenu ou qui est en cours et où l'indépendance du professionnel est ou a été affectée.
- 10 Type de prévention où des mesures sont prises afin de prévenir les dangers futurs pour la santé.
- 11 Un des quatre axes des pratiques cliniques préventives. Il se fait de façon précoce pour entre autres mettre en évidence les maladies asymptomatiques.
- 12 Type de prévention qui comprend les méthodes de détection et le traitement des changements pathologiques précliniques afin d'enrayer la maladie.
- 14 Un des quatre axes des pratiques cliniques préventives. Relation d'aide en situation. S'applique entre autres dans le contexte des centres d'abandon du tabagisme (CAT).

Solution à la page 45
commentaires elaine.pare@opiq.qc.ca



La salutogenèse. Petit guide pour promouvoir la santé

Bengt Lindström et Monica Ericksson, (trad. par M. Roy et M. O'Neill), Presses de l'Université Laval, octobre 2012, 140 p.

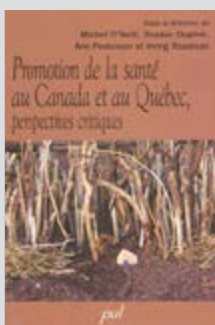
ISBN version imprimée: 978-2-7637-9683-3, prix: 24,95 \$

ISBN version numérique: 9782763796840

Dans ce petit ouvrage écrit en 2010, deux chercheurs présentent de manière claire et concise ce qu'est la salutogenèse en tant qu'idée générale, en plus de faire le point sur les développements considérables que la théorie salutogénique d'Antonovsky a connus à l'échelle de la planète depuis une quinzaine d'années et de discuter des acquis et des défis qui la confrontent.

Ce livre permet, pour la première fois en langue française, de comprendre les possibilités et les limites de la salutogenèse non seulement en tant que théorie, mais aussi en tant qu'orientation générale pour aborder les enjeux de santé du XXI^e siècle.

À ce titre, il intéressa au premier chef les chercheurs et praticiens des diverses disciplines du domaine de la santé et des services sociaux, mais aussi un grand public averti, curieux de constater les évidences scientifiques dont on dispose quant à l'effet d'une approche salutogénique pour promouvoir la santé des individus, des groupes et des populations.



Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques

ous la direction de Michel O'Neill, Sophie Dupéré, Ann Patricia Pederson, Irving Rootman, Les Presses de l'Université Laval, octobre 2006, 540 p.

ISBN: 2-7637-8449-6, prix: 49 \$

Depuis la Charte d'Ottawa de 1986, le champ de la promotion de la santé a profondément influencé l'évolution des systèmes de santé partout au monde. Au cœur de cette évolution, le Canada et le Québec. Plus de 80 auteurs, incluant les experts les plus reconnus sur les scènes internationale, canadienne et québécoise de même que des auteurs des générations montantes, analysent de manière critique l'état du champ au Canada et au Québec, ainsi que son influence internationale, depuis 1994. Cette première édition en français d'un ouvrage classique passionnera les intervenants professionnels et communautaires, décideurs, étudiants, enseignants, chercheurs, militants et personnes du grand public de toute la francophonie souhaitant comprendre ce qu'est la promotion de la santé ici et ailleurs.

INSPECTION PROFESSIONNELLE

2015, l'OPIQ en route vers une approche par compétence

Dans les prochains mois, vous remarquerez une série de capsules visant à vous informer sur un nouveau virage qu'entreprend l'Ordre sur les plans de l'inspection professionnelle et du développement professionnel. Grâce aux pictogrammes illustrés ci-dessous, vous serez informés en continu à toutes les phases d'évolution du projet.



Début des campagnes d'information sur une nouvelle approche par compétence.

EN COURS



Développement des outils afférents à l'approche par compétence pour l'inspection professionnelle.

AUTOMNE 2015



Périodes de test des différents outils développés et consultation.

HIVER 2016



Intégration des commentaires dans les outils et poursuite des tests.

EN CONTINU



Implantation et lancement des nouveaux outils découlant d'une approche par compétence.

PRINTEMPS 2016



Formation continue

Guides de pratique clinique

Lignes directrices sur la sédation-analgésie (CMQ-OIIQ-OPIQ)

Lignes directrices remplaçant celles du Collège des médecins du Québec (*Utilisation de la sédation-analgésie* – 2009) et le guide de pratique clinique de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (*La sédation-analgésie* – 2009).

Lignes directrices qui ont pour objectif d'harmoniser la pratique clinique de la sédation-analgésie. Elles décrivent l'ensemble des conditions exigées lorsque l'on procède à une intervention diagnostique ou thérapeutique sous sédation-analgésie que ce soit pour un adulte ou un enfant. Elles sont conçues dans le but d'offrir des recommandations visant un degré optimal de sécurité, notamment en ce qui concerne l'évaluation, la surveillance clinique, y compris le monitoring et la médication, peu importe l'endroit où la sédation-analgésie est effectuée. Elles décrivent également les compétences professionnelles nécessaires pour la réalisation d'une sédation-analgésie optimale et sécuritaire, les ressources humaines et matérielles requises, la marche à suivre, les précautions relatives au bien-être et à la sécurité du patient, ainsi que les éléments qui doivent être inscrits au dossier.

Elles ont été conçues pour que les membres de chacun des ordres puissent facilement s'y reconnaître, selon les modalités qui encadrent l'exercice de leur profession respective, dans un contexte de pratique interprofessionnelle.

Le document est offert gratuitement en format PDF. De même, il est possible de remplir un questionnaire en ligne aux fins de formation continue des membres de l'Ordre (2 h). Des frais de 20 \$ s'appliquent.

À paraître bientôt!

Les troubles respiratoires du sommeil

Volet diagnostique

Fascicule I: Évaluation préétude du sommeil (probabilité clinique)

Fascicule II: Épreuves diagnostiques du sommeil



Deux nouvelles activités de formation

- **OPIQ-901**: Urgences néonatales
- **OPIQ-902**: Le sommeil chez l'enfant et l'adolescent

Note importante concernant la formation OPIQ-303: Les arythmies cardiaques

AVIS aux inhalothérapeutes inscrits ou ayant terminé cette activité de formation. L'activité a été bonifiée par l'ajout de:

- la méthode de calcul de la fréquence cardiaque;
- un tableau des arythmies.

Profitant de ces ajouts, l'activité de formation a aussi fait l'objet d'une nouvelle présentation visuelle et d'une réorganisation des sujets. Notez qu'il vous est toujours possible d'accéder (gratuitement) à cette activité de formation, et ce, même si vous l'avez déjà terminée.

Assistant inhalo (<http://inhalotherapie.com>)

Deux nouveaux outils cliniques accessibles en ligne:



La calculatrice de gaz



La règle à ECG

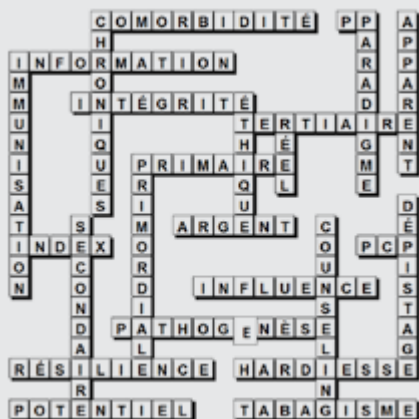
Surveillez le bulletin mensuel *l'Ordonnée* pour connaître les nouvelles activités de formation du **Campus OPIQ**. Suivez ce lien pour connaître les activités de formation externes à l'OPIQ:

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

QUESTIONNAIRE

LE QUESTIONNAIRE DE LA REVUE *L'INHALO* EST DÉSORMAIS ACCESSIBLE UNIQUEMENT SUR LE CAMPUS OPIQ

Solution de l'entrecroisé



Calendrier des événements

- 1 Semaine de l'inhalothérapeute, du 25 au 31 octobre 2015
- 2 Semaine des thérapeutes respiratoires, du 25 au 31 octobre 2015
- 3 [Journée scientifique en médecine transfusionnelle](#), 5 novembre 2015
- 4 41^e congrès de l'OPIQ, Fairmont Le Château Frontenac à Québec, les 6 et 7 novembre 2015
- 5 [Congrès québécois en santé respiratoire](#), Lévis, 12-13 novembre 2015

Liste des personnes retirées du Tableau des membres pour non-paiement de la cotisation, abandon, décès ou retraite

non-paiement de la cotisation

- Andrada Lerena Enrique Daniel 11020
- Baddy Sarah 05135
- Bahad Siham 09018
- Batty Alison 95118
- Beaudoin Stephane 09094
- Cantin Eloise 12209
- Cator Patrick 97059
- Chenaar Mohamed 13158
- Deslongchamps Audrey 14118
- Douillard Caroline 07123
- Ferland Véronique 00030
- Gagné Jessie 01031
- Garneau Joanne 75020
- Gingras Catheryne 14096
- Gionet Jason 05165
- Goulet Marie-Christine 95060
- Houle Hélène 79035
- Landry Rita 77022
- Laurin Claude 68018
- Lee Angela 13202
- Losier Guy 91040
- Ménard Richard 97013
- Petiotte David Junior 11041
- Pilon Amélie 06138
- Plamondon Sophie 07183
- Reyes Eric 14068
- Roy Audrey 10200
- Sabbagh Marie-Helene 93024
- Sara Cecilia 11069
- Smountas Argyrios 95045
- Therrien Josée 12177
- Tremblay Louise 70041
- Villeneuve Isabelle 00083

abandon

- Beaudoin Desjardins Josée 78055
- Comeau Jessica 14191
- David Liette 89046
- Éloi Louis-Philippe 11138
- Forget Marie-Hélène 09166
- Montambault Nadia 02024
- Moquin Marie-France 91050
- Normandin Michaud Tania-Anne 02024
- Paquette Francois 03033
- Paré Marie 80056
- Petrella Michael Anthony 09119
- Provost Claudine 82063
- Seller Lori 95090
- Shahidi Maryam 99019
- Tremblay Caroline 11199
- Turcotte Dany 91031
- Vinet Romy 06074

retraite

- Allard Lucie 79026
- Beaulieu Céline 75084
- Bélisle Ginette 79021
- Betit Raymonde 76089
- Bonin Francine 75081
- Boucher Monelle 78076
- Carre Fabienne 81042
- Chagnon Lemay Maryse 79063
- Champagne Guy 75023
- Chénard Céline 78082
- Chevalier Catherine 95079
- Cloutier Martine 76098
- Collin Sylvie 81074
- Cyr François 79090
- Denoncourt Anne 78061
- Depatie Lucie 76070

retraite (suite)

- Drolet Guy 87030
- Duranleau Hélène 76086
- Faucher Carole 79010
- Filion G. Carole 77015
- Fillion Lucie 78044
- Fontaine Lucie 75064
- Fortier Élisabeth 75094
- Fortin Claude 77041
- Gaudreau Hélène 78078
- Gaudreau Manon 74089
- Gélinas Annie 97006
- Gervais Line 80081
- Godbout Normande 77081
- Gosselin Marlène 79050
- Gosselin Raymond 70003
- Guillemette Johanne 79051
- Hébert Bouchard Suzanne 77101
- Houle Pauline 87025
- Labbé France 83077
- Lamer Daniel 77005
- Larose Solange 75060
- Lévesque Céline 78047
- Meloche Richard 75041
- Milette Céline 76100
- Mielle Michèle 76033
- Perron Diane 78050
- Pinette Gilberte 82044
- Poirier Lucie 78069
- Proulx Michel 99022
- Ricard Gaétane 76064
- Rochon Monique 80014
- Roy Claudette 75092
- Roy Lise 76042
- Roy Micheline 73034
- Roy Sylvie 80062
- Savard Odette 77095
- Vincent Denise 76022