



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec

L'EXPLO RATEUR

Le magazine de l'Ordre
des hygiénistes dentaires
du Québec

Le sommeil Activité vitale qui occupe le tiers de notre vie

DOSSIER

L'apnée obstructive du
sommeil chez l'enfant

L'HYGIÉNISTE DENTAIRE

ET LA LOI

Le refus de soins : un
droit pour le patient

COLLABORATION SPÉCIALE

Les personnes vivant
avec le VIH ont besoin
de vous!



Une Proxabrush^{MD} G•U•M^{MD} par jour garde la plaque au loin pour toujours!

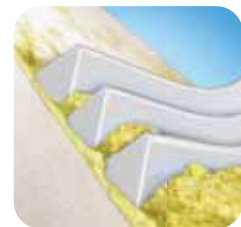


La nouvelle brosse **Proxabrush^{MD} Go-Betweens^{MD} G•U•M^{MD}** avec ses filaments triangulaires est la plus efficace et la plus facile à utiliser où que vous soyez. Elle déloge jusqu'à **25% plus de biofilm** que les autres brosses interdentaires*. Conçue pour améliorer l'assiduité des patients, elle déloge le biofilm accumulé pendant la journée. Portable et compacte, elle peut être utilisée à tout moment pour nettoyer entre les dents.

- NOUVEAU filament breveté de forme triangulaire pour un meilleur nettoyage entre les dents.
- Col flexible et manche ergonomique souple.
- Toutes les tailles sont offertes avec un fil recouvert de nylon.
- La seule brosse interdentaire dont les soies sont recouvertes d'un agent antibactérien.
- Offerte avec une tête étroite, moyenne ou large.



Les filaments de nylon ronds conventionnels ne délogent pas tout le biofilm



Les filaments triangulaires délogent le biofilm plus efficacement

Appelez-nous dès aujourd'hui pour commander :
1-800-265-7203



L'EXPLORATEUR

Le magazine de l'Ordre
des hygiénistes dentaires
du Québec

- 5 **Avant-propos**
- 6 **MOT DE LA PRÉSIDENTE**
- 7 **A word from the President**
- 8 **L'Explorateur virtuel**
- 10 **L'hygiéniste dentaire et la loi**

DOSSIER: LE SOMMEIL



- 12 **LE SOMMEIL EN 16 QUESTIONS**
- 16 **HIBOU. Évaluer et traiter les troubles du sommeil**
- 19 **Comment aborder l'hypersomnolence ?**
- 23 **Les mystères de l'insomnie**
- 25 **L'apnée obstructive du sommeil**
- 30 **L'apnée obstructive du sommeil chez l'enfant**
- 36 **Le ronflement et l'apnée du sommeil**

Liste des annonceurs

America Dentaire Inc.
Banque Nationale Groupe Financier
Centres dentaires Lapointe
Crest Oral B – P&G Santé buccodentaire
Fasken Martineau
FDC/Université de Montréal
GlaxoSmithKline
Henry Schein
La Personnelle Assureur de groupe auto, habitation et entreprise
Novalab (Novadent)
Philips
Placement Prodent
Sunstar Americas inc. (Canada)

- 42 **Endormir la douleur. Un sommeil harmonieux est un préalable au soulagement**
- 43 **L'appareil CPAP dans le traitement de l'apnée du sommeil**

ACTUALITÉ

- 44 **Prophylaxie antibiotique et traitement dentaire chez les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou**
- 48 **Présentations des administrateurs**

COLLABORATION SPÉCIALE

- 52 **La préparation des soins d'hygiène buccodentaire adaptés aux personnes handicapées et l'accommodement raisonnable**
- 56 **Les personnes vivant avec le VIH ont besoin de vous!**

60 **Calendrier de formation continue 2012-2013**

- 66 **Promotion de la profession**

NUTRITION

- 68 **Le syndrome d'hyperphagie nocturne: plus qu'une fringale de nuit**

CAPSULE ÉCOLOGIQUE

- 73 **Tableau 1: Quelques exemples de réalisations inspirées de la nature**

SERVICES FINANCIERS

- 74 **Cinq stratégies pour tempérer l'effet de la volatilité des marchés**

COCASSERIE

- 76 **Un oreiller rafraîchissant pour étouffer l'insomnie**

SÉLECTION DE PRESSE

- 76 **Le manque de sommeil pourrait être dangereux pour les femmes**
- 77 **Une application capable de contrôler les rêves ?**
- 77 **Offre d'emploi**

RÉFLEXION

- 78 **Notre persévérance!**

L'Explorateur est une source d'information fiable et crédible qui contribue depuis plus de 22 ans à l'avancement de notre profession. Il a pour mission de vous donner l'heure juste sur des enjeux importants touchant de près ou de loin l'hygiéniste dentaire. Avec justesse et objectivité, son contenu à saveur scientifique fait le point sur une variété de sujets d'actualité.

Numéros à paraître

Thèmes	Date de parution	Date de tombée pour les textes
Les nouvelles technologies	Janvier 2013	12 octobre 2012
Les bactéries	Avril 2013	11 janvier 2013

Une recommandation fraîche.



Pour les chefs de file, l'innovation ne cesse jamais.

Voilà pourquoi l'éventail de dentifrices pour dents sensibles* de Sensodyne® a été **reformulé** avec de nouveaux arômes frais. Depuis 50 ans, notre but n'a pas changé : travailler en tandem avec vous pour offrir à vos patients une protection continue contre l'hypersensibilité dentinaire^{1,2}. Voilà pourquoi, en matière de sensibilité, vous pensez à Sensodyne.

Faible abrasion • Sans SLS[†] • Nouveaux arômes frais

La protection continue[‡] à laquelle vous faites confiance^{1,3}.

* Les variantes Sensodyne reformulées sont les suivantes : Ultrafraîcheur, Gel menthe, Blanchissant éclatant, Blanchissant et antitartre et Menthe fraîche. † Laurylsulfate de sodium ‡ Sensodyne fournit une protection continue contre la sensibilité avec un brossage deux fois par jour.

1. Jeandot J, et al. Efficacité des dentifrices au chlorure de potassium et au nitrate de potassium sur la sensibilité dentinaire. *Clinc* (français) 2007;28:379-384. 2. Données internes de GSK, 2010. 3. Données internes de GSK. (Groupe Chapman. Professionnels des soins dentaires U&A. 2010).

L'EXPLORATEUR, VOL. 22, n° 3, OCTOBRE 2012

Comité des publications

Caroline Boudreault, HD
Lucie Gagné, HD
Bibiane Gagnon, HD
Martine Plante, HD
Karyne Bédard, secrétaire du Comité

Ont collaboré

Dalila Benhaberou-Brun, inf., M.Sc.
Agathe Bergeron, HD
Elaine Bertrand, HD, ND(phy)
Jérémy Bobon
Nadine Caron, adjointe administrative
Sylvain Chartier, M.fisc., Pl.fin.
M^e Stéphanie Claivaz-Loranger
Marie-Claude Dorval, HD
Kurt P. Droll, M.Sc., M.D., FRCSC(C)
Geneviève Faucher, Dt. P.
Pauline Gravel
Coralie Hancock
Vincent Jobin, M.D. FRCPC
Coraline Loiseau
Pierre Mayer, M.D., FRCPC
Elizabeth McDermott, secrétaire de direction
L.-Éric Meunier, Ph. D.
M^e Érik Morissette
Indra Narang, M.D.
Zoe Nugent, M.D.
Marise Parent, commis secrétaire
Mathieu Perreault
Bruce R. Pynn, DDS, FRCD(C)
Brock Rondeau, DDS, IBO, DABCP
Christine Thibault, B.Sc., HD
Martin Thiboutot, étudiant en droit

Comité exécutif

Présidente, Josée Tessier, HD
Vice-présidente, Nancy Tremblay, HD
Trésorière, Jessica Nadon, HD
Administratrice, Kim Farrell, HD
Administratrice nommée, Francine Boivin, Dt.p. Map

Conseil d'administration (Administrateurs élus par les membres)

Régions
05 et 16 Danielle Bonenfant, HD
05 et 16 Carole Desroches, HD
14 et 15 Lina Duguay, HD
01, 09 et 11 Francine Demeules, HD
03 et 12 Josée Desgagné, HD
05 et 16 Kim Farrell, HD
06 et 13 Franck Giverne, HD
03 et 12 France Lavoie, HD
04 et 17 Maryse Lessard, HD
06 et 13 Jessica Nadon, HD
07 et 08 Sylvain Provencher, HD
06 et 13 Josée Tessier, HD
02 et 10 Nancy Tremblay, HD

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

Francine Boivin, Dt.p. MAP
Monique L. Bégin, MAP, ASC
Sylvie Hertrich
Carole Lemire, inf., Ph. D.(c)

Direction de l'Ordre

Directrice générale, Johanne Côté, HD
Secrétaire de l'Ordre, M^e Janique Ste-Marie, notaire

Révision OHDQ

Publicité OHDQ

Graphisme G branding & design

Photo couverture Veer

Impression F.L. Chicoine

Tirage 6 100 exemplaires

Abonnement

Gratuit pour les membres inscrits au tableau de l'OHDQ

Étudiants : 30 \$ plus taxes par année

Associés : 80 \$ plus taxes par année

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 1^{er} trimestre 1992

Bibliothèque nationale du Canada, ISSN : 1183-4307

Convention poste publication No 40009269

Politique publicitaire de l'OHDQ

Disponible sur le site Web au www.ohdq.com dans la section

Nos publications.

Droits d'auteur

Tous les articles, textes, illustrations et photographies publiés sont la propriété de l'OHDQ. Aucune reproduction n'est permise sans l'accord écrit de l'OHDQ.

Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

1155, rue University, bureau 1212

Montréal (Québec) H3B 3A7

Téléphone : 514 284-7639 ou 1 800 361-2996

Télécopieur : 514 284-3147

info@ohdq.com www.ohdq.com



Chers membres,

Voilà que l'automne a déjà commencé à nous émerveiller avec sa panoplie de couleurs! Quoi de plus agréable que d'aller faire de belles promenades en famille à l'extérieur et de contempler le joli paysage avant que la nature ne soit dégarnie de ses attraits automnaux. Malgré la beauté de cette saison, c'est le moment de l'année où nous commençons à ressentir une plus grande fatigue due aux journées plus courtes. La thématique du « sommeil » tombe juste à point!

Nous sommes heureux de vous présenter cette édition de *L'Explorateur* où la rubrique DOSSIER abonde en contenu puisqu'elle est constituée de 10 articles, dont un écrit par une hygiéniste dentaire, récipiendaire à deux reprises du Prix Racine. Vous pouvez aussi lire sur l'apnée du sommeil et les traitements et outils disponibles sur le marché pour en diminuer les symptômes, les troubles du sommeil, l'insomnie et ses mystères, etc.

De surcroît, la rubrique ACTUALITÉ contient un texte fort intéressant intitulé « prophylaxie antibiotique et le traitement dentaire chez les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou ». Les autres rubriques vous permettront de lire, entre autres, des articles comme « Un oreiller rafraîchissant pour étouffer l'insomnie », le « Syndrome d'hyperphagie nocturne: plus qu'une fringale de nuit », le « Manque de sommeil pourrait être dangereux pour les femmes », « Une application capable de contrôler les rêves » et « Cinq stratégies pour tempérer les effets de la volatilité des marchés ».

La rubrique COLLABORATION SPÉCIALE introduit une nouvelle collaboration avec la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida). Les actions de la COCQ-Sida s'enracinent dans une volonté commune de regrouper les différents acteurs communautaires de leur domaine d'intervention, en vue d'une action communautaire efficace et pertinente pour les personnes vivant avec le VIH. Nous vous invitons donc à lire leur premier article « Les personnes vivant avec le VIH ont besoin de vous! ». Bien sûr, nous poursuivons aussi notre belle collaboration avec l'OPHQ avec le texte « La préparation des soins d'hygiène buccodentaire adaptés aux personnes handicapées et l'accommodement raisonnable ».

Enfin, nous vous invitons à lire la réflexion de madame Christine Thibault, HD. Pour souligner les 20 ans de sa rubrique, elle a choisi de nous parler de persévérance. Un sujet toujours d'actualité, et surtout, qui lui ressemble!

Nous vous souhaitons une bonne lecture et un très bel automne.

Le Comité des publications,

Caroline Boudreault, HD

Lucie Gagné, HD

Bibiane Gagnon, HD

Martine Plante, HD

Karyne Bédard, coordonnatrice, développement de la pratique professionnelle

MISSION DE L'OHDQ

- Assure la **protection du public** en veillant à la **qualité** de l'exercice de la profession.
- Contribue sans cesse à l'**amélioration de la santé buccodentaire des Québécois** en s'assurant que les hygiénistes dentaires possèdent les **compétences pertinentes**.
- Soutient le leadership de ses membres en matière de **prévention et d'éducation** et encourage l'atteinte de l'**excellence** dans l'exercice de la profession.

VISION DE L'OHDQ

- L'amélioration continue de la santé buccodentaire de toute la population en agissant en partenariat avec les autres professionnels de la santé.
- L'accroissement de l'accessibilité aux soins préventifs en hygiène dentaire auprès des personnes à besoins particuliers.
- Le leadership des hygiénistes dentaires en matière d'éducation et de prévention en santé buccodentaire.
- La sensibilisation du public à l'importance de la qualité des actes posés par les hygiénistes dentaires et ses effets bénéfiques sur la santé générale des personnes.

LES VALEURS PRIVILÉGIÉES POUR LA PROFESSION D'HYGIÉNISTE DENTAIRE

Rigueur – Empathie – Engagement – Interdisciplinarité – Cohérence – Respect

Les collègues

C'EST PRÉCIEUX!



Chers membres,

Au moment où je vous écris ces lignes, la campagne électorale bat son plein.

Nous sommes dans l'attente des résultats.

Tout d'abord, je tiens à vous assurer que nous ferons de notre mieux pour veiller à ce que le dossier de la modernisation puisse progresser à travers les différentes étapes nécessaires à sa réalisation. Nous vous tiendrons informés des développements futurs.

Les collègues c'est précieux!

J'ai travaillé pendant 17 années à la même clinique dentaire. La collaboration entre nous tous était extraordinaire.

Par exemple, je peux vous dire, et je suis sûre que je ne suis pas la seule, que lorsque la secrétaire de l'école vous appelle pour vous dire que votre enfant est malade, la seule chose qui vous importe, c'est de quitter votre travail pour aller voir par vous-même et bien sûr, prendre soin de votre enfant.

Donc, notre secrétaire, avec sa finesse habituelle et sa diplomatie, appelait mes patients afin de reporter leur rendez-vous. Parfois, mes collègues-hygiénistes dentaires restaient un peu plus tard pour s'occuper de l'un de mes patients!

De même, lorsque vous avez un patient difficile avec beaucoup de tartre, l'aide d'une assistante pour vous faciliter la tâche est tellement appréciée!

Chaque membre de l'équipe a son rôle et sa place et nous devons les respecter et les faire respecter!

Je pourrais continuer d'énumérer ces occasions où l'importance d'avoir une belle collaboration entre les membres de l'équipe est essentielle, surtout pour le bien-être de nos patients. Nos tâches sont importantes, mais les tâches des autres membres de l'équipe le sont tout autant.

Chaque membre de l'équipe a son rôle et sa place et nous devons les respecter et les faire respecter! Il est important de ne pas tolérer la pratique illégale de nos professions respectives.

Comme il est difficile pour le patient de nous distinguer les uns des autres, il est important de bien nous identifier. En tant que professionnels, l'affichage de notre permis est l'une de nos obligations. Donc, portons notre barrette d'identification et gardons notre plus beau sourire en tout temps. Soyons fiers d'être hygiénistes dentaires! Nous avons un rôle important au sein de la population. Nous sommes **les spécialistes** de la prévention!

Au plaisir de vous rencontrer au congrès de l'OHDQ, lequel se tiendra au Palais des congrès de Montréal, les 9, 10 et 11 novembre prochains. ■

Josée Tessier, HD
Présidente

Pour tout commentaire:
jtessier@ohdq.com

Tél.: 514 284-7639, poste 217

Colleagues

ARE PRECIOUS!

Dear Members:

As I write these lines, the election campaign is in full swing. We are awaiting the results.

First and foremost, I want to assure you that we will do our best to ensure that the issue of modernization can progress through the various stages required for its completion. We will keep you informed of future developments.

Colleagues are precious!

I worked at the same dental clinic for 17 years and the collaboration between all of us was extraordinary.

For example, I can tell you, and I'm sure I'm not the only one, that when the school secretary calls to tell you that your child is sick, the only thing that matters to you is to leave your work to go see for yourself and of course, take care of your child.

Our secretary, with her usual finesse and diplomacy, would call my patients to reschedule their appointments. Sometimes my colleagues, dental hygienists, stayed a little later to take care of one of my patients!

Similarly, when you have a patient with a lot of tartar, the help of an assistant to ease your task is very much appreciated!

I could go on listing all the occasions where the importance of having a good collaboration between team members is essential, especially for the well-being of our patients. Our tasks are important, but the work of other members of the team is just as important.

Each team member
has a role and
a place that we
must respect
and enforce.

Each team member has a role and a place that we must respect and enforce. It is important not to tolerate the illegal practice of our respective professions!

Since it is difficult for the patient to distinguish us from each other, it is important to correctly identify ourselves. Displaying our permit is one of our obligations as professionals. Accordingly, let's wear our name tag and keep our best smile at all times. Let's be proud of being dental hygienists! We have an important role among the population. We are **the**

specialists in prevention!

I am looking forward to seeing you at the **OHDQ** Convention, which will be held on November 9, 10 and 11, 2012 at the *Palais des congrès* in Montreal. ■



Josée Tessier, DH
President

For comments:
jtessier@ohdq.com
Tel.: 514 284-7639, ext. 217

UN AUTOMNE SUR LE WEB

Par Marie-Claude Dorval, HD



Une fois les sandales au fond du placard, l'ensemble patio entreposé dans le cabanon et les bicyclettes remisées, il est devenu bien évident que l'automne est installé. Quoi de mieux que de se réfugier à l'intérieur, accompagné des odeurs de repas réconfortants, pour naviguer tranquillement sur Internet. Voici quelques idées pour vous inspirer, soit les services auxquels ont droit les personnes atteintes d'apnée du sommeil, les troubles héréditaires de coagulation, les prothèses dentaires et pour enrichir vos connaissances, de la formation continue en français et en anglais.



Association pulmonaire du Québec

L'Association pulmonaire du Québec est un organisme à but non lucratif qui existe depuis plus de 70 ans. Historiquement créée pour combattre la tuberculose, l'APQ s'attaque maintenant à l'ensemble des maladies respiratoires : cancer du poumon, MPOC, asthme, apnée du sommeil, influenza, pneumonie et sarcoïdose. L'APQ œuvre au plan de la prévention, des services directs et de la recherche et a émis un communiqué en mars dernier intitulé : **Traitement de l'apnée du sommeil. Les services auxquels vous avez droit** que je vous suggère de consulter sur leur site, dans la section Médias et Communiqués.

www.pq.poumon.ca/pdf/Events/comm-2mar2012.pdf

Hémophilie

Dans le cadre de notre pratique clinique, il est possible de rencontrer des patients atteints de troubles héréditaires de la coagulation. Certes, nous comprenons qu'il est risqué de provoquer une hémorragie chez ces patients, mais qu'en est-il vraiment? *La Société canadienne de l'hémophilie*, un organisme qui travaille à améliorer la qualité de vie de ces personnes, nous propose un site très bien construit qui fait le tour du sujet. On y aborde les grands aspects tels que les différentes formes de troubles, les traitements, le soutien, l'approvisionnement en sang, etc. À voir aussi, sous l'onglet *Hépatite C/VIH*, les options de traitements de l'hépatite C et leurs implications sur la santé.

<http://www.hemophilia.ca/fr/>

Dentiste-info

Dentiste-info est un site conçu pour démystifier le travail des dentistes d'aujourd'hui. Destiné principalement à une clientèle qui s'est tenue loin des cabinets dentaires depuis un petit bout de temps, il répond aux questions les plus fréquemment posées par ces « nouveaux » patients. Caries, maladies parodontales, techniques de soins, matériaux, anesthésie, principes d'hygiène, tout y est. Une section particulièrement attirée mon attention. En effet, sous la rubrique *Les problèmes médicaux*, l'auteur du site fait la démonstration que la bouche fait partie intégrante du corps humain et que dans une politique de santé globale, il est indispensable d'avoir recours aux soins dentaires sur une base régulière. À utiliser pour sensibiliser les réticents...

<http://www.dentiste-info.com/index.php?rub=12&art=22>



Prothèses dentaires

Cette fois-ci, je vous propose trois adresses sur le même sujet, les prothèses dentaires. Même si aujourd'hui les patients souhaitent conserver leurs dents le plus longtemps possible, les prothèses dentaires, qu'elles soient complètes ou partielles, fixes ou amovibles, ne sont pas prêtes de disparaître de la circulation. Autant savoir comment bien les entretenir. Vous trouverez des conseils à transmettre à vos patients sur le site du *Centre d'excellence pour la santé buccodentaire et le vieillissement* ainsi que sur les sites de *Polident* et *Plaisir Santé*. Enfin, en rappel, l'avis émis par Santé Canada au sujet de l'utilisation excessive et à long terme de produits Poly-Grip contenant du zinc. En date d'aujourd'hui, ces adhésifs portent la mention sans zinc.

<http://www.cesbv.ulaval.ca/cesbv/prevention/nettoyage-des-protheses.html>

<http://www.maprothesedentaire.fr/hygiene/comment-nettoyer-prothese-dentaire.html>

<http://www.plaisirssante.ca/ma-sante/sante-bucco-dentaire/7-regles-pour-votre-prothese-dentaire>

Formation continue en français

Colgate nous offre l'opportunité d'obtenir des crédits de formation continue sur son site Internet. En consultant la version française de leur page, après quelques minutes pour compléter votre abonnement gratuit au site, vous aurez accès à deux études de cas très élaborées. À la fin de la lecture, un questionnaire vérifie l'acquisition des compétences. Exercice intéressant à tous les coups! Pour ceux qui maîtrisent la langue de Shakespeare, cinq autres études sont disponibles.

<https://www.colgateoralhealthadvisor.ca/en/Default.aspx>

Formation continue en anglais

Dentrek est un portail d'éducation continue en ligne gratuit, en anglais seulement. Vous aurez accès, après abonnement, à un lot considérable de webinaires et de cours sur demande. Il est aussi possible de vous familiariser avec la manipulation des matériaux et accessoires offerts par les différentes compagnies commanditaires.

<http://www.dentrek.com/>

Gérez le risque.

Vos affaires sont exigeantes, complexes et diversifiées. Pour faire les meilleurs choix, vous avez besoin des meilleurs conseils. Rapidement. Notre équipe d'experts peut vous guider dans vos opérations, des plus simples aux plus ambitieuses.

Fasken Martineau,
partenaire de vos décisions d'affaires.



VANCOUVER CALGARY TORONTO OTTAWA MONTRÉAL QUÉBEC LONDRES PARIS JOHANNESBURG

Le refus de soins: UN DROIT POUR LE PATIENT

Par Me Érik Morissette, avec la collaboration de Martin Thiboutot, étudiant en droit.

Il est recommandé à l'hygiéniste dentaire de bien documenter le refus de soins de son patient dans le dossier.

Un patient traînant un lourd historique de troubles dentaires se présente à sa clinique dentaire pour une consultation, la première en plus de deux ans. L'examen de routine mené par l'hygiéniste dentaire l'amène à découvrir de petites bosses sur les gencives du patient. À la suite de cette observation, l'hygiéniste dentaire discute de la situation avec le dentiste et ce dernier prescrit des radiographies des dents du patient. L'hygiéniste dentaire procède ensuite à la communication de ces recommandations. Le patient, d'humeur plutôt négative, refuse catégoriquement de passer sous les rayons X. Quelles sont les obligations de l'hygiéniste dentaire dans une telle situation et quelles pratiques sont susceptibles d'en assurer le respect?

La législation québécoise reconnaît à chaque personne le droit à l'intégrité physique et à l'inviolabilité de sa personne¹. Cela a pour conséquence d'accorder à tout individu âgé de plus de 14 ans le droit de refuser des soins², avec comme corollaire l'obligation pour le professionnel de la santé d'obtenir un consentement libre et éclairé avant de lui prodiguer quelque soin que ce soit. Cette notion de soins englobe notamment les

examens, les prélèvements, les traitements ainsi que toute autre intervention portant atteinte à l'intégrité de la personne, qu'ils soient requis ou non par l'état de santé de celle-ci.

À titre de professionnel de la santé, l'hygiéniste dentaire est donc tenu d'obtenir le consentement de son patient. Il en résulte un devoir de renseignement de l'hygiéniste dentaire auprès de celui-ci, devoir énoncé à l'article 15 du *Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*:

« 15. En plus des avis et des conseils, l'hygiéniste dentaire doit fournir à son client les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services qu'il lui rend. »

Pour que le consentement donné par le patient soit libre et éclairé, il doit être donné de plein gré et en toute connaissance de cause. L'hygiéniste dentaire doit d'abord s'assurer que le patient est apte à consentir aux soins, c'est-à-dire qu'il a la capacité mentale d'en comprendre la nature. Dans le cas contraire, une personne dûment autorisée devra consentir aux soins pour le patient. L'hygiéniste dentaire doit ensuite fournir au patient ou à son représentant l'ensemble des renseignements pertinents concernant l'intervention envisagée. Cela implique notamment de présenter l'utilité du traitement proposé, les risques normaux de réussite et d'échec en fonction des caractéristiques particulières du patient ainsi que les conséquences négatives potentielles pouvant résulter des soins ou de leur refus. Cette obligation est continue, c'est-à-dire que le patient est en droit de recevoir l'information relative à l'évolution de son

état de santé tout au long des traitements. L'hygiéniste dentaire devrait également permettre au patient de poser toutes ses questions. Il est à noter que le consentement doit viser spécifiquement les soins qui seront prodigués, un consentement trop général n'étant pas valide.

Bien qu'aucune règle formelle ne l'exige, il est recommandé à l'hygiéniste dentaire de bien documenter le refus de soins de son patient dans le dossier de ce dernier et lui recommander de consulter son médecin. Lui faire signer un document attestant son refus constitue également une pratique prudente qui pourra s'avérer utile si une plainte est déposée contre l'hygiéniste dentaire. Enfin, lors de visites subséquentes, le professionnel devrait vérifier que le client maintient son refus à l'égard des soins proposés, sans jamais porter de jugement quant à la décision du patient. ■

1. *Code civil du Québec*, L.Q., 1991, c. 64, art. 3 (ci-après C.c.Q.); *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., c. C-12, art. 1.
2. C.c.Q., art. 11 et 14 al.2. Cette obligation d'obtenir le consentement aux soins s'accompagne d'une obligation de confidentialité. En effet, en vertu de l'article 27 du *Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, ces derniers sont tenus au secret professionnel.

Pour votre **assurance habitation**,
mieux vaut avoir la bonne combinaison.



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

Que vous habitiez une maison, une copropriété
ou un appartement, notre assurance saura convenir
à votre mode de vie.

DEMANDEZ UNE SOUMISSION

1 888 476-8737

lapersonnelle.com/ohdq

La bonne combinaison.

Le sommeil en 16 QUESTIONS

Par Coralie Hancock, Jérémy Bobon et Coraline Loiseau

Source : Reproduit avec permission. Science & Vie, septembre 2011, n° 1128.

Les Français dorment mal : un quart d'entre eux sont sujets à des troubles du sommeil. Rien d'irréversible, à condition de savoir optimiser ce précieux temps de repos ! Nos conseils pour dormir sur ses deux oreilles...

Nous consacrons, chaque jour, plus ou moins un tiers de notre temps à dormir. De cette activité vitale dépend notre capacité à faire face à la journée qui vient. Une mauvaise nuit peut être catastrophique : la somnolence est, en France, la cause d'un accident autoroutier sur trois. Selon la récente étude de l'Institut national du sommeil et de la vigilance, elle touche 19 % des Français de 18 à 60 ans ; près d'un tiers d'entre eux piquent du nez dans la journée sans pouvoir résister. Principales causes de cet état, notamment : des nuits trop courtes et des horaires décalés. Un véritable danger sur la route, donc, mais aussi pour la santé physique (troubles du métabolisme) autant que psychologique (troubles de l'humeur)... Globalement, la France dort assez mal : un quart de sa population se dit concerné par les troubles du sommeil (17 % souffrent d'insomnie), et un tiers dort moins

de six heures par nuit (la sieste permettant d'obtenir un temps de sommeil journalier satisfaisant pour 13 % d'entre nous, en semaine, et 26 % le week-end).

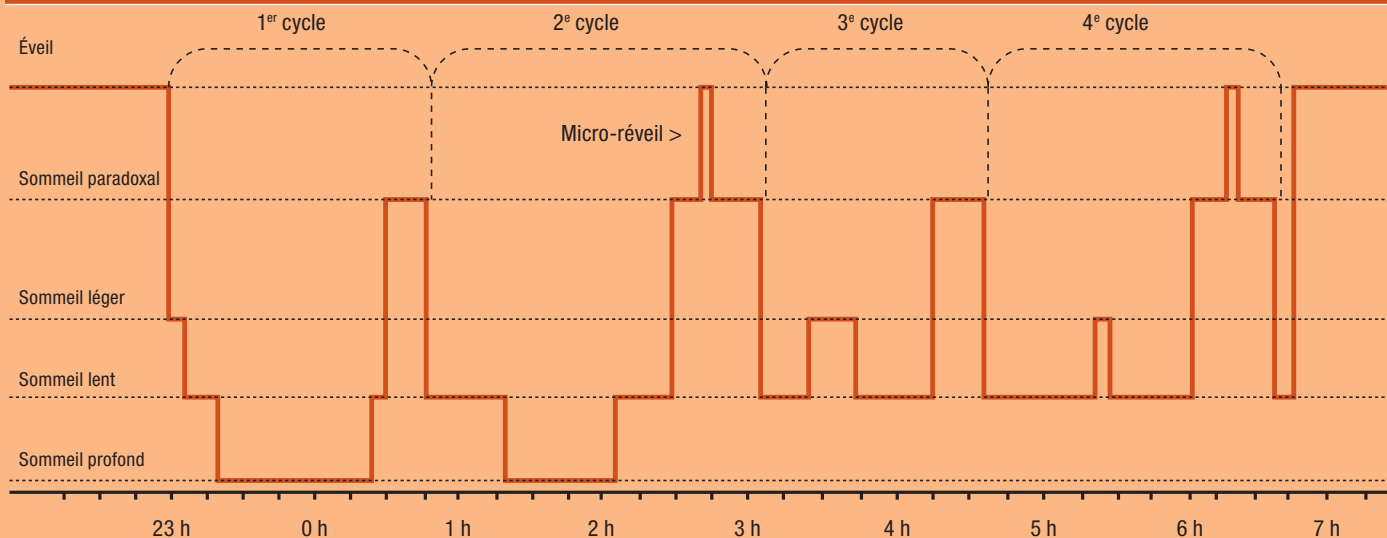
Les pages qui suivent visent à vous aider à retrouver un sommeil paisible et réparateur. Nous les avons conçues à la fois pratiques et informées, grâce à l'éclairage des scientifiques qui ne cessent de progresser dans leur compréhension du sommeil et de ses troubles. Bonne lecture... et bonnes nuits ! C.H.

Comment connaître son rythme biologique ?

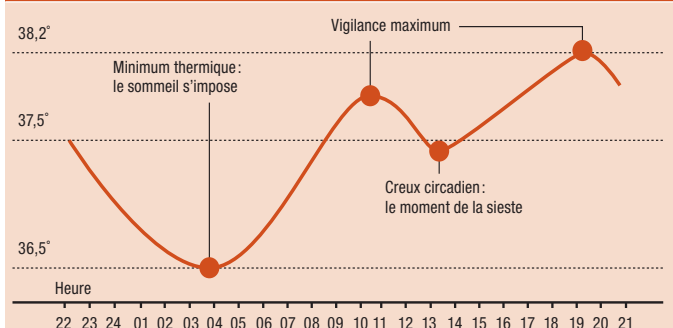
Pour déterminer son propre rythme naturel de sommeil, les spécialistes conseillent de profiter des vacances : pendant une ou plusieurs semaines, couchez-vous au moment où vous en ressentez le besoin et faites de même pour les heures de lever. Consignez vos heures de coucher et de lever dans un carnet. Pour connaître la durée moyenne de vos cycles de sommeil, notez de la même façon les heures auxquelles vous vous réveillez pendant la nuit et la durée de vos siestes. Une fois les vacances finies, et si votre activité professionnelle vous le permet, adaptez alors votre heure de réveil et votre emploi du temps à votre rythme naturel. C.H.

Les quatre phases du sommeil

Nos nuits sont découpées en plusieurs cycles plus ou moins longs (environ 90 min), qui passent tous par différentes phases



La température corporelle varie cycliquement
En l'espace d'une journée, la température du corps humain subit des écarts de température qui déterminent l'endormissement



À quelle heure s'endort-on le plus facilement ?

Notre organisme suit un rythme biologique (dit circadien) d'environ vingt-quatre heures, au cours duquel certaines périodes sont plus favorables à l'endormissement. Elles surviennent quand baisse la température corporelle, entre 22 et 23 heures, et vers 13 heures. L'absence de lumière favorise aussi la sécrétion de mélatonine, une hormone impliquée dans le processus d'endormissement. C'est pourquoi il est recommandé de dormir dans le noir. La fin de la matinée et la fin de l'après-midi, moments où la température corporelle est à son maximum, sont, eux, les moins propices à l'endormissement. C.H.

Pourquoi faut-il éviter de regarder la télé le soir ?

Parce qu'elle a un effet direct sur l'endormissement! « *L'exposition à la lumière artificielle des écrans avant le coucher inhibe la sécrétion de mélatonine, hormone promouvant le sommeil, augmente l'état de veille et perturbe le cycle naturel circadien d'environ une heure, ce qui rend l'endormissement plus difficile* », explique Charles Czeisler, de la Harvard Medical School, rapporteur en 2011 de l'étude « *Sleep in America* ». Il faudrait donc éviter les écrans dans l'heure précédant le coucher. Et ne pas les placer dans la chambre : les spécialistes insistent sur le fait que cette pièce doit être réservée au sommeil – exclusion faite des relations sexuelles. Quant à la lecture, les avis divergent : elle serait favorable au sommeil... à moins que l'envie de connaître la fin de l'histoire ne tienne éveillé une bonne partie de la nuit! C.H.

Existe-il des aliments qui aident à bien dormir ?

Les sucres lents encouragent l'endormissement, de même que les aliments riches en tryptophane, un précurseur de la mélatonine présent dans le riz complet, le fromage ou le chocolat, par exemple. Au contraire, le lait diminue la capacité du tryptophane à pénétrer dans le cerveau. Attention, la digestion augmente la température corporelle, ce qui n'est guère favorable à l'endormissement. Mieux vaut donc éviter les dîners copieux et tardifs. Quant à l'alcool, s'il peut provoquer l'endormissement, il nuit à la qualité du sommeil. C.H.

Peut-on faire du sport juste avant le coucher ?

« *Le sport fait augmenter la température corporelle, alors que celle-ci doit diminuer au moment du coucher* », répond Yves Dauvilliers, neurologue spécialiste du sommeil au CHU de Montpellier. Une activité physique intense, juste avant l'heure du coucher, est donc à éviter. Mais si vous n'arrivez pas à dormir, peut-être n'êtes-vous pas assez fatigué. Des chercheurs américains ont montré en 1997 que 30 à 40 minutes d'aérobic ou de marche rapide, quatre fois par semaine, avaient permis à des personnes âgées de 50 à 76 ans de diminuer de moitié leur temps d'endormissement. C.H.

L'acte sexuel favorise-t-il l'endormissement ?

En effet, l'activité sexuelle y est favorable en ce qu'elle génère une sensation de bien-être et d'apaisement. Une sensation notamment due à la dopamine, surnommée hormone du plaisir, et aux endorphines, neurotransmetteurs au fort pouvoir relaxant. À condition que l'acte ne soit pas accompagné de difficultés relationnelles qui, elles, ne manqueront pas de perturber l'endormissement... Une étude américaine a montré que la masturbation, accompagnée ou non d'un orgasme, ne diminue pas le temps d'endormissement et ne modifie pas le sommeil. J.B.

Dans quelle mesure la sieste est-elle recommandée ?

Les scientifiques ont montré que, quand la durée de sommeil nocturne a été suffisante, une courte sieste en début d'après-midi augmente la vigilance et maintient, voire améliore, les performances durant les deux heures et demie qui suivent. En cas de manque de sommeil, la sieste réduit la somnolence, en particulier chez ceux qui travaillent en horaires décalés. Il y a plus de vingt ans, la Nasa concluait que les pilotes de long-courrier qui faisaient une sieste de quarante minutes dans leur cockpit se montraient ensuite plus rapides, lors de tests psychomoteurs, que ceux qui restaient éveillés. Cependant, si les études s'accordent sur les effets réparateurs d'une sieste d'une dizaine de minutes, un sommeil diurne de plus de trente minutes peut engendrer les effets inverses. Le neurologue Yves Dauvilliers distingue « *sieste plaisir et sieste besoin* ». Si elle devient un besoin irrésistible et systématique, cela peut alors être le signe d'une pathologie du sommeil. En revanche, si la sieste est un plaisir, si elle n'a pas pour seule fonction de pallier des nuits trop courtes et si elle dure moins de trente minutes, elle est alors recommandée. C.H.

Les ondes des téléphones nuisent-elles au sommeil ?

« *Il n'est pas prouvé que les champs électromagnétiques perturbent le sommeil, même si de rares études menées sur une nuit d'expérimentation ont montré des modifications du sommeil des sujets* », répond Joël Paquereau, neurophysiologiste responsable du centre du sommeil au CHU de Poitiers. Ces expériences enregistrent de faibles modifications des ondes cérébrales, une augmentation du temps de sommeil léger et une diminution du sommeil profond chez des personnes soumises à un champ électromagnétique (comme celui émis par les téléphones portables) avant le coucher. Mais elles ne sont pas assez étendues pour distinguer clairement l'effet de ce champ du simple stress

lié à l'expérience. Récemment, l'université de médecine de Berlin a étudié le sommeil de 397 personnes vivant à proximité de stations de téléphonie mobile. Pendant douze jours, à leur insu, ces antennes ont été activées ou coupées aléatoirement. Aucune différence n'est apparue dans leur sommeil. Mais « *les stations en tant que telles peuvent avoir un impact subjectif négatif sur la qualité du sommeil* », concluent les chercheurs. Le cas de personnes dites hypersensibles aux champs électromagnétiques demeure un mystère pour la médecine qui, tout en reconnaissant la réalité de leurs symptômes, ne parvient toutefois pas encore à les expliquer. *J.B.*

Comment préparer son réveil en douceur ?

Après une nuit de sommeil normalement longue, le réveil est plus doux lorsqu'il se produit au cours d'une phase de sommeil léger, le corps étant alors proche de l'état de veille (voir la courbe p. 124). D'où l'importance de connaître son rythme naturel pour adapter son heure de réveil. Reste ensuite à surmonter ce que les spécialistes appellent l'inertie du sommeil, période de réactivation de l'organisme. Très brève pour certains, elle peut durer quarante-cinq minutes pour d'autres. Elle peut être raccourcie en s'exposant, dès l'éveil, à la lumière du jour ou à une lumière artificielle assez intense pour resynchroniser l'horloge biologique. Il existe des simulateurs d'aube, sortes de réveils par la lumière qui favorisent ce phénomène. Enfin, pour parachever le réveil, la consommation de caféine ou de théine, ainsi qu'un apport énergétique en glucides, sont bienvenus. *J.B.*

Est-il vrai qu'on dort mieux la tête orientée au nord ?

Nous n'avons trouvé aucune étude étayant cette idée héritée du Feng shui, un art chinois censé équilibrer les « énergies » de notre environnement. On peut cependant supposer que cette recommandation tire sa réputation d'efficacité de son aspect rituel, qui crée un contexte rassurant favorable à l'endormissement. *C.L.*

Vaut-il mieux être allongé sur le dos ou sur le ventre ?

C'est bien sûr une question de confort personnel, mais aussi d'âge et de santé. Chez les nourrissons, plusieurs études désignent la position ventrale comme un facteur de risque majeur pour le syndrome de la mort subite : cette position entraîne une diminution de la pression sanguine qui peut mener à une défaillance circulatoire. La position dorsale est quant à elle déconseillée aux personnes souffrant de mal de dos, de ronflements ou d'apnée du sommeil : dans ces trois cas, s'allonger sur le côté en chien de fusil fait diminuer les symptômes. *C.L.*

Qu'est-il possible de faire contre l'insomnie ?

Un mode de vie équilibré et régulier, de la relaxation ou encore des somnifères, déconseillés au-delà d'un usage ponctuel ou, au pire, de quelques semaines sont les armes les plus efficaces. Les travaux d'Arthur Spielman, psychologue et spécialiste du sommeil à l'université de New York, ont par ailleurs montré que les insomniaques passent souvent un temps excessif au lit dans l'espoir de mieux s'endormir : il leur est suggéré de ne pas se coucher avant d'avoir sommeil, et de se relever en cas d'insomnie rebelle. Évitez aussi de compenser par une sieste, qui risque de provoquer une

La position dorsale est quant à elle déconseillée aux personnes souffrant de mal de dos, de ronflements ou d'apnée du sommeil.

insomnie la nuit suivante. En cas d'insomnie persistante, l'avis d'un spécialiste s'impose : il existe de nombreuses consultations sommeil dans les hôpitaux. *C.H.*

Peut-on dormir moins sans risquer d'être plus fatigué ?

Les produits permettant de repousser le sommeil (de la caféine aux amphétamines en passant par le modafinil, mis au point pour soigner les narcolepsies et utilisé par l'armée pour garder les soldats éveillés plusieurs jours de suite) entraînent tous un excès de fatigue une fois passé leur effet – sans compter des effets spécifiques parfois graves sur l'humeur et le comportement. Mais il reste possible de réduire le temps de sommeil, ou du moins de le fractionner, comme s'y entraînent les marins pratiquant les courses en solitaire. La plupart ont opté pour le sommeil « polyphasique » : autrement dit, ils apprennent à fractionner leur sommeil en plusieurs « siestes » de très courte durée. L'idée, c'est d'apprendre à ressentir et à profiter aussitôt des « portes du sommeil », ces instants fugaces (quelques minutes à peine) propices à l'endormissement et situés en début de chaque cycle de sommeil, soit environ toutes les 90 minutes. *C.H.* ■

Des résultats prouvés par les marques dont vous avez confiance!



Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ) – Offres exclusives pour la Convention!

Demandés par les patients, recommandés par les professionnels – et ensemble, pour la première fois.

La gamme Philips Oral Healthcare a maintenant quelque chose pour tous les patients, et le cabinet. Les produits Sonicare que vos patients aiment tant, ont été rejoints avec les produits de blanchiment de Zoom et les solutions l'hygiène bucco-dentaire qu'ils ont besoin. Avec autant de lauréats, vous et vos patients ont de quoi sourire.



Pour passer une commande, veuillez contacter votre représentant de vente Philips ou composez le 1-800-278-8282.

Pour en savoir plus sur tous nos produits, visitez sonicare.com/dp ou philipsoralhealthcare.com

PHILIPS
ZOOM!

PHILIPS
sonicare

HIBOU

Évaluer et traiter les troubles du sommeil. Evelyne Martello et son équipe ont suivi plus de 250 enfants depuis l'ouverture d'une clinique spécialisée à L'HRDP.

Par Dalila Benhaberou-Brun, *inf.*, M.Sc.

Source: Reproduit avec permission. Benhaberou-Brun, D. « Hibou : Évaluer et traiter les troubles du sommeil. », *Perspective infirmière*, vol. 8, n° 6, novembre/décembre 2011, p. 35-37



L'infirmière clinicienne Evelyne Martello applique les connaissances qu'elle a acquises durant sa longue expérience en pédiatrie, particulièrement en développement de l'enfant. Après avoir œuvré au CHU Sainte-Justine, elle s'est associée à Roger Godbout, psychologue et chercheur, pour mettre en place une clinique du sommeil à l'Hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP). « Je voulais me consacrer aux troubles du sommeil exclusivement. Et il a fallu monter de toutes pièces cette structure qui est pleinement fonctionnelle depuis quatre ans », explique-t-elle.

Composée d'enfants ayant un problème neurologique ou de santé mentale et de personnes autistes de tous âges, avec ou sans déficience intellectuelle, la clientèle est référée par des médecins. « Les parents qui consultent chez nous sont à bout de force, ils ne dorment plus convenablement depuis des mois, voire des années », précise l'infirmière. Quant aux jeunes, ils n'émettent que peu de plaintes; leur sommeil perturbé semble détériorer surtout la qualité de vie de leurs parents. Ces derniers consultent parce qu'ils éprouvent une véritable souffrance. D'ailleurs, quand M^{me} Martello les reçoit pour la première fois, elle leur pose la question : « Quelles sont les raisons qui vous amènent, vous, à nous demander de l'aide? ».

L'équipe

« Chacun joue un rôle selon ses compétences propres. C'est ce qui fait la force de notre équipe. »

- D^{re} Céline Belhumeur, pédiatre développementaliste, spécialiste en troubles du sommeil
- Élyse Chevrier, technicienne en électrophysiologie médicale
- Roger Godbout, psychologue et professeur de psychiatrie de l'Université de Montréal
- Evelyne Martello, infirmière clinicienne

À la clinique, il n'y pas d'emblée de traitement médicamenteux pour les troubles du sommeil. « Notre approche comportementale de la situation fait toute la différence; nous avons élaboré de nombreux outils. Nous ne sommes que quelques professionnels à aborder les troubles du sommeil en pédopsychiatrie de cette manière », affirme M^{me} Martello.

Les problèmes de santé des enfants ont une incidence sur leur sommeil et vice versa. « Les troubles du sommeil ne sont pas une fatalité, ils se traitent! Une fois qu'ils sont réglés, cela influence grandement la qualité de vie et la maladie elle-même. » En effet, un mauvais sommeil entraîne des problèmes de concentration, d'apprentissage et de comportement comme l'agitation ou encore l'automutilation.

Hibou

Non, il ne s'agit pas d'un rapace nocturne, mais plutôt d'un outil qu'Evelyne Martello et Roger Godbout ont adapté en s'inspirant de BEARS, pour évaluer et orienter les enfants présentant des troubles du sommeil. HIBOU est en fait un acrostiche qui comprend une échelle qui évalue la fréquence de divers paramètres relatifs à la qualité du sommeil (voir encadré).

BEARS est un outil validé et utilisé par les anglophones, qui signifie: *Bedtime Resistance, Excessive daytime sleepiness, Awakenings, Regularity, Snoring*, soit une difficulté à se coucher, une somnolence diurne excessive, des réveils, la régularité et des ronflements. M^{me} Martello reconnaît que l'outil HIBOU constitue une traduction, certes non validée, mais très utile pour aider à évaluer les problèmes de sommeil et soutenir les intervenants de première et deuxième ligne. « Nous aimerions faire valider HIBOU », espère l'infirmière.

Cet outil s'adresse pour l'instant aux professionnels de la santé, mais idéalement, il devrait être un outil d'autoévaluation. HIBOU est l'une des pierres angulaires du travail d'Evelyne Martello. Une fois complété, le score obtenu permet d'orienter les personnes vers les ressources appropriées. « Nous ne voyons que les enfants dont le score est au moins de 16 et qui ont été diagnostiqués pour des troubles neurologiques ou psychiatriques », déclare l'infirmière. Les enfants qui ne correspondent pas à ces critères diagnostiques ou dont le score est inférieur à 16 sont dirigés vers la première ligne qui a pour mission de répondre à des problèmes de santé moins aigus que les services spécialisés.

Résultats

« Pendant deux semaines, les parents produisent l'agenda du sommeil de leur enfant, ils répondent à des questionnaires quant à ses habitudes de sommeil, les rituels au coucher, ses comportements ou encore l'environnement où il dort », explique M^{me} Martello. En plus de son évaluation de la condition physique et mentale, l'outil HIBOU donne une vision globale de la situation de l'enfant et de sa famille. Evelyne Martello collige les informations et émet une ou des « hypothèses » sur les causes de ces troubles. Quelquefois, l'enfant doit passer une nuit en laboratoire pour une analyse de sommeil qui complètera les données.

Selon la situation clinique, M^{me} Martello et son équipe suggèrent des changements à apporter à l'hygiène du sommeil, à la dimension sensorielle ou encore à l'environnement immédiat : « Je suis très autonome dans mon travail : je peux évaluer les troubles du sommeil, émettre des hypothèses, proposer des solutions et faire des suivis. Dans le futur, l'application d'ordonnances collectives permettra d'optimiser la prise en charge des enfants de la clinique. »

« Notre rôle ne se termine que lorsque l'enfant finit par bien dormir, et ses parents aussi ! » poursuit l'infirmière. Si les recommandations sont suivies, le problème peut être réglé. Evelyne Martello a constaté des résultats dans un intervalle allant de quelques jours à quelques mois selon la complexité de la situation.

En se basant sur les données probantes, l'équipe recommande diverses stratégies parfois assez simples, comme diminuer l'intensité lumineuse dans la chambre, ou réduire le niveau d'activité en fin de journée, juste avant le coucher. Il faut aussi tenir compte de l'état de santé physique de l'enfant.

Enseignement

M^{me} Martello insiste sur le fait que les recommandations sont proposées et non « imposées » aux parents. Nombre d'entre eux ont déjà essayé des moyens mais ils ont abandonné ou n'ont pas combiné les stratégies. Le cas d'Arnaud illustre une intervention réussie. D'autres professionnels, par exemple des psychoéducateurs qui connaissent déjà les familles, s'impliquent dans cette démarche. Il faut parfois utiliser des pictogrammes pour faire comprendre les consignes aux enfants ou se rendre à la maison pour évaluer l'environnement physique. M^{me} Martello fait ensuite le suivi pour s'assurer que les mesures appliquées obtiennent des résultats. « Cela fait partie de ma pratique quotidienne », affirme l'infirmière clinicienne.

En 2007, Evelyne Martello a publié un livre intitulé *Enfin je dors... et mes parents aussi* aux Éditions du CHU Sainte-Justine. L'ouvrage traite des troubles du sommeil généraux. Depuis, l'auteure travaille à plusieurs projets. Elle a collaboré à la publication d'un article dans la *Revue québécoise de psychologie* avec Roger Godbout et son étudiant Christophe Huynh sur le sommeil et les adolescents. M^{me} Martello donne aussi des conférences aux professionnels de la santé sur les troubles du sommeil en pédopsychiatrie. Son prochain défi ? Un livre traitant du sommeil des enfants autistes en collaboration avec son équipe.

Arnaud, dix ans et demi

Arnaud est autiste et présente une déficience intellectuelle moyenne-sévère. Il vit dans une famille d'accueil. Ses troubles de sommeil se manifestent irrégulièrement ; il se réveille plusieurs fois par nuit, fait des crises et s'automutile. La situation a empiré depuis quelques mois et tout le monde à la maison est épuisé.

Encadré 1 – HIBOU – Échelle de dépistage des troubles de sommeil pédiatrique (12-18 ans)

Légende : 1 : rarement ou jamais • 2 : 3-4 x/semaine • 3 : 5-7 x/semaine

H	Horaire irrégulier, somnolence diurne excessive			
	– Levé/couché trop tôt/trop tard, écart semaine/fin de semaine de plus de 2 heures	1	2	3
	– Somnolent le jour	1	2	3
I	Insomnie			
	– S'endort en plus de 30 minutes	1	2	3
	– Incapable de s'endormir seul, présence des parents nécessaire	1	2	3
B	Bouge dans son sommeil			
	– Comportement ou mouvements inhabituels la nuit	1	2	3
O	Obstruction			
	– Ronflement, bruits ou pauses respiratoires pendant le sommeil	1	2	3
	– Respiration buccale	1	2	3
U	Ultra vigilance			
	– Réveils nocturnes de plus de 20 minutes, plus de 2 fois par nuit	1	2	3
	– Rejoint les parents dans leur lit la nuit	1	2	3

Score : de 16-24 : Référence à la clinique **de 10-15 :** à surveiller (surtout si 3 dans questions I et U)
moins de 9 : ne pas référer; enseigner l'hygiène de sommeil

Collecte de données

Le jeune garçon obtient un score HIBOU de 17 points, ce qui le qualifie pour une évaluation et une intervention à la clinique. Arnaud se couche entre 20 et 21 h le soir et se réveille habituellement vers 6 h du matin. Sa routine de soirée est bien établie : douche, collation, jeux et télévision. Il s'endort seul dans sa chambre porte fermée, avec veilleuse et « doudou » en une trentaine de minutes.

Ses réveils nocturnes durent de 15 à 60 minutes, une à trois fois par nuit; il hurle, crie, chante et réveille toute la maisonnée. Le père de la famille d'accueil va vérifier si Arnaud dort. Son sommeil semble meilleur les nuits de la fin de semaine. Il fait des siestes d'une heure à l'occasion. Arnaud présente un problème de constipation chronique (une selle aux quatre jours). Le jeune garçon est suivi par un psychiatre et prend les médicaments suivants : mélatonine, ReVia™, Remeron® et Prevacid®.

Extrait des recommandations de traitement

- Modification de la séquence de la routine du soir : réduire le temps consacré à la télévision et prendre la douche en dernier lieu dans la soirée.
- Modification de l'environnement de la chambre : placer le lit contre le mur et poser un coussin de corps le long du mur, installer une toile opaque aux fenêtres et mettre un ventilateur en marche pour obtenir un bruit blanc.

- Intervention sensorielle : déposer une couverture lourde sur son corps, selon sa tolérance, pour optimiser la surface corporelle couverte au coucher et, en cas de réveil nocturne, exercer des séances de pression sur les mains et les pieds.
- Ajustement des médicaments : augmenter la dose de mélatonine pour renforcer et allonger la période de sommeil.
- Soulagement de la constipation : la radiographie abdominale a montré une dilatation des anses intestinales. Après l'élimination des causes physiques possibles, un laxatif est prescrit pour favoriser une évacuation quotidienne et l'apport de fibres dans l'alimentation est augmenté.

Après trois semaines, Arnaud dort de dix à douze heures par nuit sans interruption. Ses crises ont diminué. Son transit intestinal s'est rétabli. Depuis, le jeune garçon collabore davantage à l'école. Sa situation continue de s'améliorer! ■

Sources :

Owens, J.A. et V. Dalzell. « Use of the «BEARS» sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: a pilot study », *Sleep Medicine*, vol. 6, n° 1, janv. 2005, p. 63-69

Godbout, R., C. Huynh et E. Martello. « Le sommeil et les adolescents », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 31, n° 2, p.133-148

Exemple de l'agenda de sommeil d'Arnaud

	Date	24 h	1 h	2 h	3 h	4 h	5 h	6 h	7 h	8 h	9 h	10 h	11 h	12 h	13 h	14 h	15 h	16 h	17 h	18 h	19 h	20 h	21 h	22 h	23 h	Qualité du sommeil	Qualité de l'éveil		
		0 = pauvre 1 = moyen 2 = très bon																											
Jour 1	27 août				▲		▼	▲															▼						
Jour 2	28 août				▲	▼	▲																	▼					
Jour 3	29 août							▲															▼						
Jour 4	30 août				▲	▼	▲																▼						Samedi
Jour 5	31 août				▲																		▼						Dimanche
Jour 6	1 ^{er} sept.				▲	▼																	▼						
Jour 7	2 sept.		▲	▼			▲																	▼					
Jour 8	3 sept.				▲	▼																		▼					
Jour 9	4 sept.		▲	▼		▲	▼	▲															▼						
Jour 10	5 sept.	▲	▼			▲	▼	▲															▼						
Jour 11	6 sept.		▲	▼				▲																▼					Samedi
Jour 12	7 sept.							▲																▼					Dimanche
Jour 13	8 sept.								▲														▼		▲	▼			
Jour 14	9 sept.									▲														▼					
Jour 15	10 sept.										▲																		

▼ ... Moment du coucher ▲ ... Moment du réveil ■ ... Noircir la case pour indiquer le temps occupé par le sommeil

COMMENT ABORDER L'HYPERSOMNOLENCE ?

Par **Vincent Jobin, M.D., FRCPC** et **Pierre Mayer, M.D., FRCPC**

Source: Reproduit avec permission auprès des auteurs cités ci-dessus et par *Le Clinicien*, septembre 2009, pages 53 à 56.

Présenté dans le cadre de la conférence *Les journées de pharmacologie*, Université de Montréal, mai 2008.

Le cas de Dominique

Dominique, 43 ans, se présente à votre bureau. Elle se plaint d'une somnolence au long cours qui l'empêche d'avoir une vie normale. Elle pourrait s'endormir n'importe où et n'importe quand, malgré 11 à 12 heures au lit par jour !

Comment aborder le problème ?

D'abord, quantifier et qualifier la somnolence

Il est normal d'avoir un peu de somnolence en après-midi, mais lorsque cette somnolence devient excessive et limite le sujet dans ses activités, il faut investiguer. Une étude récente montre que 13 % des Américains rapportent une somnolence qui limite régulièrement leurs activités quotidiennes. Il s'agit donc d'un problème fréquent.

L'échelle d'Epworth (Tableau 1) est la plus utilisée pour quantifier la somnolence. À défaut de l'utiliser régulièrement lors d'une clinique bondée, elle devient un outil très utile lors d'un contexte légal ou, par exemple, si un arrêt de travail est envisagé pour cette condition. Une bonne anamnèse est aussi essentielle, comprenant l'hygiène du sommeil (l'heure du coucher, le temps d'endormissement, l'heure du réveil ou du lever, le besoin de faire la sieste), une révision de la médication et un dépistage de l'apnée du sommeil. On devra aussi vérifier s'il y a une dangerosité associée à cette somnolence, tel que nous le verrons plus loin. Souvent la fatigue accompagne la somnolence, mais il faut bien distinguer le manque d'énergie propre aux pathologies, comme le syndrome de fatigue chronique et la fibromyalgie, de la véritable somnolence qui fait « cogner des clous ».

Huit questions à poser à un sujet somnolent (en fonction de la maladie recherchée)

1- Dormez-vous assez? (carence en sommeil)

La durée moyenne du sommeil est d'environ 7 h 30 en Amérique du Nord. Cependant, il est bien démontré que pendant les jours de travail, la plupart des individus ont tendance à écourter la durée de leur sommeil d'environ une heure par rapport aux jours de fin de semaine. Or, il est important de savoir que la dette en sommeil est cumulative. Par exemple, si on ampute d'une heure

par jour le sommeil d'individus normaux pendant 14 jours, ils performeront aussi mal lors de tests psychométriques que s'ils n'avaient pas dormi pendant 48 heures d'affilée. De plus, les mêmes sujets auront tendance à diminuer la perception qu'ils ont de ces déficits avec la dette en sommeil qui s'accumule.

La carence en sommeil reste la cause la plus fréquente de somnolence diurne, et il importe d'estimer la durée de sommeil des dernières semaines et de la comparer aux besoins habituels du sujet. À cet effet, les changements observés la fin de semaine ou lors des vacances ainsi qu'un journal de sommeil peuvent être très utiles pour objectiver le problème. On peut alors réviser les mesures de base concernant l'hygiène du sommeil, puis on pourra recommander au sujet d'augmenter progressivement ses heures de sommeil afin de voir s'il y a un changement.

Tableau 1 – Échelle de somnolence d'Epworth : probabilité de s'assoupir ou de s'endormir dans huit circonstances de la vie quotidienne

- Lire en position assise
- Regarder la télévision
- Assis inactif dans un lieu public (théâtre, réunion)
- Passager d'un véhicule > 1 h
- Étendu l'après-midi lorsque les circonstances le permettent
- Assis, parlant à quelqu'un
- Assis tranquillement après un repas sans alcool
- Dans une voiture arrêtée au feu rouge ou dans le trafic

Pointage :

0 = aucun risque 1 = risque faible
2 = risque modéré 3 = risque élevé

Score global normal < 11/24

2- Dormez-vous à des heures régulières ?

(troubles circadiens – insomnie)

Il suffit de penser à l'effet d'un décalage horaire pour comprendre comment des horaires de sommeil irréguliers peuvent entraîner de la somnolence. À peu près 7 % de la population active effectue des horaires de travail dits postés (horaire de soir, de nuit ou rotatifs). Environ 15 % de ces travailleurs présenteront des troubles du sommeil comprenant de l'insomnie et de la somnolence principalement causées par une carence en sommeil.

Pour le travail posté, plusieurs avenues thérapeutiques sont possibles. Dans un premier temps, la modification des horaires de travail (si possible) et de l'environnement de sommeil (chambre sombre, sans bruit) peuvent s'avérer efficaces. Parfois, des somnifères ou même une médication stimulante peuvent être utilisés. L'insomnie s'inscrit souvent à l'intérieur de trouble du rythme circadien. Il est important de différencier l'insomnie secondaire d'un autre diagnostic, comme la dépression de l'insomnie primaire ou psychophysiologique.

3- Ronflez-vous ? (apnée du sommeil)

L'apnée du sommeil est une maladie fréquente (comparable à l'asthme), et on retrouvera du ronflement chez la plupart des gens qui en sont atteints. Parfois, le sujet rapporte des apnées vécues (étouffements) ou témoignées par le voisin de lit pendant le sommeil.

L'apnée du sommeil peut engendrer une kyrielle de symptômes, autant diurnes que nocturnes. On la suspecte plus souvent chez les sujets obèses, mais cette maladie peut affecter des personnes minces, en particulier si elles ont des anomalies craniofaciales comme la macroglossie ou la rétro-micrognathie. La somnolence diurne est le principal symptôme amenant les patients à consulter. Dans un cas classique d'apnée, une polysomnographie à domicile

Suite du cas de Dominique

L'investigation

Notre patiente souffre de somnolence importante avec un score de 22/24 à l'échelle d'Epworth. Elle ne conduit pas par crainte de s'endormir. Le questionnaire n'apporte aucune piste d'explication. Son travail est de jour et les heures de sommeil sont régulières et prolongées. Elle n'a pas d'antécédents médicaux et ne prend aucun médicament. Elle n'a aucun symptôme de narcolepsie ni d'apnées du sommeil au questionnaire. Dominique aura une polysomnographie avec test itératif de latence d'endormissement le lendemain matin. Le résultat montre un sommeil normal mais prolongé avec une latence moyenne d'endormissement de quatre minutes lors des quatre périodes d'observation du test.

permet d'établir le diagnostic. En présence d'une suspicion clinique élevée, il ne faut pas hésiter à demander une étude au laboratoire si cet examen est normal. Lorsque le diagnostic est fait, on peut amorcer un traitement par pression positive continue ou orienter le sujet vers un traitement par prothèse d'avancement mandibulaire. Parfois, des anomalies de la sphère ORL seront corrigibles par chirurgie.

4- A-t-on changé vos médicaments ?

(somnolence médicamenteuse)

La somnolence est souvent induite par la médication, notamment par certains antidépresseurs ou antiépileptiques, les narcotiques et les benzodiazépines ainsi que les antihistaminiques de première génération. Des antihypertenseurs, comme la clonidine, peuvent aussi entraîner de la somnolence.

Tableau 2 – Investigation au laboratoire du sommeil

Test	Paramètres mesurés	Utilité
• Polysomnographie au laboratoire (PSG)	• EEG, EOG, EMG • Saturation en O ₂ , pouls, débit naso-buccal, mouvements thoraciques et abdominaux	• Utile pour le sujet somnolent sans cause évidente au questionnaire • Quantifier et qualifier le sommeil • Mouvements nocturnes des membres • Apnées du sommeil
• Test itératif de latence d'endormissement (TILE)	• EEG, EMG, EOG • Mesure de la latence moyenne d'endormissement lorsque le sujet reçoit comme consigne de dormir pour 4 à 5 périodes d'observation pendant une journée • Fait le lendemain d'une PSG	• Quantifier la somnolence • Faire le diagnostic de narcolepsie
• Test de maintien de l'éveil (TME)	• EEG, EMG, EOG • Mesure de la latence moyenne à l'endormissement lorsque le sujet reçoit comme consigne de rester éveillé pour 4 à 5 périodes d'observation pendant une journée	• Quantifier la vigilance • Objectiver si un sujet est apte à effectuer une tâche pour laquelle de la vigilance est nécessaire

Il est également important de vérifier la prise de produits stimulants, comme la caféine, qui peuvent induire de l'insomnie avec une somnolence subséquente en raison d'une carence en sommeil. Dans un cas de somnolence médicamenteuse, un essai de sevrage est à faire, si possible.

5- Avez-vous d'autres problèmes de santé?

(sommolence associée à une maladie physique)

Plusieurs conditions médicales comportent des anomalies du sommeil avec somnolence, comme les maladies neurologiques, endocriniennes ou psychiatriques. Souvent la somnolence peut être un effet secondaire du traitement.

6- Avez-vous des malaises dans les jambes qui vous empêchent de dormir?

(impatience musculaires de l'éveil avec insomnie associée)

Les impatiences musculaires de l'éveil sont des malaises survenant en soirée, le plus souvent aux membres inférieurs, et qui s'amenuisent avec le mouvement ou la marche. Elles peuvent entraîner de l'insomnie et il importe alors de les traiter pour améliorer la qualité du sommeil. On voudra faire un bilan sanguin de base avec une FSC, un ionogramme, une fonction rénale, un dosage du calcium, du phosphore ainsi que de la ferritine.



Outre la correction des anomalies retrouvées au bilan sanguin, le traitement est à base d'agonistes dopaminergiques comme le pramipexole, d'antiépileptiques comme la gabapentine, ou plus rarement, de benzodiazépine ou de narcotiques. Il est aussi possible que le sujet souffre de mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil.

Tableau 3 – Avenues thérapeutiques dans le traitement de l'hypersomnolence

Pathologie	Options thérapeutiques
Carence en sommeil	• Modifier l'hygiène du sommeil
Troubles circadiens	• Modifier l'hygiène du sommeil • Luminothérapie • Mélatonine
Apnée du sommeil	• Pression positive continue (CPAP) • Prothèse d'avancement mandibulaire • Chirurgie bariatrique ou ORL (dans certains cas)
Sommolence médicamenteuse	• Modification si possible
Sommolence associée à une maladie physique	• Traiter la cause sous-jacente
Impatiences musculaires de l'éveil avec insomnie associée	• Éliminer la cause sous-jacente (carence en fer [?]) • Agonistes dopaminergiques
Mouvements périodiques des jambes	• Antiépileptiques • Benzodiazépines • Narcotiques
Narcolepsie ou somnolence idiopathique	Psychostimulants (amphétamines, modafinil)

Il s'agit de mouvements répétitifs des membres pouvant parfois entraîner de l'insomnie ou une mauvaise qualité du sommeil. Ils peuvent être rapportés par le conjoint ou objectivés lors d'une polysomnographie. Souvent retrouvés chez le sujet normal, la plupart du temps aucun traitement n'est nécessaire. Parfois, dans un cas de somnolence réfractaire sans autre cause apparente, il peut être bénéfique de les éradiquer.

7- Avez-vous déjà eu des épisodes de paralysies lors d'une émotion comme la colère, le rire ou la peur? (*narcolepsie*)

La narcolepsie est une maladie rare qui comprend une tétrade classique d'attaques de sommeil, de paralysies liées aux émotions (cataplexie), d'hallucinations et de paralysies lors des transitions éveil-sommeil.

Récemment, on a objectivé un déficit en hypocretine chez ces patients. Les symptômes débutent le plus souvent dans la vingtaine, mais parfois les sujets se sont accommodés toute leur vie de leurs symptômes et le diagnostic est fait tardivement. On pose le diagnostic lorsqu'on objective au laboratoire des endormissements directement en sommeil paradoxal témoignant ainsi d'une transition anormale entre l'éveil et le sommeil.

Le traitement se fait par un aménagement des heures de sommeil avec des siestes régulières qui peuvent être très bénéfiques, des psychostimulants, comme le modafinil, et des antidépresseurs pour la cataplexie lorsque celle-ci est problématique.

8- Est-ce que votre somnolence est dangereuse?

(*danger d'accident au volant ou métier à risque*)

Il importe d'évaluer la dangerosité associée à la somnolence lors de la conduite automobile ou de déterminer si le sujet exécute des tâches à risque, comme le métier de contrôleur aérien. La dangerosité implique de la part du médecin qu'il prodigue des conseils sur la sécurité en attendant la fin de l'investigation et l'amorce du traitement. Ceux-ci peuvent comporter des restrictions quant à la conduite d'un véhicule automobile (ex. : le jour seulement, être accompagné, courtes distances, moins de 20 minutes) ou même l'arrêt de travail, s'il le faut.

Les lignes directrices canadiennes sur l'apnée du sommeil stipulent que dans les cas urgents, un patient devrait être évalué par un spécialiste ou par polysomnographie en deçà de quatre semaines.

Investigation supplémentaire

Si une première approche n'arrive pas à diagnostiquer et à corriger la somnolence, il importe de poursuivre le bilan. Le Tableau 2 résume les modalités diagnostiques qui sont disponibles dans les laboratoires de sommeil. L'examen de référence reste la polysomnographie, qui permet de mesurer les stades de sommeil et d'objectiver de façon la plus certaine les troubles respiratoires pendant le sommeil ainsi que les mouvements des jambes.

Lorsqu'on veut objectiver la somnolence ou faire le diagnostic de narcolepsie, un test itératif de délai d'endormissement (TILE) est indiqué. Ce test est à considérer chez tout sujet pour qui on voudrait débuter un traitement par psychostimulant au long cours.

Conclusion du cas de Dominique

Le diagnostic et le traitement

Elle souffre d'hypersomnie idiopathique, une pathologie rare qui reste un diagnostic d'exclusion. De façon caractéristique, la somnolence persiste peu importe le nombre d'heures de sommeil. Une médication à base de stimulants, comme le méthylphénidate ou le modafinil, est alors débutée pour regagner un niveau fonctionnel adéquat.

À retenir

- La somnolence qui perturbe le travail ou la vie sociale ou qui est associée à un score d'Epworth > 11 mérite une investigation.
- Il faut toujours évaluer la dangerosité (conduite automobile, métier à risque).
- Si aucune cause n'est évidente au questionnaire, l'examen de choix est une PSG accompagnée ou non d'un TILE pour objectiver la somnolence.
- Pour statuer si un sujet présente une vigilance adéquate pour effectuer un métier à risque, le TME est l'examen le plus utile. Dans le doute, une consultation à la clinique du sommeil peut être utile.

Par ailleurs, si on veut mesurer la vigilance pour attester que le sujet est apte à effectuer un métier à risque par exemple, le test de maintien de l'éveil (TME) est l'examen de choix. Lorsqu'il est question de ces examens, une consultation en clinique du sommeil est à considérer. Les principales avenues thérapeutiques de l'hypersomnolence sont présentées dans le Tableau 3. Nous espérons que ce survol rapide vous aura éveillé à ce problème de santé publique de plus en plus reconnu.

Dr Jobin est professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal et pneumologue à la clinique du sommeil de l'Hôtel-Dieu du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Dr Mayer est professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal ainsi que pneumologue et directeur de la clinique du sommeil de l'Hôtel-Dieu du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. ■

Les mystères DE L'INSOMNIE

Par **Mathieu Perreault**, journaliste *La Presse*

Source: Reproduit avec permission. <http://www.lapresse.ca/vivre/sante/200904/06/01-843825-les-mysteres-de-linsomnie.php>

Une personne sur dix souffre d'insomnie. Ce trouble peut devenir obsédant, miner la vie sociale, voire professionnelle ou conjugale. Les chercheurs font des pas de géant pour mieux comprendre pourquoi on dort mal, et comment y remédier. Portrait d'un mal mystérieux.

Se lever le matin n'est pas toujours facile. Mais les insomniaques ont la vie particulièrement dure à cet égard. Plus des trois quarts d'entre eux se lèvent fatigués, une proportion trois fois plus élevée que chez ceux qui dorment bien. Pour compléter le portrait, les insomniaques ont tendance à sous-estimer la durée réelle de leur sommeil, alors que ceux qui prennent des somnifères la surestiment. Face à ces données éminemment subjectives, les chercheurs commencent à peine à mieux comprendre l'insomnie et les traitements qui sont les plus efficaces.

« L'insomnie est un problème subjectif, mais il est bien réel pour ceux qui en souffrent », explique Charles M. Morin, professeur à l'école de psychologie de l'Université Laval. « On ne peut pas le régler en montrant simplement aux patients qu'ils dorment davantage qu'ils ne le croient. Il faut prendre soin du sommeil, l'entourer de rituels, éliminer les comportements et habitudes qui le perturbent, par exemple l'alcool, la caféine, la lumière trop forte avant le coucher. »

Le psychologue de Québec est l'une des sommités mondiales dans le domaine. Il vient de publier la deuxième édition de son livre *Vaincre les ennemis du sommeil*. Depuis plusieurs années, il reçoit des subventions importantes des Instituts nationaux de la santé des États-Unis. Il a notamment déterminé l'impact financier



de l'insomnie (6,6 milliards \$ pour le Québec seulement, en grande partie en perte de productivité), la durée moyenne de l'insomnie, et l'efficacité des méthodes de sevrage des somnifères.

Les facteurs de risque pour l'insomnie sont l'hyperactivation mentale et physiologique, les styles de personnalité « inquiéteuses » ou perfectionnistes, la tendance à refouler ses émotions, la présence d'insomnie chez ses parents. Les femmes sont 1,3 fois plus à risque, et l'insomnie est plus fréquente chez les personnes âgées.

Des problèmes médicaux et psychologiques peuvent aussi causer l'insomnie. En particulier, certaines personnes qui prennent des antihistaminiques pour des allergies ou comme somnifère léger ont une réaction diamétralement opposée à

celle de la majorité de la population, alors qu'elles deviennent excitées plutôt que somnolentes.

Les somnifères sont efficaces à court terme, quelques semaines, par exemple pour surmonter une situation particulièrement stressante qui tient éveillé la nuit. Mais le chercheur Charles Morin considère que les démarches de modification du comportement sont beaucoup plus efficaces à long terme, notamment parce que le corps s'habitue aux somnifères. Des études ont montré que les effets des psychothérapies durent plus d'un an après la fin du traitement, et qu'ils sont aussi importants que celui des somnifères.

Pourquoi les femmes sont-elles plus touchées? « On pense que c'est dû aux hormones », indique Sonia Ancoli-Israel, une psychologue de l'Université de Californie à San Diego qui a publié plusieurs études

Une étude écossaise a confirmé que les horloges sont une source de stress pour les insomniaques.

sur l'insomnie chez les femmes du troisième âge. Mais nous n'en sommes qu'aux balbutiements des recherches sur la biologie de l'insomnie. Il est aussi possible que les hommes soient tout simplement machos et peu enclins à se plaindre.»

Des chercheurs ont récemment identifié des mécanismes différents pour les trois types d'insomnie - difficulté à s'endormir, réveils fréquents durant la nuit, et réveil définitif très tôt le matin, un problème qui touche particulièrement les personnes âgées. En étudiant les mouches drosophiles, une équipe de l'Université Brandeis au Massachusetts a découvert que l'insomnie du milieu de la nuit est liée à une région du cerveau différente, qui joue aussi un rôle important pour la mémoire.

En d'autres mots, les personnes qui prennent certains types de somnifères se réveillent aussi souvent durant la nuit, mais ne s'en souviennent plus le matin. Le psychologue Morin souligne d'ailleurs que les personnes qui prennent ces types de somnifères ont tendance à surestimer la durée de leur sommeil, contrairement aux autres insomniaques, ce qui pose problème parce que le sommeil agité n'est pas réparateur. Les patients finissent par avoir l'impression d'avoir un besoin insatiable de sommeil.

L'an dernier, une psychologue de l'Université de Californie à Berkeley s'est penchée sur la manière dont les insomniaques évaluent leur sommeil. Elle a découvert qu'ils sont beaucoup plus exigeants que les dormeurs sans problème. Comme leurs

exigences sont moins souvent remplies, ils ont plus facilement tendance à se considérer fatigués en sortant du lit. Selon la chercheuse, ils n'en sont pas pour autant hypochondriaques. Mais ses résultats montrent l'importance des perceptions.

La malédiction de l'horloge

De nombreuses thérapies contre l'insomnie suggèrent d'enlever sa montre durant la nuit, et de tourner le radio-réveil de manière à ce que le dormeur ne puisse pas voir l'heure. L'horloge peut être une source de stress parce qu'elle crée une angoisse de performance, et parce qu'elle empêche de se rendre compte qu'on se rendort entre deux réveils nocturnes. Une étude écossaise a confirmé que les horloges sont une source de stress pour les insomniaques, davantage que pour les gens qui ne souffrent pas de ce problème. L'étude de l'Université de Glasgow demandait aux participants d'observer plusieurs objets, dont une horloge, et mesurait le temps pendant lequel le regard s'attardait à l'horloge.

Traitement à distance

Pour aider les insomniaques à régler eux-mêmes leur problème, deux groupes, à l'Université du Manitoba et à l'Université de Virginie, ont mis au point une thérapie par l'internet. Le groupe de Winnipeg affirme que des résultats préliminaires montrent que 81 % des participants font des progrès, mais les résultats définitifs ne sont pas encore publiés. Par contre, une étude suédoise a conclu en 2006 que la thérapie par l'internet permet d'améliorer seulement les connaissances erronées concernant l'insomnie. Par ailleurs, le groupe de Charles Morin, à l'Université Laval, a conclu qu'un programme de six brochures envoyées par la poste permet en six mois d'améliorer de 4 %, ou 20 minutes par nuit, le temps de sommeil. En Écosse, un projet de l'Université de Glasgow qui a fait appel à des infirmières plutôt qu'à des médecins ou psychologues a obtenu des résultats encourageants, selon M. Morin.

Un carnet de sommeil

Pour mieux évaluer la gravité de votre insomnie, et votre succès à y remédier,

vous pouvez inscrire chaque jour dans un carnet quelques statistiques. Elles vous aideront à vous rendre compte si votre problème s'aggrave ou s'améliore. Il faut tout d'abord noter les heures de début et de fin des siestes, du coucher (quand vous fermez la lumière) et du réveil, ainsi que le temps approximatif que vous mettez à vous endormir le soir, votre temps total de sommeil, et le nombre de fois où vous vous êtes réveillé puis rendormi durant la nuit. Vous pouvez également noter si vous prenez des médicaments ou de l'alcool pour favoriser le sommeil. Enfin, sur une échelle de un à cinq, vous pouvez noter votre état physique au réveil, et si votre sommeil a été agité. Il s'agit d'une démarche prônée par de nombreux types de thérapies, et qui ne nécessite pas de rencontrer un spécialiste.

Des chiffres

- Un adulte sur trois se réveille la nuit au moins trois fois par semaine.
- Un adulte sur quatre se réveille toutes les nuits.
- 42 % des adultes ayant des problèmes d'insomnie et 31 % de ceux qui n'en ont pas font parfois des siestes.
- 10 % des personnes de 55 à 64 ans et 24 % des 75-84 ans font des siestes de quatre à sept fois par semaine.
- 14 % des personnes âgées de 65 ans et plus prennent régulièrement des somnifères.
- 26 % des femmes âgées et 6 % des hommes âgés prennent régulièrement des somnifères.
- 1/3 des utilisateurs de somnifères en prennent pendant plus de cinq ans.
- 46 % des femmes âgées et 6 % des hommes âgés prennent régulièrement des somnifères. ■

Sources:

American Journal of Psychiatry, Journal of Clinical Sleep Medicine, Archives of Internal Medicine, Journal of Psychiatric Research, L'encéphale.

L'apnée obstructive DU SOMMEIL

Par Elaine Bertrand, HD, ND(phy)



Ce syndrome a été décrit pour la première fois en 1956 sous le nom de syndrome de Pickwick. L'apnée obstructive du sommeil (AOS) ou syndrome d'apnée-hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS) est causé par un collapsus des voies aériennes lors de l'inspiration, qui génère une pression négative endopharyngée. Ce collapsus survient à un ou plusieurs sites de l'oropharynx ou de l'hypopharynx, ce qui empêche le passage de l'air lors de la respiration. Il provoque des pauses respiratoires qui durent de 10 à plus de 30 secondes. Les ronflements sont alors entrecoupés de moments de silence où la respiration est arrêtée. Ces périodes d'apnée se produisent plusieurs fois par nuit, à une fréquence variable et sont problématiques lorsqu'il y a plus de cinq apnées par heure de sommeil. La prévalence du syndrome d'apnée obstructive du sommeil est comparable à d'autres maladies chroniques. Elle peut toucher autant les adultes que les enfants.

La prévalence du syndrome d'apnée obstructive du sommeil est comparable à d'autres maladies chroniques. Elle peut toucher autant les adultes que les enfants.

- 26 % des Canadiens présentent un risque élevé de faire de l'apnée obstructive du sommeil⁽¹⁾.
- Environ 23 % des diabétiques de type 2 sont atteints par ce syndrome⁽²⁾.
- Avant 60 ans, il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Après cet âge, la prévalence est la même chez les deux sexes⁽²⁾.
- Il double ou triple après 65 ans⁽²⁾.
- Environ 3 % des ronfleurs souffrent de ce syndrome⁽³⁾.

L'AOS empêche une respiration normale et dégrade la qualité du sommeil en diminuant la période de sommeil profond et paradoxal. Pourtant, la plupart des gens qui souffrent du syndrome d'apnée obstructive du sommeil ne s'aperçoivent pas qu'ils font des pauses respiratoires pendant la nuit. Souvent, ces personnes consultent leur médecin parce qu'elles se sentent constamment fatiguées ou parce que le conjoint qui dort à leurs côtés se plaint de leurs ronflements. Les deux principaux symptômes décrits dans la littérature médicale sont :

... la plupart des gens qui souffrent du syndrome d'apnée obstructive du sommeil ne s'aperçoivent pas qu'ils font des pauses respiratoires pendant la nuit.

- un sommeil perturbé par des ronflements et des interruptions de la respiration;
- une fatigue importante dès le réveil et une somnolence pendant le jour, sans explication.

Un questionnaire appelé le test de somnolence d'Epworth peut alors être rempli afin de mesurer le degré de somnolence durant la journée. L'hygiéniste dentaire peut retrouver ce questionnaire sur le site de l'Association pulmonaire du Québec⁽⁴⁾.

D'autres symptômes peuvent également être associés à l'apnée obstructive du sommeil ;

Pendant la journée

- des céphalées matinales;
- de l'irritabilité;
- un syndrome dépressif;
- des hallucinations hypnagogiques;
- des troubles de la mémoire;
- une hypertension;
- une somnolence diurne excessive;
- une baisse de libido, de l'impuissance;
- une baisse des résultats scolaires chez l'enfant.

Pendant le sommeil

- des ronflements;
- du bruxisme;
- de l'hypersialorrhée;
- une agitation brusque du corps;
- de l'hyperhidrose;
- des réveils en sursaut;
- du somnambulisme;
- une hypoxémie nocturne chronique;
- une nycturie;
- une énurésie.

L'hygiéniste dentaire devrait également être attentif à certaines morphologies physiques, telles que :

- le périmètre du cou, qui est souvent court et large (plus de 43 cm de circonférence chez l'homme et plus de 40 cm chez la femme);
- une surcharge pondérale entraînant un rétrécissement des voies respiratoires;
- l'hypertrophie des végétations adénoïdes et des amygdales;
- une macroglossie, une déglutition atypique;
- une micrognathie avec un fond de gorge étroit, un rétrognathisme présentant une malocclusion Classe II ou une occlusion croisée.

Plusieurs autres facteurs augmentent le risque d'apnée obstructive du sommeil :

- la consommation d'alcool ou de somnifères avant de dormir causant le relâchement des muscles de la gorge pendant le sommeil;
- le tabagisme causant une inflammation des voies respiratoires;
- les rhinites allergiques récurrentes gênant la respiration;
- une surcharge pondérale de type androïde;
- un diagnostic de syndrome métabolique.

Sans intervention, ce syndrome, s'il n'est pas traité, peut avoir de nombreuses conséquences sur la santé. L'hypopnée, en provoquant l'hypoxie du cerveau et des micro-réveils brutaux, risque de causer de l'hypertension, un accident vasculaire cérébral, un infarctus du myocarde, de l'arythmie cardiaque ou de l'insuffisance cardiaque. Une apnée obstructive du sommeil non diagnostiquée peut être un facteur de risque lors de l'anesthésie générale⁽⁵⁾. Les anesthésiques et les médicaments antidouleur peuvent en effet aggraver l'apnée. De plus, la somnolence diurne affecte les fonctions cognitives, l'humeur, le comportement et augmente le risque d'accident routier.

La meilleure méthode pour diagnostiquer ce syndrome est un test appelé « polysomnographie ». Ce test se fait dans un laboratoire spécialisé dans l'analyse du sommeil. Un technicien installe à différents endroits sur le corps du patient, des électrodes reliées à des appareils de monitoring qui enregistrent les caractéristiques de la respiration et du sommeil durant toute la nuit. La polysomnographie mesure l'activité du cerveau, les phases du sommeil, les mouvements des yeux, le tonus musculaire, le pouls, les mouvements des jambes, la respiration, le flux de l'air, les mouvements de la poitrine, les mouvements de l'abdomen et le taux d'oxygène dans le sang. Malheureusement, la liste d'attente pour ce test est longue et il est plus facile de passer un test pour l'apnée du sommeil à l'aide d'un appareil portable pour un monitoring à domicile. Ce type d'appareil mesure le taux d'oxygène, le flux de l'air dans le nez et la bouche, les variations respiratoires et le ronflement. Ces observations sont enregistrées durant le sommeil. Le médecin peut alors examiner les résultats, poser un diagnostic et recommander un traitement plus rapidement.

Chez l'enfant, le traitement de l'AOS se résume souvent à une intervention chirurgicale soit l'amygdalectomie parfois combinée à l'adénoïdectomie. Chez l'adulte, si l'apnée est modérée, il est conseillé de modifier les habitudes de vie telles que, perdre du poids, éviter la consommation d'alcool et de somnifères, cesser de fumer ou médicamenteusement adéquatement les symptômes allergiques. Il existe aussi différents types d'orthèses orthopédiques dentaires qui sont moulés de façon à être placés sur les dents, que l'on porte la nuit.



Cet appareil maintient la langue et la mâchoire en position avancée, ce qui empêche l'obstruction des voies respiratoires. Il est très important qu'il soit confortable pour être porté toutes les nuits pour une période indéterminée. Au début de son utilisation, l'utilisateur peut ressentir une douleur à la mâchoire et des problèmes temporaires de mastication. L'hygiéniste dentaire devrait donc recommander un appareil ajustable. Plusieurs études démontrent qu'une orthèse orthopédique buccale ajustable serait une solution de premier choix pour les patients souffrant de SAOS léger à modéré et le deuxième choix en cas d'échec à la suite de l'application nocturne de la ventilation à pression positive continue (CPAP). Cet autre traitement consiste à porter un masque spécial qui insuffle de l'air en continu dans les voies respiratoires toute la nuit. Ce jet d'air crée une pression qui garde l'entrée de l'arbre respiratoire ouvert et qui empêche ainsi le relâchement des muscles de la gorge.

Il existe également une intervention chirurgicale, l'uvulo-palato-pharyngo-plastie (U.P.P.P.) qui consiste à enlever la luette et une partie du palais mou afin de dégager les voies respiratoires. L'amygdalectomie parfois combinée à l'adénoïdectomie peut également être envisagée. Cette intervention est utile pour corriger les ronflements intenses. Dans le cas de l'apnée du sommeil, elle n'est efficace que dans environ 50 % des cas⁽²⁾. En conclusion, quel que soit le traitement, la cessation des épisodes d'apnée permet d'améliorer la qualité de vie, la mémoire et la vigilance des personnes atteintes par ce syndrome. ■

Références

1. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/sleepapnea-apneesommeil/pdf/apnee-du-sommeil.pdf>
2. http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=apnee_du_sommeil_pm
3. http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=ronflement_pm
4. <http://www.poumon.ca/diseases-maladies/apnea-apnee>
5. <http://www.stacommunications.com/journals/leclinicien/2009/04-Avril%22009/059-Anesth%C3%A9sie%20et%20apn%C3%A9e%20du%20sommeil.pdf>
6. Soo-Lyun An, Dip DH, Catherine Ranson, Dip DH, BHA. Obstructive sleep apnea for the dental hygienist : Overview and parameters for interprofessional practice, Canadian journal of dental hygiene, novembre 2011, Vol. 45, no 4
7. http://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome_d'apn%C3%A9es_du_sommeil
8. http://www.poumon.ca/diseases-maladies/apnea-apnee/what-quoi/index_f.php
9. http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=apnee_du_sommeil_pm
10. <http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Nouvelles/Fiche.aspx?doc=avc-l-apnee-du-sommeil-augmenterait-le-risque-20100414>
11. http://www.sommeilsante.asso.fr/inform_ronflement.html
12. <http://static.cma.ca/Public/DiseaseLibrary/PatientInfo.aspx?diseaseid=201&agree=true>
13. <http://www.fondationsommeil.com/assets/files/articles/SENSIBILISATION%20.doc>
14. <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/388/02.htm>
15. <http://www.fatigueauvolant.ca/>
16. Morin Charles. Vaincre les ennemis du sommeil, éditions de l'Homme, 1996

RECRUTEMENT

CHEZ **CENTRES DENTAIRES LAPOINTE**, LES HYGIÉNISTES DENTAIRES SONT DES PROFESSIONNELLS DE PREMIÈRE LIGNE

Nous valorisons une relation basée sur le respect de l'équilibre, au niveau du développement professionnel autant que personnel, permettant ainsi un environnement épanouissant.

Une carrière chez Centres dentaires Lapointe vous offre de multiples avantages dont certains sont exclusifs dans le domaine dentaire :

AVANTAGES

- **RÉGIME DE RETRAITE (avec participation de l'employeur)**
- **Plan d'assurances collectives**
- **Formations***
- **Remboursement de la cotisation professionnelle***
- **Remboursement des frais d'inscription aux journées dentaires***
- **Plan de traitements de soins dentaires**
- **Rabais de divers partenaires corporatifs**
- **Primes de fin de semaine**
- **Activités diverses organisées par le Club social**
- **Possibilité de transfert dans une autre clinique à travers le Québec**

*Certaines conditions s'appliquent.

Joignez le plus grand réseau du domaine dentaire au Québec

Montréal (3) • LaSalle • Laval • Rosemère • Longueuil (2) • St-Hyacinthe
Cap Rouge • Québec • St-Romuald • St-Sauveur • Gatineau • Hull • Jonquière

Pour de plus amples informations, communiquez avec **Kathy Guillemette**,
conseillère en recrutement (450) 679-2300 poste 2289 / kguillemette@centreslapointe.com
ou consultez le site web www.centreslapointe.com





UNE CARRIÈRE
CHEZ NOUS VOUS
OFFRE DE MULTIPLES
AVANTAGES

Lapointe
RESSOURCES HUMAINES

L'apnée obstructive du sommeil CHEZ L'ENFANT

Par Zoe Nugent, M.D. et Indra Narang, M.D

Source: Reproduit avec permission. Traduit de l'article original intitulé "Obstructive Sleep Apnea in Children", Oralhealth, March 2012, Vol. 102, N° 3, pages 26-32. <http://www.oralhealthgroup.com>



Introduction

L'apnée obstructive du sommeil (AOS) est le trouble de la respiration associé au sommeil le plus courant chez l'enfant. Elle touche tous les groupes d'âge, de la première enfance à l'adolescence. L'AOS est observée de plus en plus souvent chez les enfants, et la forme qu'elle prend dans cette population se distingue de celle qu'elle prend chez les adultes, surtout en ce qui a trait aux facteurs de risque, aux symptômes, aux critères diagnostiques liés à la polysomnographie et à la prise en charge de la maladie. Le présent

article résume les caractéristiques clés, les méthodes diagnostiques et les principes de prise en charge de l'AOS chez les enfants.

L'AOS se caractérise par une obstruction partielle (hypopnée obstructive) ou complète (apnée obstructive) des voies respiratoires supérieures. L'obstruction est généralement associée à une baisse de la saturation en oxygène, à des anomalies sur le plan des échanges gazeux et à des perturbations du sommeil¹. Le test le plus couramment utilisé pour diagnostiquer l'AOS est la polysomnographie.

Selon les données dont on dispose sur l'AOS chez les enfants, la maladie se manifeste surtout chez les sujets âgés de 2 à 8 ans et sa prévalence est de 2 à 4%^{2,3}. En revanche, le ronflement, l'un des principaux symptômes de l'AOS, touche généralement 3 à 12% des enfants d'âge préscolaire⁴. Ce phénomène est appelé « ronflement primaire ». Le ronflement peut être défini comme étant une respiration bruyante causée par la turbulence du passage de l'air dans les voies respiratoires supérieures.

La prévalence de l'AOS peut être encore plus importante dans le cas de certains syndromes et de certaines malformations (voir le tableau 1), cas qui peuvent également être associés à des problèmes dentaires.

Physiopathologie

Pendant son sommeil, il est normal que le débit respiratoire de l'enfant soit réduit et que la résistance de ses voies respiratoires supérieures soit accrue. Ces phénomènes entraînent une réduction de la pression partielle d'oxygène dans le sang artériel de l'ordre de 2 à 5 mm Hg et une augmentation du dioxyde de carbone de l'ordre de 3 à 7 mm Hg⁵. Les caractéristiques physiopathologiques qui causent l'obstruction se divisent en facteurs anatomiques et neuromusculaires.

Facteurs anatomiques

Chez les enfants atteints d'AOS, la section transversale des voies respiratoires supérieures a tendance à être plus petite que chez les autres. De plus, un élément dynamique caractérise les voies respiratoires de cette population de patients : le volume de leurs voies respiratoires change de l'inspiration à l'expiration, surtout au niveau du nasopharynx⁶.

La cause la plus courante du rétrécissement des voies respiratoires supérieures est l'hypertrophie adéno amygdalienne. Il s'agit d'un facteur de risque important d'AOS. Parmi les autres facteurs se trouve l'accumulation de tissu adipeux autour des voies respiratoires, de la langue et du pharynx chez les enfants obèses. Parallèlement, l'accumulation de glycosaminoglycanes dans les tissus mous

entourant les voies respiratoires chez les enfants atteints de mucopolysaccharidose (MPS) cause le rétrécissement des voies respiratoires. En outre, de nombreuses anomalies craniofaciales sont précisément associées au rétrécissement des voies respiratoires, notamment l'hypoplasie médio faciale, la rétrognathie, la micrognathie,

l'étroitesse de l'arcade dentaire supérieure, l'obstruction nasoseptale et la macroglossie⁷.

Facteurs neurologiques

La régulation neuromusculaire du tonus des voies respiratoires supérieures joue un rôle important dans l'AOS. Par exemple, une obstruction peut être causée par la réduction du tonus des voies respiratoires supérieures pendant le sommeil (ou la sédation).

Les dilateurs pharyngiens qui jouent un rôle dans la perméabilité des voies respiratoires comprennent le muscle génioglosse, les aryténoïdes postérieurs, le tenseur palatin et les ailes du nez. L'innervation de ces dilateurs est assurée par le système nerveux central (par l'intermédiaire du centre de régulation de la respiration dans la médulla) et le système nerveux périphérique (par l'intermédiaire des réflexes des mécanorécepteurs). L'altération générale du tonus musculaire, par exemple chez les enfants atteints d'hypotonie ou d'hypertonie, peut avoir une incidence sur le tonus neuromusculaire des dilateurs pharyngiens. Toute atteinte focalisée ou lésion occupant de l'espace et ayant une incidence sur le tronc cérébral, particulièrement les malformations d'Arnold Chiari et les tumeurs du tronc cérébral, peut entraîner des troubles de respiration pendant le sommeil. De plus, la fonction du muscle palatin peut être anormale chez les enfants qui ont une fente palatine, même après une intervention chirurgicale. Dans le même ordre d'idées, les enfants atteints d'achondroplasie et dont le trou occipital est petit présentent des compressions du tronc cérébral et de la portion supérieure de la moelle épinière cervicale qui auront également un effet sur la fonction des voies respiratoires.

Les médicaments et les toxines peuvent avoir un effet sur le tonus neuromusculaire et la pulsion respiratoire. Parmi les substances en cause, notons

Tableau 1 – Facteurs de risque d'AOS chez les enfants

Syndrome de Down
Obésité
Drépanocytose
Syndrome Prader-Willi
Mucopolysaccharidose (MPS)
Atteinte neuromusculaire (p. ex. dystrophie de Duchenne)
Infirmité motrice cérébrale
Malformations de Chiari et myéломéningocèle
Malformations craniofaciales, y compris le syndrome de Pierre Robin
Achondroplasie

Tableau 2 – Symptômes diurnes évocateurs de l'AOS

Respiration par la bouche
Hyperactivité
Fatigue excessive pendant la journée
Inattention, problèmes comportementaux
Bruit hyponasal à la voix
Problèmes scolaires

Tableau 3 – Symptômes nocturnes (pendant le sommeil) évocateurs de l'AOS

Ronflement
Respiration laborieuse
Pauses respiratoires
Sommeil agité
Sueurs nocturnes
Positions inhabituelles pendant le sommeil
Parasomnies (terreurs nocturnes, somnambulisme)
Énurésie nocturne (secondaire)

Figure 1



0. Ablation des amygdales 1. Amygdales cachées par les piliers amygdaliens 2. Amygdales étendues jusqu'aux piliers 3. Amygdales en dehors des piliers 4. Amygdales étendues jusqu'au milieu

particulièrement les opiacés, les benzodiazépines, l'hydrate de chloral, les anesthésiants généraux et l'alcool.

Chez la majorité des enfants atteints d'AOS qui sont autrement en bonne santé, il se peut qu'un seul facteur étiologique soit en cause. Généralement, ce facteur est l'hypertrophie adéno amygdalienne chez les jeunes enfants et l'obésité chez les adolescents. Cependant, dans bon nombre de cas complexes ou en présence d'un syndrome, plusieurs facteurs anatomiques et neuromusculaires interviennent pour prédisposer le sujet à l'AOS. À titre d'exemple, pensons à un enfant atteint du syndrome de Down qui présente une hypertrophie adéno amygdalienne, une macroglossie, une hypoplasie médio faciale et une hypotonie généralisée.

Conséquences de l'AOS lorsqu'elle n'est pas traitée

Lorsqu'elle n'est pas traitée, l'AOS peut entraîner des complications cardiovasculaires, métaboliques et neurocomportementales. Autrefois, les enfants atteints d'AOS grave présentaient un retard de croissance causé par l'accroissement des exigences métaboliques et l'interruption de la production de l'hormone de croissance. Par ailleurs, l'AOS est un facteur de risque indépendant de complications cardiovasculaires et métaboliques, y compris l'hypertension artérielle^{8,9}, les changements de la masse ventriculaire

gauche et le syndrome métabolique^{11,12}. Parmi les conséquences neurocomportementales qui ont été signalées se trouvent la médiocrité du rendement scolaire, les défauts d'apprentissage, les sautes d'humeur, l'inattention et les comportements évoquant le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDHD).

Symptômes et signes d'AOS

Les parents et les enfants peuvent tous deux constater la présence de symptômes diurnes et nocturnes d'AOS (voir les tableaux 2 et 3). Ces symptômes peuvent s'aggraver en cas d'infection des voies respiratoires supérieures. Chez les enfants plus âgés, dont le sommeil n'est pas toujours observé par les parents, le problème le plus important peut être la fatigue au cours de la journée. Les éléments essentiels des antécédents médicaux comprennent les facteurs de risque d'AOS, par exemple les maladies qui figurent dans la liste du tableau 1. Les enfants atteints d'AOS présentent un risque de problème lié aux voies respiratoires supérieures lorsqu'ils reçoivent un sédatif ou un relaxant musculaire. Par conséquent, il est important de noter les antécédents de complications associées à la prise d'un anesthésiant.

Plusieurs questionnaires sur les symptômes d'AOS ont été mis au point pour tenter de reconnaître la prédisposition à l'AOS chez les enfants qui ronflent. Malheureusement, ces questionnaires ne

permettent pas de distinguer de façon fiable les enfants atteints de ronflement primaire de ceux qui sont atteints d'AOS.

Examen clinique

L'inscription du poids et de la taille de l'enfant dans un graphique de croissance permettra de déceler les retards de croissance et l'obésité. L'utilisation des graphiques de croissance adaptés pour le Canada de l'Organisation mondiale de la Santé est recommandée¹³. Un poids selon l'âge qui est inférieur au 5^e percentile ou qui chevauche deux lignes importantes de percentile peut évoquer un retard de croissance¹⁴, alors qu'un indice de masse corporelle (IMC) selon l'âge qui est supérieur au 95^e percentile peut évoquer l'obésité.

Pendant l'examen du visage, le médecin doit entre autres s'attarder aux signes d'hypoplasie médio faciale, de rétrognathie et de micrognathie, et détecter les cas de respiration par la bouche. L'évaluation du débit d'air dans les voies nasales permet de déterminer le degré de perméabilité, tout comme l'inspection de la muqueuse nasale permet de détecter tout signe d'inflammation.

L'examen de l'oropharynx doit comprendre l'évaluation du volume des amygdales (figure 1). La classification de Mallampati (figure 2) est fondée sur l'observation des structures. Le sujet doit être en position assise, la bouche grande

Figure 2

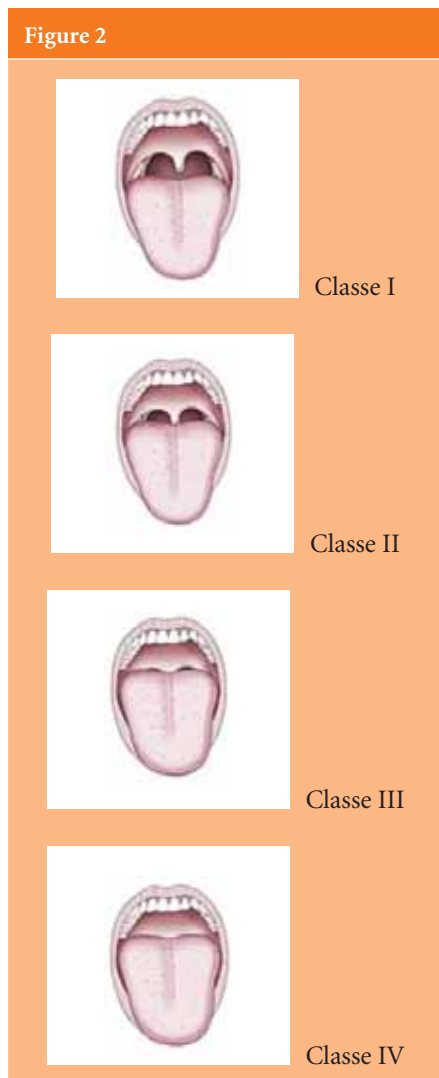
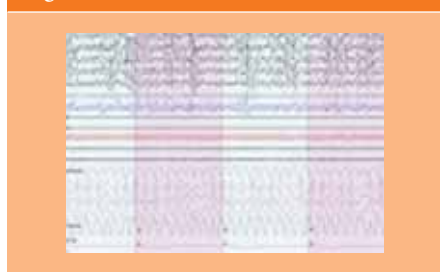


Figure 3



ouverte et la langue sortie. Les cas de fente palatine, particulièrement les fentes sous muqueuses et les luettes bifides, doivent

être repérés. Des examens cardiovasculaires, respiratoires, abdominaux et neurologiques doivent être réalisés, mais leurs résultats sont généralement normaux.

Épreuves diagnostiques

La polysomnographie est le test le plus couramment utilisé pour diagnostiquer l'AOS. Ce test repose sur l'enregistrement de plusieurs variables pendant le sommeil du sujet. Il est réalisé la nuit, dans un laboratoire de sommeil. Chez certains enfants qui présentent des symptômes et des signes évocateurs d'une hypertrophie adéno amygdalienne, la consultation d'un ORL peut être indiquée avant la réalisation de la polysomnographie. De toute évidence, la polysomnographie n'est pas possible chez tous les patients soupçonnés d'être atteints d'AOS en raison des ressources limitées. Les critères cliniques servent donc souvent de fondement pour procéder à l'adéno amygdaléctomie chez les enfants appartenant à cette catégorie de patients.

Polysomnographie

Pour réaliser une polysomnographie, il faut un laboratoire consacré au sommeil et des techniciens formés pour évaluer des enfants. La présence d'un inhalothérapeute pour la prise en charge de la ventilation non effractive est facultative. L'enfant en bas âge sera accompagné d'un parent qui dormira avec lui dans le laboratoire.

Réalisation de la polysomnographie

L'encéphalogramme et l'évaluation des mouvements oculaires et du tonus musculaire permettent de déterminer l'état du sommeil. L'évaluation de la respiration porte entre autres sur le mouvement de la poitrine et de la paroi abdominale, le débit d'air au niveau du nez et de la bouche, la saturation en oxygène et le taux de dioxyde de carbone transcutané ou en fin de respiration. La fréquence cardiaque est mesurée à l'aide d'un électrocardiogramme, puisque l'arythmie peut être associée à l'AOS. Tous les enfants sont

surveillés par l'intermédiaire d'une vidéo permettant la visualisation directe de la tête, du cou et du thorax. La figure 3 est une saisie d'écran correspondant à deux minutes de polysomnographie réalisée chez un enfant.

Résultat de la polysomnographie

Les principaux événements respiratoires qui sont observés pendant la polysomnographie sont l'apnée obstructive et l'apnée centrale du sommeil.

L'apnée obstructive correspond à une réduction du débit d'air d'au moins 90 % par rapport aux valeurs initiales accompagnée d'un mouvement ininterrompu de la poitrine et(ou) de l'abdomen. La durée d'un tel événement est d'au moins deux respirations en état d'éveil¹⁵. L'hypopnée obstructive correspond à une réduction du débit d'air d'au moins 50 % par rapport aux valeurs initiales. La durée d'un tel événement est d'au moins deux respirations en état d'éveil¹⁵. L'hypopnée obstructive s'accompagne soit (i) d'une réduction d'au moins 3 % de la désaturation en oxygène, soit (ii) d'un passage du sommeil paradoxal au sommeil léger, soit (iii) d'un éveil. L'apnée centrale du sommeil correspond à l'interruption du débit d'air accompagnée d'une absence d'effort respiratoire et abdominal pendant au moins 20 secondes ou deux respirations en état d'éveil. Dans un tel cas, l'événement doit être accompagné soit (i) d'une réduction d'au moins 3 % de la désaturation en oxygène, soit (ii) d'un passage du sommeil paradoxal au sommeil léger, soit (iii) d'un éveil¹⁵. La gravité de l'AOS est déterminée en fonction des critères cliniques établis. L'indice apnée-hypopnée obstructive représente le nombre d'épisodes d'apnée et d'hypopnée par heure pendant le sommeil. Un indice de < 1,5 est considéré comme normal. En revanche, un indice de 1,5 à < 5 correspond à une AOS légère, un indice de 5 à < 10 correspond à une AOS modérée et un indice de > 10 correspond à une AOS grave¹.

Prise en charge

Les stratégies de prise en charge de l'AOS dépendent de l'étiologie sous-jacente. Elles peuvent comprendre l'association de traitements médicaux, d'interventions chirurgicales et de techniques de ventilation mécanique non effractive ou des techniques de ventilation mécanique non effractive seules.

Options chirurgicales

L'adéno-amygdalectomie s'est révélée efficace pour réduire de façon significative l'AOS chez bon nombre d'enfants¹⁵⁻¹⁷, c'est pourquoi l'*American Academy of Pediatrics* recommande cette intervention comme traitement de première intention¹⁸. L'adéno-amygdalectomie entraîne une amélioration des paramètres de fréquence des épisodes d'obstruction, de saturation en oxygène et des éveils nocturnes ainsi qu'une amélioration du sommeil.

Par contre, malgré ces améliorations, l'adéno-amygdalectomie ne permet pas de régler le problème chez tous les enfants et elle ne convient que dans le cas d'un seul facteur de risque d'AOS. La reprise de la polysomnographie après l'adéno-amygdalectomie peut être souhaitable, surtout chez les enfants plus âgés, ceux qui sont obèses, ou asthmatiques et ceux qui sont atteints d'AOS grave¹⁹.

Technique non effractive de ventilation

La ventilation spontanée en pression positive continue réalisée à l'aide d'un masque nasal ou facial est de plus en plus utilisée dans le traitement de l'AOS, surtout lorsque l'adéno-amygdalectomie ne s'est pas révélée efficace ou lorsque d'autres facteurs contribuent à l'obstruction des voies respiratoires supérieures. De nombreuses études ont montré que la ventilation spontanée en pression positive continue est sûre, bien tolérée et efficace chez les personnes de tous âges^{20, 21}. Chez de nombreux patients obèses, la ventilation

spontanée en pression positive continue est le traitement principal à long terme, et cette technique se révèle efficace.

Traitement médical

La congestion ou l'obstruction nasale est un facteur de risque important d'AOS. Le traitement de la rhinite allergique peut donc être efficace pour soulager les symptômes²². Les corticostéroïdes pour administration nasale et la prise de montélukast (Singulair) par voie orale peuvent se révéler efficaces pour soulager les symptômes dans les cas d'AOS légère²³.

Perte de poids

L'obésité est un facteur causal de plus en plus important dans l'AOS. Or, la réduction de l'IMC est susceptible d'entraîner une réduction des manifestations d'AOS²⁴. Il est donc recommandé d'inscrire les enfants obèses à un programme multidisciplinaire de perte de poids. Par contre, le processus de perte de poids peut prendre du temps, et les enfants obèses atteints d'AOS peuvent avoir besoin d'un traitement par ventilation spontanée en pression positive continue dans l'intervalle.

Expansion maxillaire rapide

L'expansion maxillaire rapide est le recours à un appareil buccal personnel permettant de modifier la position de la mâchoire des enfants atteints d'AOS et de malocclusion dentaire. Cet appareil applique de la pression pour créer de l'espace additionnel au niveau du maxillaire, ce qui augmente directement le volume de la cavité nasale et de l'espace oropharyngé en repositionnant la langue. Des études de petite envergure ont conclu à une réduction des symptômes et à une amélioration des résultats des polysomnographies²⁵.

Quels enfants devraient être adressés à une clinique du sommeil ?

Le diagnostic de l'AOS doit idéalement reposer sur les critères cliniques et les résultats de la polysomnographie.

Cependant, un enfant en bonne santé qui présente des symptômes typiques d'AOS peut être adressé à un ORL pour subir une adéno-amygdalectomie sans avoir nécessairement subi une polysomnographie. Les professionnels de la santé ne devraient pas hésiter à adresser les enfants atteints du syndrome de Down, les enfants obèses, ceux qui ont des malformations cranio-faciales et tous ceux qui présentent un risque élevé d'AOS.

Sommaire

L'AOS se manifeste de plus en plus souvent chez les enfants (2 à 4 %), qu'ils soient en bonne santé ou que leur état soit complexe sur le plan médical. L'AOS peut avoir des conséquences neurocomportementales et cardiovasculaires. Le diagnostic repose sur la polysomnographie.

Il existe des traitements efficaces, parmi lesquels se trouvent l'adéno-amygdalectomie, la ventilation non effractive, les traitements médicaux et l'expansion maxillaire rapide. Les professionnels de la santé doivent être à l'affût des signes et des symptômes d'AOS chez les enfants afin de poser rapidement un diagnostic et d'amorcer le traitement dans les plus brefs délais. ■

Les docteurs Zoe Nugent et Indra Narang travaillent toutes deux au Hopsital for Sick Children de Toronto.

Références

Les références pour cet article sont disponibles sur le site de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec au www.ohdq.com.



Bain de trempage pour tous types de prothèses dentaires

**ERGONOMIQUE.
SIMPLE.
PRATIQUE.**


1 800 474-6682
www.novadent.com


**NOVA
Dent**
Un produit fierement québécois

NOVADENT 
scientifiquement développé
pour les prothèses sur implants et
les prothèses avec base molle.

Temps de trempage illimité.



Suite à la demande des professionnels de la santé et des consommateurs, NOVADENT  a été innové par les scientifiques des laboratoires de Novalab, pour permettre un temps de trempage illimité des prothèses sur implants et des prothèses avec base molle.

La solution originale de Novadent qui nettoie et fait briller vos prothèses dentaires en une étape facile demandait un temps de trempage restreint aux prothèses sur implants et aux prothèses avec base molle, à cause des différents matériaux entrant dans la fabrication de ces prothèses. Avec la solution nettoyante NOVADENT , tous types de prothèses peuvent être nettoyés sans limite de temps de trempage, tout en conservant les mêmes propriétés antibactériennes, fongicides et antimicrobiennes du Novadent original.

NOVADENT  est un produit innovateur éliminant la gestion de temps de trempage de tous types de prothèses dentaires. Il permet aux professionnels de la santé de le conseiller en toute confiance.

Voir toute la gamme
de produits NOVADENT
disponible en pharmacie
et sur www.novadent.com

Visitez www.novadent.com

**NOVA
Dent**
Un produit fierement québécois

LE RONFLEMENT ET L'APNÉE DU SOMMEIL

Les appareils buccaux comme solution de rechange aux masques

Par Brock Rondeau, DDS, IBO, DABCP

Source: Reproduit avec permission. Traduit du texte original "Snoring and sleep apnea. Many sufferers turning to oral appliances as alternative to masks".

En Amérique du Nord, environ 90 millions de personnes seraient atteintes de troubles du sommeil, dont l'insomnie, le ronflement et l'apnée du sommeil.

Le ronflement est très fréquent dans notre société : on estime que 60 % des hommes et 40 % des femmes de plus de 50 ans ronflent. Le ronflement se produit lors d'une obstruction partielle des voies respiratoires, et que le déplacement d'air fait vibrer les tissus mous du palais.

Le ronflement est un problème social grave pour la personne qui partage le lit du ronfleur et affecte, défavorablement, beaucoup de relations. Je traite de nombreux patients pour lesquels le ronflement est un aspect négatif important dans leur vie.

Certaines études montrent que le fait de dormir dans le même lit qu'un ronfleur perturbe le sommeil plus d'une heure par nuit, et que ce manque de sommeil peut avoir un effet négatif sur la santé (comparable aux problèmes de santé associés au tabagisme passif).

Le magazine *USA Today* a rapporté que 27 % des couples de plus de 40 ans ne partagent plus la même chambre. Je pense que cette décision serait directement liée à l'incidence du ronflement. Ces chiffres continueront d'augmenter, parallèlement à l'incidence de l'obésité.

L'apnée du sommeil est un trouble qui ne peut être diagnostiqué que par un spécialiste du sommeil dans une clinique spécialisée. On y évalue les paramètres du sommeil du patient à l'aide d'un hypnogramme.

De nombreux spécialistes du sommeil préfèrent prescrire l'appareil de PPC (pression positive continue), dispositif pour traiter l'apnée obstructive du sommeil, et ne pas envisager les bienfaits que les appareils buccaux peuvent apporter aux patients chez qui l'apnée obstructive du sommeil, légère ou modérée, ou qui ne tolèrent pas l'appareil de PPC.

Une avancée importante s'est produite, pour la profession dentaire, en 2006. Dans le numéro de janvier de la revue médicale *Sleep*, l'*American Academy of Sleep Medicine* (groupe de spécialistes des troubles du sommeil) a publié des lignes directrices indiquant que, pour les patients atteints d'apnée légère ou modérée, l'appareil buccal était le premier choix de traitement.

De plus, d'après les lignes directrices, les appareils buccaux sont une option viable de traitement chez les patients qui ne répondent pas au traitement malgré la perte de poids ou qui ne tolèrent pas l'appareil de PPC.

Le diagnostic d'apnée obstructive du sommeil est fondé sur l'indice d'apnée-hypopnée (IAH) et est établi au cours d'une

évaluation du sommeil, la nuit, dans un hôpital ou une clinique du sommeil privée en recourant à la polysomnographie (PSG). Les types de manifestations apnéiques ou hypopnéiques sont classés comme suit :

Apnée du sommeil : la langue bloque complètement les voies respiratoires

- apnée : cessation de la respiration pendant 10 secondes ou plus
- hypopnée : le taux d'oxygène dans le sang diminue de 4 % ou plus, l'arrêt de la respiration dure moins de 10 secondes
- apnée du sommeil légère : 5-15 manifestations par heure
- apnée du sommeil modérée : 16-30 manifestations par heure
- apnée du sommeil grave : plus de 30 manifestations par heure

Il existe trois options de traitements des apnées obstructives du sommeil :

- appareils buccaux
- appareils de pression positive continue (PPC)
- ablation chirurgicale des structures causant l'obstruction

Le diagnostic d'apnée obstructive du sommeil ne peut être posé que par un professionnel de la santé, généralement un spécialiste des troubles du sommeil. Les dentistes doivent donc diriger leurs patients vers un hôpital ou une clinique du sommeil privée pour qu'ils y subissent

un polysomnogramme (évaluation du sommeil produisant un tracé à 16 canaux, effectuée la nuit).

Le rapport écrit du centre d'évaluation du sommeil permet au dentiste de procéder à la fabrication de l'appareil buccal.

Le dentiste doit revoir l'évaluation du sommeil avec le patient une fois l'IAH déterminé. Le dentiste et le spécialiste des troubles du sommeil doivent encourager les patients qui reçoivent un diagnostic d'apnée grave à porter un appareil de pression positive continue (PPC). Cet appareil est muni d'un compresseur qui

incidence sur la perméabilité de la paroi endothéliale des artères. Il en découle une accumulation de plaques dans les artères et un risque de complications cardiovasculaires, comme la crise cardiaque. L'affaiblissement des parois des artères augmente le risque de rupture de ces vaisseaux, ce qui se produit dans les accidents vasculaires cérébraux³.

Obstruction nasale

Avant le traitement, les cliniciens doivent déterminer si le patient présente une obstruction nasale qui freine la respiration par le nez. Si le patient respire par la bouche de façon chronique, il doit être

Occlusions hypopharyngées

Le pharyngomètre est un dispositif que nous utilisons pour diagnostiquer la taille des conduits respiratoires pendant la journée et la nuit⁷. Dès le premier rendez-vous, nous pouvons vérifier le fonctionnement normal des voies respiratoires du patient (le jour) et des voies respiratoires affaissées (la nuit). Pour déterminer la taille des conduits respiratoires affaissés pendant la nuit, le patient expire tout l'air de ses poumons avant qu'une mesure des voies respiratoires soit prise.

La taille des conduits respiratoires affaissés est normalement de 2,0 cm, mais est généralement beaucoup plus petite chez les patients souffrant d'apnée obstructive du sommeil. Des mesures des mâchoires sont prises dans diverses positions, afin d'évaluer la possibilité d'augmenter le passage de l'air.

Le déplacement de la mandibule vers l'avant, à différentes hauteurs verticales, permet de déterminer si l'appareil buccal peut considérablement ouvrir les voies respiratoires quelque soit la position. Dans la plupart des cas, lorsque la mesure des mâchoires révèle une position permettant une ouverture importante des voies respiratoires, le traitement est efficace.

Appareils buccaux

Les appareils buccaux sont extrêmement efficaces pour éliminer le ronflement et l'apnée obstructive du sommeil, en particulier chez les patients atteints d'apnée légère à modérée⁸.

Ils agissent en déplaçant la mâchoire inférieure et, par conséquent, la langue, vers l'avant, pour ouvrir les voies respiratoires⁹. Ils maintiennent la mâchoire inférieure vers l'avant lorsque le patient dort sur le dos, ce qui maintient les voies respiratoires ouvertes toute la nuit.

La documentation regorge d'articles sur l'efficacité des différents appareils buccaux¹⁰. Il faut souligner que, pour les patients, le port de ces appareils est extrêmement confortable.

Respire, EMA et Suad sont trois appareils buccaux utilisés pour prévenir le



insuffle de l'air dans le nez et les poumons des patients.

Il est très efficace lorsqu'il est porté chaque nuit comme il se doit; malheureusement, environ 60 à 70 % des patients ne tolèrent pas l'appareil de PPC plus d'un an. Il est donc préférable que les dentistes recommandent un appareil buccal aux patients atteints d'apnée du sommeil légère ou modérée ou qui ne peuvent tolérer un appareil de PPC.

On observe également une forte corrélation entre le reflux gastro-œsophagien (RGO)¹ et l'apnée obstructive du sommeil. De plus, le nombre important de manifestations apnéiques a une incidence sur la production d'insuline, ce qui favorise l'apparition de diabète de type 2². Ces manifestations d'apnée ont également une

adressé à un ORL afin de déceler toute pathologie telle que déviation de la cloison, hypertrophie des cornets, présence de polypes ou autre obstruction nasale.

Il importe également d'évaluer la présence d'inflammation de la muqueuse nasale en raison d'allergies, pouvant provoquer une obstruction nasale⁴.

Au cabinet, nous utilisons un dispositif diagnostique, appelé rhinomètre⁵, pour déterminer si les narines sont obstruées. Le rhinomètre est un appareil de détection précis, non effractif, qui évalue le potentiel d'obstruction par l'envoi d'ondes sonores dans le nez. Les obstructions sont enregistrées sur ordinateur⁶.

ronflement et l'apnée obstructive du sommeil. Ces appareils fonctionnent essentiellement de la même manière, soit en avançant progressivement la mâchoire inférieure par petits incréments et en augmentant la dimension verticale, ce qui accroît, par là, la taille des conduits pharyngés.

Les dentistes doivent apprendre à traiter les patients atteints d'apnée légère à modérée ou qui ne tolèrent pas l'appareil de PPC¹¹. Des milliers de patients qui reçoivent un diagnostic d'apnée obstructive du sommeil ne peuvent tolérer le PPC. La santé de ces patients continue à se dégrader, et leur espérance de vie se raccourcit : la profession dentaire possède la clé de leur traitement.

J'ai traité de nombreux patients souffrant d'apnée obstructive du sommeil grave qui ne pouvaient utiliser l'appareil de PPC, et qui ont réussi à réduire leurs manifestations apnéiques à moins de cinq fois par heure, ce qui est la normale. Il ne fait aucun doute que ce traitement améliore leur santé

et prolonge leur espérance de vie, en réduisant leur tension artérielle et leur risque de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral et de diabète de type 2¹².

Conclusion

La prévalence de l'apnée obstructive du sommeil est extrêmement élevée dans les pays industrialisés, surtout à cause du taux plus élevé d'obésité. On estime que 25 % des hommes et 9 % des femmes présenteront une apnée obstructive du sommeil au cours de leur vie¹⁵.

Il est important que les dentistes et leur personnel suivent une formation adéquate afin de bien diagnostiquer et traiter le grand nombre de patients aptes à utiliser un appareil buccal.

Comme le traitement au moyen d'un appareil de PPC ne réussit pas chez près de 70 % des patients, nombre de patients cherchent une solution de rechange.

Les patients ne sont pas suffisamment bien informés par les médecins et les dentistes

de l'existence des appareils buccaux dans les cas d'échec du traitement au moyen de l'appareil de PPC.

Les dentistes peuvent grandement améliorer la santé de ces patients et doivent prendre les mesures nécessaires dès maintenant, alors que le besoin est si pressant. ■

Une liste complète des références est disponible auprès de l'éditeur.



Fig. 1 : Chez les patients souffrant d'apnée du sommeil, la langue obstrue complètement les voies respiratoires. (Photos fournies par le Dr Rondeau, à moins d'indication contraire)



Fig. 2 : Chez les patients qui ronflent, la langue obstrue partiellement les voies respiratoires, ce qui fait vibrer les tissus du palais.



Fig. 3 : Pharyngomètre (Photo fournie par Sleep Group Solutions)



Fig. 5 : Appareil de type dorsal composé de deux pièces (www.respiremedical.com)



Fig. 6 : L'un des trois appareils utilisés pour prévenir le ronflement et l'apnée obstructive du sommeil : l'avancement mandibulaire à l'aide d'élastiques

UN REMÈDE AU BRUXISME FINANCIER

Adhérez au programme financier¹ pour hygiénistes dentaires et profitez d'avantages dont vous n'avez même pas idée.

Passez nous voir et vous verrez.

banquedelasante.ca



¹Le programme financier s'adresse aux spécialistes en sciences de la santé (audiologistes, denturologistes, ergothérapeutes, hygiénistes dentaires, opticiens, orthophonistes, pharmacologues, physiothérapeutes, psychologues, sages-femmes et technologistes médicaux), qui sont citoyens canadiens ou résidents permanents du Canada. Le programme financier constitue un avantage conféré aux détenteurs de la carte Platine MasterCard de la Banque Nationale. Une preuve de votre statut professionnel vous sera demandée.



Lisa Philp
Hygiéniste dentaire

Lisa Philp n'a pas été rémunérée pour figurer dans cette annonce.

LE SUCCÈS DU CLIENT EST VOTRE PROPRE SUCCÈS.

Une meilleure communication avec le client.

Une assiduité accrue par le client. Une plus grande contribution à la pratique. Voyez comment nos programmes profitent à d'autres hygiénistes dentaires à bilanensante.ca



En affaires avec vous.

Endormir la douleur

UN SOMMEIL HARMONIEUX EST UN PRÉALABLE AU SOULAGEMENT

Par **Pauline Gravel**, 11 mai 2011, *Science et technologie, Le Devoir.com*

Source: Reproduit avec permission. Le Devoir.com. <http://www.ledevoir.com/cosiete/sciente-et-technologie/323048/endormir...>



Sherbrooke — Retrouver un sommeil harmonieux et continu est un préalable pour obtenir le soulagement de douleurs tenaces, voire chroniques. Un sommeil fragmenté ne fera que les exacerber, a expliqué hier dans le cadre du congrès de l'Acfas un spécialiste de la douleur, Gilles Lavigne, professeur en médecine dentaire de l'Université de Montréal.

Rappelons d'abord que durant la nuit, nous connaissons de trois à cinq cycles de sommeil de 90 minutes, cycles qui se composent de cinq phases distinctes. Le sommeil paradoxal, qui constitue la cinquième phase du cycle, se caractérise par une intense activité électrique du cerveau et des yeux. C'est aussi la phase durant laquelle nous rêvons. « Pour ressentir un soulagement, la première chose est de consolider son sommeil afin que les oscillations entre les différentes phases du sommeil ne soient pas perturbées par un trop grand nombre de microéveils », a souligné le Dr Lavigne.

Nous subissons normalement de 10 à 14 microéveils — d'une durée de 20 à 40 secondes — par heure pendant que nous

dormons. Ces microéveils nous permettent de filtrer les informations extérieures, par exemple de vérifier si le bébé pleure ou s'il y a une odeur de brûlé qui plane. Or, « au-delà de 10 à 14 microéveils, le sommeil a été tellement fragmenté qu'à leur réveil,

les individus auront mal partout. On sait aussi que chez les personnes en douleur, la fréquence des microéveils peut devenir jusqu'à 50 % plus élevée que la normale », a précisé le chercheur.

Pour consolider tous les stades du sommeil, il faut donc traiter les pathologies, telles que le syndrome des jambes sans repos et les apnées du sommeil, qui peuvent provoquer jusqu'à 50 microéveils par heure, a indiqué le Dr Lavigne avant d'affirmer qu'« une fois le sommeil consolidé, les douleurs commencent à s'estomper. Les patients peuvent alors commencer des programmes d'exercices. »

Effet placebo

« Sachant que l'effet placebo analgésique requiert un état de vigilance élevé, on pensait qu'il s'éteignait quand on tombait endormi », a fait remarquer par ailleurs Gilles Lavigne. Or, quelle ne fut pas la surprise des chercheurs quand ils ont vu que l'effet placebo persistait durant le sommeil, voire était augmenté le lendemain matin. « Tout se passe comme lors de l'apprentissage d'une nouvelle tâche. Durant le sommeil a lieu une consolidation de

la mémoire et des acquis faits dans la journée », a expliqué le scientifique. Pour vérifier la portée de l'effet placebo analgésique, les chercheurs ont appliqué une crème inerte sur les deux bras de patients tout en leur affirmant qu'ils avaient reçu sur le bras droit une crème contrôle, et sur le bras gauche une crème analgésique. Pour mimer l'effet analgésique, les expérimentateurs ont abaissé la température au point d'application de la crème prétendument analgésique. Chez les bons répondants à l'effet placebo, le soulagement a non seulement persisté durant la nuit, il s'est même accru durant la nuit. Également, plus les patients s'attendaient à être soulagés par la crème, plus la durée de leur sommeil paradoxal était courte. Le même phénomène a été observé chez les patients traités à la morphine : leur sommeil paradoxal a raccourci. « Quand quelqu'un ressent des douleurs, la durée de son sommeil paradoxal est beaucoup plus longue, probablement parce que le cerveau cherche à activer des circuits analgésiques endogènes. Par contre, lorsque la douleur disparaît, le sommeil paradoxal diminue, car il n'a plus son utilité », a avancé le Dr Lavigne. ■

Retrouver un sommeil harmonieux et continu est un préalable pour obtenir le soulagement de douleurs tenaces.

L'APPAREIL CPAP

dans le traitement de l'apnée du sommeil

Source: Reproduit avec permission. La clinique du sommeil.com. <http://clinique-sommeil.ca/2012/lappareil-cpap-dans-le-traitement-de-apnee-du-sommeil/>



Certaines personnes le nommeront, appareil d'apnée du sommeil, Machine CPAP, CÉPAP, CIPAP, CyPAP, SiPAP, SyPAP, SéPAP, CPAPE, C-PAPE, C-PAP, CPAC, C-PAC, CiPAC, Ci-PAC, CéPAC, Cé-PAC, appareil d'apnée du sommeil, compresseur, appareil respiratoire et même BiPAP.

Le CPAP est une abréviation de *Continuous Positive Airway Pressure* ou PPC, pression positive continue. Cet appareil est utilisé pour traiter les gens souffrant d'apnée obstructive du sommeil, en émettant une pression d'air aidant à mieux respirer la nuit.

Il s'agit d'une procédure non chirurgicale pour traiter l'apnée du sommeil et le ronflement. Elle ne guérit pas les apnées ou les ronflements, mais aide à contrer l'obstruction. Autrement dit, elle maintient l'ouverture des voies aériennes supérieures (VAS), afin de respirer normalement, sans pause respiratoire, sans halètement, sans suffocation et surtout sans ronflement.

Le CPAP se compose d'un tube reliant un masque à l'appareil lui-même. Le masque peut être nasal, à insertion nasale, naso-buccal, buccal et même facial. Tous les masques sont munis d'une courroie pour maintenir celui-ci en place autour de la tête. Ce masque doit créer une étanchéité avec le tube connecté à l'appareil CPAP pour faire passer librement l'air au poumon.

L'appareil CPAP lance une seule pression fixe programmée par un inhalothérapeute et prescrite par un médecin. Il possède plusieurs degrés de pressions, habituellement de 4 à 20, selon le type de fabricant, avec une mesure de pression en centimètre d'eau (cmH₂O). Chaque individu a une obstruction différente c'est pourquoi, certains auront besoin d'une pression fixe toute la nuit à 7 cmH₂O pour corriger l'obstruction, ou 8 cmH₂O ou 9cmH₂O ou 10 cmH₂O et ainsi de suite. La pression prescrite par le médecin sera la pression, dite optimum, qui corrigera ce blocage adéquatement.

Deux types d'appareil CPAP existent, dont celui décrit plus haut, qui lance la même pression toute la nuit et un autre qu'on appelle automatique, l'AutoCPAP (APAP). L'AutoCPAP (*Auto Adjusting Continuous Positive Airway Pressure*) s'ajustera automatiquement à l'obstruction durant le sommeil. Si l'obstruction a besoin d'une grande pression, l'appareil poussera simplement plus fort sa pression, à l'inverse, s'il y avait moins d'obstruction, l'appareil abaissera sa pression. Certaines personnes utiliseront d'autres appellations, Auto-CPAP, AutoPAP, appareil autopiloté (autopiloté), appareil auto ajustable (auto-ajustable), CPAP intelligent, CPAP à gestion automatique de la pression, appareil autotitrant, appareil d'autotitration, appareil de titration automatique.

Le CPAP ne fonctionne pas toujours et pour certaines personnes, une seule pression ne suffira pas. Il existe donc aussi le BiPAP (*Bilevel Positive Airway Pressure*), un CPAP à deux niveaux de pression. Le BiPAP insufflera une pression à l'inspiration, appelée IPAP (*Inspiratory Positive Airway Pressure*) et une autre à l'expiration appelée EPAP (*Expiratory Positive Airway Pressure*). La différence entre les deux pressions, l'IPAP et EPAP est appelée le soutien de pression. Certains utilisent le terme VPAP (*Variable Positive Airway Pressure*), Bi-Level, CPAP Bi-niveau, CPAP à 2 niveaux de pression et BPAP.

Plusieurs fabricants d'appareils de traitement de l'apnée du sommeil existent sur le marché mondial et surtout présent sur le marché américain tel que; Resmed, Respironics Philips, Fisher and Paykel, Puritan Bennett, DevilBiss, AEIOMed, PMI Probasics, Cardinal Health, Viasys et Weinmann. ■

PROPHYLAXIE ANTIBIOTIQUE ET TRAITEMENT DENTAIRE

chez les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou

Par Kurt P. Droll, M.Sc., M.D., FRCS(C) et Bruce R. Pynn, DDS, FRCD(C)

Source: Reproduit avec permission. Traduit du texte original "Antibiotic Prophylaxis and Dental Treatment in Patients with Hip and Knee Arthroplasty" sur le site Internet www.oralhealthgroup.com/issues/toc.aspx - 2012-06-01 et publié dans *Oralhealth*, Vol. 102, N° 6, June 2012, pages 8-12.

L'arthroplastie totale de la hanche ou du genou permet d'améliorer significativement la qualité de vie liée à l'état de santé¹. On estime que plus d'un million d'arthroplasties totales de la hanche ou du genou sont réalisées chaque année aux États Unis et l'on prévoit que ce chiffre augmentera jusqu'à quatre millions d'ici 2030^{2,3}. Au Canada, environ 92 000 remplacements de la hanche et du genou ont été réalisés au cours de l'année financière 2009-2010⁴ (Figures 1a, b). Bien que le résultat global des arthroplasties soit excellent, l'infection prothétique tardive est une complication rare, mais dévastatrice, entraînant un taux significatif de morbidité et de mortalité⁵. On estime que le fardeau financier lié à la prise en charge d'une infection sur prothèse articulaire représente de 3 à 4 fois le coût d'une arthroplastie totale primaire⁶. Par conséquent, les stratégies visant à prévenir de telles infections demeurent une priorité (Figure 2).

Lors d'une intervention d'arthroplastie totale, le rôle de la prophylaxie antibiotique dans la réduction de l'infection périopératoire a été bien établi⁷. Toutefois, le rôle de la prophylaxie antibiotique chez les patients ayant subi le remplacement d'une articulation avant un traitement dentaire effractif est moins clair et fait l'objet d'un intense débat dans la littérature médicale depuis des décennies^{8,9}. Le manque de consensus des associations professionnelles, soit l'*American Dental Association* (ADA) et l'*American Academy of Orthopaedic Surgeons* (AAOS), contribue à nourrir la controverse. Ce

bref article vise à mettre en lumière plusieurs des problèmes litigieux liés à l'emploi prophylactique de l'antibiothérapie en vue d'interventions dentaires chez des patients ayant subi un remplacement de la hanche ou du genou.

Historique des énoncés de recommandations

En 1990, un atelier mixte réunissant un groupe de chirurgiens orthopédistes et de dentistes a publié un article éditorial affirmant qu'il existait peu de données probantes soutenant l'emploi prophylactique d'antibiotiques avant la réalisation d'interventions dentaires. Néanmoins, malgré le manque reconnu de données probantes sur le sujet, l'emploi de la pénicilline V a été recommandé chez les patients porteurs d'une prothèse articulaire^{10,11}. Le premier énoncé de recommandations émis par ADA/AAOS date de 1997¹² et a été légèrement modifié en 2003¹³ (Tableau 1). On y indiquait que la prophylaxie antibiotique n'était pas obligatoire dans les cas d'interventions dentaires courantes chez la plupart des patients ayant subi une arthroplastie, mais qu'on devait l'envisager chez ceux qui présentaient un risque accru. Les facteurs liés au patient et le type d'intervention dentaire devaient déterminer

Figure 1A



Figure 1B



Figure 2



Radiographies démontrant l'arthroplastie complète d'une hanche (1A) et d'un genou (1B). Photographie clinique (2) d'une infection aiguë suite à une arthroplastie.

les niveaux de risque. On définissait les patients à risque élevé comme étant ceux qui avaient subi le remplacement d'une articulation dans les deux années précédentes, ceux qui avaient déjà présenté une sepsie à la suite d'une arthroplastie, ceux qui présentaient une arthropathie inflammatoire, un diabète de type 1, une hémophilie, une immunosuppression ou qui étaient atteints ou avaient déjà été atteints d'un cancer. Les interventions dentaires à risque élevé comprenaient les extractions, les traitements périodontiques, la pose d'implants, le traitement de canal, la pose d'attaches d'orthodontie, les injections spécialisées d'anesthésique local et les interventions au cours desquelles on anticipait des saignements (Tableau 2).

En 2009, sans la collaboration de quelque spécialiste non orthopédique que ce soit, l'AAOS a émis un bulletin d'information¹⁴ (révisé en juin 2010). Son contenu différait de celui de l'énoncé de

Tableau 1 – Chronologie des énoncés de recommandations de l'ADA et de l'AAOS

Année	Antibiotique requis	Recommandation	Régime suggéré
1997 ADA/AAOS ¹²	Les deux premières années suivant l'arthroplastie totale	Patients à risque élevé	Cephalexine ou Amoxicilline 2 mg PO 1 heure avant l'intervention
2003 ADA/AAOS ¹³	Les deux premières années suivant l'arthroplastie totale	Patients à risque élevé	Cephalexine ou Amoxicilline 2 mg PO 1 heure avant l'intervention
2009 AAOS ¹⁴	Toute la vie suivant l'arthroplastie totale	Tous les patients avec une arthroplastie totale	Cephalexine ou Amoxicilline 2 mg PO 1 heure avant l'intervention

Tableau 2 – Interventions dentaires avec incidence élevée de bactériémie¹³

Procédure dentaire
Extractions dentaires
Procédures périodontales, c'est-à-dire, détartrage, traitement de canal, sondage, etc.
Pose d'implant dentaire
L'instrumentation endodontique
Chirurgie endodontique
Mise en place de cordon de rétraction
Pose initiale des attaches d'orthodontie
Injections locales anesthésiques intraligamentaires et intraosseuses
Nettoyage prophylactique des dents, là où on anticipe des saignements

recommandations de 2003 par le fait qu'on recommandait maintenant la prophylaxie antibiotique pour tous les patients ayant subi le remplacement total d'une articulation, et ce, avant la réalisation de toute intervention effractive susceptible d'entraîner une bactériémie et sans égard au temps écoulé depuis la chirurgie de remplacement de l'articulation (Tableau 1). L'AAOS justifie cette recommandation en reconnaissant « la possibilité de résultats indésirables et les coûts liés au traitement d'une infection au site de remplacement d'une articulation ». Toutefois, aucune donnée probante de qualité n'était invoquée pour appuyer cette position. Peut-être les émotions et les ramifications médico-légales toujours possibles aux

États-Unis ont-elles influencé ces auteurs. Il est cependant important de noter que, malgré la publication subséquente de nombreux articles faisant référence à cet énoncé comme étant une ligne directrice, en fait, ce n'est pas le cas, et les auteurs n'ont jamais prétendu qu'il s'agissait d'une ligne directrice. L'énoncé indique plutôt que la recommandation en question « se veut un outil de formation fondé sur l'opinion des auteurs. Nous encourageons les lecteurs à prendre en considération les renseignements présentés et à en tirer leurs propres conclusions »¹⁴. Alors que ce sujet a suscité plus d'intérêt récemment, il n'existe toujours aucune ligne directrice ni

aucun consensus, ce qui crée un dilemme embarrassant à la fois pour les chirurgiens et pour les dentistes.

Justification du recours à la prophylaxie antibiotique

Avant que le recours à l'antibiothérapie puisse être recommandé de façon courante avant un traitement dentaire, il faut examiner les questions suivantes. 1) Les bactéries peuvent-elles pénétrer la circulation sanguine au cours d'interventions dentaires? 2) La contamination hématogène de source buccale peut-elle être à l'origine d'infections aux sites des implants orthopédiques? 3) Les traitements au moyen d'antibiotiques peuvent-ils prévenir la bactériémie et, par le fait même, réduire les taux d'infection aux sites des prothèses orthopédiques? 4) Enfin, quels sont les risques associés au traitement? Dans les lignes suivantes, nous traiterons de chacune de ces questions.

Bactériémie

Il existe d'importantes données probantes soutenant le fait que la bactériémie survient à la suite de traitements dentaires^{15, 16, 17}. On a enregistré certains des taux les plus élevés durant l'extraction de dents ayant fait éruption et présentant des problèmes périodontiques. La majorité des hémocultures positives sont décelées dans les minutes qui suivent l'extraction, et la plupart des épisodes durent moins de 20 minutes^{16, 17}. Les cultures contiennent un large spectre de bactéries, y compris des organismes aérobies et anaérobies. Les types les plus

courants sont les streptocoques, surtout ceux du groupe des viridians, et les actinomycètes, respectivement^{15,17}.

Il est intéressant de noter que la bactériémie transitoire d'organismes buccaux

à partir d'un site éloigné²¹. Plusieurs sites ont été mis en cause, notamment la peau, l'appareil génito-urinaire, le tractus gastro-intestinal, les tissus mous et la bouche²². Toutefois, les données probantes établissant un lien entre une telle infection

2973 patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche. Les infections tardives ont été observées chez 52 (1,7 %) de ces patients, mais les chercheurs étaient d'avis que seulement trois (0,1 %) de ces cas étaient associés à des interventions dentaires. Aucun des trois patients n'avait reçu un traitement prophylactique. Ces deux études rétrospectives concernaient des interventions dentaires dont l'association avec les infections était fondée sur une coïncidence temporelle, ce qui constitue une preuve convaincante, mais non irréfutable.

À notre connaissance, il n'existe qu'une seule étude cas-témoin prospective visant à déterminer si les interventions dentaires constituent des facteurs de risque d'infection au site des prothèses de la hanche ou du genou. Berberi et ses collaborateurs²⁶ ont évalué les cas de 339 patients présentant une infection prothétique et de 339 patients porteurs de prothèses articulaires qui ne présentaient pas d'infection. Les auteurs ont indiqué que ni les interventions dentaires à faible risque ni les interventions dentaires à risque élevé n'étaient associées à un risque accru d'infection prothétique.

Outre la question des traitements dentaires, il existe aussi celle des parodontopathies non traitées. Ching et ses collaborateurs²⁷ ont signalé quatre cas d'infection prothétique tardive par *Streptococcus viridans* chez des patients dont la santé bucco-dentaire était mauvaise et qui n'avaient subi aucune intervention dentaire. L'étude fait référence à l'origine buccale de l'infection plutôt que d'en attribuer la cause formelle à la manipulation dentaire, ce qui met l'accent sur la nécessité d'une bonne hygiène buccale avant et après une arthroplastie.

Une revue attentive de la littérature révèle qu'aucun article n'a prouvé catégoriquement l'existence d'un lien entre les interventions dentaires et les infections prothétiques. La plupart des études ont négligé de recueillir simultanément des échantillons provenant de la bouche, du sang et de l'articulation et n'ont pas utilisé de techniques de pointe pour confirmer la présence d'espèces bactériennes identiques



peut se produire spontanément, sans traitement dentaire. On a montré que le fait de mâcher, de serrer les dents et de les brosser entraîne une bactériémie, particulièrement chez les personnes atteintes de parodontopathies^{16,18}. L'effet de l'exposition cumulative à la bactériémie transitoire causée par ces activités quotidiennes est beaucoup plus important que celui d'une seule exposition à laquelle un patient est soumis dans le contexte d'une intervention dentaire¹⁹. Il serait peu réalisable toutefois de recommander un traitement prophylactique pour contrer l'effet de ces activités quotidiennes.

Interventions dentaires et infection sur prothèse articulaire

Les infections postopératoires sur prothèse articulaire sont peu courantes, le taux d'occurrence se situant entre 1 et 2 %²⁰. On a supposé que l'infection prothétique tardive (plus de trois mois après la chirurgie) résulte d'une dissémination bactérienne hématogène

prothétique tardive et les interventions dentaires sont faibles.

En 1984, une étude prospective précoce menée par Ainscow et Denham a suivi 1 000 patients ayant subi au total 1 112 arthroplasties sur 6 ans. De ceux-ci, 224 patients avaient reçu un traitement dentaire effractif, mais n'avaient pas tous reçu un traitement prophylactique au moyen d'antibiotiques. Aucune infection prothétique tardive n'a été observée dans ce sous-groupe²³. Une revue rétrospective effectuée par Waldman et ses collaborateurs²⁴ a analysé les données relatives à 3 490 patients ayant subi une arthroplastie totale du genou. Des infections tardives ont été observées chez 62 patients (1,8 %) desquelles seulement sept (0,2 %) étaient possiblement liées à un traitement dentaire. Six de ces sept patients n'avaient pas reçu de traitement prophylactique par antibiotiques. De plus, Laporte et ses collaborateurs²⁵ ont mené une revue rétrospective des données de

sur le plan génétique dans la bouche et à l'articulation. Les allégations voulant que les manipulations buccales puissent être à l'origine d'infections prothétiques sont donc de nature largement anecdotiques.

Prophylaxie antibiotique

Plusieurs études ont évalué l'efficacité des antibiotiques quant à la prévention de la bactériémie durant les interventions dentaires. Coulter et ses collaborateurs²⁸ ont signalé une réduction de l'incidence de bactériémie à la suite de l'extraction d'une dent chez des enfants, incidence qui passait de 63 % à 35 % après l'emploi d'antibiotiques. Des observations semblables ont été mentionnées par Lockhart et ses collaborateurs²⁹ qui ont noté une réduction significative de l'incidence de bactériémie qui passait de 89 % dans le groupe placebo à 33 % dans le groupe qui avait reçu de l'amoxicilline à la suite de soins dentaires effractifs. De plus, dans le cadre d'une étude contrôlée par placebo, Brennan et ses collaborateurs³⁰ ont montré que l'amoxicilline avait réduit l'incidence de bactériémie qui atteignait 20 % dans le groupe placebo, alors qu'elle se situait à 6 % chez les patients qui avaient reçu l'amoxicilline. Ces études ont montré la réduction de l'incidence de bactériémie, mais elles ont aussi montré que la prophylaxie antibiotique ne l'avait pas totalement éliminée.

L'efficacité de la prophylaxie antibiotique administrée avant un traitement dentaire relativement à la prévention de l'infection prothétique n'a pas été évaluée dans le cadre d'une étude contrôlée à répartition aléatoire. En outre, il n'existe aucune donnée probante soutenant ou réfutant le recours au schéma thérapeutique recommandé comme prophylaxie (c. à d., amoxicilline ou clindamycine). Dans le cadre de l'étude de Berberi et ses collaborateurs²⁶, l'emploi prophylactique d'antibiotiques avant la réalisation d'interventions dentaires n'a pas été associé à un risque plus faible d'infection prothétique. De plus, une étude passant en revue des données sur l'infection prothétique tardive a révélé que certains patients qui avaient subi une intervention dentaire effractive avaient préalablement reçu le traitement prophylactique approprié au moyen d'antibiotiques³¹, suggérant ainsi

qu'une protection totale contre l'infection n'est pas garantie, même si une prophylaxie antibiotique est administrée.

Risques et coûts associés à la prophylaxie antibiotique

Pour recourir à un traitement prophylactique au moyen d'antibiotiques, les bienfaits doivent surpasser les risques potentiels. La morbidité et les coûts associés à la prise en charge des infections prothétiques sont significatifs. Par ailleurs, les antibiotiques sont associés à leur propre fardeau potentiel. L'anaphylaxie, quoique se manifestant rarement, peut mettre la vie en danger. Il faut également penser aux risques d'augmentation de la résistance bactérienne aux antibiotiques prescrits couramment et de survenue d'infections gastro-intestinales causées, par exemple, par *Clostridium difficile*, qui peuvent avoir des conséquences négatives importantes pour le patient. D'un point de vue financier, on a estimé qu'il pourrait s'avérer moins coûteux de ne pas administrer de traitement prophylactique et de traiter les infections articulaires que de fournir universellement les antibiotiques³². Les préoccupations liées à ces risques pourraient surpasser tout bienfait hypothétique lié à la prévention par antibiotiques des infections prothétiques.

Conclusion

L'administration prophylactique d'antibiotiques avant un traitement dentaire chez les patients ayant subi une arthroplastie totale constitue toujours un problème controversé. Les données probantes soutenant une telle indication paraissent, au mieux, équivoques. Aucun essai clinique contrôlé à répartition aléatoire n'a été mené à ce sujet; nous ne pouvons donc ni endosser ni réfuter de façon concluante le recours à la prophylaxie antibiotique. La faible incidence globale des infections prothétiques tardives et le taux encore plus faible des cas possiblement causés par des interventions dentaires suggèrent qu'un vaste recrutement de patients serait requis pour obtenir des données significatives. Des préoccupations additionnelles résident dans le fait que des activités quotidiennes fréquentes, comme le brossage des dents, particulièrement dans les cas de mauvaise dentition, contribuent

collectivement davantage à produire la bactériémie que ne le font les interventions dentaires en cabinet. Les chirurgiens orthopédistes et les dentistes devraient donc mettre plutôt l'accent sur la promotion de l'hygiène buccale et l'élimination des parodontopathies chez ce groupe de patients, à la fois avant et après la réalisation d'une chirurgie de remplacement d'une articulation.

Ce débat doit être résolu grâce à la diffusion de lignes directrices fondées sur des données probantes résultant d'un effort conjoint des associations professionnelles concernées. Dans l'intervalle, comme mentionné dans le bulletin d'information de l'AAOS, « Les praticiens doivent exercer leur propre jugement clinique pour déterminer si la prophylaxie antibiotique est appropriée »¹⁴. Permettez-nous également de suggérer que les voies de communication restent ouvertes entre les dentistes et les chirurgiens afin de faciliter l'optimisation de la santé dentaire chez ces patients. ■

Kurt P. Droll est professeur adjoint à la Northern Ontario School of Medicine et chirurgien orthopédiste au Thunder Bay Regional Health Sciences Centre à Thunder Bay, en Ontario.

Bruce R. Pynn est membre du comité éditorial sur la chirurgie buccale de la revue Oral Health. Il pratique la chirurgie buccale et maxillofaciale à Thunder Bay, en Ontario.

Références

Les références pour cet article sont disponibles sur le site de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec au www.ohdq.com.

Présentation des administrateurs

COMITÉ EXÉCUTIF



En tant que présidente de l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec**, c'est avec plaisir que je vous présente les administrateurs de l'Ordre qui siégeront au Conseil d'administration pour l'année 2012-2013. Parmi ceux-ci, il y a 13 administrateurs élus et 4 administrateurs nommés par l'Office de la profession du Québec pour représenter le public. Tous sont des personnes passionnées et vouées à notre profession. Ils ont un souci constant de faire avancer notre profession tout en gardant comme mission première la protection du public. À titre d'administrateurs et afin de bien remplir nos devoirs et obligations dans le cadre de notre mandat, nous tenons cinq réunions annuellement. Le calendrier de ces réunions pour l'exercice en cours est le suivant : le 14 septembre et 30 novembre 2012 ainsi que le 25 janvier, le 22 mars et le 24 mai 2013.

Josée Tessier, HD
Présidente

Région administrative
Montréal/Laval
Diplômée

THD, Cégep John Abbott College, 1987

Formation complémentaire

Baccalauréat en éducation,
enseignement professionnel et technique
Attestation en anesthésie dentaire

Secteur(s) d'activité
Enseignement

Expérience professionnelle

Cabinet dentaire privé (22 ans)
Industrie dentaire (3 ans)

Rôles à l'OHDQ

- Présidente – depuis mai 2012;
- Trésorière – mai 2009 à mai 2010;
- Membre du CE – mai 2008 à mai 2010;
- Administratrice – depuis mai 2007.



Nancy Tremblay, HD
Vice-présidente

Région administrative

Saguenay/Lac-Saint-Jean/Nord-du-Québec

Diplômée

THD, Cégep de Trois-Rivières, 1983

Formation complémentaire

Baccalauréat en enseignement
technologique et professionnel, 1998

Secteur(s) d'activité

Enseignement

Expérience professionnelle

Cabinet dentaire privé

Santé dentaire publique

Stage santé dentaire dans le cadre
d'un projet de coopération au Sénégal

Rôles à l'OHDQ

- Vice-présidente – depuis mai 2011;
- Administratrice – depuis septembre 2002.



Jessica Nadon, HD
Trésorière

Région administrative

Montréal/Laval

Diplômée

THD, Cégep John Abbott College, 2002

Formation complémentaire

Résidente en hygiène dentaire
(juin 2002 à juillet 2003)

Secteur(s) d'activité

Cabinet dentaire privé

Rôles à l'OHDQ

- Trésorière – depuis mai 2010;
- Membre du CE – depuis mai 2009;
- Administratrice – depuis mai 2007.



Kim Farrell, HD
Administratrice

Région administrative

Estrie/Montérégie

Diplômée

THD, Collège Édouard-Montpetit, 1999

Formation complémentaire

Baccalauréat en administration
des affaires, 2005

Microprogramme de 2^e cycle en
enseignement au collégial (en cours)

Secteur(s) d'activité

Enseignement

Expérience professionnelle

Cabinet dentaire privé (2000-2010)

Rôles à l'OHDQ

- Membre du CE – depuis mai 2012;
- Administratrice – depuis mai 2010;
- Administratrice – mai 2007
à septembre 2009.



Francine Boivin, dt.p. MAP
Consultante en gestion

Administratrice nommée par
l'Office des professions du Québec
depuis mai 2007 et membre du
CE depuis mai 2008.

Madame Boivin détient un baccalauréat en nutrition et une maîtrise en administration publique (MAP). Gestionnaire dans le réseau de la santé jusqu'en 2007, elle a occupé les postes de chef de service diététique, de directrice adjointe aux services techniques et directrice des ressources humaines. Administratrice dans plusieurs conseils d'administration, elle fut notamment présidente du conseil d'administration du centre jeunesse MCQ et vice-présidente du Bureau de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec. Elle recevait en 1989 le prix *Diversity Wyandotte* pour une contribution remarquable dans le domaine de la gestion des services alimentaires.

ADMINISTRATEURS



Danielle Bonenfant, HD

Administratrice

Région administrative

Estrie/Montérégie

Diplômée

THD, Cégep Saint-Hyacinthe, 1987

Formation complémentaire

Certificat en gestion d'entreprise, 1997

Secteur(s) d'activité

Industrie dentaire

Expérience professionnelle

Cabinet dentaire privé (12 ans)

Rôle à l'OHDQ

- Administratrice – depuis janvier 2001.



Francine Demeules, HD

Administratrice

Région administrative

Bas Saint-Laurent/Côte-Nord/Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine

Diplômée

THD, Collège d'enseignement général de Saint-Jérôme, 1979

Formation complémentaire

Certificat de premier cycle en santé communautaire, 1986

Secteur(s) d'activité

Santé dentaire publique

Expérience professionnelle

Secrétaire comité exécutif pour le conseil multidisciplinaire du CSSS de la Côte de Gaspé (jusqu'en mai 2007)

Rôles à l'OHDQ

- Administratrice – depuis 1999;
- Membre du CE – mai 2007 à mai 2008.



Josée Desgagné, HD

Administratrice

Région administrative

Québec/Chaudière-Appalaches

Diplômée

THD, Collège François-Xavier-Garneau, 1992

Formation complémentaire

Certificat en santé publique, 1995

Secteur(s) d'activité

Santé dentaire publique

Expérience professionnelle

Évaluateur pour Agrément dentaire Canada (2002)

Présidente regroupement des intervenants

en santé dentaire publique (région 03)

Cabinet dentaire privé (1992-1994)

Rôles à l'OHDQ

- Administratrice – depuis 2001;
- Déléguée au Conseil québécois d'agrément – depuis 2010;
- Membre du CE – mai 2005 à mai 2007;
- Trésorière – 2006-2007.



Carole Desroches, HD

Administratrice

Région administrative

Estrie/Montérégie

Diplômée

THD, Cégep Saint-Hyacinthe, 1977

Formation complémentaire

CPEC, 2005

Baccalauréat en Sciences, 1993

Secteur(s) d'activité

Enseignement

Expérience professionnelle

Santé dentaire publique (1985)

Cabinet dentaire privé (1977 à 1985)

Rôle à l'OHDQ

- Administratrice – depuis mai 2011.



Lina Duguay, HD

Administratrice

Région administrative

Lanaudière/Laurentides

Diplômée

THD, Collège de Maisonneuve, 1995

Secteur(s) d'activité

Cabinet dentaire privé

Rôle à l'OHDQ

- Administratrice – depuis mai 2012.



Franck Giverne, HD

Administrateur

Région administrative

Montréal/Laval

Diplômé

THD, Collège de Maisonneuve, 1989

Formation complémentaire

Études universitaires en enseignement en formation professionnelle et technique (en cours)

Secteur(s) d'activité

Santé dentaire publique

Expérience professionnelle

Gestion (2011-2012)

Recherche (2006-2009)

Cabinet dentaire privé (10 ans)

Rôle à l'OHDQ

- Administrateur – depuis mai 2012.



France Lavoie, HD

Administratrice

Région administrative

Québec/Chaudière-Appalaches

Diplômée

THD, Cégep de Trois-Rivières, 1986

Formation complémentaire

Diplôme interuniversitaire (DIU posturologie), 2006

Maîtrise en éducation, 2001

Baccalauréat ès arts, 1998

Sciences humaines, option psychologie, 1986

Secteur(s) d'activité

Conférencière

Enseignement

Pratique autonome

Expérience professionnelle

Bureau privé au Québec et en Suisse

Santé dentaire publique au Québec et en Suisse

Récipiendaire du Prix Sylvie De Grandmont (2002)

Gagnante du concours J'ai relevé le défi de l'éducation

Dentsply Canada (2002)

Rôles à l'OHDQ

- Administratrice – depuis mai 2011;
- Présidente Comité inspection professionnelle – 1993-1994.



Maryse Lessard, HD

Administratrice

Région administrative

Mauricie/Centre du Québec

Diplômée

THD, Cégep de Trois-Rivières, 1984

Formation complémentaire

Certificat en enseignement professionnel et technique, 2007

Secteur(s) d'activité

Cabinet dentaire privé

Rôle à l'OHDQ

- Administratrice – depuis juillet 2006.



Sylvain Provencher, HD

Administrateur

Région administrative

Outaouais/Abitibi-Témiscamingue

Diplômé

THD, Cégep de l'Outaouais, 1994

Formation complémentaire

Certificat sur l'administration

de l'anesthésie locale par l'hygiéniste dentaire, 1997

Secteur(s) d'activité

Conférencier

Enseignement

Industrie dentaire

Expérience professionnelle

Cabinet dentaire privé (1996-1997)

Santé dentaire publique (1994-1997)

Rôle à l'OHDQ

Administrateur – depuis mai 2012.

ADMINISTRATEURS NOMMÉS



Sylvie Hertrich

Administratrice nommée par l'Office des professions du Québec depuis mai 2008.

Maître ès lettres, Sylvie Hertrich a fait des études en Langues et Littérature comparée en France, en Allemagne, en Angleterre et au Québec. Actuellement coordonnatrice adjointe des cours de communication écrite et orale, mais aussi chargée de cours à l'École Polytechnique de Montréal, elle a précédemment travaillé dans les domaines du marketing, des communications et des relations publiques pour divers secteurs de l'industrie.



Monique L. Bégin, MAP, ASC

Administratrice nommée par l'Office des professions du Québec depuis mai 2011.

Actuellement administratrice de plusieurs conseils d'administration, Mme Bégin détient une licence d'infirmière et une maîtrise en administration publique (MAP). Elle est également certifiée de l'Université Laval comme administratrice de Sociétés (ASC).

Madame Bégin a fait carrière dans l'administration publique québécoise où elle a occupé de nombreux postes de gestionnaire. Directrice des services à la clientèle à la Régie d'assurance-maladie, directrice générale de Communication Québec, sous-ministre adjointe responsable du réseau d'aide sociale, directrice générale de la Régie de la santé et des services sociaux de la région de Québec, sous-ministre en titre du ministère des Régions et Présidente-directrice générale de la Société Faune et Parc. Par la suite, elle fut vice-présidente des communications et des relations publiques à la La Capitale groupe financier. Aujourd'hui retraitée, elle siège à de nombreux conseils d'administration. Deux mentions d'honneur pour Mme Bégin: En 1994, elle fut nommée Femme de carrière de l'année par l'Association des femmes de carrière et en 2002, elle se voit décerner le prix d'excellence en administration publique par l'IAPQ (Institut d'administration publique du Québec).



Carole Lemire, inf. Ph. D. (c)

Administratrice nommée par l'Office des professions du Québec depuis décembre 2009.

Directrice du département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Mme Lemire est détentrice d'un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université Laval (1976) et d'une maîtrise (aspect légal et déontologique de la profession infirmière) de l'Université de Sherbrooke (1995). Elle est à compléter actuellement un doctorat en sciences infirmières (éthique) à l'Université Laval. Ayant œuvré pendant plus de 30 ans comme professeure en soins infirmiers, Mme Lemire a acquis une vaste expérience dans les milieux cliniques tant au Québec qu'à l'étranger (France, Suisse et Belgique). Elle a été membre et présidente du Comité de révision de l'OIIQ de 1998 à 2006. Elle a collaboré en tant qu'auteur et adaptatrice aux volumes suivants: Soins infirmiers de Perry & Potter 2002, 2005 et 2010 (chapitre en responsabilité légale), et Soins infirmiers: Santé mentale et Psychiatrie de Fortinash et Worret (responsabilité légale). Elle est l'auteur des cahiers de méthodes de soins 1 et 2 et des cahiers « Pratiques infirmières » 1 et 2 (2002 à 2011).

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ORDRE



Johanne Côté, HD

Directrice générale

Diplômée en techniques d'hygiène dentaire du Cégep de Trois-Rivières, madame Johanne Côté a travaillé pendant 25 années en cliniques dentaires. Son expérience au sein de l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ)** débute en 1995 à titre de syndique adjointe. En 1996, elle fut élue membre du Comité exécutif et du Conseil d'administration.

Le 16 juillet 2009, madame Côté fut nommée présidente et directrice générale de l'**OHDQ**, après en avoir assuré la présidence pendant 13 ans.

Madame Côté est un des membres fondateurs de la Fiducie de l'**OHDQ**, laquelle fut créée en 2006.

Au sein du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ), madame Côté a occupé les fonctions suivantes au comité exécutif : administratrice (2006-2007), vice-présidente (2007-2011) et présidente par intérim (2008).

À maintes reprises, madame Côté est invitée à participer aux tables rondes et conférences de la *Société canadienne des directeurs d'association (SCDA)*.

Madame Côté est inscrite au « Programme de certification en gouvernance de sociétés du Collège des administrateurs de sociétés de l'Université Laval » pour l'obtention de la désignation ASC (Administrateur de sociétés certifié).



M^e Janique Ste-Marie, notaire

secrétaire de l'Ordre

Secrétaire de l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec** depuis septembre 2009, madame Ste-Marie est notaire depuis 1992. Elle est détentrice d'un baccalauréat en droit de l'Université Laval et d'un diplôme de droit notarial de l'Université de Montréal. Elle est cofondatrice d'une étude où elle a pratiqué le droit notarial durant plus de six ans. Par la suite, elle a œuvré au sein d'une compagnie d'assurance où elle a occupé le poste de directrice des affaires juridiques et celui de directrice de la souscription et des réclamations pendant neuf ans.



Cette patiente fait-elle partie de votre clientèle?

Les régimes et les habitudes alimentaires modernes augmentent l'exposition de l'émail dentaire aux acides alimentaires¹. L'érosion par acide est une préoccupation grandissante. **La prévention en est la clé¹.**



Identifiez les patients à risque et recommandez-leur de modifier leur alimentation ET d'utiliser le dentifrice Pro-Émail® dans le cadre de leur rituel quotidien.

Le dentifrice Pro-Émail®, spécialement formulé pour protéger des effets de l'érosion par acide².

1. Données internes de GSK. Acid erosion in children: prevention is better than a cure: protecting our children's teeth today for a better tomorrow. Article signé. Septembre 2008.
2. Layer TM. Formulation considerations for developing toothpastes suitable for those at risk from erosive tooth wear. *J Clin Dent* 2009;20(numéro spécial):199-202.



GlaxoSmithKline
Soins de santé
aux consommateurs Inc.

MC/® ou licencié GlaxoSmithKline Soins de santé aux consommateurs Inc.
Mississauga, Ontario L5N 6L4
©2012 GlaxoSmithKline

LA PRÉPARATION DES SOINS D'HYGIÈNE BUCCODENTAIRE adaptés aux personnes handicapées et l'accommodement raisonnable

Par **L.-Éric Meunier**, Ph. D., conseiller à la formation
Direction du partenariat et de l'innovation, Office des personnes handicapées du Québec



Introduction

Les personnes qui font le choix de devenir un ou une professionnelle de la santé ont la motivation

de donner des soins à l'ensemble de la population. Cela s'applique autant à la profession d'hygiéniste dentaire qu'aux autres professions. L'adaptation des soins à la situation des personnes handicapées découle naturellement de cette motivation et de la sollicitude envers autrui.

L'adaptation des soins et des services à la diversité des clientèles a aussi une autre base. Il s'agit du droit à l'égalité inscrit dans les chartes des droits et libertés de la personne (canadienne et québécoise) et de l'obligation d'accommodement qui en est une conséquence directe. Le souci de donner des soins de qualité adaptés à la situation de la clientèle et l'obligation d'accommodement exercent une influence profonde sur l'organisation et la préparation des soins et des services qui s'y rattachent.

Une bonne adaptation des soins d'hygiène buccodentaire offerts aux personnes handicapées repose en grande partie, on l'a vu dans les articles précédents, sur la compréhension de leur situation et de leurs caractéristiques ainsi que sur la communication avec celles-ci. Ce genre de situation requiert une préparation des services et une élaboration de pistes d'adaptation en fonction des problèmes pouvant survenir.

Il demande aussi que soient recueillies les informations pertinentes auprès de la personne à qui les soins seront prodigués afin d'être en mesure de réfléchir aux adaptations à apporter aux routines habituelles. Cette réflexion permettra notamment de déterminer jusqu'où l'adaptation pourra se faire dans la perspective de l'obligation d'accommodement. C'est de ces derniers points dont nous traiterons dans ce troisième article. Divers enjeux d'adaptation de la pratique et du milieu de travail seront donc identifiés.

L'adaptation des soins et l'accommodement raisonnable

L'obligation d'accommodement¹ s'applique pour la reconnaissance, en pleine égalité, des droits de la personne, sans distinction ou exclusion fondées sur « le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap ». Ainsi, certaines mesures doivent être prises à titre d'accommodement raisonnable afin, notamment, d'éliminer, sinon de réduire, les obstacles que peut rencontrer une personne handicapée relativement à l'accès aux immeubles, aux moyens de communication, aux services, aux soins de santé, etc. L'accommodement proposé devra toujours respecter la dignité de la personne. Dans le cas présent, il s'agit de fournir des soins et des services accessibles et adéquats à la situation et aux caractéristiques des personnes handicapées. À cette fin, toute clinique de soins devra s'efforcer de trouver une solution aux obstacles rencontrés.

L'obligation d'accommoder n'a pas un caractère absolu. L'accommodement doit être « raisonnable », c'est-à-dire ne pas imposer à la clinique de qui on le requiert une « contrainte excessive ». Il faut toutefois plus que des efforts négligeables pour remplir l'obligation d'accommodement raisonnable, celle-ci se traduisant généralement par une certaine contrainte.

L'importance des obstacles rencontrés et des adaptations requises peut constituer une situation de contrainte excessive compte tenu des ressources de la clinique ou d'autres circonstances. Parmi ces situations, mentionnons :

- L'inaccessibilité de l'édifice et de la clinique;
- l'absence du matériel nécessaire dans la clinique;
- le manque d'expertise du personnel de la clinique;
- l'inapplicabilité des méthodes connues (par exemple, l'acclimatation de la personne ayant un trouble envahissant du développement a été tentée et s'est avérée impossible);
- la présence de risques concrets et significatifs pour la santé et la sécurité des personnes employées par la clinique. Ainsi, la bonne volonté et le désir de donner un service ne peuvent compenser le manque de ressources ou d'expertise en présence d'une personne pouvant avoir des mouvements brusques et incontrôlés ou des comportements violents.

On ne peut conclure à la présence d'une contrainte excessive empêchant de donner des soins et des services accessibles et adéquats qu'après avoir envisagé les mesures d'accommodement possibles et de les avoir évaluées en fonction de la situation et des ressources de la clinique.

Organisation du travail et travail d'équipe

L'essentiel des adaptations permettant d'accueillir une personne ayant une incapacité devrait être fait avant la rencontre. Une part importante de ce qu'il est possible de faire dans une clinique de soins buccodentaires pour préparer et planifier une rencontre avec une personne handicapée repose sur l'accord du dentiste et sa participation.

Quelle est votre organisation du travail? La clinique vous fournit sans doute la quasi-totalité de vos outils de travail, incluant le questionnaire médical. Le dentiste avec qui vous travaillez vous consulte-t-il sur les informations que vous avez recueillies ou les particularités d'un dossier ou lit-il simplement le dossier? Pouvez-vous faire des suggestions? Examinez-vous ensemble certains dossiers à l'avance? Peut-être est-ce lui qui, à la lecture du dossier, décide des adaptations à effectuer et vous en informe. Quelle autonomie avez-vous?

Tous ces aspects déterminent à la fois le rôle que vous pouvez jouer dans l'adaptation des soins à la personne handicapée et votre marge de manœuvre pour y contribuer. Ainsi, tous les propos tenus dans cet article doivent-ils être nuancés en fonction de votre situation de travail.

La recherche d'informations sur les incapacités

Un des objectifs de l'échange lors de la prise de rendez-vous et du début de la rencontre entre l'hygiéniste dentaire et la personne est d'identifier les besoins de cette dernière. Cet objectif de collecte d'information est assez restreint lors de la prise de rendez-vous. La personne nomme son problème: une douleur, un

bris dentaire. On identifie ensuite les soins qui sont requis: un nettoyage dentaire, un examen ou une intervention du dentiste.

La façon la plus simple et la plus courante d'obtenir des informations sur les incapacités de la personne est l'autodéclaration, c'est-à-dire lorsque la personne identifie elle-même son trouble ou son incapacité: «j'ai eu un traumatisme craniocérébral», «j'ai une incapacité auditive», «j'ai une incapacité visuelle; acceptez-vous les chiens-guides?», etc. Ces renseignements peuvent aussi être transmis par un parent ou par l'accompagnateur: «mon enfant a une déficience intellectuelle. La dernière fois qu'il a été chez le dentiste, il a paniqué et ça n'a pas marché: savez-vous comment vous y prendre?»

Que la personne le fasse elle-même ou que vous deviez lui poser des questions, il y a trois bonnes raisons de s'informer au sujet de ses incapacités. La première est d'être en mesure de lui offrir des services d'aussi bonne qualité que ceux offerts au reste de la population, mais adaptés à sa situation. La seconde est d'éviter que les services offerts causent un préjudice (blessure, allergie, réaction aux médicaments, etc.) à la personne, par ignorance d'éléments de sa situation pouvant interférer avec les soins et les traitements à dispenser. La troisième est que l'hygiéniste dentaire et le dentiste engagent leurs responsabilités professionnelle et civile respectives relativement aux actes qu'ils accomplissent dans le cadre de leurs fonctions.

Par contre, il importe de ne demander que les informations essentielles. On ne peut poser des questions au hasard. Établir un diagnostic ou en faire l'évaluation sont des actes réservés à certains professionnels. De plus, le respect de la vie privée et des autres droits et libertés fondamentaux de la personne limitent les informations qu'on peut demander à une personne à celles qui sont en lien avec les soins à donner. Demander des renseignements sur une déficience pourra être considéré légitime si cela a pour objectif d'adapter les services ou d'éviter de causer quelque préjudice à la personne.

Bien sûr, il importe de lui expliquer le motif des questions qui lui sont posées sur sa déficience ou ses incapacités afin de lui faire comprendre leur caractère légitime. Dans l'éventualité où le service ne peut lui être fourni, ces précisions contribueront à lui éviter de croire à un refus discriminatoire de service.

Ainsi, lors de la prise de rendez-vous, seules deux questions apparaissent pertinentes. La personne a-t-elle un problème de mobilité? Selon la réponse obtenue, vous pouvez préciser si les locaux où est située votre clinique sont accessibles et, le cas échéant, si celle-ci est en mesure d'offrir des services à des personnes se déplaçant en fauteuil roulant. Êtes-vous en mesure de mener la personne à un poste de soins accessible? De la transférer au fauteuil de soins? Avez-vous l'équipement permettant de basculer le fauteuil roulant en toute sécurité et de donner les soins dans celui-ci? Vous pouvez annoncer les services disponibles en conséquence ou recommander une clinique accessible.

La seconde question aura trait aux services en général: «Y a-t-il des particularités dont nous devons tenir compte pour les soins à vous donner lors de la rencontre?» Cette question est une occasion offerte à la personne handicapée, à son parent ou à son accompagnateur de mentionner les difficultés pouvant interférer avec les soins. Si la personne n'a pas déjà posé des questions ou exprimé ses besoins, elle profitera sans doute de cette occasion pour le faire.

Sur place, il est normal que l'hygiéniste dentaire pose toutes les questions nécessaires pour identifier les facteurs pouvant interférer avec les soins, notamment par le biais du questionnaire médical. Il peut s'avérer fort utile d'interroger la personne handicapée sur sa situation, ses attentes et ses besoins prioritaires en lien avec les soins buccodentaires, comme pour n'importe quel autre patient.

Lorsque la personne a identifié sa maladie, son trouble ou son type d'incapacité, vous pouvez en profiter pour lui demander les

difficultés qu'elle peut rencontrer lors des soins buccodentaires en lien avec son incapacité. On pense souvent aux incapacités prononcées comme celles liées à l'audition, à la paralysie motrice ou aux troubles graves de santé mentale. Il faut bien sûr en tenir compte, mais on doit particulièrement porter attention aux incapacités spécifiques ayant un impact sur les soins en vue d'adapter ceux-ci au besoin. Par exemple, la personne pourrait être incapable :

- de contenir un liquide dans la bouche sans avaler ou s'étouffer;
- d'avalier ou de cracher;
- de signaler la douleur;
- de comprendre ou d'appliquer les consignes de mouvement corporel.

Votre connaissance du dossier vous sert à anticiper les difficultés. Pensez à ce que la personne doit faire pour collaborer aux soins. Est-elle capable de se souvenir des consignes ? Peut-elle se servir du lavabo pour se rincer la bouche ? Est-elle en mesure de tenir le tuyau d'aspiration ?

Si la personne ne mentionne pas d'incapacité, elle peut, par contre, en manifester des indices : avoir des sautes d'humeur, avoir de la difficulté à se concentrer, oublier ce qui vient d'être dit, ne pas entendre, ne pas comprendre ce qui se dit, avoir de la difficulté à s'exprimer, etc. Ne tentez pas d'étiqueter la personne. Il ne s'agit pas de poser un diagnostic sur ses maladies ou ses déficiences. Prenez simplement l'observation que vous venez de faire comme une des conditions dans lesquelles se déroulera la relation de soins lors de cette rencontre-ci et auxquelles vous aurez à vous adapter³. Plusieurs « symptômes » observés peuvent être passagers, et la personne pourrait se comporter tout autrement la fois suivante.

Envisager les adaptations et en évaluer la faisabilité

La première étape de l'adaptation des soins et des services était de colliger les informations recueillies concernant les incapacités de la personne et leur impact sur sa participation aux soins reçus. Cela fait, votre clinique a l'obligation



d'envisager et d'évaluer les adaptations possibles. Certaines adaptations sont simples, ne requérant qu'un peu de créativité et de ressources. Votre clinique dispose-t-elle d'un évier adapté ? Non ? Une bassine propre gardée à cette fin peut vous dépanner⁴. Nous reviendrons en détail, lors du prochain article, sur les pratiques adaptées utilisées par des hygiénistes dentaires dans plusieurs cliniques pour différents soins et étapes de soins.

Il faut alors aviser le dentiste et l'équipe de la situation et discuter des différentes avenues d'adaptation des soins. Votre clinique dispose-t-elle d'un protocole à cet égard ? Si votre clinique n'a pas élaboré un tel protocole ou un équivalent, pouvez-vous suggérer la possibilité que cela soit fait ? Celui-ci définit les lignes d'action en fonction des situations rencontrées. Le protocole ou le document en tenant lieu identifie :

- les aménagements de la clinique, les équipements, les ressources et les compétences disponibles;
- les solutions d'adaptation expérimentées en fonction de problèmes rencontrés ;

- d'autres solutions d'adaptation envisageables;
- une procédure d'évaluation des solutions pouvant constituer un accommodement raisonnable;
- les ressources à qui s'en remettre en cas de contrainte excessive.

Dans les aménagements effectués ou envisagés, on considère notamment une disposition physique spacieuse, une ambiance sonore paisible et une luminosité contrôlée. Votre clinique dispose-t-elle d'un poste de soins réunissant les caractéristiques appropriées ?

Selon l'étape de traitement ainsi que l'organisation et les ressources de votre clinique, il faut mettre en place les solutions appropriées, choisir et réserver une salle adéquate, réunir les équipements ou les outils requis pour répondre à la situation de la personne handicapée et lui permettre de collaborer aux soins. Vous pourrez sélectionner la documentation (outils d'enseignement, guides de procédures) en fonction des incapacités et du problème rencontrés.

Quand diriger la personne vers une autre ressource ?

On dirige habituellement la clientèle vers une autre ressource lorsque la personne le demande ou lorsque les services requis ne sont pas offerts à la clinique. La situation est différente quand des services existants doivent être adaptés à la personne handicapée. En effet, on ne peut alors diriger la personne handicapée vers une autre ressource qu'après avoir conclu à la présence d'une contrainte excessive. Dans tous les cas, il faut prendre en considération le contexte de la personne et tenter de lui offrir des choix de ressource.

Dans la plupart des situations de contrainte excessive, la meilleure solution consiste à diriger la personne vers des ressources compétentes et complémentaires. Si vous pouvez en discuter avec votre employeur ou avoir son accord à ce sujet, il serait utile d'identifier à l'avance les ressources disponibles et appropriées.

La redirection vers d'autres cliniques peut représenter une solution temporaire. Par exemple, en attendant que votre clinique soit physiquement accessible, votre employeur peut identifier une clinique de soins dentaires qui l'est à proximité.

Établir des ententes à l'avance avec d'autres cliniques ou établissements de services et soins de santé facilite la démarche. Votre clinique a-t-elle établi de telles ententes ? L'acquisition, l'utilisation et le partage d'équipements coûteux pourraient être négociés dans le cadre d'une entente. Plusieurs cliniques pourraient s'entendre pour s'assurer de disposer des équipements requis au plan local ou régional. La clientèle pourrait être redirigée en fonction de l'équipement ou de l'expertise.

Avez-vous la possibilité de partager ou d'échanger les expertises professionnelles relativement aux personnes handicapées dans la clinique ou entre cliniques ? Si vous avez cette expertise, l'avez-vous offerte à des collègues ?

Cela peut justifier le transfert du dossier vers un hôpital, voire dans certains cas plus difficiles encore, vers une institution ayant un service surspécialisé dans le domaine comme celui de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Gardez toutefois en tête que de nombreuses adaptations ne requièrent pas les services d'un hôpital. Il y a un ensemble d'adaptations mineures qu'il est possible d'apporter pour affronter les difficultés rencontrées.

L'information, la décision et la présence d'un proche ou d'un accompagnateur

L'incapacité de la personne à traiter sera possiblement annoncée dès la prise de rendez-vous ou encore constatée sur place. Elle peut être accompagnée d'un parent, d'un proche ou d'un représentant légal. Notez son rôle et son statut. Quoi qu'il en soit, n'oubliez pas que c'est à la personne soignée que vous devez vous adresser, même lorsque l'autorisation d'un parent ou un consentement substitué est requis (p. ex.: mineur ou majeur inapte). Si elle a une compréhension limitée de la situation, il vous faudra faire les efforts requis pour interroger et expliquer clairement la situation, les soins qui seront donnés, les risques et les effets ainsi que les adaptations apportées. Recherchez la participation de la personne handicapée aux décisions la concernant. Cependant, si vous ou le dentiste doutez fortement qu'elle soit en mesure de prendre une décision éclairée, il faut alors se tourner vers la personne légalement autorisée à répondre à sa place. D'ailleurs, si l'accompagnateur joue un rôle dans la réflexion et la décision de la personne handicapée ou dans les soins d'hygiène dentaire à prodiguer ultérieurement à la maison, ne l'oubliez pas dans la discussion.

En l'absence de compréhension de la personne handicapée et d'une personne légalement autorisée pour la représenter, il faudra reporter le rendez-vous ou, éventuellement, recommander une évaluation. S'il semble urgent de donner des soins, il y a lieu de tenter de rejoindre rapidement le représentant légal.

Conclusion

Dispenser des soins adaptés à une personne handicapée soulève de nombreuses considérations préalables. On veut que les personnes handicapées aient accès à des services de qualité, au même titre que leurs concitoyens non handicapés. Il faut connaître les choix et les ressources de la clinique dans laquelle on travaille, voir ce qu'il est possible d'aménager comme soins adaptés. La collecte d'information auprès de la personne est une étape cruciale pour poser un jugement éclairé sur les adaptations à effectuer. Différents aspects de la préparation et de la planification des soins adaptés ont été envisagés dans cet article. Il y a ce qu'on peut prévoir, ce à quoi on s'adapte et de nombreux impondérables. Malgré ces derniers, une bonne connaissance et une bonne organisation demeurent, pour l'hygiéniste dentaire, des atouts importants pour aborder avec créativité et innovation les situations toujours nouvelles que nous offre la diversité humaine. ■

Bibliographie

1. Cette partie de l'article a pour source principale le document *ACCOMMODEMENTS RAISONNABLES*. Pour plus de renseignements, il sera possible de le consulter sur le site d'information *Je veux accueillir et servir tout le monde* lorsque celui-ci sera mis en ligne.
2. La personne peut craindre d'être refusée avec son chien, mais dans les faits, vous devez l'accepter à moins d'une contrainte excessive.
3. Vous pouvez consulter l'article *Dépasser les perceptions et mieux communiquer avec les personnes handicapées* paru dans la revue *L'Explorateur* de janvier 2012. Vérifiez aussi sur le site de l'Office des personnes handicapées du Québec si le nouveau site d'information *Je veux accueillir et servir tout le monde* est maintenant disponible.
4. J. Véronneau (DMD) suggère quelques autres trucs dans le numéro de juillet 2012 de *L'Explorateur* (p. 65).

Les personnes vivant avec le VIH ONT BESOIN DE VOUS!

Par **Me Stéphanie Claivaz-Loranger**, Coordonnatrice du programme Droits de la personne et VIH/sida
Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA)

Chers membres,

En lien avec nos orientations stratégiques, je tiens à vous annoncer que l'Ordre vient de conclure une autre importante entente de collaboration.

Cette fois, il s'agit d'une entente avec la *Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida*, soit le COCQ-SIDA.

Cette coalition qui travaille dans la lutte contre le VIH/sida au Québec vient de publier un rapport d'enquête sur l'accès aux soins dentaires pour les personnes vivant avec le VIH au Québec.

Afin de nous sensibiliser et de nous informer, nous, hygiénistes dentaires, sur les personnes vivant avec le VIH/sida, la COCQ-SIDA publiera quelques articles dans *L'Explorateur*. Ultérieurement, l'Ordre offrira une formation à ce sujet dans le calendrier de formation 2013-2014.

Également, les représentants de la COCQ-SIDA seront présents à notre congrès en novembre pour répondre à vos interrogations.

Je vous souhaite donc une bonne lecture de ce premier article d'autant plus que ce sujet est pertinemment lié à notre pratique quotidienne comme les professionnels de la santé buccodentaire de toute la population québécoise.

La directrice générale,



Johanne Côté, HD



On entend souvent des professionnels œuvrant dans le milieu du VIH dire que si la science entourant le VIH a énormément progressée au cours des dernières décennies, l'évolution des mentalités n'a quant à elle pas suivi le même rythme. En effet, le VIH est loin d'être ce qu'il était

dans les années 1980, 1990 ou même début 2000. Grâce aux médicaments antirétroviraux et autres avancées médicales, les personnes séropositives vivent avec le VIH au lieu d'en mourir. La communauté scientifique s'entend d'ailleurs pour dire que le VIH est maintenant une maladie chronique, non plus une sentence de mort. Mais vivre avec le VIH entraîne toutefois son lot de défis, au niveau de la santé certes, mais aussi, et surtout, au niveau social.

Vous avez sans doute déjà entendu parler de la stigmatisation. Ce terme, qui est souvent utilisé mais rarement expliqué, est dérivé du mot « stigmat ». Un stigmat, c'est une « étiquette sociale puissante qui discrédite et entache la personne qui le reçoit. Les personnes stigmatisées sont habituellement considérées déviantes ou scandaleuses pour une raison ou une autre et, par le fait même, elles sont fuies, évitées, discréditées, rejetées, réprimées ou pénalisées. »¹ On se distancie de la personne stigmatisée : il y a nous, les « normaux », puis il y a « l'autre ». Cette étiquette change radicalement la façon dont les gens perçoivent la personne stigmatisée, mais aussi la façon dont cette dernière se perçoit elle-même. En effet, comme la personne stigmatisée vit dans la même société que les « normaux », elle a souvent les mêmes idées que ceux-ci et se dévaluera à ses propres yeux. C'est ce qu'on appelle la stigmatisation intériorisée. Le message que la société envoie à la personne stigmatisée est suffisamment puissant pour que celle-ci ne se sente pas à la hauteur, et ce, même si, au fond d'elle-même, elle a le sentiment d'être comme les autres.

L'origine du mot « stigmat » fait bien ressortir toute la puissance de la stigmatisation. Dans la Grèce antique, le stigmat était une marque permanente réalisée avec un fer rouge ou un couteau afin que tous reconnaissent le statut social indésirable d'un individu. On l'utilisait par exemple pour les esclaves ou les traites.²

Aujourd'hui, on ne marque heureusement plus personne de cette façon. Mais dans bien des contextes, comme celui du VIH, la stigmatisation demeure extrêmement forte. Pourquoi? Parce que le VIH est majoritairement associé à des groupes déjà stigmatisés (gais, noirs, utilisateurs de drogues injectables, travailleurs du sexe) ou des comportements souvent considérés déviants, marginaux ou tabous (promiscuité sexuelle, relations homosexuelles, sexe anal, consommation des drogues, etc.).

Vivre avec le VIH aujourd'hui veut dire faire face à cette stigmatisation presque chaque fois que notre statut sérologique est connu. Dans le meilleur des cas, notre interlocuteur devient mal à l'aise. Il se questionne sans doute intérieurement sur notre orientation sexuelle, nos pratiques sexuelles... sur ce qu'on a bien pu faire

La stigmatisation explique pourquoi la question du dévoilement du statut sérologique est un élément central de la vie de toute personne vivant avec le VIH.

pour attraper le VIH. Dans le pire des cas, un ami nous rejette, notre mari nous abandonne seule ou avec des enfants, notre employeur nous montre la porte, etc. En fait, non, ce n'est pas tout à fait vrai. Le pire des cas, c'est ce qu'a vécu un homme dans la trentaine qui a divulgué son statut sérologique à son partenaire il y a quelques mois en Alberta : il a été assassiné par son partenaire.³ Mais la stigmatisation n'a pas besoin de pousser jusqu'à des actes aussi extrêmes – et heureusement très rares – pour représenter un important fardeau pour les personnes vivant avec le VIH.

La stigmatisation explique pourquoi la question du dévoilement du statut sérologique est un élément central de la vie de toute personne vivant avec le VIH. Le dévoilement, c'est plus que la simple action de dire « je vis avec le VIH ». Le dévoilement, c'est un long processus qui consiste à peser le pour et le contre avant de dévoiler son statut sérologique : Serais-je accepté ou rejeté? Puis-je faire confiance à la personne à qui je le divulgue? Le dira-t-elle à d'autres personnes? Vivrai-je plus d'angoisse et de problèmes si je

le dis? Ou va-t-on me comprendre et m'appuyer? Cette réflexion peut s'échelonner sur une longue période, et avoir lieu autant de fois qu'il y a de personnes à qui l'on pense le dévoiler. Cela peut d'ailleurs prendre des années avant d'être capable d'en parler à ceux dont nous sommes les plus proches, tels que nos parents, frères et sœurs, amis, etc. J'ai par exemple déjà parlé à une mère qui vivait avec le VIH et qui élevait seule ses quatre enfants, dont les plus vieux étaient de jeunes adultes. Aucun d'entre eux n'était au courant. Elle portait seule son fardeau afin de les protéger des « qu'en dira-t-on ».

La stigmatisation, ainsi que la discrimination qu'elle entraîne, est partout. Nombreuses sont les personnes vivant avec le VIH qui doivent y faire face dans plusieurs des sphères de leurs vies. Et le milieu des soins dentaires n'y fait pas exception.⁴

L'accès aux soins dentaires est crucial pour les personnes vivant avec le VIH. Comme vous le savez, les soins de santé dentaire de routine permettent la détection de conditions inflammatoires et d'infections qui, non traitées, peuvent avoir un impact significatif sur la santé buccale ainsi que sur la qualité de vie.⁵ Ceci est d'autant plus important pour une personne vivant avec le VIH, car le VIH peut causer différentes pathologies buccodentaires, dont certaines peuvent entraîner des problèmes majeurs.⁶ Les professionnels de la santé dentaire sont d'ailleurs dans une position privilégiée pour suivre l'évolution de la maladie, la bouche étant l'un des premiers endroits où apparaissent les lésions causées par le VIH. Dans certains cas, c'est même l'hygiéniste dentaire ou le dentiste qui a suggéré au patient de passer un test de dépistage, alors que celui-ci ignorait être séropositif au VIH.

Or, les visites chez le dentiste sont souvent très anticipées et angoissantes pour les personnes vivant avec le VIH. Comme je le mentionnais plus haut, la question du dévoilement est une préoccupation omniprésente pour plusieurs personnes vivant avec le VIH et le dévoilement lui-même est souvent l'issue d'un long processus. Mais chez le dentiste, la situation est différente : à peine entré dans la clinique pour notre premier rendez-vous, on reçoit un formulaire. Et la fameuse question s'y trouve, noir sur blanc : « Vivez-vous avec le VIH? ». En une fraction de seconde, notre cerveau se met en marche : Pourquoi me pose-t-on cette question? Va-t-on refuser de me traiter? Ou me traiter différemment des autres? Me juger? Combien de personnes verront cette information? Va-t-on mettre une croix sur mon dossier ou écrire « VIH » en grosses lettres sur le dessus? Le formulaire restera-t-il sur le comptoir à la vue des autres clients ou employés? Lorsqu'on habite en région ou dans une petite ville, s'ajoute à cela la crainte que l'information finisse par sortir de la clinique et que nos voisins, amis, collègues, etc., soient mis au courant.

La connaissance du statut sérologique d'un patient, comme celui de tout autre état de santé, permet au professionnel dentaire d'offrir un service mieux adapté aux besoins du patient. Mais toute personne vivant avec le VIH ne sait pas nécessairement que c'est

la raison pour laquelle on lui pose la question sur le questionnaire de santé. En effet, souvent, lorsqu'une personne se fait demander son statut sérologique, c'est pour la priver d'un service (ex : les questionnaires des compagnies d'assurance) ou en raison de craintes ou de préjugés.

Les personnes vivant avec le VIH ont besoin de vous. Les soins de santé dentaire sont primordiaux à leur santé globale, notamment en raison des complications buccodentaires que le VIH peut entraîner. Or, pour se sentir en confiance, elles ont besoin de savoir qu'elles seront bien reçues, avec ouverture et professionnalisme, et que les plus hauts standards de confidentialité seront respectés. En effet, nous savons que la crainte d'être traité différemment ou que la confidentialité soit mal assurée découragent des personnes séropositives d'aller chez le dentiste. Bref, la simple peur et anticipation d'une discrimination ou d'un bris de confidentialité sont en elles-mêmes suffisantes pour compromettre l'accès aux soins dentaires des personnes vivant avec le VIH.⁷ C'est sans parler des situations où ces craintes se sont bel et bien matérialisées.

En tant qu'hygiéniste dentaire, vous êtes habituellement la personne qui passez le plus de temps avec un patient. À ce titre, vous jouez un rôle clé au niveau de l'expérience d'une visite chez le dentiste pour une personne vivant avec le VIH. Elle a besoin de votre empathie et votre professionnalisme. Voici quelques suggestions faciles à mettre en place et pouvant faire toute la différence :

- Traitez la personne comme tout autre patient.
- N'hésitez pas à lui indiquer que vous lui fournirez des soins qui prendront en compte son statut sérologique lorsque cela est requis afin d'assurer sa santé.
- N'hésitez pas à lui demander si elle a des questions ou inquiétudes particulières liées à son statut sérologique, que ce soit au niveau des soins ou du déroulement de la visite.
- Assurez-vous que les discussions concernant le statut sérologique de votre patient ont lieu dans un endroit où d'autres ne peuvent entendre et où le patient se sent à l'aise.
- Assurez-vous que les plus hauts standards de confidentialité sont appliqués, et n'hésitez pas à le mentionner au patient.

Enfin, rappelez-vous que les mesures de précaution universelles servent à protéger les professionnels et les patients contre les risques d'infections transmissibles par le sang, dont le VIH. Il est vrai qu'un accident peut toujours arriver, et c'est justement la raison pour laquelle ces mesures existent.

Les soins dentaires sont primordiaux pour les personnes vivant avec le VIH et pour y avoir accès, elles ont besoin de vous ! J'espère vous avoir donné envie d'en savoir plus sur la réalité des personnes vivant avec le VIH et sur les façons de les accompagner. La COCQ-SIDA aura un stand au Congrès provincial de l'Ordre en novembre prochain... n'hésitez pas à venir nous voir pour plus d'informations! ■

Bibliographie

1. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York : Simon & Schuster Inc. Tirée d'une présentation de Maria Nengeh Mensah, professeur à l'École de travail social de l'Université de Concordia.
2. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York : Simon & Schuster Inc. Tirée d'une présentation de Marilou Gagnon, professeur adjointe à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa.
3. <http://www.winnipegsun.com/2012/07/03/crown-seeks-12-years-for-gay-lovers-hiv-beating>.
4. Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida, « Vers un accès aux soins dentaires sans discrimination pour les personnes vivant avec le VIH : Rapport d'enquête », mai 2012.
5. Sears, B. et coll. 2011. « *HIV Discrimination in Dental Care: Results of a Discrimination Testing Study in Los Angeles Country* » the Williams Institute, December 2011.
6. Charbonneau, A. et coll. 1999. « *Do people with HIV/AIDS disclose their HIV-positivity to dentists?* ». *AIDS Care*, vol. 11, no 1.
7. Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida, « *Vers un accès aux soins dentaires sans discrimination pour les personnes vivant avec le VIH : Rapport d'enquête* », mai 2012.

Ne vous dégonflez pas.

Éliminez presque toute la gingivite.*



Une étude clinique a permis de démontrer que l'utilisation des produits suivants réduit la gingivite de 95 %¹ :

- la brosse à dents électrique Oral-B® Professional Care Série intelligente 5000 avec écran SmartGuide™† et
- la nouvelle soie dentaire Oral-B® Glide® Pro-Santé Protection clinique pour professionnels

†lorsqu'elle est utilisée avec le nouveau dentifrice Crest® Pro-Santé Protection thérapeutique des gencives

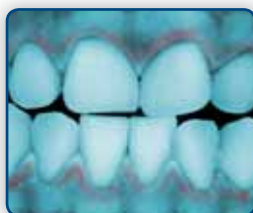
Images améliorées mettant en évidence le milieu de la bouche et la diminution marquée de la gingivite au fil du temps*



Avant d'utiliser le système :
Gingivite importante



2 semaines d'utilisation :
Début de la diminution
de la gingivite



6 semaines d'utilisation :
Diminution remarquable
de la gingivite

Pour en apprendre davantage au sujet de Pro-Santé Protection thérapeutique contre la gingivite, communiquez avec Crest® Oral-B® en composant le 1-888-767-6792 ou visitez le dentalcare.com

* Résultats cliniques obtenus après six semaines d'utilisation du nouveau dentifrice Crest® Pro-Santé Protection thérapeutique des gencives, de la nouvelle soie dentaire Oral-B® Glide® Pro-Santé Protection clinique pour professionnels et de la brosse à dents électrique Oral-B® Professional Care Série intelligente 5000 avec écran SmartGuide™.

¹ Après 6 semaines d'utilisation comparativement à un traitement prophylactique et au brossage à l'aide d'une brosse à dents manuelle ordinaire et d'un dentifrice anticarie ordinaire.

Le dentifrice Crest® Pro-Santé protège contre la sensibilité dentaire, combat la gingivite, la plaque et le tartre, et prévient la carie. Pour les adultes et les enfants de 12 ans et plus. Ne pas avaler.

Brisez le cycle
de la gingivite*



Crest® + Oral-B®

PRO-SANTÉ

PROTECTION
THÉRAPEUTIQUE

CONTRE LA GINGIVITE

Quelques faits importants à savoir avant de s'inscrire à un cours

Politique d'inscription :

- Le nombre d'inscriptions est limité pour chaque cours (voir les détails dans le calendrier).
- Les cours sont sujets à annulation si le nombre d'inscriptions par région est inférieur à 15 participants, et ce, un mois avant la tenue du cours.
- Les cours sont réservés aux membres et aux abonnés-étudiants. Toutefois, la formation **RCR** est réservée aux membres de l'*Ordre* seulement.
- Vous pouvez vous inscrire en ligne au www.ohdq.com, par la poste ou par télécopieur. Aucune inscription ne sera prise par téléphone. Aucune inscription ne peut être effectuée sur place. Les inscriptions seront acceptées au plus tard une semaine avant la date du cours choisi.
- Pour valider votre inscription, l'OHDQ doit recevoir votre formulaire d'inscription dûment rempli accompagné d'un paiement. Les paiements par chèque seront encaissables au plus tard un mois avant la date du cours choisi. **Les paiements par carte de crédit sont encaissés à la réception.** Pour ceux qui s'inscrivent en ligne, la confirmation de votre transaction que vous recevez par courriel confirme votre place.

Afin d'assurer une meilleure gestion des différentes activités, il n'est pas possible d'effectuer un changement de cours et (ou) de région. Votre choix est définitif.

- Quatre à cinq semaines avant la tenue du cours choisi, l'OHDQ vous confirmera votre inscription par lettre si vous avez respecté les exigences décrites dans la présente politique d'inscription. Pour ceux qui s'inscrivent moins d'un mois avant un cours, la confirmation sera transmise par courriel ou par télécopieur au travail.
- Les notes de cours, votre attestation, votre reçu et le questionnaire d'appréciation seront remis sur place lorsque vous vous présenterez à la formation. **Aucun crayon n'est fourni sur les lieux.**
- Café, thé et jus seront servis pour toutes les formations. Pour les formations d'une demi-journée, aucune collation ne sera servie.
- Le dîner est inclus dans le coût de l'inscription pour les formations du *Dr Jacques Véronneau*, de *Mme Yva Khalil* et du *Dr André Martel*.
- En ce qui concerne les formations **RCR**, l'attestation, le reçu et la carte de certification seront postés dans les 30 jours suivant chaque cours. Outre la formation **RCR**, les formations du *Dr Jacques Véronneau*, de *Mme Yva Khalil* et du *Dr André Martel* débiteront à 8 h 30.

Politique de remboursement

Un remboursement vous sera accordé si votre **demande écrite** nous est acheminée par courriel ou parvient au siège social 30 jours avant la date du cours choisi. **Le remboursement sera assujéti à une retenue de 30 % pour frais administratifs.** Votre demande devra être adressée à madame Marise Parent par courriel à mparent@ohdq.com ou par la poste à **OHDQ**, 1155, rue University, bureau 1212, Montréal (Québec) H3B 3A7.

Formations organisées par l'OHDQ

Dès votre inscription à un cours, les heures seront comptabilisées à votre dossier de membre. **Toutefois, si vous êtes absent le jour de l'évènement, l'Ordre effectuera le suivi et annulera les heures concernées.**

Bénévoles recherchés

L'*Ordre* est toujours à la recherche de bénévoles pour mener à bien ses différentes activités de formation continue. Pour chaque formation, à l'exception de la formation **RCR**, nous avons besoin d'un président de séance. Le rôle du président de séance consiste à présenter le conférencier avant le début de la conférence, voir au bon déroulement de la logistique (par exemple, pauses café, dîner, audiovisuel), récupérer les questionnaires d'appréciation et retourner à l'*Ordre* le matériel qui reste après la formation.

Si cela vous intéresse, nous vous prions de communiquer avec Marise Parent par courriel à mparent@ohdq.com ou par téléphone au 514 284-7639, poste 216. **Un membre qui est président de séance pourra assister à la formation, et ce, gratuitement.**

Les cours se dérouleront de 8 h 30 à 15 h 30.

Formation continue en français

Qu'est-ce qui fonctionne dans le contrôle et la prévention de la carie?

(6 heures de formation continue)

Par **Jacques Véronneau**, DMD, Ph. D.

Présentation de la conférence

L'hygiéniste dentaire est au centre des enjeux que pose une pratique supportée par les faits scientifiques. Sa contribution aux soins non opératoires extensifs est de plus en plus sollicitée. Pourtant, les connaissances et les pratiques touchant la carie dentaire sont peu questionnées. La formation proposée vise à réviser l'efficacité réelle des approches et des produits au service de la prévention, du contrôle et du traitement minimal de la maladie carieuse et de ses signes

cliniques. Quelles sont les évidences modernes sur l'efficacité de l'éducation, de la motivation, des fluorures, des caséines, des rince-bouches, du xylitol, des agents de scellement, des résines infiltrantes et autres contribuant au mieux-être dentaire de nos patients? Ce contenu réfèrera aux recherches cliniques et revues systématiques pour établir le protocole optimal en regard des enjeux.

Le parcours professionnel du conférencier est disponible sur le site Internet de l'Ordre au www.ohdq.com

Date	Heure	Ville	Lieu	Maximum de participants
Samedi 22 septembre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Gatineau	Hôtel V	60
Samedi 29 septembre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Mont-Laurier	Comfort Inn	30 ANNULÉE*
Samedi 13 octobre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Sept-Îles	Hôtel Sept-Îles	40
Samedi 20 octobre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Granby	Hôtel Le Granbyen	150
Samedi 27 octobre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Rouyn-Noranda	BW Albert Centre-Ville	50
Samedi 24 novembre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Jonquière	Hôtel Saguenay	50
Samedi 1 ^{er} décembre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Lévis	L'Oiselière	80
Samedi 8 décembre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Trois-Rivières	L'Urbania	80
Samedi 15 décembre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Montréal	Hôtel Espresso	150

Coût membre : **114,98\$ taxes et dîner inclus** (100\$ + taxes) Coût abonné-étudiant : **91,98\$ taxes et dîner inclus** (80\$ + taxes)
(Prix modifiables sans préavis)

*Annulée dans la région de Mont-Laurier pour manque de participants.

Les cours se dérouleront de 8 h 30 à 15 h 30.

**Service à la « patientèle » et
Comment obtenir un : « Oui... je le veux ! »**

(6 heures de formation continue)

Par Par Yva Khalil, HD

Présentation des conférences :

Service à la « patientèle »

Chacun de nos patients souhaite-t-il être traité de la même façon que les autres? Il est important de connaître les divers profils psychologiques des patients, comprendre leurs discours et établir une relation de confiance afin de valoriser un plan de traitement et de maximiser l'impact de nos interventions. Cette session est axée sur la qualité du service, comment se démarquer en tant qu'équipe, la filtration des personnalités des patients et sur les techniques permettant d'amener nos patients à s'abandonner aux traitements suggérés. On y abordera la psychologie du patient, la gestion des attentes, comment bâtir une relation de confiance, le ton ainsi que le rôle de chacun des membres de l'équipe.

Comment obtenir un : « Oui, je le veux ! »

Les soins buccodentaires proposés dans un concept global peuvent représenter un investissement important pour nos patients. Sommes-nous à l'aise avec les coûts rattachés aux bénéfiques que nous offrons? Étant souvent confrontés à la valeur accordée à nos services par les patients, nous nous devons d'être confiants et outillés pour présenter ces plans de traitement. Pendant cette conférence, nous aborderons comment faire un lien entre les désirs et les réels besoins d'un patient, la structure d'une consultation efficace, la présentation envoûtante d'un plan de traitement, quand et comment parler d'honoraires, le rythme dans lequel les informations doivent être transmises, le ton de la voix ainsi que l'atmosphère qui doivent régner pour bâtir une relation de confiance. Cette présentation vous permettra d'adapter votre discours pour mieux répondre aux besoins de chacun et ainsi livrer un message puissant pour amener le patient à dire: « Quand pourrait-on commencer? »

Le parcours professionnel de la conférencière est disponible sur le site Internet de l'Ordre au www.ohdq.com

Date	Heure	Ville	Lieu	Maximum de participants
Vendredi 19 octobre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Bonaventure	Centre Bonne Aventure	30
Vendredi 23 novembre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Sherbrooke	Hôtellerie Jardins de Ville	30
Vendredi 15 février 2013	8 h 30 à 15 h 30	Gatineau	Hôtel V	60
Vendredi 22 mars 2013	8 h 30 à 15 h 30	Saint-Hyacinthe	Hôtel des Seigneurs	150
Vendredi 5 avril 2013	8 h 30 à 15 h 30	Montréal	Hôtel Espresso	150
Vendredi 12 avril 2013	8 h 30 à 15 h 30	Rimouski	Hôtel Rimouski	50
Samedi 20 avril 2013	8 h 30 à 15 h 30	Québec	Hôtel Québec	150
Samedi 4 mai 2013	8 h 30 à 15 h 30	Val-d'Or	L'Escale Hôtel Suite	50

Coût membre : **114,98\$ taxes et dîner inclus** (100\$ + taxes) Coût abonné-étudiant : **91,98\$ taxes et dîner inclus** (80\$ + taxes)
(Prix modifiables sans préavis)

Les cours se dérouleront de 8 h 30 à 14 h 30 (Dr Martel), de 8 h à 12 h et de 13 h à 17 h (Formation Langevin)

L'articulation temporo-mandibulaire et ses dysfonctions

(5 heures de formation continue)

Par **André Martel**, DMD, orthodontiste

Présentation de la conférence

Les problèmes liés à l'articulation temporo-mandibulaire sont tout de même assez fréquents dans la population en général. Leur

approche et leur compréhension sont parfois complexes et il devient souvent difficile de poser le bon diagnostic. Les traitements d'aujourd'hui offerts pour traiter les différentes dysfonctions articulaires sont très nombreux et faire le bon choix peut être très compliqué. Le patient va fréquemment demander conseil à l'hygiéniste dentaire afin d'avoir plus d'information sur ce problème qui représente une source d'inquiétude pour

lui. Un des objectifs de cette présentation est d'actualiser les connaissances de l'hygiéniste dentaire dans le vaste champ des troubles de l'ATM afin qu'il puisse se sentir en confiance pour en discuter, conseiller et orienter le patient dans la gestion thérapeutique de ces troubles.

Le parcours professionnel du conférencier est disponible sur le site Internet de l'Ordre au www.ohdq.com

Date	Heure	Ville	Lieu	Maximum de participants
Vendredi 18 janvier 2013	8 h 30 à 14 h 30	Chicoutimi	Le Montagnais	70
Samedi 16 février 2013	8 h 30 à 14 h 30	Montréal	Hôtel Espresso	150
Vendredi 22 mars 2013	8 h 30 à 14 h 30	Québec	Hôtel Québec	150
Vendredi 12 avril 2013	8 h 30 à 14 h 30	Gatineau	Hôtel V	60
Samedi 27 avril 2013	8 h 30 à 14 h 30	Longueuil	Sandman Hôtel	150
Samedi 11 mai 2013	8 h 30 à 14 h 30	Baie-Comeau	Motel Hotel Hauterive	40

Coût membre : **114,98\$ taxes et dîner inclus** (100\$ + taxes) Coût abonné-étudiant : **91,98\$ taxes et dîner inclus (80\$ + taxes)**
(Prix modifiables sans préavis)

Formation en RCR – Cardio secours adultes-enfants / DEA

(4 heures de formation continue)

Par **Formation Langevin** –
Institut Emergi-Plan

Présentation de la conférence

Objectifs visés par la formation :

- Chaîne d'intervention et procédure d'appel aux services d'urgence;

- Reconnaissance des problèmes cardiaques (angine, infarctus, arrêt cardio-respiratoire);
- Traitement des problèmes cardiaques (nitro, ASS);
- Prévention et facteurs de risques des problèmes cardiaques;
- Dégagement des voies respiratoires;
- Respiration artificielle;
- Réanimation cardio-respiratoire

- Utilisation d'une DEA (défibrillation externe-automatisée);
- Pratique de toutes les techniques sur mannequins de réanimation.

Chaque candidat recevra une carte de réussite et un manuel aide-mémoire.

Le parcours professionnel du conférencier est disponible sur le site Internet de l'Ordre au www.ohdq.com

Date	Heure	Ville	Lieu	Maximum de participants
Samedi 1 ^{er} décembre 2012	8 h à 12 h	Gatineau	Hôtel V	30
Samedi 15 décembre 2012	8 h à 12 h	Saint-Jérôme	Comfort Inn	30
Samedi 26 janvier 2013	8 h à 12 h	Laval AM	Réception Paradis	60
Samedi 26 janvier 2013	13 h à 17 h	Laval PM	Réception Paradis	60
Samedi 9 février 2013	8 h à 12 h	Québec AM	Sir Wilfrid (Aub. Ste-Foy)	60
Samedi 9 février 2013	13 h à 17 h	Québec PM	Sir Wilfrid (Aub. Ste-Foy)	60
Samedi 23 février 2013	8 h à 12 h	Saint-Hyacinthe AM	Hôtel des Seigneurs	60
Samedi 23 février 2013	13 h à 17 h	Saint-Hyacinthe PM	Hôtel des Seigneurs	60
Samedi 20 avril 2013	8 h à 12 h	Trois-Rivières	Hôtel des Gouverneurs	60

Coût membre : **74,73\$ taxes incluses** (65\$ + taxes) Coût abonné-étudiant : **Non applicable** (cours réservé aux membres seulement)
(Prix modifiables sans préavis)

The course will take place from 8 a.m. to 12 p.m. (Formation Langevin) and from 8:30 a.m. to 3:30 p.m (Yva Khalil).

Continuing Education in English

CPR to assist adults and children, with an introduction to automated external defibrillation

(4 hours of continuing education)

By Formation Langevin – Institut Emergi-Plan

Description of the activity:

- Role and responsibility of the first-aider, laws;
- How to make an emergency call;

- **Prevent** and identify risk factors;
- **Recognize** heart disease (angina, coronary thrombosis, heart attack);
- **Treat** heart problems (nitro, AAS);
- Clearing the respiratory tract;
- Cardio-pulmonary resuscitation (CPR) and AED (automated external defibrillator);
- How to take care of the AED;
- Practice on the manikin. Each participant will receive a certification card and a guide.

Concerning the speaker, (details are available on www.ohdq.com)

Date	Time	City	Where	Maximum participants
Saturday, January 12, 2013	8 a.m. to 12 p.m.	Montreal	Hôtel Espresso	30

Member Price: **\$74.73 taxes included** (\$65 + taxes) **Not available for student subscribers**
(Prices subject to change without notice)

Le service à la « patientèle » and Getting patients to say “YES”!

(6 hours of continuing education)

By Yva Khalil, DH

Presentation of the conference

1. Le service à la « patientèle »

Does each patient wish to be treated the same way? It is important to know the various psychological profiles, understand what patients are telling us, establish a trusting relationship in order to give value to a treatment plan and maximize the impact of our interventions. This session focuses on defining service quality, how to stand out as a team, understanding

our patients’ personalities and the various techniques that bring them to accept the treatment suggested. It will focus on the patient’s psychology, managing expectations, building a trusting relationship, the tone and the role of each team member.

2. Getting patients to say “YES”!

The proposed oral care into the overall concept may represent a significant investment for our patients. Are we comfortable with the costs associated with the benefits we offer? We are often faced with the value placed on our services by our patients, we must be confident and equipped to present these treatment plans. During this conference we will discuss how to make a link

between the desires and the real needs of a patient, the structure of an effective treatment plan presentation, the captivating presentation of a treatment plan, when and how to discuss fees and the pace in which information should be delivered. This presentation will also allow you to tailor your presentation to better meet the needs of each individual and thus deliver a powerful message to get your patient to say “When can we start?”!

Concerning the speaker, (details are available on www.ohdq.com)

Date	Time	City	Where	Maximum participants
Saturday, March 16, 2013	8:30 a.m. to 3:30 p.m.	Montreal	Hôtel Espresso	70

Member Price: **\$114.98 taxes and lunch included** (\$100 + taxes) Student Subscriber Price: **\$91.98 taxes and lunch included** (\$80 + taxes)
(Prices subject to change without notice)

Nom :	Prénom :	N° de permis :
Adresse :		Code postal :
N° de téléphone :		
Signature :		Date : <u> JJ / MM / AA </u>
OHDQ 1155, rue University, bureau 1212, Montréal (Québec) H3B 3A7 ou par télécopieur : 514 284-3147		J'acquiesce les frais requis, le cas échéant, par : Chèque de \$ ci-inclus, libellé au nom de l' Ordre des hygiénistes dentaires du Québec . Le chèque postdaté doit être daté au plus tard un mois avant la date du cours choisi. Les paiements par carte de crédit sont encaissés à la réception.
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard	N° de la carte : <u> / / / </u>	Date d'expiration : <u> MM / AA </u>
Nom du détenteur de la carte :		Signature :
N° enr. T.P.S. 10698 6011 RT 0001 N° enr. T.V.Q 1 006 163 498 TQ0001		

Formation continue en français

Qu'est-ce qui fonctionne dans le contrôle et la prévention de la carie? (6 heures de formation continue)

Coût membre: 114,98 \$ taxes et dîner inclus.

Coût abonné-étudiant: 91,98 \$ taxes et dîner inclus.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gatineau | <input type="checkbox"/> Jonquière |
| <input type="checkbox"/> Mont-Laurier ANNULÉE | <input type="checkbox"/> Lévis |
| <input type="checkbox"/> Sept-Îles | <input type="checkbox"/> Trois-Rivières |
| <input type="checkbox"/> Granby | <input type="checkbox"/> Montréal |
| <input type="checkbox"/> Rouyn-Noranda | |

Service à la « patientèle » et Comment obtenir un: « Oui... je le veux! » (6 heures de formation continue)

Coût membre: 114,98 \$ taxes et dîner inclus.

Coût abonné-étudiant: 91,98 \$ taxes et dîner inclus.

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bonaventure | <input type="checkbox"/> Montréal |
| <input type="checkbox"/> Sherbrooke | <input type="checkbox"/> Rimouski |
| <input type="checkbox"/> Gatineau | <input type="checkbox"/> Québec |
| <input type="checkbox"/> Saint-Hyacinthe | <input type="checkbox"/> Val-d'Or |

L'articulation temporo-mandibulaire et ses dysfonctions

(5 heures de formation continue)

Coût membre: 114,98 \$ taxes et dîner inclus.

Coût abonné-étudiant: 91,98 \$ taxes et dîner inclus.

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chicoutimi | <input type="checkbox"/> Gatineau |
| <input type="checkbox"/> Montréal | <input type="checkbox"/> Longueuil |
| <input type="checkbox"/> Québec | <input type="checkbox"/> Baie-Comeau |

Formation en RCR – cardio secours adultes-enfants/DEA

(4 heures de formation continue)

Coût membre: 74,73 \$ taxes incluses.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gatineau | <input type="checkbox"/> Québec AM |
| <input type="checkbox"/> Saint-Jérôme | <input type="checkbox"/> Québec PM |
| <input type="checkbox"/> Laval AM | <input type="checkbox"/> Saint-Hyacinthe AM |
| <input type="checkbox"/> Laval PM | <input type="checkbox"/> Saint-Hyacinthe PM |
| <input type="checkbox"/> Trois-Rivières | |

Continuing Education in English

CPR to assist adults and children, with an introduction to automated external defibrillation (4 hours of continuing education)

Member Price: \$74.73, taxes included.

Montreal

Le service à la « patientèle » and Getting patients to say "YES!"

(6 hours of continuing education)

Member Price: \$114.98, taxes and lunch included.

Student Subscriber Price: \$91.98, taxes and lunch included.

Montreal

Politique d'inscription et d'annulation

Tous les détails relatifs à la politique d'inscription et d'annulation sont disponibles en première page du calendrier de formation continue.



Pour vous inscrire en ligne

Nous sommes PRÉSENTS!

NOUS Y ÉTIONS

Depuis juillet 2012, l'OHDQ a participé :

Comme exposant :

- Salon Jeunesse de la Vallée du Richelieu en août à Mont-St-Hilaire

L'OHDQ a également été présent aux événements suivants :

- Assemblée des membres du Conseil interprofessionnel du Québec
- Rencontre avec la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA) en juillet
- Remise des diplômes des finissants de la formation d'appoint en Techniques d'hygiène dentaire du Cégep de St-Hyacinthe en août
- Rencontre de validation sur la pratique adaptée des hygiénistes dentaires à l'Office des personnes handicapées du Québec en septembre

Ainsi que dans les publications suivantes :

- Guide *Choisir* - Secondaire/Collégial 2012
- Cahier *Réussite scolaire* de septembre/octobre 2012



Remise des diplômes à St-Hyacinthe le 16 août

NOUS Y SOMMES ACTUELLEMENT

Comme exposant :

- Dans le Quartier des professions du Salon national de l'éducation de Montréal en octobre

En tant qu'exposant « En vedette » :

- Dans la page d'accueil du Salon national de l'éducation de Montréal, grâce à une capsule vidéo de la formation des hygiénistes dentaires pouvant y être visionnée depuis mars 2012

Par des journées Carrières d'écoles secondaires :

- Grâce à la participation d'hygiénistes dentaires bénévoles de diverses régions

Ainsi que dans la publication suivante :

- Cahier Éducation & Formation du Magazine *Jobboom* d'octobre



Salon Jeunesse à Mont-St-Hilaire le 18 août



Formation dentaire continue

Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal

Programme 2012-2013

Inscription en ligne sur fdc.umontreal.ca



CONFÉRENCES D'OCTOBRE À DÉCEMBRE 2012 / Réservez vos places dès maintenant !

Octobre

Samedi 20 octobre 2012

- **Pathologie des ATM: hyperplasie et résorption condyliennes**

D^r Sylvain Chamberland

9 h à midi

Coût: D 265 \$ / H 100 \$ / A 100 \$ / T 175 \$

- **Intégration du débridement parodontal revu et corrigé**

Sylvie Martel

9 h à midi

Coût: D 275 \$ / H 135 \$ / A 135 \$ / T 150 \$

Samedi 27 octobre 2012

- **Mille et une réponses aux questions sur le blanchiment des dents**

D^r Annie St-Georges

9 h à 13 h

Coût: D 265 \$ / H 100 \$ / A 100 \$ / T 175 \$

Novembre

Samedi 3 novembre 2012

- **Quand l'enthousiasme nous mène droit dans le mur...**

D^r Yves Gagnon

9 h à 16 h, lunch compris

Coût: D 370 \$ / H 150 \$ / A 150 \$ / T 175 \$

- **Réanimation cardiorespiratoire et situations d'urgence en médecine dentaire (RCR)**

D^r Sophie Labelle

9 h à midi ou 13 h à 17 h

Coût: D / H / A / T: 265 \$

9 h à 17 h, lunch compris

Coût: D / H / A / T: 370 \$

Samedi 10 novembre 2012

- **Greffes osseuses et tissus mous: Où? Quand? Comment?**

D^r Mazen El-Abiad - D^r Éric Morin

9 h à 16 h, lunch compris

Coût: D 370 \$ / H 150 \$ / A 150 \$ / T 175 \$

Samedi 17 novembre 2012

- **Le MTA au service du dentiste généraliste**

D^r Dominic Côté - D^r Cathy Vu

9 h à midi

Coût: D 265 \$ / H 100 \$ / A 100 \$ / T 175 \$

Samedi 24 novembre 2012

- **La vente et l'achat d'un cabinet dentaire: mode d'emploi**

M^e Charles Ouellette -

M^e Nathalie Massicotte

9 h à midi

Coût: D 265 \$ / H 100 \$ / A 100 \$ / T 175 \$

- **Prosthodontie implanto-portée: les piliers CAD/CAM, design et conception**

D^r Laurent Franco

9 h à midi

Coût: D 265 \$ / H 100 \$ / A 100 \$ / T 175 \$

Décembre

Samedi 1^{er} décembre 2012

- **Les lésions buccales: vous ne les verrez plus du même œil!**

D^r Adel Kauzman

9 h à midi

Coût: D 265 \$ / H 100 \$ / A 100 \$ / T 175 \$

Samedi 8 décembre 2012

- **L'orthodontie: Observer? Intervenir? Comment décider?**

D^r Athena Papadakis

9 h à midi

Coût: D 265 \$ / H 100 \$ / A 100 \$ / T 175 \$

Le syndrome d'hyperphagie nocturne: PLUS QU'UNE FRINGALE DE NUIT

Par Geneviève Faucher, Dt.P., étudiante à la maîtrise en nutrition



différentiel, il faudrait discriminer les troubles du comportement alimentaire liés au sommeil (*sleep-related eating disorders*, ou SRED), les TCA qui se produisent la nuit (BED ou BN) et les patrons alimentaires dysfonctionnels asymptomatiques⁴. Dans le cas des SRED, l'hyperphagie se produit dans un état de conscience altéré alors que dans le cas du NES, l'ingestion d'aliments est consciente⁵. Selon la littérature, les individus souffrant de NES semblent avoir un bon contrôle de leurs prises alimentaires durant la journée mais en soirée et durant la nuit, le sentiment de perte de contrôle serait similaire aux individus atteints d'hyperphagie boulimique ou de boulimie⁶, en revanche chez eux, les apports caloriques des épisodes nocturnes d'hyperphagie sont moindres (d'environ 300 kcal)⁷. Le NES est aussi associé à l'anxiété, ce qui n'est pas le cas des épisodes nocturnes d'hyperphagie boulimique^{8,9}.

Définitions

Actuellement, deux diagnostics de trouble des conduites alimentaires (TCA) sont reconnus par l'*American Psychiatric Association*: l'anorexie mentale (*anorexia Nervosa*, AN) et la boulimie (*bulimia nervosa*, BN). Ils sont fondés sur des listes exhaustives de critères d'inclusion et d'exclusion en plus de contenir des types¹. En dépit de ces définitions précises, le diagnostic le plus fréquent (environ 75 % des cas) est un trouble des conduites alimentaires non spécifié (*eating disorder not otherwise specified*, ou EDNOS)². Parmi les EDNOS, des regroupements de symptômes se distinguent; l'hyperphagie boulimique (*binge-eating disorder*, ou BED) et le syndrome d'hyperphagie nocturne (*night eating syndrome*, ou NES) sont ceux que l'on rencontre le plus souvent dans la littérature.

Le NES a été décrit pour la première fois en 1955 par Stunkard comme une cause de gain de poids et déjà à cette époque, il était défini comme une réponse au stress chez des sujets obèses typiques, associée à une hyperphagie nocturne les ayant conduits à l'obésité³. **Les personnes qui mangent en soirée ou durant la nuit ne souffrent pas toutes de NES, une détresse psychologique doit être présente.** Dans un processus de diagnostic

Depuis les premières descriptions du NES, plusieurs définitions basées sur des critères similaires ont été proposées. Les deux définitions les plus considérées sont celles de 1955 (Stunkard, Grace et Wolff)³ et de 1999 (Birketvedt et al.)⁷. Leurs principaux critères communs sont une anorexie matinale et des périodes d'éveil – ou d'insomnie – souvent accompagnées d'ingestion alimentaire. Toutefois, elles diffèrent sur le pourcentage des apports caloriques totaux après le repas du soir : 25 % dans la définition de 1955, 50 % dans celle de 1999. La définition de 1999 est aussi plus détaillée quant aux fréquences, et exclut la boulimie et l'hyperphagie boulimique^{5,7}.

Dans la foulée du *First International Night Eating Symposium*, un consensus d'experts a proposé des critères diagnostiques pour la recherche de NES (voir tableau 1)¹⁰. **Les deux critères centraux à considérer dans la recherche de NES sont : 1) 25 % des apports caloriques totaux après le repas du soir; 2) deux éveils nocturnes avec ingestion alimentaire par semaine. Ces critères expliquent le décalage du rythme circadien des apports caloriques totaux, qui est le cœur du NES selon plusieurs chercheurs.**

Épidémiologie descriptive

La prévalence du NES est de 1 à 1,5 % dans la population générale, de 6 à 14 % dans les cas d'obésité clinique et de 8 à 42 % chez les candidats à la chirurgie bariatrique⁴. L'écart des prévalences du NES est attribuable à l'absence d'uniformité des critères des études sur le NES ainsi qu'à la variabilité de leurs critères d'inclusion et d'exclusion. De plus, on rapporte une prévalence d'hyperphagie boulimique similaire à celle du NES dans la population générale¹¹. En recherche, le NES est souvent évalué à l'aide de *Night Eating Questionnaire* (NEQ), qui comprend quatorze items portant sur les composantes de l'alimentation, de l'humeur, du sommeil et de l'état de conscience au cours des prises alimentaires. Les réponses sont notées au moyen d'une échelle de scores (0 à 4) allant de « jamais » à « toujours »; un score supérieur à 25 est considéré comme révélateur de NES¹². Une étude réalisée auprès de 2020 enfants a révélé des épisodes d'hyperphagie nocturne pour 1,1 % d'entre eux, sans toutefois établir d'association avec l'obésité¹³. Une méta-analyse réalisée en 2008 et regroupant 1 481 sujets adultes issus de divers groupes de population montre que le NES touche davantage les femmes (62,1 %) que les hommes¹⁴. La similitude des prévalences de l'hyperphagie boulimique et du NES est relevée dans deux études comparatives, mais le chevauchement est qualifié de généralement minime et surtout, ces études confirment le caractère distinct des deux désordres^{6,11}.

Malgré la tendance à étudier le NES chez les individus obèses, certains projets de recherche ont sélectionné des sujets dont l'indice de masse corporelle (IMC) se situait entre 18,5 et 25 kg/m². En 2004, une équipe a comparé 40 sujets ayant un IMC supérieur à 30 kg/m² avec 40 sujets ayant un IMC inférieur à 25 kg/m²; tous avaient été évalués au moyen du NEQ¹⁵. Les deux groupes se sont révélés similaires sur tous les aspects, sauf l'âge : les sujets qui avaient un IMC inférieur à 25 kg/m² étaient plus jeunes, ce qui laisse croire que le NES pourrait contribuer au développement de l'obésité. Plus récemment, une étude descriptive a mis en évidence des différences entre des sujets de poids normal avec et sans NES¹⁶. Les sujets souffrant du NES évalués au moyen du NEQ et d'un rappel de 24 heures, présentaient plus de troubles de sommeil, d'humeur dépressive, d'inquiétudes à l'égard de l'image corporelle et des comportements alimentaires, de stress, d'anxiété et d'abus de substances. Ces études avec des sujets ayant un IMC inférieur à 25 kg/m² permettent de conclure à des effets négatifs du NES sur la santé globale en plus de l'association possible avec le développement de l'obésité. Plusieurs études ont confirmé l'augmentation de la prévalence du NES parallèlement à l'augmentation du poids^{4,10}. Dans l'étude de Marshall et al., plus de la moitié des sujets obèses atteints de NES rapportaient que celui-ci

Tableau 1 : Critères diagnostiques proposés pour le syndrome d'hyperphagie nocturne

- A. Décalage significatif des habitudes alimentaires : les apports caloriques sont plus élevés en soirée ou la nuit, selon au moins une des deux caractéristiques suivantes :
 - 1) au moins 25 % des apports caloriques totaux consommés après le repas du soir;
 - 2) au moins deux épisodes d'ingestion alimentaire nocturnes par semaine.
- B. État de conscience et capacité du sujet à rapporter les épisodes d'ingestion alimentaire en soirée ou nocturnes.
- C. Le tableau clinique comprend au moins trois des cinq caractéristiques suivantes :
 - 1) anorexie matinale ou absence de petit-déjeuner quatre jours ou plus par semaine;
 - 2) pulsions alimentaires entre le repas du soir et le coucher et/ou durant la nuit;
 - 3) difficulté à s'endormir ou à garder le sommeil quatre nuits ou plus par semaine;
 - 4) conviction qu'une prise alimentaire est nécessaire pour trouver ou retrouver sommeil;
 - 5) humeur dépressive fréquente ou dégradation de l'humeur en soirée.
- D. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie.
- E. La perturbation est présente depuis au moins trois mois.
- F. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (drogue ou médicament) ou d'une affection médicale générale ou psychiatrique.

Adapté de Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. K.C. Allison et al., 2009 (traduction libre).

avait commencé avant leur obésité¹⁵. Cela démontre encore une fois que le NES pourrait être un des nombreux facteurs contribuant au développement de l'obésité.

Dès 1955, le NES avait été reconnu comme un obstacle au traitement des patients obèses dans 64 % des cas³. Depuis, une association semblable a été constatée dans une étude portant sur 76 sujets, hommes et femmes, qui présentaient un IMC moyen de 36,7 kg/m² et qui amorçaient un programme de perte de poids¹⁷. Les sujets ont été divisés en deux groupes : avec et sans NES. Ils ne présentaient aucune différence quant à l'âge, l'IMC et le pourcentage de masse grasse. Tous ont suivi le même traitement (diète liquide de 900 kcal par jour). Les sujets avec NES (14 % de l'échantillon) ont perdu moins de poids que ceux sans NES et ont démontré une moins grande observance, ce qui pourrait s'expliquer par des apports caloriques nocturnes.

On peut conclure qu'en plus de possiblement contribuer au développement et au maintien de l'obésité, le NES pourrait limiter le succès d'une démarche de perte de poids visant la balance énergétique chez des personnes en surpoids ou obèses.

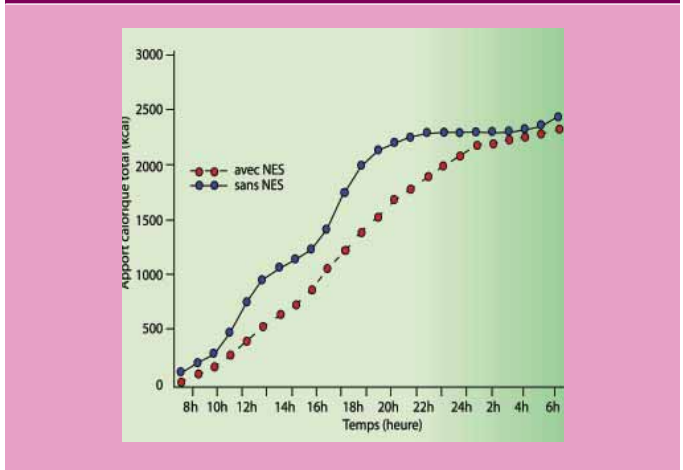
Caractéristiques cliniques

La principale caractéristique du NES est le décalage du rythme circadien des apports caloriques totaux, par des apports alimentaires en soirée ou nocturnes. Selon les études, les apports caloriques totaux des sujets avec NES et des sujets sans NES diffèrent ou sont similaires. Dans les deux cas toutefois, on remarque chez les sujets avec NES une absence de plateau de la courbe des apports caloriques vers 21 h, ce qui est un indicateur de décalage (voir les figures 1 et 2)^{7,18}. En 2009, Goel *et al.* ont constaté des différences circadiennes significatives (décalage de phase et diminution de la variation de l'amplitude) pour l'apport calorique total, les glucides et les lipides chez des sujets présentant un NES, mais aucune différence pour les protéines (figure 3)¹⁹. Le décalage de phase révèle que l'apport calorique total est plus important en fin de journée et la diminution de la variation de l'amplitude peut être interprétée par des prises alimentaires moins caloriques mais plus fréquentes. En revanche, l'apport calorique total était équivalent chez tous les sujets (avec ou sans NES).

Deux études utilisant des méthodes différentes ont démontré que des sujets avec NES avaient la même durée de sommeil, mais plus de périodes d'éveil²⁰. Les facteurs psychologiques associés au NES sont le stress, l'humeur dépressive et l'anxiété, qui augmente surtout en soirée^{7-9,17}. On peut présumer que dès 1955, Stunkard avait indirectement associé le cortisol au NES en raison de la présence de symptômes de stress et d'anxiété chez les sujets atteints³. Goel *et al.* ont aussi noté des différences circadiennes significatives chez les sujets avec NES pour différents marqueurs impliqués dans la régulation des mécanismes de l'appétit, comme un décalage de phase pour la ghréline (+5,2 heures, p <0,001), la leptine (-1 heure, p <0,042) et l'insuline (2,8 heures, p <0,004)

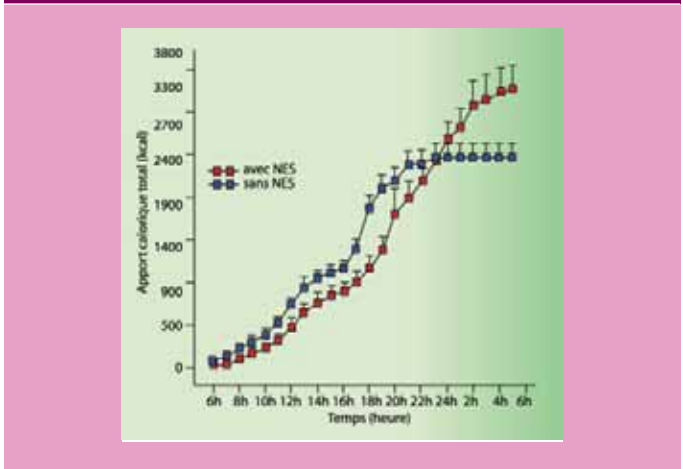
et une diminution de l'amplitude pour la ghréline (-49,6 %, p <0,05) et l'insuline (-57,7 %, p ≤0,01)¹⁹. Birketvedt *et al.* rapportent des résultats différents pour la leptine (plus élevée chez les sujets obèses, p < 0,001) et l'insuline (aucune différence pour les périodes pré et post prandiales, pour les sujets avec ou sans NES, obèses ou non obèses), ainsi que des variations circadiennes pour la mélatonine et le cortisol⁷.

Figure 1 – Apport calorique cumulatifs sur 24 heures chez les sujets avec ou sans syndrome d'hyperphagie nocturne (NES)



Adapté de *Circadian Eating and Sleeping Patterns in NES*. O'Reardon *et al.*, 2004.¹⁸

Figure 2 – Moyenne de 5 jours des apports caloriques cumulatifs sur 24 heures chez les sujets avec ou sans syndrome d'hyperphagie nocturne (NES)



Adapté de *Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome*, Birketvedt *et al.*, 1999.⁷

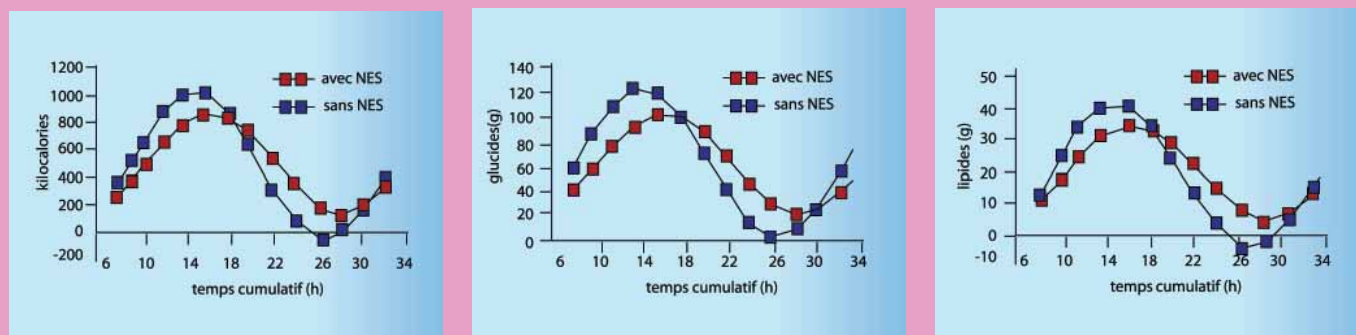
Importance clinique et traitements à l'étude

Les individus obèses présentent souvent des TCA et des patrons alimentaires dysfonctionnels qui peuvent entraîner un déséquilibre énergétique et causer plusieurs atteintes physiques et psychologiques²¹. Actuellement, l'incidence d'obésité augmente, et la prévalence du NES est environ neuf fois plus élevée chez les individus obèses^{4,10}. Selon les études, le NES contribuerait au développement et au maintien de l'obésité tout en étant une limite à son traitement^{15,16}. En outre, de nombreuses comorbidités, tant physiques que psychologiques, sont associées au NES, ce qui justifie donc son traitement, indépendamment de la présence d'obésité^{3,7,9,17}.

Diverses approches de traitement ont été explorées depuis la découverte du NES. Une équipe italienne a publié récemment une revue de la littérature sur les voies de traitement possibles²². Par exemple, l'approche cognitivo-comportementale a été testée chez des sujets atteints de NES au moyen d'une thérapie adaptée d'une autre qui était destinée au traitement des troubles d'hyperphagie boulimique. Dans le cas des sujets atteints de NES, l'accent était mis sur la régularité des apports alimentaires le jour, les pensées et comportements en soirée, ainsi que sur les ingestions alimentaires nocturnes. Des effets positifs ont été obtenus : notamment une diminution du pourcentage des apports caloriques après le souper, ainsi que du nombre de périodes d'éveil par semaine et d'épisodes d'ingestion nocturne²². Dans un autre ordre d'idées, comme peu de professionnels de la santé sont sensibilisés au NES, on mentionnera la publication, il y a quelques années, d'un ouvrage axé sur les approches d'auto-assistance (*self-help approaches*). L'ouvrage contient des outils simples permettant à une personne de déterminer si elle souffre du NES et des exercices pratiques pour modifier ses comportements et ses pensées



Figure 3 – Décalage de phase et variations d'amplitude de l'alimentation chez des sujets avec et sans syndrome d'hyperphagie nocturne (NES)



Adapté de *Circadian rhythm profiles in women with NES*. Goel et al., 2009.¹⁹

à l'égard de son patron alimentaire²³. Les approches d'auto-assistance sont reconnues comme efficaces pour traiter des dépendances, les TCA, et même amorcer des démarches de pertes de poids²⁴. La luminothérapie a aussi fait l'objet de quelques études pour vérifier son potentiel à rétablir les anomalies du rythme circadien des apports alimentaires et neuroendocriniennes associés au NES, dont une étude de cas avec une femme souffrant de NES et de dépression non saisonnière. Après quatorze séances, celle-ci n'était plus considérée comme atteinte du NES, mais les symptômes sont réapparus un mois plus tard²². Enfin, parmi les agents pharmacologiques, seuls ceux modulant le système de la sérotonine ont montré des effets intéressants sur la réduction des symptômes du NES²⁵. L'équipe de O'Reardon avait déjà démontré le rôle physiologique du système par imagerie cérébrale⁴.

Perspectives cliniques et rôle des nutritionnistes

Selon la littérature, le NES constitue un facteur de risque et une cause possible d'obésité. Le consensus d'experts pour les critères diagnostiques de recherche du NES laissent croire que de plus en plus de professionnels de la santé y seront sensibilisés. Actuellement, le NES devrait être considéré et pris en charge peu importe l'IMC de la personne, et *a fortiori* lorsque celle-ci présente un surplus de poids et qu'elle entreprend un traitement de l'obésité. La nutritionniste devra être à même de discriminer les ingestions nocturnes reliées à la boulimie et la l'hyperphagie boulimique; naturellement, les cas d'obésité doivent être traités.

Le rôle de la nutritionniste est maintenant d'être en mesure de dépister le syndrome d'hyperphagie nocturne. Elle devrait désormais évaluer l'état nutritionnel et les apports caloriques sur une période de 24 heures et ajuster ses outils d'évaluation, afin de pouvoir recenser les apports nocturnes. Pour ce qui est de l'intervention comme telle, la nutritionniste recommandera d'abord de limiter la consommation d'alcool, de tabac et de caféine car ces substances sont stimulantes et pourraient occasionner des périodes d'éveil. Ensuite, elle pourra suggérer la tenue d'un journal alimentaire comprenant, outre la composition du repas ou de la collation, l'heure et l'état psychologique ou l'humeur (anxiété, frustration, solitude, etc.) avant et après les prises alimentaires. Après avoir déterminé les situations qui rendent la personne plus vulnérable, elle pourra l'encourager à trouver des moyens pour répondre à ses besoins ou réagir à ses émotions autrement que par la nourriture. Enfin, la nutritionniste pourra graduellement envisager avec le client une restructuration des prises alimentaires par la réduction des portions des collations en soirée ou nocturnes, la prise d'un déjeuner au besoin et la réintroduction des aliments problématiques²³. Étant donné la nature complexe du syndrome, la nutritionniste ne doit pas hésiter à recourir à d'autres professionnels. ■

On rapporte une prévalence d'hyperphagie boulimique similaire à celle du NES dans la population générale.

Abréviations

TCA : Trouble des conduites alimentaires

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association

AN : Anorexia nervosa

BN : Bulimia nervosa

BED : Binge-eating disorder

EDNOS : Eating disorder not otherwise specified

NES : Night eating syndrome

SRED : Sleep-related eating disorders

NEQ : Night Eating Questionnaire

IMC : Indice de masse corporelle (kg/m²)

Références bibliographiques

Les références pour cet article sont disponibles sur le site de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec au www.ohdq.com.

Quelques exemples de réalisations INSPIRÉES DE LA NATURE ^{1, 3, 7}

Source : Reproduit avec permission. Le Chimiste, hiver 2012, page 14.

	Invention	Inspirée	Remarques
	Encres photo électrochimiques pour fabriquer des cellules photovoltaïques	De la première étape de la photo-synthèse des plantes (on imite la chlorophylle qui capte un photon pour libérer un électron).	Produit de l'électricité en générant des électrons à partir de la lumière captée. Les cellules sont fabriquées par impression avec des électrodes en dioxyde de titane dans un électrolyte de iodure/triodure (voir www.dyesol.com).
	Bandes collantes à dalles	Du gecko. Les forces d'adhérence sont dues uniquement aux forces de Van der Waals entre les <i>sétules</i> (minuscules poils du bout des pattes) et la surface sur laquelle le gecko marche.	Cela permet de fixer des dalles sans avoir recours à des colles toxiques, et cela en facilite le remplacement (voir interfaceflor.com)
	Colle résistante à l'eau	De la substance secrétée par les filaments d'ancrage des moules (appelés byssus) pour s'attacher aux rochers.	En 2001, Kaichang Li (Université de l'Oregon) déposé un brevet, car il est arrivé à reproduire la protéine responsable de l'ancrage des moules à partir du soja. Aujourd'hui, une colle est commercialisée par Columbia Forest (voir www.columbiaforestproducts.com/Content/Documents/PureBond_Brochure.pdf).
	Polymères nanorugueux hydrophobes; tapis brosse en nanotube; peintures autonettoyantes, etc.	De la feuille de lotus : celle-ci est constituée de nano-rugosités qui la rend très hydrophobe. Ainsi, les gouttes d'eau ruissellent constamment sur sa surface et entraînent en même temps la saleté.	Cela permet de fabriquer des membranes filtrantes très hydrophobes moins chères que le téflon (ou ses dérivés (voir www.membrana.com) et de faire des surfaces ou des objets autonettoyants (voir www.cnano-rhone-alpes.org/spip.php?article45).
	Capteur d'énergie des vagues	De l'ondulation des mouvements d'un serpent.	Le système Pelamis tire son nom d'un serpent de mer géant dans la Grèce antique. Cet assemblage de caisson de 120 mètres de long pèse pas loin de 750 tonnes. La montée et la descente des vagues actionnent ses articulations, qui convertissent les mouvements en énergie électrique sur place (voir www.pelamiswave.com).
	Filtres autonettoyant à haut rendement	De la structure des fanons de baleine qui assure une filtration fine avec de gros débit (incluant un nettoyage automatique).	La firme australienne Baleen Filters vend ces systèmes pour le traitement des eaux municipales et industrielles (voir baleenfilters.com/product.asp).
	Revêtement antireflet pour tablette électronique	De la structure de l'aile du papillon morpho, qui est un filtre interférométrique sans pareil. La belle couleur bleue de ce papillon ne provient pas de pigments, mais d'un patron d'interférence.	On a reproduit les couches réfléchissantes du morpho, ce qui permet une lecture en plein soleil des écrans de tablettes électroniques.

Références et notes :

1. J. M. Benyus, *Biomimicry: Innovation Inspired by Nature*. Ed. First Qill Edition, 301 pages, 1997. Cet ouvrage a été réédité en 2002 et il est traduit en français.

3. Les plantes ont de bonnes capacités d'absorption des polluants et aujourd'hui, la phytoremédiation est une science en pleine expansion qui se pratique à grande échelle (voir, par exemple : www.techniquesingenieur.fr/glossaire/phytoremediation et D. Mioussé, B. Ponsard et S. Alex, « La phytoremédiation : une technologie verte » *Chimiste*, vol. 19, n° 3, p. 12-16, 2004). Dans les années 1990, les scientifiques avaient aussi montré que

la plupart des plantes ornementales domestiques (langue-de-belle-mère ou sansevieria, schefflera, etc.) sont naturellement d'excellents capteurs de Composés Organiques Volatils (notamment le formaldéhyde) (voir V. Borde, « Ces plantes vertes qui dépolluent ». *Sciences et Avenir*, janvier 1994, 1994, p. 48-51).

7. L. Fery, « Biomimétisme - La nature ça vous inspire? », *Industries et Technologies*, vol. 937, 2011, p. 27-40. Ce dossier consacré au mimétisme souligne les grandes idées dans ce domaine.

CINQ STRATÉGIES

pour tempérer l'effet de la volatilité des marchés

Par **Sylvain Chartier**, *M.fisc., Pl.fin.*

Expert-conseil, Gestion Privée 1859 Banque Nationale.

Nous traversons une période de grande volatilité, et l'impact à court terme d'un tel phénomène sur un portefeuille de placement peut être inquiétant. Agir sous le coup de l'émotion peut s'avérer risqué et une décision précipitée, prise sans vision d'ensemble, pourrait s'avérer coûteuse. Dans un contexte de forte volatilité, il est bon de se rappeler certaines stratégies en matière d'investissement. Elles peuvent contribuer à amoindrir le choc des fluctuations sur votre portefeuille et à favoriser l'atteinte de vos objectifs de placement.

1. Restez fidèle à votre profil d'investisseur... et à vos objectifs

Vos besoins en placement varient selon plusieurs facteurs, dont votre tolérance au risque, votre horizon de placement et vos objectifs d'épargne. Votre profil d'investisseur est établi en tenant compte de tous ces facteurs. Il vous permet d'obtenir un potentiel de rendement optimal en fonction de votre tolérance au risque. Or, rendement et risque sont intimement liés. Si vous visez des rendements élevés, vous devez vous attendre à ce que les fluctuations de votre portefeuille soient plus marquées.

2. Diversifiez

La diversification constitue une stratégie essentielle : elle vise la diminution du niveau de risque de votre portefeuille et un potentiel de rendement optimal en y intégrant plusieurs types de placement correspondant à différents secteurs économiques, régions géographiques et styles de gestion de portefeuille. Par exemple, un portefeuille composé uniquement d'actions affichera probablement une mauvaise performance si les marchés boursiers connaissent un ralentissement généralisé. Le fait d'y intégrer d'autres types de placement pourrait contribuer à améliorer son rendement global.

3. Pensez à long terme

Les marchés boursiers connaissent fréquemment des périodes de volatilité. Heureusement, il s'agit habituellement d'un phénomène à court terme. Nous n'en sommes pas à la première période de ce genre. Nous n'avons qu'à nous rappeler les baisses boursières liées à la guerre du Golfe en 1990, à la bulle technologique



de 2000 et à la crise financière de 2008, qui étaient particulièrement marquantes. Les bourses ont réagi à ces événements, pour graduellement reprendre une trajectoire à la hausse. Même s'ils connaissent de fortes variations, les marchés boursiers tendent à évoluer de façon positive à long terme. Par exemple, un individu qui aurait investi et serait resté dans le marché canadien depuis 1975 aurait vu son placement initial de 100 \$ passer à 4 463 \$ malgré d'importantes périodes baissières¹. À longue échéance, l'impact des fluctuations sur un portefeuille s'estompe. Il est donc préférable d'adopter une stratégie d'investissement à long terme.

La révision de votre portefeuille vous permet de vous assurer que votre stratégie de placement répond bien à vos besoins.

4. Évitez de laisser vos émotions prendre le contrôle de votre portefeuille

Le réflexe des investisseurs est souvent de s'éloigner des marchés boursiers des actions lorsque ceux-ci traversent une période baissière. Cependant, il est rarement gagnant de laisser ses émotions prendre le dessus en matière de placement. Si un investisseur vend tous ses placements liés aux bourses lorsqu'une crise financière survient, il écarte la possibilité de profiter du rebond des marchés qui pourrait s'ensuivre. En effet, la stratégie qui consiste à tenter de synchroniser ses placements avec la performance des marchés mène plusieurs investisseurs à manquer les meilleures journées d'activité boursière, puisqu'il est impossible de prédire quelles journées seront les meilleures ou les pires.

5. Effectuez un suivi régulier de vos placements

La révision de votre portefeuille vous permet de vous assurer que votre stratégie de placement répond bien à vos besoins. Votre conseiller constitue un allié de taille pour vous aider à accomplir cette tâche. Il connaît bien vos besoins et vos objectifs en matière d'épargne et possède toutes les connaissances et les outils pour vous épauler dans la gestion de vos placements.

À court terme, les périodes de volatilité sont difficiles pour un portefeuille. Toutefois, vous n'avez pas nécessairement à changer votre stratégie de placement. Si votre répartition d'actifs reste bien diversifiée et que vos besoins en épargne n'ont pas changé, la stratégie développée avec votre conseiller devrait toujours s'avérer valide. ■

L'auteur est expert-conseil, Gestion Privée 1859 Banque Nationale.

1. Selon l'indice composé S&P/TSX, du 1^{er} janvier 1975 au 31 décembre 2011.

UN CARREFOUR DE CONNAISSANCES,
D'OUTILS ET DE CONSEILS FINANCIERS

jecomprends.ca



Un oreiller rafraîchissant POUR ÉTOUFFER L'INSOMNIE

Par Relaxnews

Source: Reproduit avec permission. Relaxnews.com

Bon nombre d'insomniaques ne peuvent s'endormir à cause d'un cerveau en perpétuelle activité, qui crée une hausse de la température cérébrale. Pour que les cerveaux en surchauffe retrouvent des nuits paisibles, des concepteurs ont imaginé un oreiller capable de refroidir la tête durant la nuit, le « Chillow ».

Cet oreiller utilise une technologie propre au fabricant, Climson, qui absorbe la température de la tête pour l'évacuer par la surface à l'air libre de l'oreiller, principe fondamental de la thermothérapie. Le Chillow (46,60 \$ CAN à l'unité, ou 78 \$ CAN les deux), contraction de *pillow* - oreiller - et de *chill* - rafraîchir -, a par ailleurs l'avantage d'être hypoallergénique, non toxique, sans latex ni phtalate.

Cette technologie requiert toutefois un remplissage de l'oreiller avec de l'eau avant sa première utilisation. Au contact du liquide, la mousse qui se trouve à l'intérieur agit au bout d'une heure ou deux comme un réfrigérant, sans qu'il y ait besoin de changer l'eau ou de mettre l'oreiller au réfrigérateur par la suite.

Sur le même principe, le fabricant a conçu tout une gamme d'accessoires de thermothérapie, comme un sureoreiller ou un surmatelas.

La thermothérapie, qui utilise en fonction du symptôme le chaud ou le froid, est une pratique médicale ancestrale pour soigner notamment certains traumatismes musculaires. ■

LE MANQUE DE SOMMEIL pourrait être dangereux pour les femmes

Par Relaxnews

Source: Reproduit avec permission. Relaxnews.com

Les femmes qui ne dorment pas assez ont plus de risques de développer des maladies cardiaques que les hommes qui ont les mêmes habitudes de sommeil, selon une étude publiée le 1^{er} juillet dans le journal *SLEEP*.

Des chercheurs de l'université de Warwick et du *University College* de Londres, en Grande-Bretagne, ont découvert que le manque de sommeil était lié à un risque cardiovasculaire plus élevé, mais différent pour la femme et l'homme.

Ces chercheurs ont étudié le lien entre risques cardiovasculaires et manque de sommeil auprès de plus de 4 600 hommes et femmes entre 35 et 55 ans. Il apparaît que les marqueurs inflammatoires varient beaucoup selon le manque de sommeil chez la femme, mais pas chez l'homme. Les niveaux d'interleukine 6, un marqueur lié aux maladies coronaires, sont bien plus bas chez les femmes qui dorment huit heures plutôt que sept.

Les niveaux de protéine C réactive, un marqueur de morbidité cardiovasculaire, sont également bien plus élevés chez les femmes qui dorment moins de cinq heures par nuit, indique l'étude.

« Ces découvertes s'ajoutent à un ensemble de preuves suggérant qu'il y a une relation non linéaire entre les facteurs de risques cardiovasculaires et la durée du sommeil », déclare Michelle Miller, professeur associée de médecine biochimique à l'école de médecine de Warwick, et auteur principale de l'étude.

« De plus, elles montrent qu'un faible temps de sommeil est associé à une hausse des risques cardiovasculaires, et que l'association entre durée de sommeil et facteurs de risques cardiovasculaires sont marqués différemment chez les hommes et les femmes », ajoute le Dr Miller, pour qui les résultats montrent que l'idée de dormir sept ou huit heures par nuit est bon pour la santé. ■

Une application capable DE CONTRÔLER LES RÊVES ?

Source : Reproduit avec permission. www.maxisciences.com



Un psychologue britannique spécialisé dans les phénomènes paranormaux a annoncé être en plein recrutement de volontaires. But de l'expérience : savoir s'il est possible de contrôler les rêves.

Le scénario semble tout droit sorti d'un film de science-fiction et pourtant, il s'agit bien d'une véritable expérience. Le professeur Richard Wiseman, un psychologue britannique a contribué au développement d'une application sur iPhone baptisée Dream:ON. Sa particularité : elle prétend... influencer les rêves d'une personne en surveillant son sommeil. Mais si l'on

peut douter de son efficacité, le scientifique est lui bien déterminé à savoir s'il est possible ou non de contrôler les rêves. À l'occasion du Festival des sciences d'Édimbourg, il a ainsi décidé de lancer une vaste étude et espère qu'environ 10 000 personnes participeront à l'expérience.

Concrètement, l'application fonctionne en utilisant des « paysages sonores » soigneusement élaborés. Placé sur le lit, le téléphone détecterait en fait le moment où la personne est en train de rêver, c'est-à-dire lorsque le corps est le plus immobile, selon le psychologue. Il déclencherait alors une petite musique censée évoquer des scènes plaisantes, telle qu'une promenade dans les bois ou une sieste sur la plage. Dans le cadre de l'expérience, le téléphone ferait ensuite entendre une sonnerie douce pour réveiller la personne qui serait alors à même de raconter brièvement de quoi elle a rêvé.

Grâce à ce protocole, les chercheurs espèrent obtenir chaque nuit, des milliers de récits de rêves et analyser ses données pour savoir s'il est possible de les influencer. « L'application est gratuite et nous

voulons que les gens participent le plus possible. J'ai mené de nombreuses expériences de participation de masse dans le passé, mais c'est de loin la plus ambitieuse et passionnante », s'est réjoui Richard Wiseman de l'Université de Hertfordshire. Si les résultats ne seront pas connus avant plusieurs mois, l'enjeu pourrait être de taille selon les chercheurs.

Mieux rêver pour une meilleure santé
« Passer une bonne nuit de sommeil et faire des rêves plaisants permet de stimuler la productivité. C'est essentiel pour le bien-être à la fois physique et psychologique », a ainsi expliqué le professeur cité par l'AFP. Celui-ci a expliqué que les gens qui souffrent de dépression rêvaient bien plus que les autres et faisaient très souvent des cauchemars. « Peut-être que si leurs rêves pouvaient être améliorés, cela les aiderait » a-t-il ajouté. « Nous savons très peu de choses sur la façon d'influencer les rêves. Cette expérience vise à changer cette situation ».

Pour en savoir plus ou tester la fameuse application, rendez-vous sur le **site dédié**. ■

OFFRE D'EMPLOI

Placement Prodent

401-7275, rue Saint-Urbain
Montréal (Québec) H2R 2Y5
Téléphones : 514 935-3368 ou 1 866 624-4664
Télécopieur : 514 935-3360
Courrier électronique : info@prodentcv.com
Site Internet : www.prodentcv.com

Recherche des hygiénistes dentaires pour combler des postes à temps plein, à temps partiel ainsi que pour des remplacements journaliers. Le candidat ou la candidate doit être membre en règle de l'**OHdq**. Tous les candidats et toutes les candidates seront contactés. Les dossiers sont traités dans la plus stricte confidentialité. Expérience requise pour remplacement à court terme.

Notre PERSÉVÉRANCE!

Par **Christine Thibault B.Sc., HD**



C'est en octobre 1992 que paraissait pour la première fois dans le magazine de l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, L'Explorateur**, une réflexion que j'avais écrite. Je vous laisse faire le calcul.

Si on m'avait demandé de m'engager à écrire une chronique pour les vingt prochaines années, la réponse aurait été définitivement non! Même si j'aime bien les défis.

Aujourd'hui, je suis flattée quand des collègues me disent que lorsqu'ils reçoivent leur magazine *L'Explorateur*, ils vont tout de suite à la fin pour lire ma réflexion.

Je trouve quand même incroyable ce qu'on peut accomplir... un pas à la fois.

C'est comme regarder le haut d'une montagne à escalader. À première vue, on se demande comment on fera et on préfère souvent rebrousser chemin. En règle générale, seulement 20% des gens passe à l'action (LES ÉTAPES DU CHANGEMENT selon James O. Prochaska). Mais, si on commence à y grimper en regardant seulement en avant, petit à petit, on avance dans notre ascension.

Aujourd'hui, tout particulièrement, je pense qu'avec toutes les frustrations professionnelles que nous pouvons vivre comme hygiénistes dentaires, le chemin de la montagne semble ardu et son sommet parfois inatteignable.

J'ai appris avec l'expérience, que c'est un pas à la fois, que je peux faire la différence au bout de la route. Par exemple, dans mon milieu de travail: chaque partage d'information avec mes clients, chaque récrimination à mon employeur devant une intention ou un acte à saveur illégale, chaque petit geste de collaboration avec mes pairs **est un pas vers le sommet que je veux atteindre.**

La route est longue me direz-vous mais comme j'ai déjà entendu : **il n'y a que dans le dictionnaire que le succès vient avant le travail!** Je suis convaincue qu'on peut devenir bon dans n'importe quoi... mais il faut y mettre le temps nécessaire.

À l'instar des fans du club de hockey des Canadiens dont on dit qu'ils ont le CH tatoué sur le cœur, on peut penser que c'est parce

que j'ai le HD tatoué sur le cœur que j'atteins mes objectifs. Mais je vous avoue que ce sont les petits efforts de tous les jours (ça ne me tente pas toujours après une longue journée de travail) qui font mon secret.

Je crois que la persévérance, c'est un pas à la fois... professionnellement et personnellement.

Je nous souhaite de nous unir pour aller tous dans la même direction, vers le sommet. Et, de persévérer dans l'ascension de tous les autres sommets de nos vies!

Bonne ascension! ■

Amérique Dentaire

Distributeur exclusif des produits :

mectron
medical technology

starlight pro
LÉGER - PUISSANT - VERSATILE

combi
UNITÉ DE PROPHYLAXIE FIABLE ET COMPLET

Nouvelle fonction ZERO

604, Boul. Curé-Boivin
suite 101, Boisbriand, Qc J7G 2A7
450-419-2121 1-877-719-2121

WWW.AMERICADENTAIRE.COM



L'ÉCOUTE ET LA COMMUNICATION DANS L'ÉQUIPE DENTAIRE ET AVEC LES PATIENTS/CLIENTS

Avec Yves Trépanier
Directeur, Développement des affaires
Henry Schein Canada Inc.

Henry Schein vous invite chaleureusement à assister à la conférence de monsieur Yves Trépanier le samedi 10 novembre 2012 à 14h lors de votre Congrès, qui se tiendra au Palais des congrès de Montréal.

Notre conférencier

Yves Trépanier est directeur du développement des affaires chez Henry Schein Canada depuis octobre 2009. Possédant plus de 30 années d'expérience dans le domaine dentaire, Yves est un passionné de la formation. Il a suivi plusieurs cours de développement personnel, en gestion, en marketing et en développement des affaires à l'UQAM et à l'Université de Montréal, en plus des formations spécialisées du domaine dentaire de l'école Henry Schein de Milwaukee aux États-Unis. Il est un collaborateur et un expert dans l'art d'appuyer les projets. Avec l'aide des conseillers de Henry Schein, il accompagne aujourd'hui les membres des cliniques dentaires dans la réalisation de leur plein potentiel d'affaires afin de leur permettre d'atteindre leurs rêves professionnels.

Résumé de la conférence

L'objectif de la conférence est de démontrer aux participants(tes) que la communication débute par une bonne écoute. Il sera démontré avec des exercices et des jeux, quelle écoute vous utilisez et pour quelle raison vous le faites. Pourquoi devriez-vous écouter et avoir une meilleure écoute? Quels sont les avantages de l'écoute? Quel est votre style social d'écoute? Le reconnaître vous permettra de développer un outil idéal de communication qui consolidera vos relations interpersonnelles et professionnelles au sein de l'équipe dentaire. Apprivoiser et maîtriser la communication afin de l'orienter vers l'un des quatre styles de communication. Tout ceci limitera les pertes de temps causée par de l'information incomplète ou répétitive avec les collaborateurs du cabinet dentaire et vos patients/clients.

*Personnel heureux
= patients heureux*

HENRY SCHEIN 
Harmonie d'équipe
Nous vous dirigeons vers la bonne voie



LES CLÉS DE VOTRE RÉUSSITE ? MOINS DE NETTOYAGE. PLUS DE SOINS.

Une meilleure communication avec le client.
Une assiduité accrue par le client. Une plus
grande contribution à la pratique. Voyez com-
ment nos programmes profitent à d'autres
hygiénistes dentaires à bilanensante.ca

Lisa Philp
Hygiéniste dentaire

Lisa Philp n'a pas été rémunérée pour figurer dans cette annonce.

Crest + **Oral-B**

En affaires avec vous.