



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec

L'EXPLO RATEUR

Le magazine de l'Ordre
des hygiénistes dentaires
du Québec

Les maladies rares, vers une meilleure compréhension

DOSSIER

Qu'est-ce que
l'ataxie de
Charlevoix-
Saguenay?

CE QUE LES ÉTUDES DISENT...

Le fumeur dans
notre pratique
d'hygiène dentaire

MESSAGE DE L'OHDQ

Tournée de
la présidente

UN PROGRAMME FINANCIER POUR VOTRE VIE APRÈS LE TRAVAIL



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

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

Fière partenaire de



bnc.ca/specialistesante
Adhésion en succursale

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



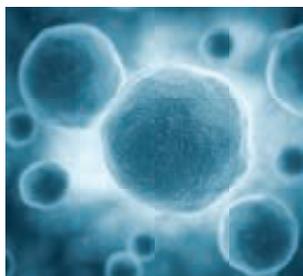
4 Avant-propos

6 MOT DE LA PRÉSIDENTE

7 A word from the President

L'EXPLORATEUR VIRTUEL

- 8 Maladie rare :
pas aussi rare qu'on ne le croit



DOSSIER : LES MALADIES RARES

- 10 L'effet fondateur
11 L'acidose lactique
12 Qu'est-ce que la tyrosinémie ?
13 Qu'est-ce que l'ataxie de Charlevoix-Saguenay ?
14 La neuropathie sensitivomotrice
16 La fibrose kystique et ses défis nutritionnels : de l'enfance à l'âge adulte
22 Les différents types de Pemphigus
24 Les types de Pemphigoïdes
26 Qu'est-ce que le lupus ?
30 Qu'est-ce que la goutte ?
34 Qu'est-ce que la maladie de Behçet ?

35 Offres d'emploi

- 36 Qu'est-ce que le phénomène de Raynaud ?
38 Qu'est-ce que la maladie de Paget ?

ACTUALITÉ

- 40 Rappel: Maladie de Lyme

42 Calendrier de formation continue 2014-2015

ACTUALITÉ

- 47 Avis de convocation AGA de l'OHDQ

48 Messages de l'Ordre

- 49 Prix d'excellence: Rappel Abonnés étudiants OHDQ – Bourse de la relève

INSPECTION PROFESSIONNELLE

- 50 Des outils améliorés, pour un programme d'inspection mieux adapté!

CE QUE LES ÉTUDES DISENT...

- 52 Le fumeur dans notre pratique d'hygiène dentaire

SERVICES FINANCIERS

- 54 Comblez vos besoins avec des solutions hypothécaires flexibles...

VU LU ENTENDU

- 56 La dérive du système de santé québécois

SÉLECTION DE PRESSE

- 57 Le stress réduit la fertilité féminine
57 On sait pourquoi les fibres rassasient
57 32m²
58 Votre assurance responsabilité professionnelle

L'Explorateur est une source d'information fiable et crédible qui contribue depuis plus de 24 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
Spécial 40 ^e anniversaire de la profession	juillet 2015	13 avril 2015
Blanc	Octobre 2015	22 juin 2015

Comité des publications

Caroline Boudreault, HD
Bibiane Gagnon, HD
Éloïse Lafrenière, HD
Martine Plante, HD
Sophie Lecavalier, coordonnatrice et personne-ressource

Ont collaboré

Elsa Abdoun
Agathe Bergeron, HD
Laureen Bouyssou
Nadine Caron, adjointe administrative
Véronique Damphousse, Dt.P., M.Sc.
Marie-Hélène Denis, Dt.P.
Diane Duval, HD, présidente
Véronique Etienne
Marie-Pier Lambert, HD
Marjolaine Mailhot, Dt.P., M.Sc.
Sylvie Martel, HD
Elizabeth McDermott, secrétaire de direction
Marise Parent, réceptionniste et commis secrétaire
Me Janique Ste-Marie, notaire

Comité exécutif

Présidente, Diane Duval, HD
Vice-présidente, Josée Tessier, HD
Trésorière, Johanne Landry, HD
Administratrice, Diane Routhier, HD
Administratrice nommée, Carole Lemire, inf. Ph.D.(c)

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Régions administratives

03 et 12	Danielle Arcand, HD
05 et 16	Danielle Bonenfant, HD
07 et 08	Myliène Chauré, HD
05 et 16	Ghislaine Clément, HD
01, 09 et 11	Francine Demeules, HD
03 et 12	Mélanie Desmarais, HD
14 et 15	Lina Duguay, HD
06 et 13	Johanne Landry, HD
02 et 10	Josée Lemay, HD
04 et 17	Maryse Lessard, HD
05 et 16	Diane Routhier, HD
06 et 13	Nicole Seminaro, HD
06 et 13	Josée Tessier, HD

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

Francine Boivin, Dt.p. MAP
Constance Leduc
Carole Lemire, inf. Ph. D(c)
André Roy

Direction de l'Ordre

Directrice générale et secrétaire de l'Ordre,
M^{re} Janique Ste-Marie, notaire

Révision OHDQ

Publicité OHDQ

Graphisme Lexis Média, éditeur

Photo couverture Shutterstock

Impression F.L. Chicoine

Tirage 6 350 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 N° 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

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



AVANT-PROPOS

Chers membres,

Pour cette édition printanière, nous avons décidé d'explorer certaines maladies rares et d'en apprendre davantage sur celles-ci. En effet, saviez-vous que certaines maladies moins connues se trouvent au Québec seulement? Par exemple, l'ataxie de Charlevoix-Saguenay ou le phénomène de Raynaud. Étiez-vous au courant que près de 80 % des maladies rares sont d'origine génétique? Quelles sont les causes des autres 20 %? Des déficits sur le plan immunitaire ou des infections, mais dans bien des cas, l'étiologie de la maladie reste inconnue.

Le DOSSIER vous informera davantage sur les maladies de l'acidose lactique, l'effet fondateur, la tyrosinémie, la neuropathie sensitivomotrice, le pemphigus, le pemphigoïde, la fibrose kystique et ses défis nutritionnels, le lupus, la goutte, la maladie de Behçet et la maladie de Paget où nous y abordons les définitions, les symptômes, les traitements, les médicaments, le diagnostic et la recherche, entre autres.

La rubrique INSPECTION PROFESSIONNELLE vous informe « Des outils améliorés pour un programme d'inspection mieux adapté! ». La rubrique CE QUE LES ÉTUDES DISENT aborde deux études de cas du « Fumeur dans notre pratique d'hygiène dentaire ».

Enfin, nous vous invitons à jeter un coup d'œil à la section du *Calendrier de formation continue 2014-2015*; vous y trouverez une nouvelle formation!

Bonne *Journée de l'hygiéniste dentaire* et bonne lecture!

Le Comité des publications,

Caroline Boudreault, HD

Bibiane Gagnon, HD

Éloïse Lafrenière, HD

Martine Plante, HD

Sophie Lecavalier, 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



NOVA Dent™



La seule solution efficace
qui élimine 99,9%
des bactéries, virus, champignons
et parasites qui se retrouvent sur
les prothèses et appareils dentaires
(tel que les plaques occlusales, les protecteurs buccaux,
les orthèses d'avancement mandibulaire
ainsi que les gouttières de blanchiment
et les coquilles d'alignement.

Un test mené en laboratoire par l'université de Montréal a démontré l'efficacité et la supériorité de la formule Novadent™ sur tous les autres produits semblables. Recommandé par les professionnels de la santé dentaire du Québec.



 **Fait au Québec
par des gens d'ici**
Commandez au 1 800 474-6682

RECOMMANDÉ PAR



Association
des Dentarologues
du Québec

PARTENAIRE PRIVILÉGIÉ



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec

NOVA
Dent™

LE CABINET PRIVÉ :

seule porte d'accès aux soins préventifs ?



Chers membres,

L'« *Enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013* » révèle qu'au Québec, 57 % des répondants ont visité un cabinet

dentaire au cours des 12 derniers mois. C'est l'un des résultats les plus faibles parmi l'ensemble des pays du Commonwealth. Au Canada, ce pourcentage est de 66 % et, dans certains pays, il dépasse les 75 % (Suède et Allemagne). Chez les Québécoises et les Québécois de 65 ans et plus, la fréquentation annuelle en cabinet dentaire n'est plus que de 42 %.¹

Nos aînés ont les pires dents au Canada !

C'est ainsi que les journaux titraient la condition buccodentaire de nos aînés québécois en janvier 2015. Qualifiée d'« alarmante » par l'Ordre des dentistes du Québec, la situation des aînés n'est-elle pas le résultat de l'absence d'éducation et d'accès à des soins buccodentaires préventifs et curatifs pour les générations d'avant les années 70 ?

Quels seront les besoins des aînés dans 20-30 ans ?

Bien qu'une partie de la génération des « bébé-boumeurs » ait gardé ses dents en tout ou en partie ; en vieillissant, la présence de couronnes, ponts et implants associée à des conditions de santé altérant salive et immunologie, amplifiera la nécessité du recours à des soins professionnels d'hygiène buccodentaire.

L'inaccessibilité croissante aux services généraux de santé laisse craindre le pire, tout comme l'écart qui se creuse entre les riches et les pauvres. « *Quand on identifie de grands problèmes de santé, il faut agir sur les autres déterminants de la santé que sont la pauvreté, l'exclusion sociale et l'accessibilité aux services.* »²

Quels seront les besoins des aînés dans 20-30 ans ?

Comment passer d'un modèle de prestation de services de type « cabinet privé » où un seul professionnel est responsable de la pratique auprès de la clientèle, à un modèle de type « populationnel » où les professionnels deviennent collectivement responsables de l'amélioration et du maintien de la santé buccodentaire de toute une population ?

Dans le domaine buccodentaire, il n'y a pas encore de consensus quant à l'approche à privilégier, tant en cabinet privé qu'en santé publique, ni de la façon dont on doit y parvenir.

Comment concilier ces deux approches pour la protection et dans le meilleur intérêt du public si les questions de fond qui freinent la modernisation des activités de l'hygiéniste dentaire et son rôle dans l'accès à des services préventifs de qualité ne sont pas clairement abordées ?

Le déploiement maximal des compétences de l'hygiéniste dentaire dans le programme de santé publique de pose des scellements chez nos enfants est l'exemple à suivre si nous voulons une amélioration sensible de la santé buccodentaire des aînés aujourd'hui et demain.

« La collaboration professionnelle n'est plus seulement "encouragée", comme on l'a longtemps répété, mais elle est bel et bien désormais requise pour accroître l'efficacité du réseau québécois de la santé. »³

C'est l'engagement que prend l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec** envers l'amélioration de la santé buccodentaire de la population. ■

Diane Duval, HD
Présidente

Pour tout commentaire : dduval@ohdq.com
Tél. : 514 284-7639, poste 217

1. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du *Commonwealth Fund* de 2013. Commission à la santé et au bien-être. Gouv. Québec.
2. Les médecins invisibles. SANTÉINC. Novembre/décembre 2014
3. L'Évidence même. Profession santé. Janvier 2015

PRIVATE PRACTICE:

the only access to preventive care?

Dear members:

According to the 2013 *Commonwealth Fund International Health Policy Survey*, 57% of Quebec respondents had visited a dental clinic within the past year — one of the poorest showings among all Commonwealth countries. This percentage is 66% for Canada, and exceeds 75% in some countries (Sweden and Germany). The frequency of annual dental check-ups in Quebecers 65 years and over is only 42%.¹

Our seniors have the worst teeth in Canada!

That's how the media referred to the oral health of Quebec seniors in January 2015. Qualified as “alarming” by the *Ordre des dentistes du Québec*, is the situation of seniors not the result of a lack of education and access to preventive and curative oral care for the generations before the 1970s?

What will be the needs of seniors in 20–30 years?

Although part of the baby boomer generation has kept all or part of its teeth, as people get older the presence of crowns, bridges, and implants—combined with health conditions affecting saliva and immunology—will amplify the need for professional oral healthcare.

The increasing lack of accessibility to general healthcare services leads us to fear the worst, as does the growing gap between the rich and the poor. When we identify major healthcare issues, we have to act on other determinants of health such as poverty, social exclusion and service accessibility.²

How do we go from a “private practice” model where a single professional is responsible for his or her practice to

What will be the needs of seniors in 20–30 years?

a “populational” model in which professionals collectively become responsible for improving and maintaining the oral health of an entire population?

In the area of oral health, there is still no consensus on the preferred approach, both in private practice and in public health, nor on how to go about it.

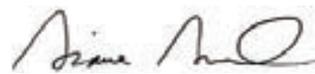
How do we balance these two approaches for the protection or in

the best interest of the public if fundamental questions that impede the modernization of the activities and role of dental hygienists in the access to quality preventive services are not clearly discussed?

The full deployment of dental hygienist skills in a public health program, as is done for the application of dental sealants for children, is the model to follow if we want to significantly improve the oral health of seniors now and in the future.

Professional collaboration is no longer simply “encouraged,” as has long been repeated, but is now essential to enhance the efficacy of the Quebec healthcare system.³

This is the commitment of the *Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* to improving the health of the population. ■



Diane Duval, DH
President

For comments: dduval@ohdq.com
Tel.: 514 284-7639, extension 217

1. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du *Commonwealth Fund* de 2013. Commission à la santé et au bien-être. Gouv. Québec.
2. Les médecins invisibles. SANTÉINC. Novembre/décembre 2014
3. L'Évidence même. Profession santé. Janvier 2015

MALADIE RARE :

pas aussi rare qu'on ne le croit

Par Marie-Pier Lambert, HD



Ce qui est particulier concernant les maladies rares c'est qu'elles touchent moins d'une personne sur 2 000. Cependant, l'ensemble des maladies rares touche un grand total de 500 000 personnes au Québec. Maladies rares, ça veut dire maladies mal connues, et ça veut aussi dire très peu de services, de financement et d'études. C'est en gros pour ces raisons que je vous propose des pages qui vous permettront d'en apprendre plus sur ces maladies, mais aussi de faire un petit don si le cœur vous en dit.

Bonne découverte!

Sclérose latérale amyotrophique

La sclérose latérale amyotrophique a été récemment popularisé pour le fameux « *Ice bucket challenge* », mais connaissez-vous cette maladie? À ce jour, la SLA est la maladie neurologique qui cause le plus de décès et il n'existe aucun traitement efficace. Sur cette page, vous y retrouverez une tonne d'information et il est possible de faire un don, et ce, même sans avoir à verser un seau d'eau glacée sur votre tête!

<http://sla-quebec.ca>



Objectifs santé

La bataille contre les maladies héréditaires orphelines et les maladies rares est un défi immense et un enjeu majeur, mais il y a de l'espoir: que la Fondation du Grand défi Pierre Lavoie ait un impact.



La Fondation du Grand défi Pierre Lavoie appuie les initiatives santé de deux façons :

Projets visant l'adoption

La Fondation du Grand défi Pierre Lavoie encourage le développement, le soutien et la promotion de toute initiative qui contribue à l'adoption d'un mode de vie plus sain, particulièrement chez les jeunes.

Recherche

La Fondation du Grand défi Pierre Lavoie appuie de façon significative les initiatives de recherche sur les maladies héréditaires orphelines. En soutenant des projets de recherche, la Fondation du Grand défi Pierre Lavoie entend réduire les connaissances et les besoins qui restent encore à combler.

Quelques projets réalisés grâce au soutien de la Fondation du Grand défi Pierre Lavoie

Le grand défi Pierre Lavoie

Pierre Lavoie est un homme inspirant qui est à l'origine d'une véritable révolution au Québec. Sa mission : faire bouger les jeunes et adopter de saines habitudes de vie. Son autre objectif, c'est de faire bouger la recherche sur les maladies héréditaires orphelines. Ce grand homme qui est triple champion du *Ironman* d'Hawaii est aussi le père de 2 enfants qui ont succombé à l'acidose lactique, une maladie rare. La recherche est aussi primordiale que la prévention.

<http://www.fondationgdpl.com>



La fibrose kystique

La fibrose kystique touche plusieurs enfants et jeunes adultes. C'est une maladie génétique mortelle qui s'attache principalement aux poumons et à l'appareil digestif. Les traitements permettent d'améliorer la qualité et la durée de vie des gens qui en sont atteints. Cette page vous propose de faire un défi qui vous aidera à bien comprendre la réalité des personnes atteintes de fibrose kystique. Sauriez-vous relever le défi de la paille ?

<http://www.fibrosekystiquequebec.com/fr/>

La corporation de recherche et d'action sur les maladies héréditaires

La CORAMH œuvre au Saguenay-Lac-Saint-Jean puisque plusieurs personnes sont porteuses d'un des gènes responsables d'une des 5 maladies héréditaires récessives. La corporation est là pour sensibiliser et informer la population sur des notions portant sur l'hérédité, la génétique humaine et les maladies héréditaires. Vous retrouverez sur cette page de l'information sur l'ataxie de Charlevoix-Saguenay, la neuropathie sensitivomotrice et la tyrosinémie. De l'information sur les tests de porteur pour les familles à risques est aussi disponible.

<http://www.coramh.org>



La fondation Rêves d'enfants

Comme vous l'avez constaté, plusieurs maladies rares touchent de jeunes enfants. Un enfant malade c'est une triste réalité à laquelle trop de familles font face chaque jour. J'adore la fondation Rêves d'enfants puisqu'elle permet d'enseigner la vie d'un enfant qui n'a pas la chance d'avoir la santé en cadeau. C'est une merveilleuse cause. Et puis faire sourire ça fait partie de notre travail, non ?

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



L'EFFET FONDATEUR

Source : Reproduction autorisée. « L'effet fondateur » Tous droits réservés © 2011-2015 Coramh. www.coramh.org/leffet-fondateur.html.

Partout à travers le monde, les populations sont touchées par des maladies héréditaires. La région du Saguenay-Lac-St-Jean ne fait pas exception.

La région comporte quelques particularités sur le plan génétique :

- Certaines maladies héréditaires sont spécifiques à la région alors qu'elles sont quasi inexistantes ailleurs au Québec et dans le monde (ex. : l'ataxie de Charlevoix-Saguenay);
- Certaines maladies héréditaires, sans être propres à la région, sont proportionnellement plus présentes dans la région qu'ailleurs dans la province ou dans le monde (ex. : la fibrose kystique);
- Certaines maladies héréditaires présentes au Québec sont quasi inexistantes dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean (ex. : l'hémophilie).

Ce sont des phénomènes historiques et démographiques qui expliquent les caractéristiques génétiques de la région. Les travaux de recherche menés par des historiens, des démographes et des sociologues de l'Institut interuniversitaire de recherche sur les populations (IREP) ont permis d'identifier certains phénomènes, entre autres :

- Un triple effet fondateur;
- Une certaine homogénéité;
- Une forte natalité.

Qu'est-ce que l'effet fondateur ?

On dit qu'il y a effet fondateur lorsqu'une nouvelle population est créée à partir d'un nombre relativement restreint d'individus provenant d'une population mère.

En général, le hasard fait qu'une partie seulement de la richesse ou de la variété génétique est retenue de la population d'origine.

La principale conséquence est que la nouvelle population formée est plus homogène, donc moins diversifiée, que la population mère.

Maintenant, observons de quelle façon s'est fait le peuplement de la région du Saguenay-Lac-St-Jean

1. Début du 17^e siècle :

Entre 10 000 et 12 000 immigrants de l'ouest de la France s'installent dans la vallée du Saint-Laurent. Ce sont les ancêtres directs de la plupart des 6 millions de francophones qui habitent aujourd'hui le Québec.

2. Fin du 17^e siècle :

Plusieurs immigrants de la région de Québec et de la Côte-de-Beaupré s'établissent dans Charlevoix. La population s'accroît rapidement en raison d'une fécondité élevée.

3. Vers 1840 :

À cause d'un surpeuplement, des habitants de Charlevoix se déplacent vers le Saguenay-Lac-St-Jean. Au début du 20^e siècle, ils représentent près des trois quarts des fondateurs de la région.

La population du Saguenay-Lac-St-Jean a donc connu un triple effet fondateur puisqu'à trois reprises des individus provenant d'un bassin de population spécifique se sont déplacés pour former une nouvelle communauté.

Certains facteurs ont amplifié l'effet fondateur

Une certaine homogénéité

En plus du triple effet fondateur, il existe des facteurs sociaux qui ont eu pour effet d'augmenter l'homogénéité de la population.

On sait aujourd'hui que :

- Les immigrants venus de Charlevoix ont réussi plus facilement que les autres à s'installer et à s'implanter dans la région;
- Les couples venus de Charlevoix ont laissé plus de descendants au Saguenay que ceux venus d'autres régions. Ils ont ainsi contribué davantage à la formation et à la croissance de la population saguenéenne;
- Le fait d'avoir émigré les premiers a favorisé les immigrants de Charlevoix en leur donnant une avance sur les autres, entre autres pour s'approprier plus de terres et occuper plus d'espace.

En conséquence, ces facteurs sociaux ont probablement amplifié l'effet fondateur et contribué à augmenter l'homogénéité de la population. Il ne faut pas confondre cette homogénéité avec consanguinité. Des études démographiques et historiques démontrent clairement qu'il n'y a pas eu davantage de mariages consanguins (unions entre parents) au Saguenay-Lac-St-Jean qu'ailleurs au Québec. La forte consanguinité au Saguenay-Lac-St-Jean est donc un mythe qu'il faut défaire.

La plus forte présence de certaines maladies héréditaires ne s'explique pas par le fait qu'il existe un plus grand nombre de gènes défectueux dans cette région qu'ailleurs. Elle s'explique plutôt par le fait qu'au Saguenay-Lac-St-Jean, les individus risquent davantage de porter les mêmes défauts génétiques que leurs voisins.

Une forte natalité

La région du Saguenay-Lac-St-Jean a connu, à une certaine époque, une fécondité impressionnante. Cette forte fécondité a favorisé la diffusion de certains gènes défectueux dans la région. En effet, lorsqu'un individu porteur d'un de ces gènes conçoit 10 à 20 enfants, les probabilités de transmettre ces derniers sont plus fortes que lorsque la progéniture se limite à 1 ou 2 enfants. ■

Qu'est-ce que L'ACIDOSE LACTIQUE?

Source : Reproduction autorisée. « L'acidose lactique. Qu'est-ce que l'acidose lactique? » Tous droits réservés © 2011-2015 Coramh. www.coramh.org/lacidose-lactique.html.

L'acidose lactique congénitale est causée par l'insuffisance d'une enzyme dans l'organisme humain, la cytochrome oxydase. L'enzyme est diminuée ou absente dans plusieurs organes (reins, muscles, cerveau), mais c'est surtout au foie que cette absence d'enzyme est importante. Lorsque la demande d'énergie du corps est trop importante et que l'enfant ne peut répondre à cette demande, par exemple lors d'une infection, une baisse d'énergie survient et s'accompagne d'un déséquilibre sanguin qui entraîne l'acidose (le sang plus acide). Si ce déséquilibre est important, l'enfant peut en décéder.

Les symptômes

L'insuffisance de cette enzyme chez un enfant entraîne plusieurs symptômes:

- L'enfant est plus mou que la normale;
- Il s'assoit et marche plus tardivement;
- L'enfant peut présenter un retard intellectuel variant de léger à modéré.

La présence de la maladie au Saguenay-Lac-St-Jean

Au Saguenay-Lac-St-Jean, on estime qu'environ une personne sur 23 est porteuse du gène de l'acidose lactique. Les individus porteurs ne sont pas atteints de la maladie, mais peuvent la transmettre.

Le diagnostic et le traitement

On pose le diagnostic de l'acidose lactique au moyen:

- D'une prise de sang pour doser le lactate;
- D'une ponction lombaire pour doser l'acide lactique;
- D'une biopsie du foie et de la peau pour doser l'enzyme cytochrome oxydase;
- D'une prise de sang pour une analyse génétique (recherche du gène défectueux sur le chromosome 2).

Présentement, il n'existe pas de traitement capable de guérir l'acidose lactique congénitale. Certains aspects du traitement, principalement la nutrition et le traitement des épisodes d'infection, permettent toutefois une meilleure qualité de vie. Par exemple, il est suggéré d'éviter d'exposer l'enfant à la fumée de cigarette. On recommande également que l'enfant prenne plusieurs petits repas ainsi que des collations pour que l'apport énergétique soit bien réparti pendant la journée.

Lorsque l'enfant atteint fait de la fièvre, présente de la toux, une gastro-entérite ou lorsque son état général se détériore, il faut consulter un médecin sans tarder. Une hospitalisation immédiate pourra alors être nécessaire afin de contrôler ou d'éviter une crise d'acidose. De nouveaux médicaments sont actuellement à l'étude et le temps permettra d'en évaluer l'efficacité.

La transmission et la prévention de la maladie

L'acidose lactique est une maladie à caractère récessif. Une maladie récessive se manifeste lorsqu'un individu possède deux copies du gène défectueux. Il est alors atteint à la naissance. Un individu qui possède une seule copie du gène défectueux récessif est porteur, sans être atteint de la maladie. Cette maladie atteint autant les garçons que les filles.

Les maladies récessives sont transmises par les deux parents. Lorsque deux parents sont porteurs d'une copie du gène défectueux, les probabilités de transmettre cette maladie récessive sont les suivantes :

- Une probabilité sur quatre (25 %) d'avoir un enfant atteint.
- Deux probabilités sur quatre (50 %) d'avoir un enfant qui est porteur du gène, mais qui n'est pas atteint de la maladie.
- Une probabilité sur quatre (25 %) d'avoir un enfant qui n'est pas atteint de la maladie et qui n'est pas porteur du gène défectueux.

Grâce à la découverte du gène responsable de l'acidose lactique en 2003, il est maintenant possible de prévenir cette maladie par un test de dépistage des porteurs du gène défectueux. Lorsque les deux membres d'un couple sont trouvés porteurs, plusieurs choix de reproduction s'offrent à eux.

Parmi ces options, l'amniocentèse ou la biopsie chorale permettent de détecter la présence de la maladie chez un enfant avant sa naissance. Si le fœtus est atteint, les parents sont libres de poursuivre ou d'interrompre la grossesse.

La recherche

Les recherches en génétique ont mené à l'identification du gène responsable de l'acidose lactique sur le chromosome 2. Les chercheurs ont identifié deux mutations différentes, dont l'une explique 99 % des cas de cette maladie. Cette découverte permet un dépistage des porteurs et un diagnostic prénatal fiable.

Le Consortium de recherche sur l'acidose lactique se concentre maintenant sur la découverte d'un traitement ou d'un médicament pouvant améliorer la qualité et l'espérance de vie des enfants atteints. Le défi consiste à mieux comprendre les mécanismes biologiques responsables de la maladie afin d'envisager des interventions thérapeutiques plus efficaces.

Pour en savoir plus sur la maladie : **Émission Découverte** ■

Qu'est-ce que LA TYROSINÉMIE ?

Source : Reproduction autorisée. « Qu'est-ce que la tyrosinémie? » Tous droits réservés © 2011-2015 Coramh. www.coramh.org/la-tyrosinemie.html.

La tyrosinémie est une maladie du foie. Elle se caractérise, chez la personne atteinte, par l'absence d'une enzyme normalement produite par le foie, la FAAH (fumaryl-acéto-acétate-hydrolase). Cette enzyme est responsable de la transformation métabolique de la tyrosine, un acide aminé présent dans la plupart des protéines animales et végétales. La maladie cause une accumulation de déchets qui endommagent le foie et les reins, entraînant ainsi une dégénérescence lente de ces organes.

La maladie dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean

Dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean et celle de Charlevoix, un individu sur 19 est porteur du gène responsable de la maladie. Les individus porteurs ne sont pas atteints de la maladie, mais peuvent la transmettre. Environ 80 enfants sont atteints de la maladie au Québec.

Le diagnostic et le traitement

Le diagnostic de la tyrosinémie est habituellement fait avant que l'enfant ne présente les premiers signes de la maladie grâce au [Programme québécois de dépistage néonatal](#) du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Le dépistage néonatal est effectué chez tous les nouveau-nés du Québec et consiste en un prélèvement sanguin réalisé par le centre hospitalier où a lieu l'accouchement. Il permet de déceler rapidement la présence de la maladie et ainsi débiter le traitement médical dans les plus brefs délais.

La base du traitement est une diète à faible teneur en tyrosine et en phénylalanine (un autre acide aminé qui peut se transformer en tyrosine) ainsi que la prise de suppléments vitaminés. Selon les résultats sanguins de l'enfant, la diététiste de la clinique des maladies métaboliques établit les stratégies alimentaires avec les parents.

En plus de la diète, les enfants atteints prennent un médicament qui empêche l'aggravation de la maladie. Il s'agit du NTBC. Cette médication modifie le métabolisme de la tyrosine. Les enfants ont ainsi un développement plus normal. Le NTBC évite les crises neurologiques et hépatiques. L'expérience avec le NTBC est encore limitée, mais les résultats actuels sont extrêmement encourageants. Depuis l'apparition du NTBC, aucun décès, aucune crise neurologique et aucune greffe hépatique n'ont été rapportés au Saguenay-Lac-St-Jean.

Toutefois, comme le NTBC est offert depuis 1994 seulement, on ne connaît pas les effets à long terme de ce traitement. Une greffe du foie peut être faite s'il y a des complications.

La transmission et la prévention de la maladie

La tyrosinémie est une maladie à caractère récessif. Une maladie récessive se manifeste lorsqu'un individu possède deux copies du

gène défectueux. Il est alors atteint à la naissance. Un individu qui possède une seule copie du gène défectueux récessif est porteur, sans être atteint de la maladie. Cette maladie atteint autant les garçons que les filles.

Les maladies récessives sont transmises par les deux parents. Lorsque deux parents sont porteurs d'une copie du gène défectueux, les probabilités de transmettre cette maladie récessive sont les suivantes :

- Une probabilité sur quatre (25 %) d'avoir un enfant atteint.
- Deux probabilités sur quatre (50 %) d'avoir un enfant qui est porteur du gène, mais qui n'est pas atteint de la maladie.
- Une probabilité sur quatre (25 %) d'avoir un enfant qui n'est pas atteint de la maladie et qui n'est pas porteur du gène défectueux.

Grâce à la découverte du gène responsable de la tyrosinémie faite en 1994, il est maintenant possible de prévenir cette maladie par un test de dépistage des porteurs du gène défectueux. Lorsque les deux membres d'un couple sont trouvés porteurs, plusieurs choix de reproduction s'offrent à eux.

Parmi ces options, l'amniocentèse ou la biopsie chorale permettent de détecter la présence de la maladie chez un enfant avant sa naissance. Si le fœtus est atteint, les parents sont libres de poursuivre ou d'interrompre la grossesse.

La recherche

Le gène défectueux responsable de la tyrosinémie est connu depuis 1994, mais encore beaucoup de travaux restent à faire pour bien comprendre son rôle dans le corps. De plus, le NTBC, utilisé avec succès pour traiter la tyrosinémie, demande plus d'étude pour bien comprendre ses effets à long terme. Finalement, la correction du défaut génétique à l'origine de la maladie par la thérapie génique est un axe de recherche en développement. ■

Pour en savoir plus sur la maladie de la tyrosinémie:

- Site Internet de la Fondation canadienne foie
- Article sur la découverte du gène défectueux
- Lien de Confiance

Pour en savoir plus sur la maladie de l'ataxie (page 13) :

- Article portant sur la découverte du gène responsable de la maladie
- Fondation de l'ataxie de Charlevoix-Saguenay
- Association canadienne des ataxies familiales

QU'EST-CE QUE L'ATAXIE de Charlevoix-Saguenay?

Source : Reproduction autorisée. « Qu'est-ce que l'ataxie de Charlevoix-Saguenay? »
Tous droits réservés © 2011-2015 Coramh. www.coramh.org/lataxie-de-charlevoix-saguenay.html.

L'ataxie spastique de Charlevoix-Saguenay est une maladie neuromusculaire qui atteint la moelle épinière et les nerfs périphériques.

Les symptômes

Plusieurs symptômes sont associés à cette maladie :

- Un manque d'équilibre à la marche entraînant des chutes fréquentes;
- De la raideur (spasticité) dans les jambes;
- Un manque de coordination des mouvements des bras (ataxie), ce qui occasionne de la difficulté à exécuter des mouvements précis comme ceux requis pour écrire ou pour participer à certaines activités de la vie quotidienne;
- De la difficulté à prononcer les mots (dysarthrie) et un langage lent et pâteux;
- Une faiblesse musculaire progressive des bras et des jambes et une déformation des pieds et des mains;
- La maladie n'affecte pas les capacités intellectuelles.

C'est une maladie dont l'évolution est lente et progressive. Au cours des premières années de vie, il n'y a pas de retard moteur. Cependant, le manque d'équilibre apparaît dès l'apprentissage de la marche qui est habituellement retardé vers 18 mois. Une personne ataxique commence à utiliser une canne ou une marchette pour se déplacer entre 20 et 35 ans. La majorité des personnes atteintes d'ataxie utilisent un fauteuil roulant pour se déplacer sur de longues distances vers 40 ans. L'espérance de vie des individus atteints est légèrement inférieure à celle de la population en général.

La maladie dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean

L'ataxie de Charlevoix-Saguenay est, comme son nom le dit, observée presque uniquement chez les personnes originaires du Saguenay-Lac-St-Jean et de Charlevoix. Un individu sur 22 est porteur du gène responsable de la maladie dans ces régions. Ces individus ne sont pas atteints de la maladie, mais peuvent la transmettre. Environ 200 personnes sont atteintes d'ataxie de Charlevoix-Saguenay dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean.

Les aspects psychosociaux de la maladie

L'évolution de la maladie entraîne une perte d'autonomie progressive à laquelle doit s'adapter la personne atteinte ainsi que son entourage. La personne atteinte d'ataxie présente une déficience physique qui influence souvent son intégration à l'école, au travail, dans les loisirs et à un groupe d'appartenance. La démarche hésitante et la difficulté d'élocution, caractéristiques de l'ataxie de Charlevoix-Saguenay, peuvent faire croire, à tort, à un état d'ébriété. La personne atteinte risque parfois de subir des inconvénients découlant de cette méprise. Malgré les limites imposées par cette maladie, plusieurs personnes font preuve d'une grande capacité d'adaptation et vivent pleinement leur vie.

Le diagnostic et le traitement

On pose le diagnostic de l'ataxie au moyen :

- D'un examen neurologique;
- D'un électromyogramme qui confirme l'atteinte des nerfs périphériques;
- D'une prise de sang pour une analyse génétique.

Certaines manifestations de la maladie peuvent être soulagées par des médicaments et des traitements, mais il n'existe aucun traitement curatif.

La transmission et la prévention de la maladie

L'ataxie de Charlevoix-Saguenay est une maladie à caractère récessif. Une maladie récessive se manifeste lorsqu'un individu possède deux copies du gène défectueux. Il est alors atteint à la naissance. Un individu qui possède une seule copie du gène défectueux récessif est porteur, sans être atteint de la maladie. Cette maladie atteint autant les garçons que les filles.

Les maladies récessives sont transmises par les deux parents. Lorsque deux parents sont porteurs d'une copie du gène défectueux, les probabilités de transmettre cette maladie récessive sont les suivantes :

- Une probabilité sur quatre (25 %) d'avoir un enfant atteint.
- Deux probabilités sur quatre (50 %) d'avoir un enfant qui est porteur du gène, mais qui n'est pas atteint de la maladie.
- Une probabilité sur quatre (25 %) d'avoir un enfant qui n'est pas atteint de la maladie et qui n'est pas porteur du gène défectueux.

Grâce à la découverte du gène responsable de l'ataxie de Charlevoix-Saguenay faite en 2000, il est maintenant possible de prévenir cette maladie par un test de dépistage des porteurs du gène défectueux. Lorsque les deux membres d'un couple sont trouvés porteurs, plusieurs choix de reproduction s'offrent à eux.

Parmi ces options, l'amniocentèse ou la biopsie chorale permettent de détecter la présence de la maladie chez un enfant avant sa naissance. Si le fœtus est atteint, les parents sont libres de poursuivre ou d'interrompre la grossesse.

La recherche

La création de la Fondation de l'Ataxie de Charlevoix-Saguenay a permis de relancer les travaux de recherche sur cette maladie. Les travaux sont surtout axés sur l'effet de la mutation dans le but de mieux comprendre la cause des différents symptômes de la maladie. Plusieurs travaux de recherche visent également à identifier d'autres mutations responsables de cette maladie, mais dans des populations autres que celle du Saguenay-Lac-St-Jean. ■

QU'EST-CE QUE LA NEUROPATHIE SENSITIVOMOTRICE avec ou sans agénésie du corps calleux ?

Source : Reproduction autorisée. « Qu'est-ce que la neuropathie sensitivomotrice avec ou sans agénésie du corps calleux ? » Tous droits réservés © 2011-2015 Coramh. www.coramh.org/la-neuropathie-sensitivomatrice.html.

La neuropathie sensitivomotrice héréditaire avec ou sans agénésie du corps calleux est une maladie neurologique, également connue sous le nom de syndrome d'Andermann ou agénésie du corps calleux. Le corps calleux est une structure du cerveau qui relie les deux hémisphères cérébraux. L'agénésie désigne une absence totale ou partielle du corps calleux. Toutefois, certaines personnes atteintes de la maladie possèdent un corps calleux. Les symptômes semblent identiques chez les individus, peu importe la présence ou l'absence du corps calleux. L'espérance de vie des individus atteints est inférieure à celle de la population en général.

Les symptômes

- Un retard du développement moteur à se tenir assis, à ramper et à marcher.
- Une diminution progressive de la force musculaire qui peut occasionner des déformations au niveau des mains, des pieds et de la colonne vertébrale (scoliose).
- La faiblesse musculaire rend la marche de plus en plus difficile et demande l'utilisation d'un fauteuil roulant à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. La réadaptation vise à maintenir les capacités physiques ou à suppléer aux déficiences.
- La neuropathie peut s'accompagner d'anomalies du cerveau, dont l'agénésie du corps calleux.
- Les enfants atteints présentent en général un retard intellectuel léger ou modéré qui peut se traduire par un éveil plus lent à l'environnement, par un retard dans l'apprentissage du langage et par une diminution des performances scolaires. Cependant, une stimulation précoce facilite ces apprentissages.

La maladie dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean

La neuropathie sensitivomotrice avec ou sans agénésie du corps calleux est observée presque uniquement chez les personnes originaires du Saguenay-Lac-St-Jean et de Charlevoix. Plus de 90 enfants et jeunes adultes en sont atteints. Une personne sur 23 porte le gène de la maladie dans ces régions. Les individus porteurs ne sont pas atteints de la maladie, mais peuvent la transmettre.

Les aspects psychosociaux de la maladie

Comparativement aux autres enfants, celui atteint de neuropathie fait plus d'efforts pour apprendre à marcher. Il tombe plus fréquemment et il lui est donc plus difficile de suivre les autres enfants. Les parents déploient souvent beaucoup d'énergie pour faciliter l'intégration sociale de leur enfant.

À l'adolescence ou à l'âge adulte, la personne atteinte de neuropathie perd totalement sa capacité à marcher. Ses parents et son entourage doivent alors l'aider à assurer ses soins de base. Cette aide requiert temps, énergie et disponibilité.

Bien que les enfants atteints de neuropathie naissent avec des capacités intellectuelles normales, la majorité d'entre eux présente un retard intellectuel variant de léger à modéré. Généralement, les enfants atteints fréquentent un milieu scolaire spécialisé.

Diagnostic et traitement

On pose le diagnostic de la neuropathie au moyen :

- D'un examen neurologique;
- D'un électromyogramme qui confirme l'atteinte des nerfs périphériques;
- D'une tomographie par ordinateur (TACO) qui met en évidence les anomalies du cerveau;
- D'une prise de sang pour une analyse génétique (recherche du gène défectueux sur le chromosome 15).

Le diagnostic de la maladie est habituellement posé en très bas âge chez l'enfant qui présente de la faiblesse musculaire. La maladie est invalidante et incurable. Certains symptômes peuvent être soulagés par des médicaments et des traitements, mais il n'existe aucun traitement curatif.

La transmission et la prévention de la maladie

La neuropathie sensitivomotrice avec ou sans agénésie du corps calleux est une maladie à caractère récessif. Une maladie récessive se manifeste lorsqu'un individu possède deux copies du gène défectueux. Il est alors atteint à la naissance. Un individu qui possède une seule copie du gène défectueux récessif est porteur, sans être atteint de la maladie. Cette maladie atteint autant les garçons que les filles.

Les maladies récessives sont transmises par les deux parents. Lorsque deux parents sont porteurs d'une copie du gène défectueux, les probabilités de transmettre cette maladie récessive sont les suivantes :

- Une probabilité sur quatre (25 %) d'avoir un enfant atteint.
- Deux probabilités sur quatre (50 %) d'avoir un enfant qui est porteur du gène, mais qui n'est pas atteint de la maladie.
- Une probabilité sur quatre (25 %) d'avoir un enfant qui n'est pas atteint de la maladie et qui n'est pas porteur du gène défectueux.

Grâce à la découverte du gène responsable de la neuropathie sensitivomotrice faite en 2002, il est maintenant possible de prévenir cette maladie par un test de dépistage des porteurs du gène défectueux. Lorsque les deux membres d'un couple sont trouvés porteurs, plusieurs choix de reproduction s'offrent à eux.

Parmi ces options, l'amniocentèse ou la biopsie chorale permettent de détecter la présence de la maladie chez un enfant avant sa naissance. Si le fœtus est atteint, les parents sont libres de poursuivre ou d'interrompre la grossesse.

La recherche

Le défaut génétique responsable de la neuropathie est connu, mais il reste encore beaucoup de travail à faire quant à son rôle exact dans les symptômes des gens atteints. Plusieurs travaux de recherche visent également à identifier d'autres mutations responsables de cette maladie, mais dans des populations autres que celle du Saguenay-Lac-St-Jean. Finalement, l'amélioration des traitements pour les symptômes de la maladie demeure toujours l'une des voies de recherche les plus importantes. ■

LES RESSOURCES

L'Acidose lactique

Association régionale de l'acidose lactique

C.P. 592
Place Centre-Ville
Jonquière, QC G7X 7W4
Site web : www.aal.qc.ca

Les services offerts :

- Regroupement des familles touchées par la maladie
- Soutien et entraide

L'Ataxie de Charlevoix-Saguenay

Dystrophie musculaire Canada

Centre de santé et de services sociaux de Jonquière
2230, rue de l'Hôpital
Jonquière, QC G7H 7X2
Téléphone : (418) 695-7760
Site Internet : www.muscle.ca

Les services offerts :

- Aide matérielle et financière
- Soutien et information
- Programme d'aide pour le répit et le soutien à domicile

Clinique des maladies neuromusculaires

Centre de santé et de services sociaux de Jonquière
2230, rue de l'Hôpital
Jonquière, QC G7H 7X2
Téléphone : (418) 695-7777

Les services offerts :

- Prévention et dépistage de la maladie
- Diagnostic et suivi médical
- Information
- Recherche clinique

Clinique des maladies métaboliques

Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi
305, St-Vallier
Chicoutimi, QC G7H 5H6
Téléphone : (418) 541-1000, poste 1051

Les services offerts :

- Diagnostic et suivi médical

La Tyrosinémie

Groupe aide aux enfants tyrosinémiques du Québec (GAETQ)

3540-B 9e Rang Ouest
Labrecque, QC G0W 2S0
Téléphone : (418) 481-1671
Web : www.gaetq.org

Les services offerts :

- Entraide et soutien

La Neuropathie sensitivomotrice

Dystrophie musculaire Canada

Centre de santé et de services sociaux de Jonquière
2230, rue de l'Hôpital
Jonquière, QC G7H 7X2
Téléphone : (418) 695-7760
Web : www.muscle.ca

Les services offerts :

- Aide matérielle et financière
- Soutien et information
- Programme d'aide pour le répit et le soutien à domicile

La Fondation des jumelles Coudé

Alain Coudé et Louise Gagné : 450 449-9105

Clinique des maladies neuromusculaires

Centre de santé et de services sociaux de Jonquière
2230, rue de l'Hôpital
Jonquière, QC G7H 7X2
Téléphone : (418) 695-7777

Les services offerts :

- Prévention et dépistage de la maladie
- Diagnostic et suivi médical
- Information
- Recherche clinique

Conseil génétique

Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi
305, St-Vallier, C.P. 67
Chicoutimi, QC G7H 5H6
Téléphone : (418) 541-1043

Les services offerts :

- Information sur les risques de transmission de la maladie, les alternatives de reproduction, l'analyse génétique et le diagnostic prénatal.

LA FIBROSE KYSTIQUE ET SES DÉFIS NUTRITIONNELS : de l'enfance à l'âge adulte

Par **Véronique Damphousse**, Dt.P., M.Sc., Centre de recherche du CHU Sainte-Justine, **Marie-Hélène Denis**, Dt.P., Clinique pédiatrique de fibrose kystique du CHU Sainte-Justine et **Marjolaine Mailhot**, Dt.P., M.Sc., Clinique adulte de fibrose kystique du CHUM, Hôtel-Dieu.

Source : Reproduction autorisée. Damphousse, V., Denis, M.-H., Mailhot, M. « La fibrose kystique et ses défis nutritionnels : de l'enfance à l'âge adulte », Nutrition – Science en évolution, volume 11, numéro 3, Hiver 2014, pages 12-15.

Description de la fibrose kystique

La fibrose kystique (FK) est une maladie génétique autosomique récessive mortelle affectant 1 nouveau-né sur 2 500 chez la population caucasienne¹. Au Canada, le nombre de personnes atteintes par cette maladie est estimé à 3 913². Les premières descriptions scientifiques de la FK ont été publiées en 1936³ alors que 70 % des nourrissons FK décédaient avant l'âge d'un an⁴. À l'heure actuelle, la majorité survit jusqu'à l'âge adulte⁵. La survie médiane est de 48,5 ans au Canada², l'une des meilleures au monde. La proportion d'adultes canadiens FK est passée de 30 % en 1986 à 57 % en 2011². Les progrès de la médecine, les recherches et les soins interdisciplinaires ont grandement contribué à l'amélioration de la survie.

Alors qu'au Moyen Âge les enfants FK étaient caractérisés par une peau salée⁶, il est désormais établi que la maladie est causée par la mutation du gène *Cystic Fibrosis Transmembrane regulator* (CFTR)⁷. Découvert en 1989, ce gène joue un rôle essentiel dans l'homéostasie cellulaire^{8,9}. Situé sur le chromosome 7³, il code pour la protéine CFTR⁷. Plus de 1 900 mutations⁴ ont été identifiées à l'origine de ce défaut génétique⁸. La mutation la plus fréquente chez les Caucasiens est le delta F508 (Δ F508)⁸ correspondant à la délétion d'un acide aminé, la phénylalanine, en position 508⁴. Plus de 90 % des patients FK ont au moins un allèle Δ F508 et environ la moitié sont homozygotes pour cette mutation (c'est-à-dire que la mutation est présente sur les deux allèles du gène)¹⁰.

La protéine CFTR est un canal chlorure situé sur la membrane apicale des cellules épithéliales des voies respiratoires de nombreux organes (intestins, pancréas, foie, reins), des glandes sudoripares et de l'appareil reproducteur^{7,10}. Elle assure principalement le transport de l'ion chlorure et joue un rôle régulateur de divers canaux ioniques, tels que le canal sodium épithélial¹. La perte ou le dysfonctionnement des canaux CFTR chez les personnes FK conduit à la perturbation

de l'homéostasie des fluides¹⁰, entraînant la formation d'un mucus visqueux et déshydraté¹⁰ qui entrave le fonctionnement des organes atteints. L'accumulation des mucosités épaisses dans les poumons compromet la clairance mucociliaire, rendant les voies respiratoires plus vulnérables aux infections et à l'inflammation. Cette accumulation mène à la destruction des voies aériennes et à l'insuffisance respiratoire⁴. Environ 90 % des personnes FK décèdent d'une maladie respiratoire à la suite de infections bactériennes chroniques¹¹. Par ailleurs, environ 85 % des personnes FK souffrent d'insuffisance pancréatique exocrine au moment du diagnostic¹. Cette insuffisance cause une malabsorption des lipides et des vitamines liposolubles^{1,13}. Par ailleurs, cette maladie génétique peut engendrer d'autres répercussions défavorables dont l'obstruction intestinale et des dommages hépatiques^{12,14}.

Considérant que les canaux CFTR sont présents dans plusieurs organes (p. ex., intestins, pancréas, foie, reins), leur dysfonctionnement compromet l'état nutritionnel des personnes FK. Leurs besoins nutritionnels sont augmentés de manière considérable, particulièrement dans les formes sévères de la maladie. Bien qu'une prise en charge nutritionnelle soit essentielle à leur survie, les défis sont grands et varient selon l'âge.

Les défis nutritionnels chez l'enfant

L'objectif chez les enfants FK est d'atteindre une croissance normale, malgré les complications nutritionnelles liées à la maladie, ce qui demande une surveillance nutritionnelle constante avec des recommandations spécifiques à l'âge et à l'état des jeunes patients.

Manifestations pancréatiques : L'insuffisance pancréatique se manifeste de manière exocrine (digestion) et endocrine (hormones). Au niveau exocrine, l'insuffisance pancréatique réduit la production d'enzymes pancréatiques et de bicarbonate, ce

qui entraîne une malabsorption des lipides, des protéines et des vitamines liposolubles¹⁴. Il en résulte un risque important de dénutrition, un retard staturo-pondéral et une déficience en vitamines liposolubles¹⁵. Un dosage sanguin annuel des vitamines liposolubles permet d'ajuster les suppléments vitaminiques prescrits. L'état staturo-pondéral et le statut nutritionnel du patient sont régulièrement évalués grâce à la surveillance des courbes de croissance de l'OMS et du CDC, des analyses biochimiques et des symptômes gastro-intestinaux^{16,17}. La thérapie de remplacement des enzymes pancréatiques constitue la base de la prise en charge nutritionnelle chez les patients atteints d'insuffisance pancréatique. Par ailleurs, l'évaluation nutritionnelle doit tenir compte du lien bien établi entre l'état nutritionnel et la survie, la dénutrition étant un indicateur de mortalité en FK.¹⁸ Chez les enfants FK avec insuffisance pancréatique, on recommande un apport énergétique supérieur aux besoins normaux en pédiatrie. Il a été démontré qu'un apport variant de 110 à 200 % des besoins énergétiques d'une population en santé d'âge, de sexe et de stature équivalents était associé à une amélioration du statut pondéral¹⁹. On recommande habituellement une distribution énergétique de 35 à 40 % provenant des lipides ainsi qu'un apport protéique correspondant aux besoins énergétiques accrus. Notons que les porteurs de mutations plus légères sont pancréatico-suffisants, les prédisposant à un état nutritionnel stable avec des besoins nutritionnels probablement inférieurs aux patients ayant des mutations sévères⁹. Chez certains bébés, la fonction pancréatique peut être normale durant les premiers mois de vie et diminuer progressivement avec le temps²⁰. La pancréatite aiguë ou chronique, qui peut se manifester chez les patients ayant conservé une fonction pancréatique, demande une prise en charge nutritionnelle. Ainsi, l'évaluation régulière de la croissance, des symptômes de malabsorption et du statut pancréatique¹⁵ est importante même chez un patient reconnu comme « pancréatico-suffisant » afin d'assurer un statut nutritionnel optimal. Tout au long de l'évolution de la maladie, la compréhension du parent et du jeune patient doit être constamment réévaluée et l'enseignement doit tenir compte de la réalité du patient (p. ex. : prise d'enzymes à l'école, adaptation à l'adolescence) afin d'assurer la meilleure observance possible du plan d'intervention nutritionnel.

L'atteinte endocrine du pancréas se manifeste principalement par le développement d'un diabète insulino-pénique lié à la FK (DAFK). Quoique plus fréquent à l'âge adulte, il peut apparaître dès la préadolescence. Un bon contrôle glycémique est important, car il est lié à la fonction respiratoire. Le dépistage du DAFK se fait par un test annuel d'hyperglycémie orale provoquée (HGOP) dès l'âge de 10 ans. De plus, il est suggéré de suivre un protocole de dépistage durant les périodes d'infections respiratoires, chez les patients recevant une nutrition entérale nocturne, durant la grossesse, etc²⁰.

Manifestations pulmonaires : Elles sont la cause majeure de la morbidité et de la mortalité en FK. Les infections pulmonaires répétées augmentent les besoins énergétiques. D'ailleurs, l'équation du calcul des besoins énergétiques prend en considération l'atteinte pulmonaire ainsi que le degré de malabsorption²¹. Il existe une corrélation positive entre l'IMC et les fonctions respiratoires²²⁻²⁵. Une toux chronique et souvent émetisante affecte les apports par voie orale et contribue aux problèmes pondéraux. Les détériorations respiratoires mènent à des hospitalisations, périodes critiques où l'état nutritionnel doit être maintenu à un niveau optimal. Il est important que le patient comprenne le lien existant entre ses fonctions respiratoires et ses états staturo-pondéral et nutritionnel – et glycémique, au besoin – afin d'assurer une meilleure adhésion au plan d'intervention nutritionnel.

Manifestations intestinales : Elles peuvent survenir dès la période néonatale sous forme d'iléus méconial (c'est-à-dire obstruction intestinale néonatale aiguë). Dès lors, la nutrition parentérale s'avère souvent nécessaire afin de répondre aux besoins nutritionnels. Le syndrome d'occlusion distale de l'intestin (SODI) est une complication qui peut survenir chez les enfants et les adolescents avec une incidence variant de 5 à 12 épisodes par 1 000 patients par année²⁶. Il semble plus fréquent chez ceux ayant subi un iléus méconial à la naissance (environ 50 % vs 15 % pour ceux sans iléus méconial à la naissance) ainsi que chez ceux ayant souffert d'un épisode antérieur de SODI (risque décuplé)²⁷. Les douleurs abdominales provoquées par un SODI peuvent rapidement causer une diminution des apports énergétiques et affecter le statut nutritionnel des enfants FK. Le niveau d'hydratation ainsi que le dosage des enzymes digestives selon l'apport en lipides doivent être étroitement évalués par la nutritionniste.

FORMATION CONTINUE EN HYGIÈNE DENTAIRE

Dentifrices : nouveaux résultats du GREHD via la plateforme Web interactive



Cette conférence vise à connaître l'inventaire des dentifrices sur le marché, leurs ingrédients thérapeutiques, leurs concentrations reconnues et plus encore. À l'aide du site Web du Guide des dentifrices, le professionnel dentaire pourra améliorer ses compétences afin d'émettre des recommandations répondant aux besoins de diverses clientèles.

Conférencières : Nadia Dubreuil, France Lavoie et Louise Bourassa

Quand : samedi 25 avril 2015, 9 h à 12 h

Lieu : Cégep régional de Lanaudière à Terrebonne

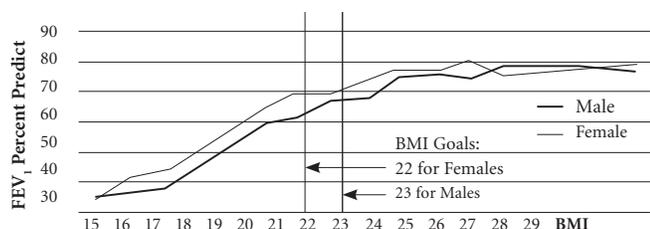
Coût (taxes comprises) : 57,50 \$ pour les hygiénistes dentaires
46 \$ pour les étudiants

Information : Nadine Laflamme, 450 470-0933, poste 5197

Inscription : <https://formation-continue.cegep-lanaudiere.qc.ca/cours/dentifrices/>

Nutrition entérale: Malgré les efforts déployés par les enfants FK et leur famille afin d'augmenter les apports énergétiques, le recours à une nutrition entérale peut s'avérer nécessaire afin d'atteindre et de maintenir le poids corporel visé. Le choix d'une administration nocturne par gastrostomie permet au patient de poursuivre ses activités quotidiennes le plus normalement possible. L'utilisation d'une solution entérale hyperénergétique polymérique est privilégiée. Le plan de nutrition entérale établi vise à fournir 50% des besoins estimés. La nutritionniste recommande la dose d'enzymes pancréatiques selon le choix de la solution entérale et le volume administré. Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour le calcul des enzymes nécessaires au gavage. Une des recommandations est de prescrire une dose par voie orale, correspondant à ce que le patient prend normalement pendant un repas. On donne alors une partie de la dose d'enzymes au début du gavage et une partie en mi-gavage ou à la toute fin¹⁷.

Figure 1 : Relation entre la fonction pulmonaire et l'IMC



Source: Reproduit du Registre (américain) de la fondation de la fibrose kystique, données provenant du rapport annuel de 2012²⁸.

Besoins en sodium: Les nouveau-nés FK perdent de grandes quantités de sodium, les rendant à risque de déshydratation hyponatrémique et hypochloridrique, accompagnée d'alcalose métabolique, ce qui peut mener à de l'anorexie, à des retards de croissance, à de l'irritabilité et de la faiblesse généralisée. Or, le contenu sodé du lait maternel, des préparations pour nourrissons et des purées pour bébés est insuffisant pour combler leurs besoins. Un supplément de sodium (liquide ou solide) est recommandé dès la naissance à raison de 2-4 mmol Na/kg/jour¹⁵.

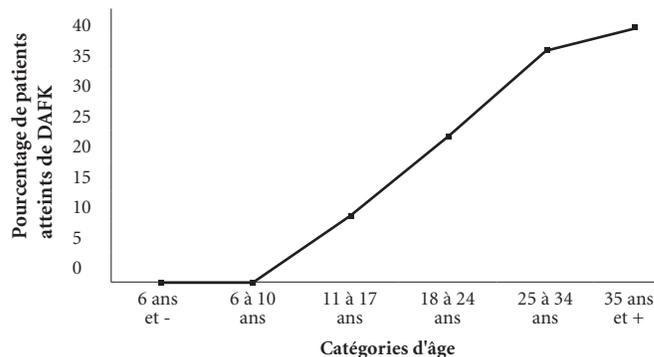
Les défis nutritionnels chez l'adulte

Alors que chez l'enfant FK l'atteinte d'une croissance normale est le but principal des interventions nutritionnelles, chez l'adulte, on vise le maintien d'un poids corporel normal et l'atteinte d'un état nutritionnel optimal afin de réduire les risques de dénutrition secondaire aux infections chroniques ainsi que la perte de poids et de fonction pulmonaire qui y est souvent associée. Afin d'atteindre l'état nutritionnel optimal, l'approche nutritionnelle visera, en premier lieu, à maximiser l'absorption des nutriments chez les patients ayant une insuffisance pancréatique par une évaluation complète des symptômes associés à la malabsorption et par l'utilisation des enzymes pancréatiques de remplacement et de suppléments de vitamines et de minéraux pour en réajuster les doses au besoin. Le deuxième objectif sera de maximiser les apports pour répondre aux besoins nutritionnels accrus, influencés par l'infection, la malabsorption,

la sévérité du syndrome obstructif et le besoin de gagner du poids, le but ultime étant l'atteinte ou le maintien d'un poids favorisant la meilleure fonction pulmonaire possible. Le dépistage et le traitement du diabète et de l'ostéoporose liés à la FK font également partie des préoccupations des diététistes œuvrant auprès des adultes FK.

IMC et fonction pulmonaire: Grâce à cette approche nutritionnelle plus agressive, la maigreur ne caractérise plus autant les adultes FK. La proportion d'hommes ayant un IMC inférieur à 23 kg/m² est passée de 82% en 1986 à 57%; chez les femmes, elle est passée de 82 à 59%². À la clinique de FK de Toronto, la proportion de patients adultes obèses dépasse 18% depuis quelques années²⁸. Tel qu'on l'a observé chez les enfants FK, l'IMC semble relié à la fonction respiratoire chez les adultes FK²⁹ (figure 1). Cependant, dans une récente étude réalisée chez des patients adultes de la clinique de FK de Toronto, le bénéfice observé est moins substantiel lorsque l'IMC est au-delà de 25 kg/m² comparativement aux risques engendrés par un surpoids²⁸. L'approche nutritionnelle traditionnelle mériterait d'être réévaluée chez des patients FK présentant un IMC de 25 kg/m² ou plus.

Figure 2: Pourcentage de patients atteints de DAFK par catégories d'âge, 2011



Source: Reproduit du Registre canadien sur la fibrose kystique, rapport annuel 2011⁶ DAFK: diabète associé à la fibrose kystique.

Le diabète associé à la FK: L'apparition du DAFK résulte en partie de l'allongement de la survie³⁰. Au Canada, la prévalence globale du DAFK est de 16%, et s'élève à 38% chez les adultes âgés de 35 ans et plus³¹ (figure 2). Le DAFK se distingue des diabètes de type 1 et 2, quoiqu'il partage certaines particularités avec ces derniers, dont le manque de production d'insuline et une certaine résistance à l'insuline²⁸. Le DAFK serait présent pendant des années avant son dépistage, comme c'est le cas pour le diabète de type 2. Son apparition insidieuse et ses effets néfastes sur l'évolution de la FK, comme la perte de poids et la baisse de la fonction pulmonaire inexpliquées, font en sorte que l'évaluation nutritionnelle est importante et vient compléter les épreuves de dépistage, jusqu'à ce jour imparfaites. Le traitement nutritionnel est individualisé, visant un poids corporel idéal et un contrôle optimal de la glycémie. La réduction calorique n'est toutefois pas une option chez cette population en raison de ses besoins

Certaines complications semblent interreliées : le poids corporel, la fonction respiratoire et le contrôle glycémique.

énergétiques élevés. Dans ce contexte, le traitement médical, l'insulinothérapie étant le traitement de choix²⁰, s'ajuste aux besoins nutritionnels élevés de ces patients et non l'inverse.

La santé osseuse, tant chez les enfants que les adultes FK

La prévention de la diminution de la masse osseuse représente un autre défi de taille tant chez les enfants que chez les adultes FK. La présence de « vieux os chez une population jeune »³² est énigmatique et le problème peut s'installer très tôt. Cette complication, associée à la sévérité de la FK et à la présence de malnutrition, est multifactorielle : diminution de l'absorption de calcium et de vitamines liposolubles (vitamines D et K) en présence d'insuffisance pancréatique, production altérée d'hormones sexuelles, infections pulmonaires chroniques, perte de masse maigre, faible poids, inactivité physique et prise de corticostéroïdes³³. Il peut en résulter des symptômes importants tels que des fractures, lesquelles ont été observées chez des jeunes adultes canadiens FK, sans égard à l'atteinte pulmonaire ou à l'état nutritionnel³⁴. L'approche nutritionnelle visant l'obtention d'un statut de vitamines liposolubles normal et un apport adéquat de calcium (apport total 1 300 – 1 500 mg par jour) contribue au maintien de la santé osseuse en FK. Il a été démontré à la clinique de FK du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) que l'atteinte d'un taux sérique optimal de vitamine D (de 75 à 150 nmol/L)³⁵ est possible grâce à une supplémentation individualisée en cholécalciférol (vitamine D3), même chez les individus les plus carencés³⁶⁻³⁸. Dans ces études, on a tenu compte de l'observance thérapeutique et de la situation géographique du Québec³⁶⁻³⁸. Par contre, l'effet de la nutrition sur la restauration de la masse osseuse reste à démontrer³⁹.

En conclusion, bien que la FK affecte plusieurs organes, la maladie pulmonaire est la principale cause de morbidité et de mortalité chez cette population. Certaines complications semblent interreliées : le poids corporel, la fonction respiratoire et le contrôle glycémique. La nutrition joue un rôle important dans la prise en charge des personnes FK afin de leur assurer un état nutritionnel optimal, contribuant ainsi à l'amélioration de leur espérance de vie. ■

Références :

1. B.P. O'SULLIVAN et S.D. FREEDMAN. "Cystic fibrosis". *Lancet* 2009;373(9678):1891-1904.
2. FIBROSE KYSTIQUE CANADA. Registre canadien de données sur les patients fibro-kystiques : rapport annuel de 2011. Version courante de janvier 2013. Internet : <http://www.cysticfibrosis.ca/assets/files/pdf/Registry2011FINALOnlineFR.pdf> (accès le 21 septembre 2013).
3. G. FANCONI, E. UEHLINGER et C. KNAUER. "Das coeliakiesyndrom bei angeborener zystischer pankreasfibromatose und bronchiektasien". *Wien Med Wschr* 1936;86:753-756.
4. B. LUBAMBA, B. DHOOGHE, S. NOEL et coll. "Cystic fibrosis: insight into CFTR pathophysiology and pharmacotherapy". *Clinical Biochemistry* 2012;45(15):1132-1144.
5. E. GARATTINI, D. BILTON, G. CREMONA et coll. "Adult cystic fibrosis care in the 21st century". *Monaldi Archives for Chest Disease* 2011;75(3):178-184.
6. M.J. WELSH et A.E. SMITH. "Wehe dem Kind, das beim Kuß auf die Stirn salzig schmeckt, es ist verhext und muss bald sterben", en anglais "Woe to the child kissed on the brow who tastes salty, for he is cursed and soon must die". *Cystic fibrosis Sci Am* 1995;273:52-59.
7. N. DERICHS. "Targeting a genetic defect: cystic fibrosis transmembrane conductance regulator modulators in cystic fibrosis". *European Respiratory Review* 2013;22(127):58-65.
8. F. GALLI, A. BATTISTONI, R. GAMBARI et coll. "Oxidative stress and antioxidant therapy in cystic fibrosis". *Biochimica et Biophysica Acta* 2012;1822(5):690-713.
9. A. L. STEPHENSON, L.A. MANNING, S. WALSH et coll. "Longitudinal trends in nutritional status and the relation between lung function and BMI in cystic fibrosis: a population-based cohort study". *Am J Clin Nutr* 2013;97(4):872-877.
10. C. LI et A.P. NAREN. "CFTR chloride channel in the apical compartments : spatiotemporal coupling to its interacting partners". *Integrative Biology* 2010;2(4):161-177.
11. I. ABDULHAMID, F.W. BECK, S. MILLARD et coll. "Effect of zinc supplementation on respiratory tract infections in children with cystic fibrosis". *Pediatric Pulmonology* 2008;43(3):281-287.
12. E. NOY et H. SENDEROWITZ. "Combating cystic fibrosis: in search for CF transmembrane conductance regulator (CFTR) modulators". *ChemMedChem* 2011;6(2):243-251.
13. M. R. MASCARENHAS. "Treatment of gastrointestinal problems in cystic fibrosis". *Curr Treat Options Gastroenterol* 2003;6(5):427-441.
14. P.R. DURIE. "The pathophysiology of the pancreatic defect in cystic fibrosis". *Acta Paediatr Scand Suppl* 1989;363:41-44.
15. D. BOROWITZ, K.A. ROBINSON, M. ROSENFELD et coll. "Cystic Fibrosis Foundation evidence-based guidelines for management of infants with cystic fibrosis". *J Pediatr* 2009;155(6 Suppl):S73-S93.

16. D. BOROWITZ, R.D. BAKER et V. STALLINGS. "Consensus reports on nutrition for pediatric patients with cystic fibrosis". *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002;35(3):246-259.
17. M. SINAASAPPEL, M. STERN, J. LETTLEWOOD et coll. "Nutrition in patients with cystic fibrosis: a European Consensus". *J Cyst Fibros* 2002;1(2):51-75.
18. R. SHARMA, V.G. FLOREA, A.P. BLOGER, W. DOEHNER, N.D. FLOREA, A.J. COATS, M.E. HODSON, S.D. ANKER, M.Y. HENEIN. "Wasting as an independent predictor of mortality in patients with cystic fibrosis". *Thorax* 2001;56(10):746-750.
19. V.A. STALLINGS, L.J. STARK, K.A. ROBINSON, A.P. FERANCHAK, H. QUINTON, CLINICAL PRACTICE GUIDELINES ON GROWTH AND NUTRITION SUBCOMMITTEE, AD HOC WORKING GROUP. "Evidence-based practice recommendations for nutrition-related management of children and adults with cystic fibrosis and pancreatic insufficiency: results of a systematic review". *J Am Diet Assoc* 2008;108(5):832-839.
20. A. MORAN, C. BRUNZELL, R.C. COHEN et coll. "Clinical care guidelines for cystic fibrosis-related diabetes: a position statement of the American Diabetes Association and a clinical practice guideline of the Cystic Fibrosis Foundation, endorsed by the Pediatric Endocrine Society". *Diabetes Care* 2010;33(12):2697-2708.
21. B.W. RAMSEY, P.M. FARRELL et P. PENCHARZ. "Nutritional assessment and management in cystic fibrosis: a consensus report". *Am J Clin Nutr* 1992;55(1):108-116.
22. R. KRAEMER, A. RÜDEBERG, B. HADORN et coll. "Relative underweight in cystic fibrosis and its prognostic value". *Acta Paediatr Scand* 1978;67(1):33-37.
23. M. NIR, S. LANNG, H.K. JOHANSEN et coll. "Longterm survival and nutritional data in patients with cystic fibrosis treated in a Danish centre". *Thorax* 1996;51(10):1023-1027.
24. M. COREY, F.J. MCLAUGHLIN, M. WILLIAMS et coll. "A comparison of survival, growth, and pulmonary function in patients with cystic fibrosis in Boston and Toronto". *J Clin Epidemiol* 1988;41(6):583-591.
25. H.C. LAI, M. COREY, S. FITZSIMMONS et coll. "Comparison of growth status of patients with cystic fibrosis between the United States and Canada". *Am J Clin Nutr* 1999;69(3):531-538.
26. R.H. HOUWEN, H.P. VAN DER DOEF, I. SEMET et coll. "Defining DIOS and constipation in cystic fibrosis with a multicentre study on the incidence, characteristics, and treatment of DIOS". *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;50(1):38-42.
27. C. COLOMBO, H. ELLEMUNTER, R. HOUWEN et coll. "Guidelines for the diagnosis and management of distal intestinal obstruction syndrome in cystic fibrosis patients". *J Cyst Fibros* 2011;10(Suppl 2):S24-S28.
28. A. KELLY, A. MORAN, "Update on cystic fibrosis-related diabetes", *Journal of Cystic Fibrosis* 2013;12(4):318-331.
29. Cystic Fibrosis Foundation. Patient Registry. Annual data 2012. <http://www.cff.org/UploadedFiles/research/ClinicalResearch/PatientRegistryReport/2012-CFF-Patient-Registry.pdf-Patient-Registry-Report.pdf> (accès le 1er septembre 2013).
30. M. MARTÍN-FRÍAS, L. MÁIZ, A. CARCAVILLA et R. BARRIAO. "Long-term benefits in lung function and nutritional status of strict metabolic control of cystic fibrosis-related diabetes", *Archivos de Bronconeumologia* 2011;47(10):531-534.
31. Fibrose kystique Canada. Statistiques canadiennes sur la fibrose kystique. Version courante du 4 septembre 2013. Internet: <http://www.cysticfibrosis.ca/fr/aboutCysticFibrosis/CfStatistics.php> (accès le 21 septembre 2013).
32. A.A. SPARKS, S.J. MCGEE, C.E. BOONE et coll. "Old bones in young bodies: the tale of cystic fibrosis", *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2009;16(6):407-414.
33. D. KALNINS et M. WILSCHANSKI. "Maintenance of nutritional status in patients with cystic fibrosis: new and emerging therapies". *Drug Des Devel Ther* 2012;6:151-61.
34. STEPHENSON, A, JAMAL, S, DOWDELL, T, et coll. "Prevalence of vertebral fractures in adults with cystic fibrosis and their relationship to bone mineral density". *Chest* 2006;130,no 2:539-544.
35. V. TANGPRICHA, A. KELLY, A. STEPHENSON, et coll. "An update on the screening, diagnosis, management, and treatment of vitamin D Deficiency in individuals with cystic fibrosis:evidence-based recommendations from the Cystic Fibrosis Foundation". *J Clin Endocr Metab* 2012;97(4):1-12.
36. M. MAILHOT, Y. BERTHIAUME, M. SILVIET-CARRICART et coll. "WS13.4 Vitamin D levels among CF adults compared to general adult population in Canada", *J Cystic Fibrosis*, 2012;11(Suppl 1):S29.
37. M. MAILHOT, Y. BERTHIAUME, M. SILVIET-CARRICART et coll. "288 Vitamin D levels among cystic fibrosis adults pending lung transplant". *J Cystic Fibrosis* 2013;12(Suppl 1):S121.
38. M. MAILHOT, Y. BERTHIAUME, M. SILVIET-CARRICART et coll. "Impact of higher D3 supplementation during winter on vitamin D levels among CF adults". *Pediatric Pulmonology*. 2013;48,S36:416-417.
39. R.M. ARIS, P.A. MERKEL, L.K. BACHRACH, et coll. "Consensus statement: Guide to Bone Health and Disease in Cystic Fibrosis". *J Clin Endocr Metab* 2005;90(3):1888-1896.

NOTRE BROSSE LA PLUS ÉVOLUÉE À CE JOUR

DES SOIES PARFAITEMENT ORIENTÉES POUR UN NETTOYAGE SUPÉRIEUR*

16°
d'angle

BROSSE À DENTS ORAL-B® PRO 5000 AVEC CROSSACTION—UN NOUVEL EXPLOIT EN MATIÈRE DE TECHNOLOGIE DU BROSSAGE

Les soies de différentes longueurs parfaitement orientées de la brosse à dents électrique éliminent 22 % plus de plaque et diminue de 35 % le saignement causé par la gingivite.†

* vs une brosse à dents manuelle ordinaire et la brosse Sonicare® DiamondClean®.
† vs la brosse Sonicare DiamondClean après 6 semaines d'utilisation.

Sonicare DiamondClean est une marque déposée de Koninklijke Philips Electronics N.V.

© P&G, 2014 PGC-8111 ORAL-17770 AZM15426



BROSSES À DENTS ÉLECTRIQUES ORAL-B®

DOUCEUR. EFFICACITÉ. CONFORMITÉ.

Prolongez les soins qui commencent dans votre chaise



Les différents types DE PEMPHIGUS

Source : Reproduction autorisée. « Les différents types de Pemphigus ». Publié sur APPF Association Pemphigus Pemphigoïde France (<http://pemphigus.asso.fr>) dans la rubrique • 5.1-Les différents types de Pemphigus. Par APPF, le Mardi 25/11/2014

Si on a établi un diagnostic vous concernant, mais que vous n'êtes pas sûr(e) d'avoir bien compris ce qu'on vous a dit, votre médecin généraliste sera sans doute en mesure de vous aider. Il se peut que parfois un spécialiste ne vous parle que de « Pemphigus » sans préciser lequel. Mais, il aura écrit à votre généraliste en indiquant de quelle sorte de Pemphigus vous souffrez. Vous pouvez également poser la question à votre spécialiste lors de votre prochain rendez-vous.

Les trois principales sortes de Pemphigus sont :

- les **Pemphigus vulgaires** (PV) ou Pemphigus profonds (muqueuses et peau) ;
- les **Pemphigus superficiels** (PS) ou foliacés (peau) ;
- le **Pemphigus paranéoplasique** (PNP) (très rare).

Les Pemphigus sont des « maladies rares ». On estime qu'il y a en France et par an, un nouveau cas par million d'habitants.

→ Pour les *Pemphigus gestationis* et de la grossesse, voir la rubrique « Pemphigus et pemphigoïde chez l'enfant ».

→ Pour le *Pemphigus bénin familial*, voir l'article « La maladie de Hailey-Hailey ».

Les Pemphigus sont des maladies bulleuses et auto-immunes de la peau et des muqueuses.

Notre système immunitaire, qui doit normalement nous défendre contre les virus, les bactéries, les parasites,... se trompe. Il attaque notre propre peau et/ou nos muqueuses comme si elles étaient un élément étranger.

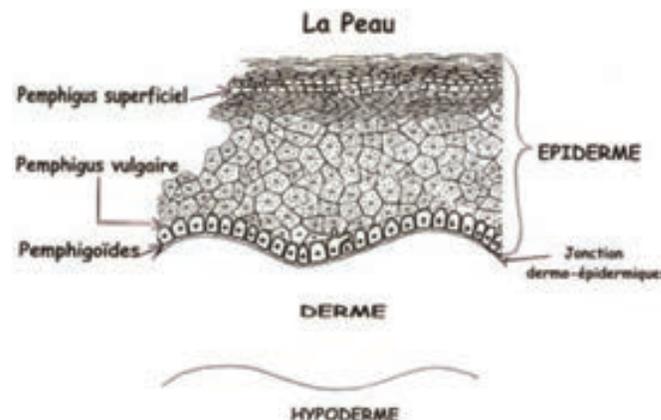
Les auto-anticorps que produit, par réaction et par erreur, notre système immunitaire vont décoller les unes des autres les cellules de la peau et/ou des muqueuses.

Ces cellules vont « flotter » et des bulles ou des érosions (sur les muqueuses) vont apparaître.

Entre **Pemphigus Vulgaire** et **Pemphigus Superficiel**, il y a deux différences principales :

1. le niveau où se produit le décollement est plus ou moins profond,
2. les types de protéines de collage qui sont attaqués et les auto-anticorps qui attaquent ne sont pas les mêmes.

Schéma d'une coupe de peau et localisation du décollement des cellules entre elles, dans le Pemphigus Superficiel et dans le Pemphigus Vulgaire.



Parmi les personnes atteintes d'un Pemphigus (généralement adultes, très rarement chez l'enfant), 75 % ont un Pemphigus profond, vulgaire, c'est-à-dire commun. Alors que seulement 25 % ont un Pemphigus superficiel (foliacé).

Selon les différents types de Pemphigus et selon l'état, l'âge, les réactions du malade, le médecin adaptera le traitement. Par exemple, le Pemphigus superficiel (foliacé) se traite principalement par des pommades aux corticoïdes appliquées localement et éventuellement, si besoin, une dose faible de corticoïde par voie orale. Le Pemphigus vulgaire est fréquemment traité par une dose plus importante de corticoïde par voie orale et parfois un immunosuppresseur. Mais d'autres types de traitements peuvent être nécessaires.

Les médecins des Centres de référence spécialisés dans ces maladies (maladies bulleuses auto-immunes) mènent des recherches pour apprécier l'utilisation d'une nouvelle molécule (le rituximab) qui permettrait de réduire l'usage des corticoïdes, donc de leurs effets secondaires.

Parmi les personnes atteintes d'un Pemphigus (généralement adultes, très rarement chez l'enfant), 75 % ont un Pemphigus profond, vulgaire, c'est-à-dire commun. Alors que seulement 25 % ont un Pemphigus superficiel (foliacé).

Pemphigus Vulgaire (PV) ou Profond

Le terme « vulgaire » signifie « commun ». Le Pemphigus Vulgaire est la forme de Pemphigus la plus fréquemment diagnostiquée. Il existe deux sortes principales de Pemphigus Vulgaire :

Le Pemphigus vulgaire muqueux :

Il peut toucher toutes les muqueuses qui couvrent la bouche, le nez, l'œsophage, les yeux, l'anus et les organes génitaux. Toutes les muqueuses ne sont pas obligatoirement atteintes.

Dans le cas du Pemphigus Vulgaire muqueux, les muqueuses, notamment buccales, nasales, oculaires, œsophagiennes, anales et génitales peuvent donc être atteintes par la maladie. La peau conserve son aspect normal. Elle est rarement touchée.

Le Pemphigus vulgaire mucocutané :

Les muqueuses, mais aussi la peau sont atteintes (« muco » renvoie aux muqueuses et « cutané » à la peau). Les bulles commencent souvent par apparaître dans la bouche. L'atteinte de la peau apparaît fréquemment après celle des muqueuses.

Dans ces 2 types de Pemphigus Vulgaire, les auto-anticorps spécifiques produisant le décollement de la peau et des muqueuses s'attaquent à certaines protéines qui attachent les cellules entre elles : la desmogléine 3 et parfois la desmogléine 1.

Pemphigus Superficiel (PS) ou Foliacé

Le terme de Pemphigus superficiel est plutôt utilisé en France et celui de Pemphigus foliacé dans les pays anglo-saxons.

Dans le cas du Pemphigus superficiel (foliacé), aucune bulle ni lésion ne se produit dans la bouche. Des plaies croûteuses ou des bulles fragiles apparaissent en général sur le visage et le cuir chevelu, sur le torse, le dos, les bras et les jambes....

Le système immunitaire produit des auto-anticorps spécifiques qui ne se fixent qu'à la desmogléine 1. Les bulles sont superficielles et provoquent souvent des démangeaisons. Des lésions défigurantes de la peau peuvent se produire chez le sujet atteint du PS.

Pemphigus Paraneoplasique (PNP)

Le PNP est la forme de Pemphigus la plus grave. Elle se produit le plus souvent chez les personnes chez lesquelles une tumeur maligne (un cancer) a déjà été diagnostiquée par ailleurs. Heureusement, c'est aussi la forme la moins fréquente. On peut dire qu'elle est exceptionnelle. Le PNP s'accompagne presque toujours de plaies douloureuses dans la bouche, sur les lèvres et dans l'œsophage. Différents types de lésions de la peau se manifestent. Le PNP peut affecter les poumons. Dans certains cas, le diagnostic de la maladie conduira les médecins à rechercher une tumeur cachée.

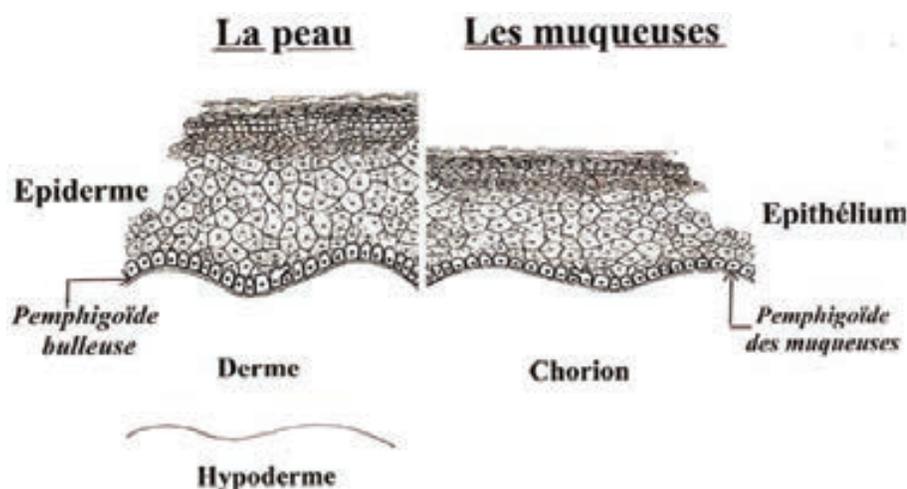
La tumeur est parfois bénigne, et la maladie recule si celle-ci est retirée lors d'une opération chirurgicale.

Il est important de savoir que cette sorte de Pemphigus est très rare et que son aspect est différent de celui des autres formes de Pemphigus. Les anticorps présents dans le sang sont également différents. Cette différence peut être déterminée par des tests en laboratoire.

Mots-clés : Pemphigus, maladie bulleuse auto-immune, Pemphigus superficiel, Pemphigus vulgaire ■

Les types de PEMPHIGOÏDES

Source: Reproduction autorisée. « Les types de Pemphigoïdes ». Publié sur APPF Association Pemphigus Pemphigoïde France (<http://pemphigus.asso.fr>) dans la rubrique • 6.1-Les différents types de Pemphigoïdes. Par APPF, le Mardi 25/11/2014



Ces maladies ne sont pas du tout contagieuses. Elles ne sont ni génétiques, ni héréditaires.

1°) les Pemphigoïdes bulleuses ne touchent généralement que la peau, mais il existe des exceptions. Ce sont les plus fréquentes des maladies bulleuses auto-immunes. On compte environ 1 200 nouveaux cas par an, en France.

Elles atteignent en particulier les personnes âgées, mais aussi parfois de jeunes adultes. Les cas d'enfants atteints sont rarissimes (voir la rubrique « Pemphigus et Pemphigoïdes chez l'enfant »).

Les Pemphigoïdes bulleuses peuvent prendre des formes et des noms un peu différents : Pemphigoïdes généralisées, Pemphigoïdes vésiculeuses, Pemphigoïdes végétantes.

Des **grosses cloques** (bulles) ou de **simples plaques rouges** (ressemblant à de l'urticaire) ou encore de très **petites cloques** (vésicules) apparaissent, en particulier, sur les bras, les jambes, le tronc... Le visage est très rarement touché.

Il y a deux grands types de Pemphigoïdes : les Pemphigoïdes bulleuses et les Pemphigoïdes des muqueuses. Il existe aussi une forme particulière de Pemphigoïde bulleuse qui peut atteindre certaines femmes enceintes pendant leur grossesse : la Pemphigoïde de la grossesse.

Ce sont toutes des maladies bulleuses auto-immunes. C'est-à-dire que notre système immunitaire, fait normalement pour nous défendre contre des éléments étrangers (virus, bactéries, parasites,...), se trompe et attaque notre peau et/ou nos muqueuses.

Les auto-anticorps qu'il fabrique pour mener cette attaque vont s'en prendre au collage entre 2 couches de notre peau et/ou de nos muqueuses.

Ainsi, l'intérieur de la peau et/ou des muqueuses est décollé. Sur la peau, cela va entraîner la formation de cloques de tailles variables, appelées bulles. Comme les muqueuses sont beaucoup plus fines que la peau, on n'a pas le temps d'y voir les bulles : elles crèvent tout de suite. On ne voit que des lésions dont il faut être spécialiste de ces maladies pour reconnaître l'origine.

Un non spécialiste peut risquer de confondre une Pemphigoïde bulleuse avec la gale, de l'urticaire, de l'eczéma... ou avec une Pemphigoïde des muqueuses.

Toutes ces formes de Pemphigoïdes bulleuses provoquent des démangeaisons. Parfois avant même que les cloques ou les plaques rouges n'apparaissent. Ces démangeaisons peuvent être si fortes qu'il devient très difficile de dormir.

Un non spécialiste peut risquer de confondre une Pemphigoïde bulleuse avec la gale, de l'urticaire, de l'eczéma... ou avec une Pemphigoïde des muqueuses. Des analyses de peau (biopsie) et de sang particulières permettront de faire un diagnostic exact et de débiter un traitement enfin efficace.

2°) **Les Pemphigoïdes des muqueuses** regroupent les Pemphigoïdes cicatricielles, l'Épidermolyse bulleuse acquise

(à ne pas confondre avec l'épidermolyse bulleuse génétique) et les Dermatoses à IgA linéaire avec atteinte des muqueuses.

Ce sont des maladies très rares. On compte **environ 1 nouveau cas par millions d'habitants et par an en France**. Elles touchent plus les femmes que les hommes.

Les Pemphigoïdes des muqueuses touchent une ou plusieurs muqueuses : bouche, gorge, yeux, nez, anus et parfois parties génitales. Les bulles qui apparaissent sur ces muqueuses ne sont pas toujours visibles, car elles crèvent très vite, laissant des plaies. Ces lésions ne sont pas toujours douloureuses. Elles doivent donc être recherchées systématiquement par un spécialiste.

Ces maladies évoluent par poussées, en laissant des cicatrices. Les conséquences de ces cicatrices sont particulièrement graves dans la gorge et les yeux. Un diagnostic rapide est nécessaire pour stopper l'évolution de la maladie.

Ce n'est pas toujours facile, en particulier pour la Pemphigoïde cicatricielle oculaire (de l'oeil).

Selon la localisation, la maladie peut être confondue longtemps

- dans la bouche : avec des aphtes, de la gingivite, du muguet, de l'herpès, des champignons,...
- dans les yeux avec une conjonctivite persistante.

Le diagnostic exact ne pourra être fait qu'en milieu hospitalier après des analyses de petits morceaux de muqueuses et des analyses recherchant dans le sang les auto-anticorps particuliers.

Mots-clés : Pemphigoïde, maladie bulleuse auto-immune, bulle, cloque, urticaire, grossesse, Pemphigoïde bulleuse, Pemphigoïde des muqueuses, personnes âgées, enfant, symptôme, démangeaison ■

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.

**FASKEN
MARTINEAU** 
www.fasken.com

VANCOUVER CALGARY TORONTO OTTAWA MONTRÉAL QUÉBEC LONDRES PARIS JOHANNESBURG

Qu'est-ce que LE LUPUS ?

Source: Reproduction autorisée. « Qu'est-ce que le lupus ? » <http://www.arthrite.ca/document.doc?id=295> www.arthrite.ca

Le lupus érythémateux disséminé (LÉD) est une maladie auto-immune chronique qui touche près de 17 000 Canadiens. Il existe également d'autres formes de cette maladie, dont le lupus érythémateux discoïde et le lupus érythémateux cutané subaigu, dont les principaux symptômes sont les éruptions cutanées et la sensibilité au soleil. Environ 0,1 pour cent de ces formes plus bénignes de lupus se transforment en LÉD.

Le saviez-vous ?

Bien que le lupus puisse toucher hommes, femmes et enfants de tous âges, il survient neuf fois plus souvent chez les femmes en âge de procréer (de 15 à 45 ans) que chez les hommes. Il peut être déclenché par la prise de médicaments, une infection virale, l'exposition au soleil ou un stress intense ou prolongé.

Quelle est la cause du lupus ?

La cause exacte du LÉD demeure inconnue, mais les chercheurs attribuent ce dérèglement à une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux. Certains gènes pourraient nous prédisposer au lupus, tandis que d'autres pourraient nous en protéger. De la même façon, certains facteurs environnementaux pourraient agir comme éléments déclencheurs de la maladie, tandis que d'autres pourraient avoir un effet protecteur. Le LÉD clinique semble donc survenir en présence d'une combinaison précise de gènes et de facteurs environnementaux et en l'absence d'autres gènes et facteurs.

Quels sont les effets du lupus ?

- Éruption rouge sur les joues et le nez (placard ou érythème en papillon), les oreilles, le cuir chevelu, les bras ou la poitrine.
- Sensibilité à la lumière du soleil ou au rayonnement ultraviolet.
- Petites ulcérations indolores aux muqueuses de la bouche ou du nez.
- Arthrite aux mains, aux bras, aux épaules, aux pieds, aux genoux, aux hanches ou à la mâchoire; la douleur peut se déplacer d'une articulation à l'autre et s'accompagner de chaleur, de rougeur et d'enflure.

- Inflammation de la membrane entourant les poumons (pleurite) ou de la membrane entourant le cœur (péricardite) causant des douleurs thoraciques en position couchée ou lorsqu'on inspire profondément.
- Diminution légère ou marquée de la fonction rénale pouvant entraîner un gain de poids ou l'enflure des pieds et des jambes.
- Crises ou psychoses (troubles mentaux caractérisés par la perte de contact avec la réalité).
- Diminution de la numération globulaire (plus faibles quantités de globules rouges, de globules blancs ou de plaquettes en circulation dans le sang).
- Présence dans le sang d'autoanticorps (protéines responsables d'une attaque anormale de tissus sains de l'organisme) qui, selon les chercheurs, dérèglent la défense de l'organisme contre les virus et les bactéries.
- Présence dans le sang d'anticorps antinucléaires (autoanticorps dirigés contre le noyau des cellules de l'organisme).

Quels sont les signes et symptômes du lupus ?

Les symptômes du LÉD varient d'une personne à l'autre et peuvent ressembler à ceux d'autres affections, ce qui complique le diagnostic. Ces symptômes peuvent être bénins ou graves et comprennent :

- des symptômes généraux semblables à ceux de la grippe (fatigue, fièvre, perte d'appétit, douleurs musculaires et articulaires) ;
- éruption rouge sur le visage ou des zones de peau exposées au soleil ;
- perte ou gain de poids subit et inexplicable ;
- douleur thoracique et essoufflement dans certaines positions ;
- maux de tête et obnubilation ;
- perte de cheveux ;
- décoloration des doigts et des orteils au froid ;
- hypertension.

Comment le diagnostic de lupus est-il établi ?

Le diagnostic est posé en fonction des antécédents médicaux, des symptômes, d'un examen physique et des résultats d'analyses en laboratoire. Un diagnostic définitif peut être difficile à établir rapidement, car le LÉD peut toucher presque tous les organes et les tissus de l'organisme. De plus, les signes et les symptômes varient d'une personne à l'autre.

Traitement

Une fois le diagnostic confirmé, de nombreux traitements permettent d'atténuer les symptômes du lupus. Le traitement est choisi en fonction des symptômes observés et de leur gravité. La maladie peut être maîtrisée, mais l'administration d'un traitement adapté à chaque cas est extrêmement importante.

C'est pourquoi il est essentiel de subir un examen médical à intervalles réguliers.

Dans le LÉD, le système immunitaire, dont la fonction est de protéger l'organisme contre les virus et les bactéries, se dérègle et produit des anticorps qui attaquent des tissus sains. Une inflammation peut alors survenir dans la peau, les muscles, les articulations, le cœur, les poumons, les reins, les vaisseaux sanguins et le système nerveux.

Que faut-il faire pour maîtriser le lupus ?

Il est essentiel d'adopter de saines habitudes de vie, par exemple avoir une saine alimentation, faire de l'exercice, maintenir un poids santé, cesser de fumer, dormir suffisamment et réduire les sources de stress. Il faut également prendre des médicaments pour atténuer les symptômes, entraîner une rémission et mieux composer avec la maladie. Une prise en charge précoce peut empêcher la survenue de lésions tissulaires permanentes et réduire la période durant laquelle de fortes doses de médicaments sont nécessaires.

Anti-inflammatoires

- L'acétaminophène est recommandé pour le soulagement des douleurs bénignes, mais il ne s'agit pas d'un anti-inflammatoire.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont indiqués lorsque l'acétaminophène ne suffit pas à maîtriser la douleur. Il existe un grand nombre d'AINS, dont certains sont en vente libre et d'autres ne sont délivrés que sur ordonnance. Vous devrez peut-être essayer différents AINS avant de trouver celui qui vous procure les meilleurs résultats.
- Les corticostéroïdes (ou corticoïdes) sont des hormones qui atténuent l'inflammation et réduisent l'activité du système immunitaire. Ils sont employés quand les autres traitements échouent, quand la cause d'une crise de lupus est inconnue ou dans les cas de LÉD graves. Le traitement par les corticoïdes doit

faire l'objet d'un suivi étroit et ne doit jamais être interrompu subitement. La personne atteinte et son médecin doivent se concerter pour établir une dose appropriée et efficace. Parmi les effets indésirables possibles des corticoïdes, on trouve le gain de poids, l'arrondissement du visage (faciès lunaire), la propension aux ecchymoses, l'acné, l'ostéoporose, l'hypertension, le diabète et l'augmentation du risque d'infections. Malgré ces effets néfastes, les corticoïdes peuvent être salvateurs et demeurent les médicaments les plus rapides et les plus efficaces pour maîtriser les cas modérés ou graves de lupus.

- Les agents cytotoxiques ou immunosuppresseurs sont des médicaments puissants qui réduisent l'inflammation et maîtrisent l'activité anormale du système immunitaire dans le LÉD. Ils sont prescrits aux personnes dont les symptômes de lupus sont difficiles à maîtriser à l'aide de corticoïdes ou chez qui les corticoïdes entraînent des effets indésirables. Les effets indésirables des agents cytotoxiques ou immunosuppresseurs sont parfois graves et peuvent comprendre une diminution de la numération globulaire et un risque accru d'infection et de certains types de cancer. L'utilisation de ce type de médicament est toutefois courante, car dans une majorité de cas, les avantages dépassent les risques. Les personnes atteintes de LÉD qui prennent ce type de médicament doivent subir des analyses de sang à intervalles réguliers et faire l'objet d'un suivi médical étroit.

Pour en savoir plus sur les anti-inflammatoires, téléchargez le *Guide du consommateur sur les médicaments contre l'arthrite* à l'adresse www.arthrite.ca/publications.

Autres médicaments utilisés dans le traitement du lupus

- Les antipaludiques sont des médicaments contre le paludisme (ou malaria), mais ils sont également efficaces pour maîtriser certains symptômes du LÉD comme la fatigue, les éruptions cutanées et la douleur articulaire.
- Selon les études, la chloroquine (Aralen^{MD}) et l'hydroxychloroquine (Plaquenil^{MD}) sont également efficaces chez les personnes atteintes de LÉD pour prévenir les crises de lupus, la formation de caillots sanguins, les lésions tissulaires et même la mort. Il faut parfois attendre plusieurs mois avant que ces médicaments ne fassent effet. Leurs effets indésirables comprennent de rares réactions allergiques cutanées et un dérangement gastrique. La prise prolongée de fortes doses de ces médicaments peut avoir de graves conséquences sur les yeux. En effet, si ces médicaments s'accumulent dans la partie arrière (rétine) ou avant (cornée) de l'œil, ils peuvent entraîner la cécité. C'est pourquoi il faut subir un examen oculaire avant de commencer le traitement et une fois par année par la suite.

Avancées dans le traitement du lupus

- Une gamme impressionnante de nouveaux médicaments pour le lupus sont actuellement à l'essai. Des études récentes semblent indiquer que les médicaments biologiques auront un rôle de plus en plus important à jouer dans le traitement du LÉD. Ces médicaments ciblent les dérèglements immunitaires à l'origine des symptômes du lupus et pourraient donc être moins toxiques que les traitements actuels.
- L'activité n'a jamais été aussi intense dans le domaine de la recherche sur le LÉD. Des chercheurs fondamentaux et cliniciens travaillent de concert à l'étude des mécanismes de cette maladie et à l'élaboration de moyens pour améliorer les résultats chez les personnes atteintes. Des réseaux de chercheurs se forment pour mieux répondre aux besoins des malades. Au Canada, le *Canadian Network for Improved Outcomes in SLE (CaNIOS)*, sur lequel on peut en apprendre davantage à l'adresse www.canios.ca, mène des travaux sur le LÉD à l'échelle nationale depuis 15 ans. L'emballante découverte de gènes prédisposant au lupus pourrait mener à l'élaboration de tests de dépistage et de traitements plus efficaces. Plusieurs nouveaux biomarqueurs en cours d'élaboration permettront le traitement ciblé de la maladie et une surveillance plus efficace de la réponse à l'intervention. L'approfondissement des connaissances sur les mécanismes à l'origine des anomalies du système immunitaire observées dans le LÉD ouvre la voie à la mise au point de traitements améliorés. Enfin, la reconnaissance du fait que le LÉD est une maladie chronique complexe ayant des répercussions profondes sur tous les aspects de la vie a mené à l'élaboration de programmes de traitement plus complets et mieux gérés.

Conseils pour mieux vivre avec le lupus

1. Renseignez-vous sur le LÉD et sa prise en charge.
2. Consultez votre médecin au sujet de la contraception et du meilleur moment pour une grossesse.
3. Si vous envisagez de recourir à des traitements complémentaires, parlez-en à votre médecin.
4. Obtenez du soutien et des conseils pour maîtriser votre stress.
5. Faites-vous immuniser régulièrement.
6. Faites de l'exercice et suivez un régime alimentaire équilibré.
7. Prenez l'habitude d'utiliser un écran solaire pour protéger votre peau.

Le lupus se manifeste différemment dans chaque cas. Vous en viendrez peut-être à reconnaître les signes avant-coureurs d'une crise, ce qui vous permettra d'obtenir plus rapidement un traitement plus efficace. En dépit des crises, la plupart des personnes chez qui le lupus est diagnostiqué à un stade précoce réussissent

à avoir une vie normale lorsqu'elles suivent les consignes de leur médecin, qu'elles prennent leurs médicaments et qu'elles demandent conseil quand surviennent de nouveaux symptômes ou effets indésirables.

Changement des habitudes de vie

Il est important de prendre certaines mesures au quotidien afin d'empêcher la survenue de nouvelles crises de lupus. Parmi les facteurs de risque à éliminer, mentionnons l'exposition au soleil, la fatigue excessive, le stress non maîtrisé, les mauvaises habitudes alimentaires, le tabagisme et l'abus d'alcool. Il s'agit de changer ses habitudes de vie de manière à éviter tout ce qui pourrait déclencher une crise de lupus.

Activité physique

Quand on souffre du lupus ou d'autres formes d'arthrite, le fait d'être physiquement actif peut aider à prévenir les crises. Les nombreux avantages de l'exercice sont abordés dans le guide *Activité physique et arthrite* de la Société de l'arthrite. Cette brochure présente les types d'activités qui cadrent avec une prise en charge efficace de l'arthrite.

Saine alimentation

Une saine alimentation est un aspect essentiel de la prise en charge d'une maladie chronique comme le lupus. En ayant un régime alimentaire équilibré, vous vous assurez d'avoir un apport nutritionnel approprié et aidez votre corps à métaboliser vos médicaments. Pour en savoir plus, consultez le guide *Alimentation et arthrite* de la Société de l'arthrite.

Les brochures *Activité physique et arthrite* et *Alimentation et arthrite* sont disponibles en ligne à l'adresse www.arthrite.ca/publications.

Inscrivez-vous au Programme d'initiative personnelle contre l'arthrite (PIPA). Composé de six séances hebdomadaires de deux heures, le PIPA est présenté par des animateurs qualifiés possédant une expérience directe de la vie avec l'arthrite. Les participants acquièrent une confiance nouvelle dans leur capacité à maîtriser douleur, fatigue et stress et à faire de l'exercice malgré la maladie. www.arthrite.ca/pipa

Pour en savoir plus sur les médicaments contre le lupus, on peut visiter le site www.lupuscanada.org.

Dernière révision: Août 2010, par Paul R. Fortin, MD, MPH, FRCPC ■

Sensodyne® Répare et Protège



Activé par NovaMin®

Une technologie brevetée de libération de calcium et de phosphate

Sensodyne Répare et Protège est le premier dentifrice quotidien à contenir la substance NovaMin® et du fluorure, une technologie unique éprouvée pour aider à **réparer** la dentine exposée¹.

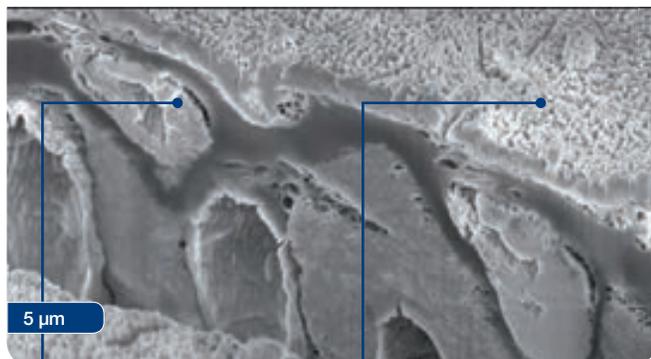
- Libère du calcium et du phosphate dans la salive¹⁻³ pour former une couche réparatrice semblable à l'hydroxylapatite sur la dentine exposée et dans les tubules dentinaires²⁻¹¹.

Réparer la dentine exposée

NovaMin® crée une couche réparatrice semblable à l'hydroxylapatite sur la dentine exposée et dans les tubules²⁻¹¹ qui :

- commence à se former dès la première utilisation¹
- est jusqu'à 50 % plus dure que la dentine naturelle¹²
- fournit une protection continue contre l'hypersensibilité dentinaire avec un brossage deux fois par jour¹³⁻¹⁵

Créer une couche semblable à l'hydroxylapatite sur la dentine exposée et dans les tubules dentinaires^{2,8-11}



5 µm

Couche fluorée semblable à l'hydroxylapatite **dans** les tubules de la surface

Couche fluorée semblable à l'hydroxylapatite **sur** la dentine exposée

Image par MEB d'une coupe transversale *in vitro* d'une couche semblable à l'hydroxylapatite formée par la solution NovaMin® sursaturée dans une salive artificielle après 5 jours (sans brossage)¹⁰

Adapté d'Earl J, et al.¹⁰

MC/® ou licencié **GlaxoSmithKline**
Soins de santé aux consommateurs Inc.
Mississauga, Ontario L5N 6L4
©2015 GlaxoSmithKline

Protéger les patients de la douleur liée à la sensibilité future

La couche réparatrice semblable à l'hydroxylapatite se lie fermement au collagène de la dentine^{1,16}. Des études *in vitro* ont montré qu'elle :

- se forme en 5 jours¹
- résiste à l'abrasion causée par la brosse à dents¹
- résiste aux expositions chimiques, comme la consommation d'aliments et de boissons acides^{1,8,12,17}



Pensez au-delà du soulagement de la douleur

1. Earl J, et al. *J Clin Dent*. 2011;22 (numéro spécial):68-73. 2. LaTorre G, et al. *J Clin Dent*. 2010;21 (numéro spécial):72-76. 3. Edgar WM. *Br Dent J*. 1992;172(8):305-312. 4. Arcos D, et al. *A J Biomed Mater Res*. 2003;65:344-351. 5. Greenspan DC. *J Clin Dent*. 2010;21 (numéro spécial):61-65. 6. Lacruz RS, et al. *Calcif Tissue Int*. 2010;86:91-103. 7. De Aza PN, et al. *Mat Sci: Mat in Med*. 1996;399-402. 8. Burwell A, et al. *J Clin Dent*. 2010;21 (numéro spécial):66-71. 9. West NX, et al. *J Clin Dent*. 2011;22 (numéro spécial):82-89. 10. Earl J, et al. *J Clin Dent*. 2011;22 (numéro spécial):62-67. 11. Efland SE, et al. *J Mater Sci Mater Med*. 2002;26(6):557-565. 12. Parkinson C, et al. *J Clin Dent*. 2011;22 (numéro spécial):74-81. 13. Du MQ, et al. *Am J Dent*. 2008;21(4):210-214. 14. Pradeep AR, et al. *J Periodontol*. 2010;81(8):1167-1113. 15. Sallian S, et al. *J Clin Dent*. 2010;21(3):82-7. 16. Zhong JP, et al. The kinetics of bioactive ceramics part VII: Binding of collagen to hydroxyapatite and bioactive glass. In *Bioceramics 7*, (rédacteurs) OH Andersson, R-P Happonen, A Yli-Urpo, Butterworth-Heinemann, London, pp61-66. 17. Wang Z, et al. *J Dent*. 2010;38:400-410. Préparé en décembre 2011, Z-11-518.

Qu'est-ce que LA GOUTTE ?

Source : Reproduction autorisée. « Qu'est-ce que la goutte ? » <http://www.arthrite.ca/document.doc?id=236> www.arthrite.ca

La goutte est une forme d'arthrite inflammatoire causée par un trouble du métabolisme de l'acide urique. Elle se manifeste par des crises douloureuses attribuables à la formation de cristaux d'acide urique dans les articulations. Des accès de goutte récurrents peuvent entraîner des lésions articulaires permanentes.

Le saviez-vous ?

La goutte est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Au Canada, selon les estimations, cette maladie survient chez non moins de 2 pour cent des hommes de plus de 30 ans et des femmes de plus de 50 ans.

Quelles sont les causes de la goutte ?

La goutte est ordinairement associée à une forte concentration d'acide urique dans le sang, état appelé « hyperuricémie ». En temps normal, l'acide urique est présent en faible quantité dans le sang et excrété par les reins. Divers facteurs peuvent causer une hyperuricémie, dont l'accroissement de la production d'acide urique et la diminution du taux d'élimination de cette substance par le rein. La capacité à maintenir l'acide urique sous une forme soluble est une fonction organique importante dont sont peut-être privées les personnes atteintes de goutte. Quand le taux d'acide urique est élevé, des cristaux peuvent se former dans les articulations et y causer une inflammation. Cependant, l'hyperuricémie n'entraîne pas toujours la goutte.

Plusieurs facteurs peuvent être liés à l'hyperuricémie ou à la goutte :

1. Des anomalies génétiques du métabolisme de l'acide urique. Des antécédents familiaux de goutte peuvent être associés à ce type d'anomalie, qui est rare.
2. Certains médicaments, dont peut-être les diurétiques utilisés dans le traitement des œdèmes (p. ex. à la suite d'une insuffisance cardiaque) et les faibles doses d'aspirine (acide acétylsalicylique ou ASA), peuvent entraver l'excrétion de l'acide urique dans les reins.

3. La consommation d'aliments à forte teneur en purines, éléments constitutifs de l'acide urique, peut élever le taux sanguin de cette substance. Ces aliments comprennent la viande rouge et certains fruits de mer. L'alcool ainsi que le fructose qui entre dans la composition de certaines boissons rafraîchissantes peuvent également augmenter le taux d'acide urique.
4. L'obésité, l'hypertension et le diabète peuvent être liés à l'hyperuricémie et à la goutte.
5. L'estrogène réduit le taux d'acide urique et donc le risque de goutte chez les femmes non ménopausées. Après la ménopause, les femmes voient leur risque de goutte atteindre un niveau semblable à celui des hommes.

La goutte, maladie en progression

Selon certaines données, la fréquence de la goutte augmente à l'échelle mondiale, phénomène qui pourrait être attribuable aux changements dans les habitudes alimentaires et le mode de vie. Bien que selon certaines études, les facteurs alimentaires et la sédentarité ne soient pas à l'origine d'une augmentation du risque de goutte, les données montrent tout de même que l'incidence de la goutte a doublé au cours des 20 dernières années.

Types de goutte

1. Goutte aiguë

Ce type de goutte ne touche en général qu'une articulation (souvent celle d'un orteil) ou quelques articulations. Les crises peuvent commencer la nuit. La goutte aiguë peut être provoquée par une alimentation riche en purines, la consommation d'alcool, la prise de certains médicaments, une intervention chirurgicale, une crise cardiaque ou un traumatisme. Les articulations atteintes sont ordinairement rouges, enflées et sensibles au toucher. Les premières crises se résolvent en général au bout de trois à dix jours avec une desquamation de la peau des articulations touchées. Sans traitement approprié, une autre crise plus longue peut survenir. Plus de 50 pour cent des personnes ayant subi une crise de goutte aiguë auront

une récurrence dans l'année qui suit. Avec le temps, les crises peuvent devenir plus longues et fréquentes et toucher davantage d'articulations.

Cas type : Tout va bien lorsque vous vous couchez le soir, mais durant la nuit, vous êtes réveillé par une douleur aiguë au gros orteil ou parfois à la cheville, au talon ou à l'arche du pied. La douleur est si intense que même le poids des draps sur votre orteil devient intolérable. Vous vous tournez et retournez toute la nuit, et la douleur persiste avec la même intensité.

L'augmentation du taux de l'acide urique du sang et la goutte peuvent être associées à diverses maladies. Ces états sont liés à un accroissement du risque de cardiopathie, d'hypertension, de calculs rénaux, d'obésité et d'hyperlipidémie. Dans la plupart des cas de goutte chronique, on peut maîtriser la maladie à l'aide de médicaments. Un diagnostic et une prise en charge précoces réduisent le risque de destruction des articulations. La modification des habitudes de vie constitue un aspect clé du traitement et peut prévenir ou atténuer bon nombre des pathologies attribuables à la goutte.

En général, l'articulation située à la racine du gros orteil est la première touchée. La goutte peut se manifester dans presque toutes les articulations, mais survient plus souvent dans celles des membres inférieurs. La bourse et les tendons peuvent également être atteints, ce qui entraîne une enflure importante des tissus mous sous l'articulation du coude. Les tissus mous qui recouvrent l'articulation peuvent devenir rouges, chauds et enflés, symptômes qui ne sont pas observés dans la plupart des autres formes d'arthrite. Avec le temps, l'enflure peut gagner l'ensemble du pied et de la cheville, et il peut devenir impossible de porter une chaussure ordinaire sur le pied dont le gros orteil est enflammé.

2. Goutte chronique

Dans certains cas, en l'absence de traitement, les crises se prolongent et la maladie devient chronique, s'accompagnant d'une inflammation persistante (phase intercritique). Des cristaux d'acide urique se déposent à l'intérieur et autour des articulations, entraînant la destruction des articulations et des tissus mous qui les entourent. Après de nombreuses années de crises de goutte, certaines personnes entrent dans la phase la plus invalidante. L'inflammation causée par le dépôt de cristaux d'acide urique à l'intérieur et autour des articulations devient permanente

et entraîne des lésions. C'est ce qu'on appelle la goutte tophacée. La maladie n'évolue ordinairement pas jusqu'à ce stade lorsque la personne atteinte reçoit des soins médicaux et des traitements appropriés.

Comment le diagnostic de goutte est-il établi ?

La nature de la crise et les articulations touchées sont les principaux critères de diagnostic. Des analyses sanguines peuvent révéler une hyperuricémie. Cependant, cet état ne détermine pas à lui seul un diagnostic de goutte. En effet, de nombreuses personnes affichant un taux d'acide urique élevé demeurent à l'abri de la goutte. Pour poser le diagnostic, on prélève un échantillon de liquide articulaire au moyen d'une aiguille. Chez les personnes atteintes de goutte, un examen approprié de ce liquide révèle la présence de cristaux d'acide urique à l'aspect caractéristique.

Alimentation et risque de goutte

Aliments qui augmentent le risque

- Viande rouge
- Beurre
- Fruits de mer
- Volaille
- Œufs
- Boissons gazeuses sucrées
- Bière et spiritueux

Facteurs et aliments qui diminuent le risque

- Exercice quotidien
- Maintien d'un poids santé
- Produits laitiers allégés
- Multivitamines
- Café
- Cuisson à l'huile végétale

Que faire pour maîtriser la goutte ?

Le traitement de la goutte vise les objectifs suivants :

1. Soulagement des crises de goutte aiguë ;
2. Prévention d'autres crises ;
3. Prévention des lésions articulaires ;
4. Prévention et prise en charge des complications liées à la goutte.

Les mesures préventives comprennent, sans toutefois s'y limiter, des changements aux habitudes de vie pouvant empêcher les crises de goutte ainsi que les pathologies associées.

Les médicaments utilisés pour réduire le taux d'acide urique ont pour effet soit d'entraver la formation de l'acide urique soit d'en augmenter l'excrétion dans les reins. Ils ne doivent pas être utilisés avant la résorption complète de la crise de goutte.

Votre médecin peut vous recommander des traitements médicamenteux et d'autres soins. Parmi les traitements pour les crises de goutte aiguë, on trouve le repos, la glace, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), la colchicine et la cortisone.

Le traitement médical de la goutte comporte ordinairement deux volets :

1. Soulagement des crises de goutte aiguë – On utilise en général des anti-inflammatoires comme les AINS ou des corticoïdes. La colchicine est utilisée pour freiner la goutte si le traitement est entrepris dans les 24 heures suivant le début de la crise. Elle est prise par voie orale sous forme de comprimés, et le traitement est répété. La colchicine peut causer de la diarrhée si la dose est trop forte.
2. Diminution du taux d'acide urique – Un traitement pour diminuer la teneur du sang en acide urique n'est pas toujours nécessaire, mais il l'est en général pour les personnes qui subissent des crises fréquentes, souffrent de goutte tophacée ou ont des calculs rénaux d'acide urique.

Les médicaments utilisés pour réduire le taux d'acide urique ont pour effet soit d'entraver la formation de l'acide urique soit d'en augmenter l'excrétion dans les reins. Ils ne doivent pas être utilisés avant la résorption complète de la crise de goutte. Si le médecin juge que vous avez besoin d'un médicament pour votre goutte, vous devrez peut-être le prendre le reste de votre vie pour éviter de nouvelles crises. Assurez-vous de discuter de tous vos traitements avec votre médecin.

Façons de lutter contre la goutte

Téléphonez à la Société de l'arthrite

Pour parler à une personne qualifiée pouvant vous fournir soutien et information, composez notre numéro sans frais : 1.800.321.1433

Inscrivez-vous gratuitement au Registre de l'arthrite

Vous recevrez l'information précise dont vous avez besoin pour prendre en charge votre arthrite et améliorer votre qualité de vie. www.arthrite.ca/registre

Inscrivez-vous au Programme d'initiative personnelle contre l'arthrite (PIPA)

Composé de six séances hebdomadaires de deux heures, le PIPA est présenté par des animateurs qualifiés possédant une expérience directe de l'arthrite. www.arthrite.ca/pipa

Utilisez des produits Pro Arthrite

La Société de l'arthrite est fière de reconnaître l'apport des fabricants qui ont conçu des produits faciles à utiliser pour les personnes atteintes d'arthrite. Pour consulter la liste complète des produits recommandés par la Société et portant la désignation Pro Arthrite, visitez notre site Web : www.arthrite.ca/proarthrite

Activité physique

Lorsqu'on souffre de goutte ou d'une autre forme d'arthrite, le fait de bouger régulièrement peut aider à prévenir de nouvelles poussées et comporte de nombreux autres bienfaits. Dans son guide *Activité physique et arthrite*, la Société de l'arthrite vous propose divers types d'exercices adaptés.

Saine alimentation

Manger sainement est un aspect essentiel de la prise en charge de la goutte. En suivant un régime alimentaire équilibré, vous augmenterez votre niveau d'énergie et aiderez votre organisme à métaboliser vos médicaments. Pour en apprendre davantage à ce sujet, consultez le guide *Alimentation et arthrite* de la Société de l'arthrite. On peut accéder aux brochures *Activité physique et arthrite* et *Alimentation et arthrite* sur le Web à l'adresse www.arthrite.ca/publications

Marche contre la douleur

Participez à la Marche contre la douleur, événement annuel présenté par la Société de l'arthrite en partenariat avec le fabricant de Tylenol®. Pour connaître la date et les lieux-hôtes, visitez le site de la Marche : www.marchecontreladouleur.ca

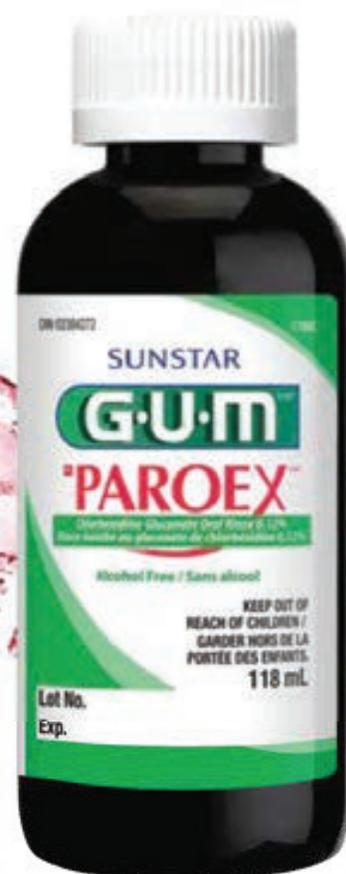
Rédigé en avril 2008 par Hyon Choi, M.D., Dr.P.H., FRCPC.
Révisé et mis à jour en avril 2011 par David A. Bell, M.D., FRCPC. ■

NOUVEAU
FORMAT

FINI le remplissage de flacons, l'étiquetage et les dégâts!



Voici Paroex^{MD} de G.U.M^{MD}
dans son nouveau format de 118 ml,
un rince-bouche au gluconate de
chlorhexidine sans alcool prêt à utiliser et
à prescrire. Essayez Paroex^{MD} G.U.M^{MD} dans
votre pratique dès aujourd'hui!



(taille réelle)

*Format 473ml disponible,
demandez nos blocs d'ordonnances*



SUNSTAR



Commandez dès aujourd'hui !

**Communiquez avec votre représentant Sunstar
ou notre service à la clientèle au 1-800-265-7203**

DIN#02384272

C14131

Qu'est-ce que la MALADIE DE BEHÇET ?

Source : Reproduction autorisée. « Maladie de Behçet » <http://www.arthrite.ca/page.aspx?pid=5849> www.arthrite.ca

La maladie de Behçet (prononcez bé-cet) est un trouble inflammatoire chronique. La majorité des symptômes causés par cette maladie auto-immune sont attribuables à une inflammation des vaisseaux sanguins (vasculite). Cette maladie peut entraîner la cécité, un accident vasculaire cérébral, l'enflure de la moelle épinière et des complications intestinales.

Quelle est la fréquence de la maladie de Behçet ?

La maladie de Behçet est fréquente au Moyen-Orient, en Asie et au Japon, mais elle est rare au Canada, aux États Unis et en Europe. Dans les pays du Moyen-Orient et d'Asie, cette maladie touche davantage les hommes que les femmes. Ailleurs dans le monde, elle touche majoritairement les femmes. Bien que la maladie de Behçet apparaisse surtout durant la vingtaine ou la trentaine, elle peut survenir à tout âge.

Quels sont les signes précurseurs de la maladie de Behçet ?

Les symptômes de la maladie de Behçet comprennent des ulcères récurrents dans la bouche (semblables à des aphtes) et sur les parties génitales, de même que l'inflammation des yeux. Ce trouble peut également causer divers types de lésions de la peau, l'inflammation des articulations, l'inflammation des intestins et la méningite (inflammation des membranes du cerveau et de la moelle épinière).

L'inflammation des yeux, qui se manifeste dans plus de la moitié des cas de maladie de Behçet, peut causer une vision trouble, de la douleur et de la rougeur.

La maladie de Behçet touche plusieurs systèmes de l'organisme. Elle peut intéresser tous les organes ainsi que le système nerveux central et le cerveau, causant une perte de mémoire et des troubles de la parole, de l'équilibre et du mouvement.

L'inflammation des articulations, qui survient chez plus de la moitié des personnes atteintes de la maladie de Behçet, cause de la douleur et de la rigidité, particulièrement aux genoux, aux chevilles, aux poignets et aux coudes. L'arthrite résultant de la maladie de Behçet se manifeste habituellement durant quelques semaines et n'entraîne aucune lésion permanente des articulations.

Qu'est-ce qui cause la maladie de Behçet ?

- La cause de la maladie de Behçet est inconnue.
- On a noté la présence d'un virus chez certaines personnes atteintes de cette maladie.

Comment traite-t-on la maladie de Behçet ?

Le traitement de la maladie de Behçet consiste à atténuer les symptômes afin d'apaiser les malaises et de prévenir des complications graves. On peut avoir recours à des médicaments pour réduire l'inflammation et réguler le système immunitaire. Un traitement immunosuppresseur est parfois indiqué également.

Étant donné que la maladie de Behçet touche différentes parties du corps, les personnes atteintes doivent ordinairement consulter plusieurs médecins pour leur traitement. Il peut être utile qu'un médecin coordonne l'ensemble des traitements et surveille les effets secondaires éventuels des médicaments. Ce médecin est souvent un rhumatologue, c'est-à-dire un spécialiste des troubles inflammatoires comme l'arthrite.

On peut faire appel aux spécialistes ci-dessous pour traiter les symptômes touchant différents systèmes de l'organisme.

- Gynécologue (traitement des lésions génitales chez la femme)
- Urologue (traitement des lésions génitales chez l'homme)
- Dermatologue (traitement des lésions génitales chez les hommes et les femmes et des troubles de la peau ou des muqueuses)
- Ophtalmologiste (traitement de l'inflammation des yeux)
- Gastroentérologue (traitement des troubles digestifs)
- Hématologue (traitement des troubles sanguins)
- Neurologue (traitement des troubles du système nerveux central)

Les médicaments

Les médecins peuvent prescrire des crèmes ou des pommades à appliquer directement sur les lésions causées par la maladie de Behçet, en vue de soulager la douleur et les malaises. Ces produits contiennent ordinairement des corticoïdes ou d'autres anti-inflammatoires. Ils peuvent aussi contenir un anesthésique destiné à apaiser la douleur. L'administration par voie orale de colchicine et de thalidomide peut également être utile. Ces médicaments sont souvent employés pour traiter les lésions sur les parties génitales ou à l'intérieur de la bouche.

L'inflammation des articulations liée à la maladie de Behçet est souvent traitée à l'aide d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) comme l'ibuprofène ou l'AAS ou de corticoïdes comme la cortisone.

Les corticoïdes sont utiles pour soulager les symptômes qui accompagnent les stades précoces de la maladie et les poussées aiguës. Des immunosuppresseurs peuvent également être employés pour atténuer l'inflammation dans tout l'organisme et réduire le nombre de poussées de la maladie. Des immunosuppresseurs sont ordinairement prescrits aux personnes atteintes de la maladie de Behçet qui présentent des troubles oculaires ou des troubles du système nerveux central. On peut soulager les troubles intestinaux liés à la maladie au moyen de sulfasalazine.

Un mot sur l'innocuité des médicaments

La Société de l'arthrite travaille depuis plusieurs années à faire valoir la nécessité d'une surveillance efficace des nouveaux médicaments après leur homologation et leur mise en marché. Ces démarches ont favorisé la déclaration et l'examen des effets secondaires ainsi que l'adoption de mesures préventives.

Tous les médicaments peuvent avoir des effets secondaires, qu'ils soient pris seuls ou avec des produits phytopharmaceutiques, des médicaments grand public ou d'autres médicaments sur ordonnance. Il est donc important de discuter avec son médecin des avantages et des effets secondaires potentiels de chaque médicament qu'on envisage de prendre.

La Direction des produits de santé commercialisés (DPSC) de Santé Canada a créé récemment le site Web MedEffet. Ce site, dont le nom et l'emplacement sont faciles à retenir et à trouver, donne un accès centralisé aux informations les plus récentes en matière d'innocuité des produits de santé. MedEffet vise également à simplifier et à accélérer le plus possible l'établissement et la transmission de rapports d'effets indésirables par les professionnels de la santé et les consommateurs. Ce site sert enfin à faire valoir l'importance de la déclaration des effets indésirables, laquelle permet d'établir et de communiquer les risques liés à certains médicaments ou produits de santé.

Pour en savoir plus, consultez le site MedEffet à l'adresse www.santecanada.gc.ca/consultationmedeffet ou composez le numéro sans frais 1 866 234 2345.

Exercice

- L'exercice aide à soulager la douleur et à freiner la détérioration des articulations.
- L'exercice aide également à maintenir un poids santé et à réduire l'effort exercé sur les articulations.
- Les exercices ciblant les articulations enflammées renforcent les muscles qui entourent ces articulations, ce qui contribue à atténuer la douleur.

Il existe trois types d'exercices :

- Les exercices d'amplitude atténuent la raideur et aident à maintenir la mobilité des articulations. Un exercice d'amplitude pour l'épaule consisterait à faire de grands mouvements circulaires avec le bras.
- Les exercices de renforcement maintiennent ou augmentent la force musculaire.
- Les exercices d'endurance renforcent le cœur, donnent de l'énergie et favorisent la maîtrise du poids. Ces activités comprennent la marche, la natation et le vélo.

Bien qu'il soit important de se reposer durant les poussées de la maladie, les médecins recommandent ordinairement la pratique d'exercices modérés comme la natation ou la marche une fois que les symptômes se sont atténués ou résorbés.

Les exercices d'étirement d'intensité modérée peuvent aider les personnes atteintes de la maladie de Behçet à maintenir la force et la souplesse des muscles et des tendons qui entourent leurs articulations enflammées. Les activités aérobie sans sauts comme la natation, la marche, l'aquaforme et le vélo stationnaire peuvent aider à maintenir la force et la souplesse des muscles tout en augmentant l'endurance. ■

OFFRE D'EMPLOI

Placement Prodent

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.

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

Qu'est-ce que le PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD ?

Source : Reproduction autorisée. « Qu'est-ce que le phénomène de Raynaud? » <http://www.arthrite.ca/page.aspx?pid=5940> www.arthrite.ca

Le phénomène de Raynaud est dû à une mauvaise circulation dans les extrémités (c.-à-d. les doigts ou les orteils). Chez les personnes atteintes du phénomène de Raynaud, lorsque la peau est exposée au froid, ou qu'elles sont sous le coup d'une forte émotion, les vaisseaux sanguins se resserrent, d'où un ralentissement du débit sanguin et une mauvaise circulation. Ce phénomène s'appelle spasme vasculaire. Il y a moins de gros vaisseaux sanguins dans les mains et les pieds et, lorsqu'un spasme vasculaire se produit, le sang a plus de difficulté à circuler et à acheminer l'oxygène vers les extrémités, qui risquent alors de se cyanoser (devenir bleues). Comme la circulation du sang est entravée, la peau est froide au toucher. Les épisodes de spasmes vasculaires peuvent durer quelques minutes ou quelques heures, mais les lésions graves sont rares.

Le phénomène de Raynaud doit son nom au médecin français Maurice Raynaud qui a été le premier à décrire cette maladie vers le milieu des années 1800. Cette affection est également appelée « maladie de Raynaud » ou « syndrome de Raynaud ».

Le phénomène de Raynaud est-il fréquent ?

Les personnes chez qui on a diagnostiqué la sclérodermie ou le syndrome de Sjögren ont un risque plus élevé que le reste de la population de présenter un jour le phénomène de Raynaud. Le phénomène de Raynaud survient chez presque toutes les personnes atteintes de sclérodermie systémique et chez 35 % de celles qui souffrent du syndrome de Sjögren.

Quels sont les signes avant-coureurs du phénomène de Raynaud ?

Si vous notez que vos doigts, vos pieds, votre nez et vos oreilles se cyanosent (deviennent bleus) lorsque vous avez froid ou que vous êtes sous le coup d'une forte émotion, c'est

probablement le phénomène de Raynaud. Il est fréquent chez les personnes qui souffrent de sclérodermie ou du syndrome de Sjögren, mais aussi chez celles qui n'ont aucune forme d'arthrite. À l'occasion, et surtout chez les personnes atteintes de sclérodermie systémique, de petites plaies douloureuses peuvent apparaître au bout des doigts ou des orteils.

Si la maladie évolue, on note parfois une diminution permanente de la circulation sanguine dans la région touchée. Lorsque cela se produit, les doigts s'amincissent et s'effilent, la peau devient luisante et les ongles poussent lentement.

Quelle est la cause du phénomène de Raynaud ?

Le phénomène de Raynaud est souvent associé à des maladies qui affectent les vaisseaux sanguins, telles que l'athérosclérose, l'arthrite rhumatoïde et la sclérodermie. Il peut également être le résultat d'un traumatisme répété de la région atteinte, tel que l'exposition à certaines vibrations comme celles associées à l'utilisation d'un clavier d'ordinateur ou de piano.

Que pouvez-vous faire si vous êtes atteint du phénomène de Raynaud ?

Il est très important de poser un diagnostic précis, parce qu'il existe divers moyens de maîtriser la plupart des formes d'arthrite et parce que la plupart des traitements offrent une efficacité maximale lorsqu'ils sont instaurés au début de la maladie.

Votre médecin sera peut-être en mesure de diagnostiquer le phénomène de Raynaud en se basant sur vos antécédents médicaux et en observant l'effet du froid sur les régions touchées, telles que les doigts. Il demandera peut-être aussi certains tests, comme des tests de débit sanguin, afin de confirmer le diagnostic ou d'éliminer d'autres possibilités.

À l'heure actuelle, aucun traitement ne permet de guérir le phénomène de Raynaud, mais on peut faire beaucoup pour le maîtriser. Il est essentiel que vous preniez une part active au plan de traitement prescrit par votre médecin.

Médicaments

Si vous êtes atteint du phénomène de Raynaud, votre médecin peut vous prescrire des médicaments tels que la nifédipine, le diltiazem ou la nitroglycérine. Ces médicaments favorisent le relâchement de la paroi des vaisseaux sanguins.

Même si le phénomène de Raynaud n'y est pas abordé spécifiquement, notre guide *Médicaments pour l'arthrite: Guide du consommateur* présente de l'information générale pouvant vous être très utile.

Protégez votre corps

Le port de chaussettes et de gants chauds par temps froid protège votre peau de l'air froid et réduit le risque de resserrement des vaisseaux sanguins (spasme vasculaire). Si le fait de retirer des aliments du congélateur suffit à déclencher une attaque du phénomène de Raynaud, portez des gants pour vous protéger les mains.

Il est impératif que vous cessiez de fumer si vous êtes atteint du phénomène de Raynaud. Fumer déclenche des spasmes des vaisseaux sanguins dans le corps tout entier et a pour effet d'exacerber les symptômes.

Relaxation

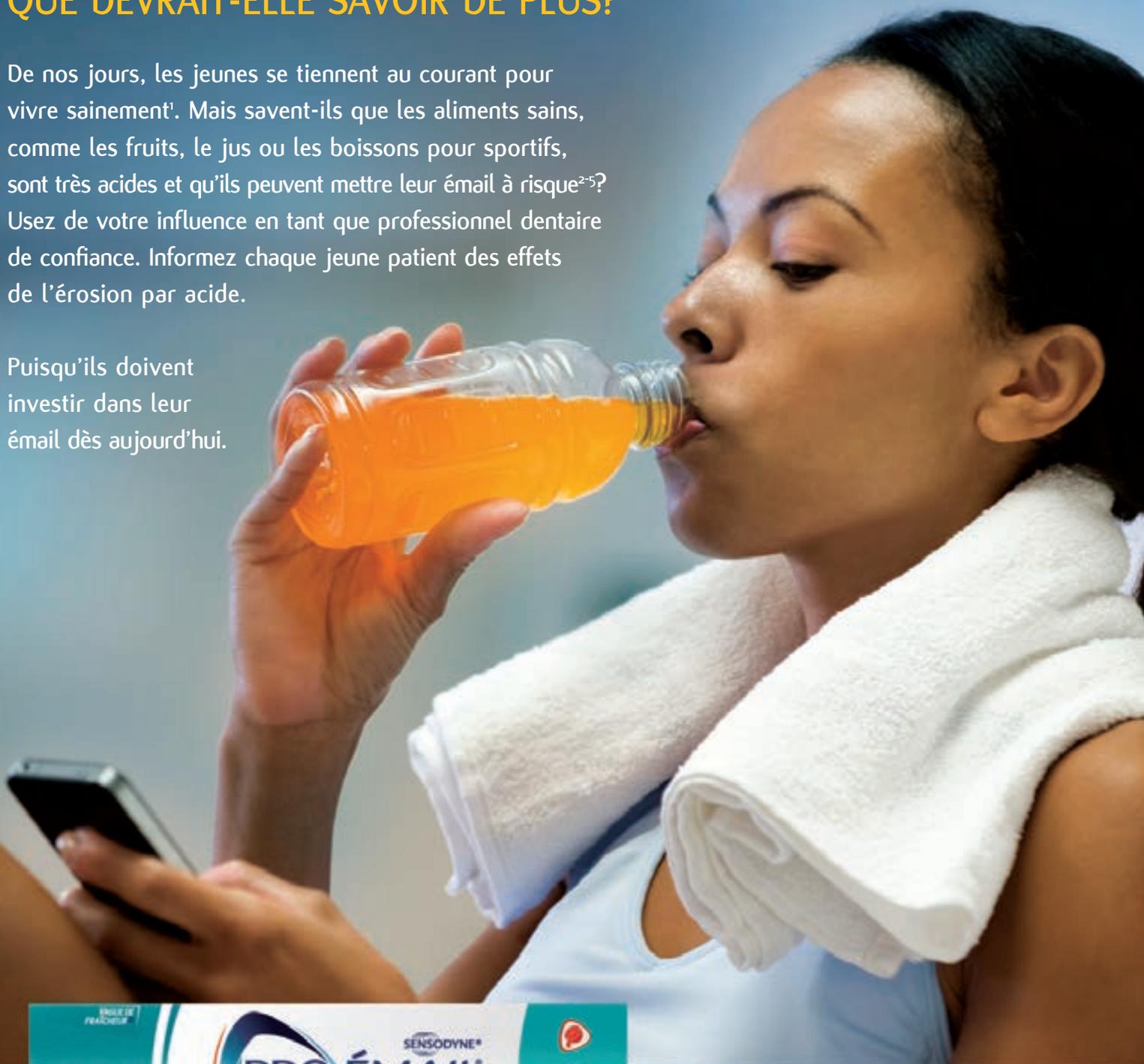
Si vous maîtrisez vos émotions, votre système nerveux ne déclenchera pas de spasme vasculaire et votre circulation sanguine restera normale. L'apprentissage de stratégies de relaxation et d'adaptation est un moyen de mieux maîtriser votre arthrite et de voir les choses sous un jour plus positif. ■

Elle sait que 30 minutes de yoga stimulent sa mémoire à court terme.

QUE DEVRAIT-ELLE SAVOIR DE PLUS?

De nos jours, les jeunes se tiennent au courant pour vivre sainement¹. Mais savent-ils que les aliments sains, comme les fruits, le jus ou les boissons pour sportifs, sont très acides et qu'ils peuvent mettre leur émail à risque²⁻⁵? Usez de votre influence en tant que professionnel dentaire de confiance. Informez chaque jeune patient des effets de l'érosion par acide.

Puisqu'ils doivent investir dans leur émail dès aujourd'hui.



Pour vos patients prédisposés
à l'érosion par acide

1. Données internes de GSK, 2013. 2. Lussi A. Erosive tooth wear – a multifactorial condition. Dans : Lussi A, rédacteur. Dental Erosion – from Diagnosis to Therapy. Karger, Basel, 2006. 3. Lussi A. *Eur J Oral Sci.* 1996;104:191-198. 4. Hara AT, et al. *Caries Research.* 2009;43:57-63. 5. Lussi A et al. *Caries Research.* 2004;38(suppl 1):34-44.

MC/® ou sous licence

GlaxoSmithKline Soins de santé aux consommateurs Inc.
Mississauga, Ontario L5N 6L4

©2015 Le groupe d'entreprises GSK. Tous droits réservés.

Qu'est-ce que la MALADIE DE PAGET ?

Source : Reproduction autorisée. « Maladie de Paget » <http://www.arthrite.ca/page.aspx?pid=5906> www.arthrite.ca

La maladie de Paget se caractérise par un dérèglement du remodelage osseux. En temps normal, le tissu osseux affiche un processus lent et continu de décomposition et de reconstitution. Dans la maladie de Paget, ce processus est modifié et accéléré, produisant une grande quantité de tissu osseux neuf, lequel est mou et poreux. Or, comme un os mou est moins résistant et se courbe facilement, il peut entraîner le raccourcissement de la partie du corps dans laquelle il se trouve. De plus, le remodelage osseux étant très rapide, il peut causer la formation d'une quantité excessive de tissu osseux. En conséquence, l'os touché peut grossir, devenir douloureux et se fragiliser.

L'os touché par la maladie de Paget présente souvent un nombre accru de vaisseaux sanguins, ce qui augmente l'afflux de sang dans la partie du corps où il se trouve et y cause une sensation de chaleur. La maladie de Paget peut toucher n'importe quel os, mais elle intéresse le plus souvent la colonne vertébrale, le bassin, le crâne, les fémurs et les tibias. La maladie de Paget peut entraîner d'autres affections dont l'arthrose, les lithiases rénales et les cardiopathies.

Également appelée « ostéite déformante », la maladie de Paget est ainsi nommée parce qu'elle a été décrite pour la première fois par le médecin britannique Sir James Paget, en 1876.

La maladie de Paget est-elle courante ?

Selon les estimations, la maladie de Paget touche 3 % des personnes de plus de 40 ans et survient plus souvent chez les hommes que chez les femmes. On ignore toutefois la prévalence exacte de cette maladie, car bon nombre de personnes en sont probablement atteintes sans le savoir. Elle existe partout au monde, mais est plus fréquente dans certaines régions comme l'Europe et l'Australie.

Quels sont les signes avant-coureurs de la maladie de Paget ?

Dans bien des cas, la maladie de Paget évolue très lentement. Les personnes atteintes peuvent ne présenter aucun symptôme, et lorsqu'ils sont perceptibles, les symptômes peuvent varier considérablement.

Les os touchés étant affaiblis, ils peuvent se fracturer plus facilement. Ils peuvent également se courber, et si les jambes sont atteintes, elles peuvent s'arquer ou une jambe peut sembler rétrécir. Une atteinte de la colonne vertébrale peut causer des douleurs au dos. Si les vertèbres se courbent ou grossissent, une pression peut s'exercer sur les nerfs et causer de la douleur ou un engourdissement dans d'autres parties du corps.

En cas d'atteinte du crâne, le diamètre sagittal (ou mesure de la taille avant-arrière) de la tête peut augmenter. Une perte auditive peut survenir si certains petits os de l'oreille moyenne sont touchés ou si une pression s'exerce sur les nerfs liés à l'ouïe.

Aux stades avancés de la maladie de Paget, l'atteinte des os du bassin peut entraîner des lésions de la hanche.

La maladie de Paget ne touche ordinairement qu'un seul os ou quelques os, mais elle peut dans certains cas être généralisée et atteindre tous les os du corps. La multiplication des vaisseaux dans les os pagétiques signifie en outre que le cœur doit travailler plus fort pour maintenir l'afflux sanguin. L'atteinte de nombreux os peut donc causer un surmenage du cœur et mener à d'autres troubles.

Quelles sont les causes de la maladie de Paget ?

Selon certaines études, non moins de 30 pour cent des personnes souffrant de la maladie de Paget comptent d'autres personnes atteintes parmi les membres de leur famille. La prévalence de la maladie est plus élevée dans les régions où une grande partie de la population est d'origine anglo-saxonne. Cette observation a porté certains chercheurs à croire qu'un facteur génétique pourrait intervenir dans l'apparition de la maladie de Paget. Un virus à action lente pourrait également y jouer un rôle, mais celui-ci n'a pas encore été identifié.

Que pouvez-vous faire si vous êtes atteint de la maladie de Paget ?

Il n'existe encore aucun moyen de guérir la maladie de Paget. Le traitement vise donc à maîtriser les symptômes et à modifier le

taux de croissance osseuse. L'établissement d'un diagnostic exact est important, car la majorité des formes d'arthrite peuvent être prises en charge efficacement, et la plupart des thérapies donnent de meilleurs résultats lorsqu'elles sont entreprises aux premiers stades de la maladie.

Le médecin peut être en mesure de poser un diagnostic de maladie de Paget en se fondant sur vos antécédents médicaux et un simple examen physique. Il peut également vous faire subir certains tests pour confirmer le diagnostic et déterminer les zones de tissu osseux touchées. Ces tests peuvent comprendre des radiographies, des scintigraphies osseuses et des analyses de sang et d'urine.

Il arrive qu'un diagnostic de maladie de Paget soit posé à la suite d'une consultation médicale pour un autre problème. Certains examens de routine peuvent révéler la présence de la maladie même si vous n'en présentez encore aucun symptôme.

Une fois le diagnostic établi, votre médecin peut vous adresser à un rhumatologue ou à un autre médecin spécialisé dans les troubles osseux ou encore à un endocrinologue, c'est-à-dire un spécialiste des troubles hormonaux et métaboliques (lesquels modifient les taux de croissance des tissus de l'organisme).

Il n'existe aucun moyen de guérir la maladie de Paget, mais certains traitements peuvent atténuer la douleur et ralentir l'évolution de la maladie. Un traitement n'est pas nécessaire dans tous les cas. Votre participation active à l'élaboration du plan de traitement est essentielle.

Traitement médicamenteux

Un groupe de médicaments d'ordonnance appelés bisphosphonates se sont révélés efficaces pour stimuler la reconstitution osseuse. C'est pourquoi ils sont utilisés dans le traitement de la maladie de Paget et d'autres maladies osseuses. Ils neutralisent la perte osseuse en aidant l'organisme à produire du tissu osseux normal. Les bisphosphonates approuvés sont : Didronel, Fosamax, Actonel, Pamidronate et Aclasta.

Si vous avez d'intenses douleurs occasionnées par une fracture, votre médecin peut vous prescrire de la calcitonine, médicament qui se présente sous la forme d'une solution pour pulvérisation nasale. La calcitonine est une hormone naturelle de l'organisme.

Pour soulager les douleurs modérées attribuables à la maladie de Paget, les médecins recommandent souvent l'acétaminophène (Tylenol^{MD}, Panadol^{MD}, Exdol^{MD}, etc.).

Les AINS soulagent la douleur lorsqu'ils sont pris à faible dose et atténuent l'inflammation à des doses plus fortes.

Même si la maladie de Paget n'y est pas abordée spécifiquement, notre guide [Médicaments pour l'arthrite: Guide du consommateur](#) présente de l'information générale pouvant vous être très utile.

Alimentation

Si vous souffrez de la maladie de Paget, il est important que vous mainteniez un taux de calcium approprié. Votre médecin peut vous conseiller de boire environ deux litres (de six à huit verres) de liquide par jour pour prévenir toute complication liée à un excès de calcium dans l'organisme.

Toutefois, vous devez également avoir un taux de calcium suffisant. Un bon apport en calcium est assuré par un régime alimentaire équilibré incluant des aliments à forte teneur en calcium comme le lait et les produits laitiers, les légumes à feuilles vert foncé (comme les feuilles de moutarde et le chou frisé) ainsi que le poisson en conserve à arêtes tendres (sardines et saumon). On peut également consommer du calcium sous forme de complément alimentaire.

En général, si vous êtes atteint de la maladie de Paget, il vous est recommandé de consommer entre 1 000 et 1 500 mg de calcium, de vous exposer modérément au soleil et de prendre au moins 1 000 unités de vitamine D chaque jour. Cet apport est particulièrement important si vous prenez des bisphosphonates. En cas d'antécédents de calculs rénaux (dépôts de calcium dans les reins), discutez avec votre médecin de vos doses de calcium et de vitamine D.

Exercice

L'exercice peut diminuer les raideurs et vous aider à rester souple. Consultez toujours votre médecin avant d'entreprendre un programme d'exercices. Selon la gravité de vos symptômes, votre médecin vous déconseillera peut-être certains types d'activités. Il vous orientera peut-être vers un physiothérapeute apte à vous recommander des exercices utiles et à vous déconseiller certaines activités potentiellement néfastes.

Intervention chirurgicale

Aux stades avancés de la maladie de Paget, une intervention chirurgicale peut, dans de rares cas, être nécessaire. L'opération a pour but d'atténuer la douleur et d'accroître la mobilité et la capacité fonctionnelle.

Grâce à certains types d'intervention chirurgicale, on peut corriger des déformations osseuses ou reconstruire certaines parties d'une articulation. D'autres types d'interventions consistent à remplacer une hanche ou un genou par une prothèse.

Une opération peut également être nécessaire dans les cas de fractures graves. ■

RAPPEL DE SANTÉ PUBLIQUE : MALADIE DE LYME

Pourquoi tenir compte du présent avis

Source : ©Tous droits réservés. *Rappel de santé publique : maladie de Lyme*. L'Agence de la santé publique du Canada, 2015. Reproduit avec la permission du Ministre de la santé, 2014. Cette reproduction est une copie d'un document officiel publié par le gouvernement du Canada et cette reproduction n'a pas été faite en association avec le gouvernement du Canada ni avec l'appui de celui-ci.

La maladie de Lyme est une infection grave présente au Canada et en croissance. Les Canadiens qui risquent de la contracter sont ceux qui vivent, travaillent et/ou jouent à proximité de tiques qui transmettent la maladie.

Si elle n'est pas détectée et traitée tôt, la maladie de Lyme peut causer de graves problèmes de santé. Mais vous pouvez prendre des mesures simples et efficaces pour vous protéger. Alors que vous vous préparez à passer du temps à l'extérieur, apprenez-en plus sur la maladie de Lyme et sur sa prévention.

Qu'est-ce que la maladie de Lyme?

La maladie de Lyme est une infection grave qui peut être transmise par la morsure des tiques à pattes noires infectées par la bactérie *Borrelia burgdorferi*.

Dans les régions où il y a des tiques à pattes noires, les gens peuvent être mordus par des tiques s'ils entrent en contact avec de la végétation pendant qu'ils font des activités extérieures comme le golf, la randonnée, le camping et le jardinage.

Risque pour les Canadiens

Bien que les tiques à pattes noires ne soient pas toutes porteuses de la maladie de Lyme, les populations de tiques à pattes noires infectées sont en croissance. Cela signifie que le risque de contracter la maladie de Lyme est en hausse au Canada.

Les tiques à pattes noires peuvent être actives presque toute l'année; cependant, le risque d'être mordu par une tique est plus élevé pendant le printemps et les mois d'été. Prenez des mesures pour réduire votre risque si vous passez du temps à l'extérieur dans des endroits où il pourrait y avoir des tiques. Étant donné que les tiques sont très petites et que leurs morsures sont habituellement sans douleur, vous pourriez ignorer que vous avez été mordus. Il est donc important de surveiller la présence de tiques et les symptômes de la maladie de Lyme.

Où retrouve-t-on des tiques?

Les tiques à pattes noires s'observent dans les zones boisées et envahies par la végétation entre les boisés et les espaces ouverts,

bien qu'il soit possible de se faire mordre en dehors de ces emplacements. Voici les régions où la présence de populations de tiques à pattes noires a été confirmée ou où elles s'établissent :

- le sud de la Colombie-Britannique
- le sud-est et le centre-sud du Manitoba
- le sud et l'est de l'Ontario
- le sud du Québec
- le sud du Nouveau-Brunswick et l'île Grand Manan
- régions de la Nouvelle-Écosse

Les tiques ne vont pas loin d'elles-mêmes, mais elles peuvent s'agripper aux oiseaux migrateurs et se retrouver loin de leur emplacement initial. Pour cette raison, il est possible de trouver des tiques infectées dans d'autres régions que celles précitées. La surveillance est constante pour confirmer les nouvelles régions touchées.

Comment se protéger

On encourage les Canadiens à passer du temps dehors, à faire de l'activité physique et à se protéger contre les morsures de tiques et la maladie de Lyme. Les tiques peuvent être infectées par plus d'un type de bactéries qui peuvent causer des maladies chez l'humain. En conséquence, se prémunir contre les morsures de tiques vous protégera plus que contre seulement la maladie de Lyme.

Voici des façons de vous protéger si vous vous aventurez dans des forêts ou des zones envahies par la végétation entre les boisés et les espaces ouverts :

- Portez des chaussures fermées, des chandails à manches longues et des pantalons.
- Enfilez vos chaussettes par-dessus le bas de votre pantalon pour empêcher les tiques de grimper sur vos jambes.
- Portez des vêtements de couleur claire pour faciliter le repérage des tiques.
- Utilisez un insectifuge contenant du DEET ou de l'Icaridin. Les insectifuges peuvent être appliqués sur les vêtements et la peau exposée. Lisez et suivez toujours le mode d'emploi sur l'étiquette.
- Prenez une douche ou un bain dans les deux heures suivant chaque sortie à l'extérieur afin d'enlever les résidus de tiques.

- Effectuez quotidiennement des inspections « intégrales » à la recherche de tiques sur vous, vos enfants et vos animaux domestiques.
- Si vous trouvez une tique sur votre peau, retirez-la dans les 24 à 36 heures, ce qui prévient habituellement l'infection.

Symptômes

Puisque les symptômes initiaux diffèrent d'une personne à l'autre et que certaines n'auront aucun symptôme, il est très difficile de diagnostiquer la maladie de Lyme. De plus, d'autres personnes peuvent avoir de légers symptômes comme la fièvre ou une éruption cutanée peu de temps après avoir été mordues, alors que d'autres peuvent avoir des symptômes graves, mais des semaines après la morsure.

Les signes et symptômes de la maladie de Lyme peuvent comprendre l'une ou plusieurs des affections suivantes à différents degrés de gravité:

- Fatigue
- Fièvre ou frissons
- Maux de tête
- Douleurs musculaires et articulaires, spasmes ou faiblesse
- Engourdissements ou picotements
- Ganglions lymphatiques enflés
- Éruption cutanée
- Dysfonctionnement cognitif, étourdissements
- Troubles du système nerveux
- Arthrite et symptômes arthritiques
- Palpitations cardiaques

Les symptômes non traités peuvent durer des années et comprendre de l'arthrite, des problèmes neurologiques, un engourdissement et une paralysie. Bien que ce soit rare, des décès attribuables à la maladie de Lyme ont été signalés.

Si vous présentez des symptômes de la maladie de Lyme, communiquez immédiatement avec un fournisseur de soins de santé, puisque plus tôt vous recevrez un diagnostic, meilleures seront vos chances de recevoir un traitement efficace. Si vous avez conservé la tique qui vous a mordu, apportez-la à votre rendez-vous chez le médecin qui pourra plus facilement évaluer votre maladie.

Diagnostic

Le diagnostic de la maladie de Lyme peut être difficile à obtenir, car les symptômes varient d'une personne à l'autre et peuvent ressembler à ceux d'autres maladies infectieuses transmises par les tiques. Votre fournisseur de soins de santé fera probablement ce qui suit:

- examiner vos symptômes
- déterminer si vous avez peut-être été exposé à des tiques en s'enquérant de vos activités récentes
- commander des analyses sanguines en laboratoire afin de corroborer un diagnostic clinique, au besoin

Le diagnostic de cette maladie repose en grande partie sur vos symptômes, car les résultats de laboratoire peuvent ne pas toujours détecter la maladie de Lyme à ses premiers stades, ou si vous avez récemment pris des antibiotiques. Les résultats des tests sanguins sont plus clairs lorsque la maladie est à un stade plus avancé. Puisque tous les tests effectués en laboratoire ont une marge d'erreur, le diagnostic de la maladie de Lyme par un médecin devrait être avant tout d'ordre clinique. Les résultats des tests effectués en laboratoire peuvent servir d'éléments de confirmation.

Traitement

Les cas de maladie de Lyme se soignent efficacement au moyen d'antibiotiques pris pendant une période de deux à quatre semaines. Selon vos symptômes, et si vous recevez un diagnostic aux derniers stades de la maladie, vous pourriez avoir besoin d'un traitement antibiotique prolongé.

Certaines personnes présentent des symptômes qui perdurent plus de six mois après le traitement. Les recherches se poursuivent sur les causes de ces symptômes persistants et les méthodes de traitement.

Ce que fait l'Agence de la santé publique du Canada

L'Agence de la santé publique du Canada demeure déterminée à travailler avec les autorités provinciales de la santé et d'autres partenaires pour s'occuper des risques de la maladie de Lyme pour la population canadienne au moyen d'une gamme d'activités :

- surveillance accrue en vue d'améliorer les données actuelles sur les endroits où la maladie est apparue et les endroits où les populations sont à risque;
- collaboration avec les médecins de famille pour améliorer leurs connaissances et renforcer leur capacité de diagnostiquer et de traiter promptement la maladie;
- création d'information destinée aux professionnels de la santé publique au sujet de la surveillance, de la prévention et de la lutte contre la maladie.

L'Agence a aussi récemment élaboré un Plan d'action triennal sur la maladie de Lyme qui vise à réduire les répercussions de la maladie grâce à l'engagement continu et accru des intervenants, à l'éducation du public et des cliniciens, à une surveillance renforcée et à la recherche, afin d'améliorer le diagnostic. ■

Renseignements additionnels

Information de l'Agence de la santé publique du Canada sur la maladie de Lyme

Personne-ressource pour les médias

Agence de la santé publique du Canada

Relations avec les médias

613-957-2983

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

Politique d'inscription :

- Le nombre d'inscriptions est limité pour chaque cours.
- Les cours sont sujets à annulation si le nombre d'inscriptions par conférence est inférieur à 15 participants, et ce, un mois avant la tenue du cours.
- Les cours sont réservés 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 cartes de crédit sont encaissés à la réception.** Pour les inscriptions en ligne, une confirmation de la transaction vous sera envoyée par courriel.
- Vous recevrez une confirmation par courriel.
- Les notes de cours sont à la discrétion du conférencier et seront disponibles sur le site de l'Ordre au www.ohdq.com.
- L'attestation et le reçu seront transmis par courriel après les formations. Seul le questionnaire d'appréciation sera remis sur place. Aucun crayon n'est fourni sur les lieux.
- Pour la formation RCR, la carte de certification sera postée.
- Café, thé et jus seront servis à 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 la formation du docteur Claude Laflamme seulement.

NB : Lorsque vous vous présentez à une formation, il est très important de signer la feuille de présences afin de recevoir votre attestation et votre reçu.

Politique de remboursement :

Un remboursement vous sera accordé si votre **demande écrite** 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 Marise Parent par courriel à info@ohdq.com ou par la poste à **OHDQ**, 1155, rue University, bureau 1212, Montréal, Québec H3B 3A7.

À compter de décembre, tout remboursement sera effectué par chèque.

Formations organisées par l'OHDQ :

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

Bénévoles recherchés :

L'Ordre est à la recherche de **présidents de séance** pour chaque formation, à l'exception de la formation RCR. Le rôle du président de séance consiste à présenter le conférencier, voir au bon déroulement de la logistique (pause-café, dîner, audiovisuel), récupérer les questionnaires d'appréciation et retourner le matériel à l'Ordre.

Pour les intéressés, nous vous prions de communiquer avec Marise Parent par courriel au info@ohdq.com ou par téléphone au 514 284-7639, poste 201. **Un membre président de séance peut assister à la formation gratuitement.**

Notions de gestion des problèmes muco-gingivaux

(6 heures de formation continue)

Par le docteur **Claude Laflamme**, DMD, MSc, PhD

Présentation de la conférence

Ce cours a pour but d'introduire le participant aux principaux problèmes muco-gingivaux rencontrés en médecine dentaire. Les altérations gingivales seront introduites selon la classification des récessions de Miller, couramment employée par l'AAP (*American Academy of Periodontology*). Les notions de base d'anatomie, de physiologie, d'anesthésiologie, d'inflammation, de guérison tissulaire, et de principes chirurgicaux seront revues. La conduite à tenir, les recommandations ainsi que les notions de gestion de

l'ensemble de ce problème parodontal seront discutées avec des exemples concrets, selon la littérature scientifique couramment acceptée. Bien entendu, cela devra inclure des notions sur le diagnostic jusqu'aux différentes possibilités de traitements dans le but de traiter le patient au bureau ou de le diriger correctement, et au bon moment, au spécialiste. Enfin, quelques démonstrations pratiques sous forme de vidéos et d'ateliers viendront compléter la conférence pour votre compréhension.

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

Date	Heure	Ville	Lieu
Samedi 10 janvier 2015	9 h à 16 h	Laval	Best Western
Samedi 31 janvier 2015	9 h à 16 h	Montréal	Hôtel Espresso
Samedi 14 février 2015	9 h à 16 h	Gatineau	Quality Inn & Suites
Vendredi 27 février 2015	9 h à 16 h	Trois-Rivières	Hôtel Gouverneur Trois-Rivières
Vendredi 27 mars 2015	9 h à 16 h	Saint-Hyacinthe	Club de golf La Providence
Samedi 11 avril 2015	9 h à 16 h	Saguenay	Delta Saguenay
Samedi 25 avril 2015	9 h à 16 h	Rouyn-Noranda	Hôtel Gouverneur Le Noranda
Samedi 16 mai 2015	9 h à 16 h	Bonaventure	Riotel

L'évaluation et le traitement de l'articulation temporo-mandibulaire en physiothérapie

(3 heures de formation continue)

Par **Marc Lemay**, pht, FCAMPT

Présentation de la conférence

Le but de cette formation est de vous familiariser et de vous sensibiliser à l'approche du physiothérapeute dans la prise en charge d'un patient présentant des symptômes de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) et oro-faciale. Pour ce faire, nous ferons une brève révision de l'anatomie de la région et des structures souvent impliquées dans les syndromes douloureux. Nous aborderons les effets de la posture sur les dysfonctions de l'ATM et de la région crano-vertébrale pour ensuite vous

démontrer les différents types d'approches en thérapie manuelle comme : les mobilisations articulaires, les points gâchettes, le relâchement myofacial ainsi que l'approche crano-sacrée. En plus de l'approche en thérapie manuelle orthopédique, nous vous ferons une démonstration de l'UASD (utilisation des aiguilles sous le derme), une approche prouvée efficace dans le traitement des douleurs oro-faciales pour les physiothérapeutes possédant une attestation de compétences à cet effet.

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

Date	Heure	Ville	Lieu
Vendredi 23 janvier 2015	9 h à 12 h	Trois-Rivières	Hôtel Gouverneur Trois-Rivières
Samedi 7 février 2015	9 h à 12 h	Saint-Jérôme	Best Western
Samedi 21 mars 2015	9 h à 12 h	Montréal	Hôtel Espresso

Formation en RCR – Cardio secours adultes-enfants / DEA

(4 heures de formation continue)

Par Formation Langevin

Présentation de la conférence

Objectifs de la formation :

1. Chaîne d'intervention et procédure d'appel aux services d'urgence;
2. Reconnaissance des problèmes cardiaques (angine, infarctus, arrêt cardio-respiratoire);
3. Traitement des problèmes cardiaques (nitro, AAS);
4. Prévention et facteurs de risque des problèmes cardiaques;
5. Dégagement des voies respiratoires;
6. Respiration artificielle;
7. Réanimation cardio-respiratoire;
8. Utilisation d'un DEA (défibrillation externe automatisée);
9. 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 de l'Ordre au www.ohdq.com.

En français

Date	Heure	Ville	Lieu
Samedi 6 décembre 2014	8 h à 12 h	Saint-Jérôme	Confort Inn & Suites
Samedi 13 décembre 2014	8 h à 12 h	Gatineau	Hôtel V - ANNULÉE
Samedi 17 janvier 2015	8 h à 12 h	Laval	Best Western
Samedi 7 février 2015	8 h à 12 h	Saint-Hyacinthe	Club de golf La Providence
Samedi 21 février 2015	8 h à 12 h	Québec	Hôtel Québec
Samedi 18 avril 2015	8 h à 12 h	Trois-Rivières	Hôtel Gouverneur Trois-Rivières
Samedi 2 mai 2015	8 h à 12 h	Montréal	Hôtel Espresso
Samedi 16 mai 2015	8 h à 12 h	Longueuil	Hôtel Sandman

En anglais

Date	Heure	Ville	Lieu
Samedi 14 février 2015	8 h à 12 h	Montréal	Hôtel Espresso - ANNULÉE

L'hygiéniste dentaire face à l'ère de l'implantologie

(3 heures de formation continue)

Par **Gisèle Choquette, HD**



Présentation de la conférence

L'implantologie fait partie maintenant du quotidien de l'hygiéniste dentaire. L'évolution grandissante de la technologie implantaire est donc de mise. Dans la prochaine décennie, nous assisterons à la mise en place d'un grand nombre d'implants. Étant le meilleur choix de traitement pour remplacer la ou les dents naturelles, les mucosites et péri-implantites feront partie du quotidien de l'hygiéniste dentaire, donc il faudra savoir y faire face dans les traitements préventifs et curatifs.

Il est important de connaître les types de prothèse implanto-portées avec leurs piliers, de l'amovible à la prothèse semi-fixe et fixe.

Également, être capable de soutenir le client durant les phases de chirurgies et pour les suivis dentaires tout au long de sa vie en prenant compte de l'instrumentation utilisée dans ses suivis et des adjuvants recommandés pour son plan de soin quotidien.

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

Date	Heure	Ville	Lieu
Vendredi 9 janvier 2015	9 h à 12 h	Montréal	Hôtel Espresso
Samedi 24 janvier 2015	9 h à 12 h	Laval	Best Western
Vendredi 13 février 2015	9 h à 12 h	Granby	Le Granbyen
Samedi 28 février 2015	9 h à 12 h	Longueuil	Hôtel Sandman
Samedi 28 mars 2015	9 h à 12 h	Lévis	Hôtel L'Oiselière
Samedi 11 avril 2015	9 h à 12 h	Sept-Îles	Hôtel Mingan
Samedi 25 avril 2015	9 h à 12 h	Gatineau	Hôtel V
Samedi 9 mai 2015	9 h à 12 h	Rouyn-Noranda	Hôtel Gouverneur Le Noranda

Évaluer le risque carieux et parodontal pour un suivi moderne de vos patients

(6 heures de formation continue)

Par le docteur **Jacques Véronneau, Ph.D.**

Présentation de la conférence

On assiste de plus en plus à une polarisation des patients à risque fréquentant les cabinets dentaires. Dans une ère de changements, il est primordial pour l'hygiéniste dentaire de s'imprégner des meilleures pratiques dans la détection du risque carieux et parodontal. Ce défi doit s'inspirer des avancées scientifiques de l'étiologie et la manifestation clinique de ces deux conditions. Notamment, une nouvelle théorie de l'étiologie de la carie dentaire la place près de celle de parodontie. La formation vise à améliorer les rendez-vous de suivi en nuancant les signes cliniques précoces disponibles.

L'évaluation du risque de carie dentaire et de parodontie est primordiale afin d'optimiser le traitement indiqué; ces risques basés sur l'évidence scientifique seront aussi décrits par groupe d'âge spécifique. Des pistes de solution seront documentées pour favoriser notamment, le concept moderne de cariologie d'intervention minimale et de prévention optimale. Des recherches innovatrices, non disponibles en d'autres formations, seront décrites. Ces acquis permettront aux hygiénistes dentaires de favoriser son rôle professionnel, de façon optimale pour ses patients.

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

Date	Heure	Ville	Lieu
Samedi 17 janvier 2015	9 h à 16 h	Lévis	Hôtel L'Oiselière
Samedi 11 avril 2015	9 h à 16 h	Montréal	Hôtel Espresso
Samedi 25 avril 2015	9 h à 16 h	Saint-Hyacinthe	Club golf La Providence
Samedi 2 mai 2015	9 h à 16 h	Laval	Best Western
Vendredi 8 mai 2015	9 h à 16 h	Trois-Rivières	Hôtel Gouverneur Trois-Rivières

Formulaire d'inscription

Nom :	Prénom :	No permis :
Adresse :		Code postal :
Numéro de téléphone :	Adresse courriel :	
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	No de la carte : ____/____/____/____	Date expiration : <u> MM / AA </u>
Nom du détenteur de la carte :		Signature :
No enr. T.P.S. 10698 6011 RT 0001 No enr. T.V.Q 1 006 163 498 TQ0001		

Formation continue

Notions de gestion des problèmes muco-gingivaux

(6 heures de formation continue)

Claude Laflamme, DMD, MSc, PhD

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

- Saguenay Samedi 11 avril 2015
- Rouyn-Noranda Samedi 25 avril 2015
- Bonaventure Samedi 16 mai 2015

Formation en RCR – Cardio secours adultes-enfants/DEA

(4 heures de formation continue) - Formation Langevin

Coût membre : 74,73 \$ taxes incluses.

- Trois-Rivières Samedi 18 avril 2015
- Montréal Samedi 2 mai 2015
- Longueuil Samedi 16 mai 2015

L'hygiéniste dentaire face à l'ère de l'implantologie

(3 heures de formation continue) - Gisèle Choquette, HD

Coût membre : 57,49 \$ taxes incluses.

- Sept-Îles Samedi 11 avril 2015
- Gatineau Samedi 25 avril 2015
- Rouyn-Noranda Samedi 9 mai 2015

Évaluer le risque carieux et parodontal pour un suivi moderne de vos patients

(6 heures de formation continue)

- Jacques Véronneau, Ph.D.

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

- Montréal Samedi 11 avril 2015
- Saint-Hyacinthe Samedi 25 avril 2015
- Laval Samedi 2 mai 2015
- Trois-Rivières Vendredi 8 mai 2015

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.

AVIS DE CONVOCATION

Assemblée générale annuelle 2015 des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

Date : Dimanche 24 mai 2015 | **Heure :** 15 h 30 à 17 h

Lieu : Palais des Congrès de Montréal 201, rue Viger Ouest, Montréal | **Salle :** 519-AB

Projet d'ordre du jour

- Constatation du quorum;
- Lecture de l'ordre du jour;
- Lecture et adoption du procès-verbal de l'assemblée générale annuelle du 25 mai 2014;
- Rapports de la présidente et de la directrice générale incluant :
le rapport d'étape de la planification stratégique 2014-2017; la modernisation de la pratique professionnelle;
- Dépôt des états financiers vérifiés de l'exercice 2014-2015;
- Nomination des auditeurs pour l'exercice 2015-2016;
- Rapports des comités;
- Cotation 2016-2017;
- Levée de l'assemblée générale annuelle.

Note : Conformément à l'article 31 du *Règlement sur les affaires du Conseil d'administration, le comité exécutif et les assemblées générales de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* en vigueur, tout membre de l'Ordre peut demander au Conseil d'administration qu'un sujet soit inscrit au projet d'ordre du jour d'une assemblée générale annuelle. Cette demande doit parvenir par écrit au siège social de l'Ordre, à l'attention de la secrétaire, au moins 45 jours avant la date fixée pour la tenue de cette assemblée générale annuelle, soit **avant le 9 avril 2015 à 16 heures**.

La directrice générale et secrétaire,



Janique Ste-Marie, notaire

 <p>Ordre des hygiénistes dentaires du Québec</p> <p>NOM DU MEMBRE: _____</p> <p>N° DE PERMIS: _____</p> <p>EXPIRATION: _____</p> <p>La présente carte est la propriété exclusive de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec. Elle est émise à titre de reconnaissance de l'adhésion au statut de membre de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec. Elle est valide pour l'exercice de la profession d'hygiéniste dentaire. La présente carte est émise en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et de la Loi sur la protection des renseignements personnels. La présente carte est émise en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et de la Loi sur la protection des renseignements personnels. La présente carte est émise en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et de la Loi sur la protection des renseignements personnels.</p> <p>SECRETARIE: </p>	<p>1 100, rue University, bureau 1212 Montréal (Québec) H3B 3J7</p> <p>Tel. (514) 284-7020 1-800-361-2000 Téléc. (514) 284-2147 1888-244-2444 www.ohdq.com</p> <p>MEMBRE DE L'ORDRE</p> <p>CONFIRMATION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE</p> <p>Cette confirmation est émise en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et de la Loi sur la protection des renseignements personnels. Elle est émise en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et de la Loi sur la protection des renseignements personnels. Elle est émise en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et de la Loi sur la protection des renseignements personnels. Elle est émise en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et de la Loi sur la protection des renseignements personnels.</p>
---	---

Les membres devront présenter leur carte de membre de l'OHdq et une pièce d'identité afin d'assister à l'Assemblée générale annuelle 2015. Dans le cas contraire, l'accès leur sera refusé.



Vin et petites
bouchées
seront
servis.

**L'OHdq EST HEUREUX
DE VOUS CONVIER AU COQUETEL
40^E ANNIVERSAIRE DE
LA PROFESSION.**

Cette année, nous ajoutons une dose de plaisir à notre coquetel annuel en vous témoignant notre vive reconnaissance pour ces quarante années et pour toutes celles à venir!

Nous vous attendons en grand nombre pour célébrer cet anniversaire!

Lieu : Palais des congrès, Chapiteau, côté Est, 7^e étage
Heure : à compter de 17 h, suivant l'Assemblée générale annuelle

MOIS DE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE :

Tournée de la présidente

AMÉLIORER LA SANTÉ DES AÎNÉS PAR LA SANTÉ DENTAIRE : la mise en place d'un protocole de soins d'hygiène buccodentaire

(3 heures de formation continue)

Par Rachel Beaudry, HD

Présentation de la conférence • 9 h à 12 h

L'état actuel des connaissances permet d'avancer que la santé buccodentaire des aînés vivant en centre d'hébergement est précaire. Un tel constat fait ressortir la pertinence, voire l'urgence d'intervenir de façon systématique dans le but d'améliorer les pratiques en ce qui a trait à l'hygiène buccodentaire des personnes en perte d'autonomie.

L'état de la bouche chez la clientèle est un indicateur sensible de leur condition générale. Une hygiène buccodentaire de qualité assure le confort, prévient l'infection et les autres complications en plus de maintenir la capacité de la cavité buccale. En ce sens, l'hygiène buccodentaire constitue une composante essentielle du bien-être global de la personne.

Ce protocole fournit aux intervenants un guide sur la prévention, la préservation, l'amélioration et la protection des muqueuses buccales et de la dentition. Il établit également la procédure

d'entretien et d'identification des prothèses de la clientèle. Il encadre la planification des soins buccodentaires réguliers et adaptés aux besoins de chacun.

Conférence de la présidente de l'Ordre, Diane Duval, HD • 12 h 30 à 14 h 30

Madame Duval fera le point sur les pratiques émergentes du domaine buccodentaire, la nécessité de déployer à leur maximum les compétences de l'hygiéniste dentaire, la gouvernance à l'égard de la prestation des services préventifs et la responsabilité de l'hygiéniste dentaire comme professionnel qui s'assure de la qualité et de la disponibilité des services préventifs.

La table sera donc mise pour faire le bilan de l'évolution du dossier de la modernisation de la profession d'hygiéniste dentaire. Vous serez invités à exprimer votre point de vue sur votre pratique professionnelle actuelle et future et sur votre vision d'une profession moderne.

Vous pouvez vous inscrire sur le site de l'Ordre au www.ohdq.com.

Coût membre : 57,49 \$ taxes incluses

Date	Hôtel	Ville	Heures
Samedi 21 mars	Le Montagnais	Chicoutimi	9 h à 12 h • Formation 12 h 30 à 14 h 30 • Dîner-causerie
Samedi 28 mars	Holiday Inn Select Montréal Centre-Ville	Montréal	9 h à 12 h • Formation 12 h 30 à 14 h 30 • Dîner-causerie
Samedi 11 avril	Le Plaza Québec	Québec	9 h à 12 h • Formation 12 h 30 à 14 h 30 • Dîner-causerie
Samedi 18 avril	Hôtel V	Gatineau	9 h à 12 h • Formation 12 h 30 à 14 h 30 • Dîner-causerie
Samedi 25 avril	Grand Times Hôtel	Sherbrooke	9 h à 12 h • Formation 12 h 30 à 14 h 30 • Dîner-causerie
Samedi 2 mai	Le Noranda	Rouyn-Noranda	9 h à 12 h • Formation 12 h 30 à 14 h 30 • Dîner-causerie
Samedi 9 mai	Urbania	Trois-Rivières	9 h à 12 h • Formation 12 h 30 à 14 h 30 • Dîner-causerie

14 avril 2015

JOURNÉE DE L'HYGIÉNISTE DENTAIRE

PARCE QUE LA PRÉVENTION,
C'EST L'AFFAIRE DE L'HYGIÉNISTE DENTAIRE.

L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec vous rappelle
que le 14 avril 2015 c'est la journée de l'hygiéniste dentaire.



L'OHDQ aura un kiosque à la Place Ville Marie
à l'occasion de cette journée toute spéciale.

PRIX D'EXCELLENCE



RAPPEL

ABONNÉS ÉTUDIANTS OHDQ

BOURSE DE LA RELÈVE 2015

Cette bourse a été créée exclusivement pour vous, abonnés étudiants, et elle pourrait vous rapporter 500 \$. Vous avez jusqu'au 30 avril 2015 pour faire parvenir votre texte à l'OHDQ.

Alors, qu'attendez-vous? Vite, à vos ordis!

Pour plus de renseignements, consulter le menu *Prix d'excellence* de la section *La Profession* de notre site Internet www.ohdq.com.

DES OUTILS AMÉLIORÉS, POUR UN PROGRAMME D'INSPECTION MIEUX ADAPTÉ!

Par **Agathe Bergeron**, HD, coordonnatrice des services professionnels, secrétaire du Comité et responsable de l'inspection professionnelle

Comme le mentionne l'Office des professions, «...l'inspection professionnelle est un mécanisme important de prévention au sein des ordres professionnels. Ses fonctions principales ont trait au contrôle de la compétence des membres et à la surveillance de l'application des règles qui encadrent l'exercice de la profession.»

L'inspection professionnelle est donc une obligation pour chaque ordre et une obligation pour chaque professionnel de s'y soumettre¹⁻².

Des objectifs précis

Le Conseil d'administration de l'Ordre approuve annuellement, lors de sa réunion de janvier, les grands objectifs du Programme de surveillance générale, soit l'inspection « universelle », s'appliquant à tous les membres actifs de l'Ordre. Celui-ci est publié dans le *Mots d'Ordre*, le rapport annuel, de même que sur le site de l'Ordre³. Ces grands objectifs sont similaires pour tous les ordres car tous ont l'obligation d'assurer la protection du public.

Pour réaliser des objectifs, ça prend des moyens!

Bien qu'annuellement des mises au point soient faites aux outils du programme, entre autres pour les exigences de la formation continue⁴, le Comité d'inspection professionnelle (CIP) s'affaire depuis trois ans, à la mise à jour complète de ceux-ci.

Les membres du Comité et les inspectrices, ayant tous plus de 15 années d'expérience représentative des divers secteurs de la profession, ont d'abord consulté divers modèles d'outils d'inspection, rapports et statistiques et l'opinion des hygiénistes dentaires visités a aussi été sollicitée.

Des commentaires bien utiles de la part des hygiénistes dentaires

Pendant toute une année, les quelque 700 membres ayant eu l'inspection générale ont reçu un sondage d'opinion en ce qui a trait aux diverses étapes du processus. Plus de 25 % ont répondu et témoigné leur appréciation positive, ainsi que donné d'excellentes suggestions et commentaires des plus constructifs. Le CIP a grandement apprécié et en a tenu compte, en mettant toutefois de côté ce qui n'était pas réalisable ou non lié à son mandat.

La bonne recette

Considérant les exigences auxquels il est soumis^{1 à 9}, ainsi que les commentaires et suggestions recueillis auprès des hygiénistes dentaires, la version mise à jour des outils d'inspection :

- Conserve les mêmes objectifs, regroupés dans les quatre mêmes grands volets :
 - Protection du public
 - Éthique professionnelle
 - Gestion de la pratique et exécution des mandats
 - Communication
- Demeure préventive et éducative
- Conserve une forme semblable :
 - Autoévaluation contenant plusieurs mises en situation
 - Étude de cas
 - Rencontre sur le lieu de travail
- Présente une formule améliorée :
 - Réduction des documents imprimés
 - Version électronique disponible
 - Meilleure adaptation aux divers secteurs
 - Maximisation de la rubrique Inspection du site Web de l'Ordre, pour tous les documents et articles de références
Ex. : *L'hygiéniste dentaire et la loi*, extraits de la réglementation, articles scientifiques de *L'Explorateur*

Les premiers envois avec ces outils en version améliorée seront faits dès le début de l'été 2015. **L'inspection professionnelle étant un processus confidentiel, toutes questions en lien avec celui-ci doivent être confiées au personnel du service d'inspection de l'OHDQ.**

Agathe Bergeron, HD,
Coordonnatrice des services professionnels
514 284-7639 ou 1 800-361-2996,
poste 214
abergeron@ohdq.com

Jinette Laparé, adjointe administrative
514 284-7639 ou 1 800-361-2996,
poste 207
jlapare@ohdq.com

Véronique Dionne, HD, présidente du Comité
Sophie Campagna, HD, membre du Comité
Julie Drolet, HD, membre du Comité
Marie-Josée Dufour, HD, membre du Comité
Sonia Petrilli, HD, membre du Comité
Carolle Bujold, HD, inspectrice
Anna Maria Cuzzolini, HD, inspectrice ■

Références

1. *Code des professions*
2. *Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*
3. *Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*
4. *Politique de formation continue obligatoire*
5. *Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires (Art. 19 a de la Loi sur les dentistes)*
6. *Règlement sur les cabinets et les effets des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*
7. *Règlement sur les stages de perfectionnement des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*
8. *Document d'information sur le contrôle des infections – Médecine dentaire, édition 2009*
9. *Le contrôle de l'infection appliqué aux interventions de dépistage, de suivis individualisés et de pose d'agents de scellement dentaire dans les établissements scolaires, MSSS, 2012*

VOS PATIENTS
PEUVENT DORMIR AVEC



TOUTES SORTES DE CHOSES

MAIS LA PROTHÈSE DENTAIRE
EN EST UNE DE TROP.¹⁻⁵

Vos patients peuvent trouver réconfortant de garder leur prothèse pendant la nuit, mais les conséquences peuvent être graves et englobent la mauvaise haleine, les infections fongiques et les caries plus nombreuses¹⁻⁵. Guider vos patients à adopter de bonnes habitudes avant de se coucher pourrait être une des plus importantes conversations que vous aurez avec eux. Ces habitudes consistent dans le retrait de la prothèse et un nettoyage doux et antibactérien grâce à Polident^{®6}.



1. Jeganathan S, Payne JA, Thean HP. Denture stomatitis in an elderly edentulous Asian population. *J Oral Rehabil.* 1997;24(6):469-472. 2. Emami E, de Grandmont P, Rompré PH, et al. Favoring trauma as an etiological factor in denture stomatitis. *J Dent Res.* 2009;87(5):440-444. 3. Barbeau J, Seguin J, Coulet J, et al. Assessing the presence of *Candida albicans* in denture-related stomatitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003;95(1):51-59. 4. Arendorf TM, Walker DM. Oral candidal populations in health and disease. *Br Dent J.* 1979;147(10):267-272. 5. Compagnoni Ma, Souza RF, Marra J, et al. Relationship between *Candida* and nocturnal denture wear: quantitative study. *J Oral Rehabil.* 2007;34(6):600-605. 6. Données internes de GSK, 2011.

LE FUMEUR DANS NOTRE PRATIQUE D'HYGIÈNE DENTAIRE



Par Sylvie Martel, HD
s.martelis@rogers.com

Étude 1 : Fiorini T, Musskopf ML, Oppermann RV, Susi C. *Is there a positive effects of smoking cessation on periodontal health? A systematic review. J Periodontol 2014 JAN;85(1):83-91.*

Malgré que les effets négatifs du tabac sur les tissus parodontaux soient bien documentés, très peu est connu sur les effets potentiels de cesser de fumer sur la santé parodontale. Le but de cette revue systématique de la littérature est d'évaluer les effets de cesser de fumer sur la progression de la parodontite chronique et la réponse tissulaire suite à la thérapie parodontale.

La collecte de données a été faite par deux réviseurs indépendants sur Medline et EMBASE en faisant une recherche par titres (n=118), par résumés (n=24) et par études complètes (n=5) publiés avant décembre 2012. Des études prospectives comparant la vitesse de progression de la parodontite entre des fumeurs et des ex-fumeurs et des études cliniques évaluant les effets des programmes de cessation du tabac soit à eux seuls, ou en combinaison avec des soins parodontaux ont été incluses dans cette revue systématique. Pour être retenue, il fallait que l'étude inclue au moins un an de suivi professionnel auprès des clients.

Des 331 publications potentielles, 5 études comportaient tous les critères d'inclusion. Étant donné l'hétérogénéité des études, une méta-analyse n'a pas pu être faite. Une des études suggérait que la progression de la perte d'attache clinique était ≥ 3 mm

sur une période de 6 ans et était environ trois fois plus élevée chez les fumeurs que chez les ex-fumeurs ($p < 0.001$). Deux études (avec des suivis de 10 et de 20 ans) ont suggéré une diminution de $\approx 30\%$ de la perte osseuse mesurée sur radiographies chez les ex-fumeurs lorsque comparée à celle chez les fumeurs. Sur la clientèle ayant reçu des traitements parodontaux non chirurgicaux, les ex-fumeurs étaient plus sujets à présenter une réduction de la profondeur des poches parodontales ($p < 0.05$) que les fumeurs ou les clients oscillant entre l'arrêt et le retour de l'habitude de fumer. Aucune différence au niveau de la perte d'attache clinique n'a été notée.

Impact sur la pratique de l'hygiène dentaire :

Plus d'études sont nécessaires pour évaluer l'impact direct qu'a l'action de cesser de fumer sur les différents paramètres mesurables en parodontie tels, la profondeur des poches parodontales, la perte d'attache clinique, les points de saignement, la couleur, le contour, la texture et l'apparence de la gencive. Selon le peu d'études pertinentes, il appert que d'arrêter de fumer a un effet positif sur la progression de la parodontite et sur le processus de guérison suite aux traitements parodontaux non chirurgicaux. Il est de la responsabilité de l'hygiéniste dentaire d'informer ses clients fumeurs des bienfaits sur la santé en général et sur la santé parodontale de cesser de fumer et d'encourager les ex-fumeurs à demeurer ainsi en leur montrant les changements cliniques observables dans leur bouche. Montrer, voir et comprendre sert à garder nos clients bien motivés!



Étude 2 : *Ramseier, C., Kobrehel, S., Staub, P., Sculean, A., Lang, N., Salvi, G.: Compliance of Cigarette Smokers with Scheduled Visits for Supportive Periodontal Therapy. J Clin Perio 41:473-480, 2014.*

La maladie parodontale est toujours une problématique au cœur de notre pratique avec plus de la moitié de notre clientèle qui est aux prises avec une parodontite chronique. Le débridement parodontal et les interventions chirurgicales peuvent stopper la progression de la maladie si, en plus, le client s'engage à maintenir une hygiène buccodentaire à la maison rigoureuse et s'il revient voir son hygiéniste dentaire pour ses rendez-vous de suivi parodontaux. Malgré tous les efforts déployés par les professionnels dentaires, l'adhérence aux rendez-vous de suivi par le client est plutôt faible. Différentes études suggèrent que le niveau d'adhérence aux rendez-vous de suivi des clients de parodontie est de l'ordre de 33 % seulement. Plusieurs facteurs influencent le niveau d'adhérence : l'âge du client, la sévérité de la condition parodontale, les coûts associés aux traitements, l'attitude du client, le stress, l'anxiété, la dépression et l'usage du tabac.

Des chercheurs de l'Université de Berne à Berne en Suisse ont évalué un groupe de 1 336 dossiers de clients qui ont été vus par les hygiénistes dentaires d'une pratique de parodontie dans une école dentaire. De ce groupe, 32 % étaient des fumeurs, 23 % étaient d'anciens fumeurs et 45 % étaient des non-fumeurs. Ces clients avaient été vus sur une période de 26 ans entre 1985 et

2011. De ce groupe, 74 % d'entre eux sont revenus voir l'hygiéniste dentaire pour des soins de suivi et 26 % ne sont revenus. Certains d'entre eux sont retournés pour des soins de suivi auprès de leur dentiste généraliste, mais d'autres ne sont tout simplement jamais revenus.

Dans l'ensemble, le niveau d'adhérence aux soins de suivi a été de 70 %. Des clients fumeurs, 67 % ont respecté leurs rendez-vous de suivi par rapport à 72 % pour les non-fumeurs. Un total de 66 clients ont respecté à 100 % les intervalles de suivi recommandés par leur professionnel dentaire, soit environ 7 %.

Impact sur la pratique de l'hygiène dentaire :

Il appert que les fumeurs annulent plus souvent leur rendez-vous d'hygiène dentaire que les non-fumeurs. Il est de la responsabilité de l'hygiéniste dentaire d'informer le client fumeur lors de la discussion du plan de traitement de l'impact de fumer sur les tissus parodontaux et des résultats cliniques moins avantageux qui leur sont réservés de par leur habitude de fumer. Le plan de soins en parodontie doit non seulement comprendre les interventions pour traiter la maladie parodontale dans un futur proche, mais il doit aussi inclure les intervalles de suivi qui devront être respectés par le client pour assurer un contrôle de la maladie à long terme. De plus, l'hygiéniste dentaire doit questionner le client sur ses habitudes de fumer et déterminer s'il est prêt à entreprendre des démarches pour cesser de fumer et si oui, de l'outiller et le supporter dans sa quête vers une santé sans fumée. ■

Comblez vos besoins avec des SOLUTIONS HYPOTHÉCAIRES FLEXIBLES ET ADAPTÉES

Par L'équipe de rédaction de la Banque Nationale

Compte tenu de l'état actuel du marché immobilier* ainsi que de la panoplie de solutions hypothécaires offertes sur le marché, comment choisir le bon produit pour votre situation ?

Prêt à taux fixe ou variable ?

Lorsqu'il est venu le temps de choisir un produit hypothécaire, la plupart des gens se questionnent notamment s'il est préférable d'opter pour un taux fixe ou un taux variable.

Le taux variable est généralement moins élevé, mais compte tenu de la possibilité d'une hausse des taux d'intérêt au cours des prochains mois, le taux fixe peut sembler être la meilleure option. En réalité, il n'y a pas de réponse spécifique à ce questionnement, car tout dépend de vos besoins, de votre situation financière et de votre degré de tolérance au risque. Par exemple, si le projet en question requiert l'entièreté de votre budget disponible pour vous loger ou que vous ne tolérez pas l'idée d'une hausse des paiements dans le temps, le taux fixe sera probablement plus adapté à votre situation.

Trouver une solution sur mesure

Toutefois, comme les besoins et les attentes diffèrent d'une personne à une autre en matière de prêts hypothécaires, peut-être serez-vous plus enclin à choisir un produit qui comblerait votre besoin de sécurité ainsi que votre désir d'épargner autant que possible. Si tel est le cas, l'hypothèque sur mesure s'adresse à vous.

Alliant à la fois les avantages d'un prêt à taux fixe et d'un prêt à taux variable, l'hypothèque sur mesure, par exemple, permet de diversifier vos termes, vous protégeant ainsi contre les hausses futures de taux, tout en vous faisant profiter des économies d'intérêts souvent offertes par les taux à court terme.

Par exemple, vous pourriez séparer votre dette hypothécaire en deux portions distinctes : une partie en prêt hypothécaire à taux variable, afin de réaliser des économies d'intérêts, et l'autre en prêt hypothécaire à taux fixe afin de se protéger d'une éventuelle hausse de taux.

Un pour tous...

La marge de crédit hypothécaire permet de regrouper l'ensemble des besoins de financement en une solution unique, pratique, économique et flexible. Ainsi, vous pouvez y intégrer les prêts hypothécaires¹, mais également tout autre besoin de financement, par exemple, un prêt-auto, des rénovations, des projets de voyage, etc.

De plus, un seul relevé bancaire mensuel pour toutes les transactions et la possibilité de diviser la marge de crédit hypothécaire en plusieurs comptes afin de suivre individuellement chacun des projets !

Pour des conseils judicieux, sachez trouver la bonne adresse!

Il existe bien entendu plusieurs combinaisons possibles afin de créer une solution de financement hypothécaire qui corresponde à vos besoins spécifiques.

N'hésitez pas à consulter votre conseiller pour en savoir davantage sur les nombreux produits à votre disposition. bnc.ca/maison. ■

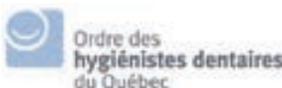
*Source : http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/61502/61502_2014_Q01.pdf

¹ Sous réserve de l'approbation de crédit de la Banque Nationale dans les cas où l'intégration d'un prêt à la marge de crédit entraîne une augmentation de la limite de crédit autorisé.

Les solutions de financement décrites dans ce document sont sujettes à l'approbation de crédit de la Banque Nationale du Canada.

Les informations présentées dans cette chronique le sont à titre informatif seulement et ne sont pas exhaustives. Pour tout conseil concernant vos finances et pour plus de détails sur nos solutions de financement, veuillez consulter un conseiller de la Banque Nationale.

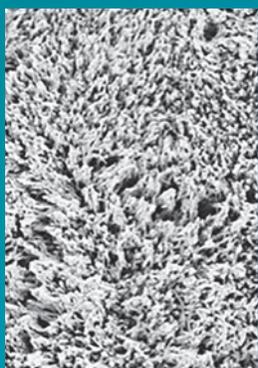
Fière partenaire de



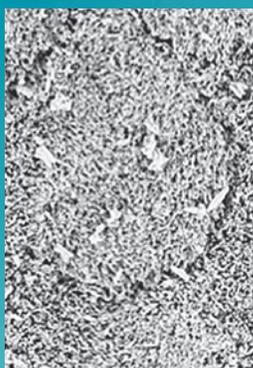
Colgate*

NOUVEAU

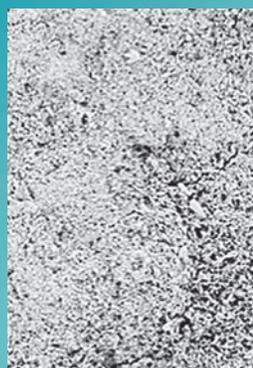
VOICI UN NOUVEAU DENTIFRICE QUI
REMINÉRALISE ET POLIT LES DENTS
POUR TRANSFORMER L'ÉMAIL[†]



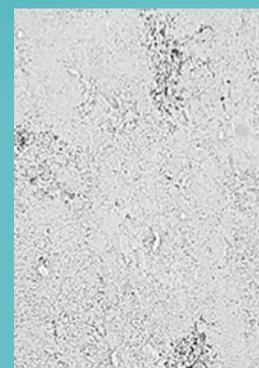
ÉMAIL RAMOLLI PAR
L'ACIDE



ÉMAIL APRÈS
5 APPLICATIONS



ÉMAIL APRÈS
10 APPLICATIONS



ÉMAIL APRÈS
15 APPLICATIONS



Le nouveau Colgate* Santé de l'Émail^{MC} agit de 2 façons pour transformer l'émail rugueux et affaibli en émail lisse et solide.

- Régénère le calcium naturel dans l'émail affaibli en comblant les surfaces rugueuses
- Polit en douceur la surface des dents afin qu'elle soit plus lisse et que les bactéries soient moins susceptibles d'y adhérer

Pour des démonstrations de la science en action et des échantillons GRATUITS, visitez ColgatePatientSamples.ca

Pour commander, appelez le 1-800-226-5428

† Renforce l'émail en fortifiant les points affaiblis. *Démonstration du mode d'action de Colgate* Santé de l'Émail^{MC}. Les photos ont été prises à l'aide d'un microscope électronique lors d'une étude en laboratoire. Colgate-Palmolive Canada Inc. *TM Reg'd/M.D.



Dr Martin Moisan,
La dérive du système de santé québécois.
 Pour un modèle qui réunit
 l'Orient et l'Occident,
 éditions Dakyil, Montréal 2013

LA DÉRIVE DU SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS

Pour un modèle qui réunit l'Orient et l'Occident

Source : Reproduction autorisée. « La dérive du système de santé québécois », Art de vivre – Lectures, Mieux-Être, juillet 2014, page 8.

Le système de santé québécois manifeste des symptômes inquiétants qui ne semblent pas sur le point de se régler, que l'on pense au long temps d'attente dans les urgences, à l'épuisement du personnel médical, à la surconsommation de médicaments et au gouffre financier. La situation actuelle serait-elle la conséquence de la médecine moderne dans son application? Qu'en est-il du phénomène inquiétant de l'accroissement des prescriptions d'antidépresseurs aux adultes et aux jeunes? L'acupuncture dans les hôpitaux: n'est-il pas temps que le Québec emboîte le pas? Ce sont les interrogations que soulève le Dr Martin Moisan dans son ouvrage, *La dérive du système de santé québécois*. Cet ouvrage décrit certains maux et problèmes qu'éprouve actuellement la médecine moderne et apporte des pistes de solutions. L'auteur mentionne l'importance d'élargir la définition des mots symptôme, maladie, guérison et santé afin qu'ils englobent non seulement l'aspect physique de l'être humain, mais aussi sa composante émotive et énergétique. ■

30 000 \$

POUR FAIRE LE VOYAGE ÉCORESPONSABLE DE VOS RÊVES!

Nos clients nous tiennent à cœur, et l'environnement aussi. Avec **30 000 \$** en crédit-voyage à votre disposition, vous pourrez vous offrir l'aventure de votre vie tout en minimisant votre impact sur l'environnement et en favorisant les communautés et les ressources locales.

Pour courir la chance de gagner, demandez une soumission d'assurance auto, habitation ou entreprise!

1 888 476-8737

lapersonnelle.com/masoumissiongagnante

Certaines conditions s'appliquent. La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. Aucun achat requis. Le concours se termine le 31 décembre 2015. Le tirage aura lieu le 15 janvier 2016. Au total, un (1) prix au choix entre un crédit-voyage d'une valeur de 30 000 \$ (ICAN) échangeable contre un voyage écoresponsable dans une agence de voyages au choix de La Personnelle, ou un chèque de 30 000 \$ (ICAN). Détails et règlement accessibles sur lapersonnelle.com/masoumissiongagnante.

Vous êtes déjà client de La Personnelle?
 Vous êtes automatiquement inscrit au concours. C'est notre façon de vous remercier.

laPersonnelle
 Assureur de groupe auto, habitation et entreprise

La bonne combinaison.

Culture Science - Bon à savoir :

LE STRESS RÉDUIT LA FERTILITÉ FÉMININE

Par **Laureen Bouyssou**, *Science & Vie*

Source : Reproduction autorisée. Bouyssou, L. « CULTURE SCIENCE – Bon à savoir : Le stress réduit la fertilité féminine », *Science & Vie*, numéro 1160, mai 2014, page 122.

Les femmes présentant un niveau élevé d'alpha-amylase dans la salive (un marqueur biologique du stress) ont une probabilité réduite de 29 % de tomber enceinte le mois suivant, et elles sont deux fois plus susceptibles de souffrir d'infertilité. « Hum Reprod », mars 2014. ■



Actus Médecine

ON SAIT POURQUOI LES FIBRES RASSASIENT

Par **Véronique Etienne**, *Science & Vie*

Source : Reproduction autorisée. Etienne, V. « ACTUS MÉDECINE – On sait pourquoi les fibres rassasient », *Science & Vie*, numéro 1162, juillet 2014, page 31.

Si les fibres coupent la faim, ce n'est pas seulement parce qu'en se gorgeant d'eau, elles remplissent plus vite l'estomac. Dans le côlon, elles sont transformées en acétate, une molécule qui déclenche l'impression de satiété. ■

Actus Médecine

32M²

Par **Elsa Abdoun**, *Science & Vie*

Source : Reproduction autorisée. Abdoun, E. « ACTUS MÉDECINE – 32m² », *Science & Vie*, numéro 1162, juillet 2014, page 31.

C'est la surface moyenne d'un tube digestif humain (de la bouche à l'anus), soit 10 fois moins que ce que prévoient de précédentes estimations. Ce chiffre, calculé par deux chercheurs suédois à partir d'une revue d'études publiées et de radios inédites, est primordial pour prédire la vitesse d'absorption des nutriments et des médicaments. ■



La Capitale
Assurances générales

Votre assurance RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Votre profession exige que vous possédiez une assurance responsabilité professionnelle pour pouvoir exercer en toute légalité. C'est pourquoi l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ) souscrit pour vous cette protection auprès de La Capitale assurances générales, une compagnie entièrement québécoise reconnue pour la qualité de ses garanties et pour l'excellence de son service pour ce type de produit. Qu'en est-il de cette protection? En quoi peut-elle vous être utile? Survol de votre protection.

Pourquoi une assurance responsabilité professionnelle?

Souscrire une assurance responsabilité professionnelle figure parmi les exigences du Code des professions du Québec. Cette obligation poursuit deux objectifs principaux, soit :

1. Protéger le public contre toute faute, négligence, imprudence ou inhabileté qu'un professionnel pourrait commettre dans le cadre de ses activités professionnelles;
2. Protéger le professionnel, non seulement en couvrant les dommages compensatoires qu'il pourrait être tenu de responsable de payer, mais aussi en prenant sa défense si une action en justice était intentée contre lui.

Supposons qu'un de vos patients soit insatisfait des traitements et des services que vous lui avez prodigués. S'il estime avoir subi des dommages, il pourrait faire une réclamation contre vous.

Mais attention : ce n'est pas parce que l'on vous estime responsable d'un dommage que vous l'êtes. Quelle que soit l'issue des démarches, sachez que ce genre de situation implique forcément des dossiers à constituer et une défense à assumer. En prenant en charge ces actions, votre assureur peut vous donner un sérieux coup de pouce.

Les activités assurées : pour une pratique en toute tranquillité

Votre assurance responsabilité professionnelle couvre les activités professionnelles qui **font partie du champ d'exercice régi par l'OHDQ**. Elle couvre aussi les activités professionnelles qui, accessoirement ou occasionnellement, peuvent être exercées à l'extérieur du Canada dans la mesure où des poursuites judiciaires sont intentées contre vous au Canada. Elles incluent notamment l'enseignement, la supervision, les opinions et les conseils.

Par conséquent, tant que la police est en vigueur, votre assureur s'engage à payer **les dommages compensatoires** couverts résultant d'une faute, d'une négligence, d'une imprudence ou d'une inhabileté dans l'exécution de vos activités professionnelles assurées. Vous êtes protégé jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$ par sinistre et de 1 000 000 \$ par période d'assurance. De la même façon, votre assureur assumera **les frais de votre défense** en cas de poursuite en responsabilité professionnelle.

Détenir une assurance responsabilité professionnelle est une obligation. Mais c'est aussi et surtout une solide protection contre des problèmes qui pourraient vous causer bien des maux de tête.

Garanties additionnelles : une protection accrue

Il est intéressant de noter que votre police d'assurance responsabilité professionnelle avec La Capitale inclut trois garanties additionnelles, qui viennent rehausser votre protection :

- Le **remboursement** des frais inhérents à votre défense, et ce, jusqu'à concurrence de 50 000 \$, pour toute poursuite intentée contre vous devant un tribunal de juridiction criminelle à la suite de l'exercice d'activités professionnelles, sauf si vous plaidez coupable ou êtes jugé coupable pour le tribunal.
- Le **remboursement**, jusqu'à concurrence de 25 000 \$, des frais de défense que vous pourriez engager lors d'une poursuite intentée contre vous par un autre ordre professionnel pour pratique illégale d'une autre profession, sauf si vous plaidez coupable ou êtes déclaré coupable par le tribunal.
- Le **remboursement** de vos frais d'assistance légale dans l'éventualité où vous devriez témoigner dans une enquête de coroner ou auprès d'une commission spéciale, sauf si vous agissez à titre de témoin expert. Cette protection couvre jusqu'à 25 000 \$ de frais.

À retenir

- En tant que membre en règle de l'OHDQ, vous êtes couvert pour les activités professionnelles faisant partie du champ d'exercice de la profession régie par votre ordre.
- La garantie générale offerte couvre les dommages compensatoires que vous pourriez être tenu de payer à autrui, y compris tous les frais engagés pour l'enquête, la défense, la négociation et la conclusion du règlement.

Attention : les frais rattachés aux procédures liées au dépôt d'une plainte contre vous au Conseil de discipline de l'OHDQ ne sont pas couverts par cette assurance.

- Le contrat d'assurance responsabilité professionnelle offert par La Capitale prévoit les exclusions usuelles; entre autres, elle ne couvre pas les dommages découlant d'un acte criminel et d'une faute intentionnelle. Ainsi, si la situation fait l'objet d'une exclusion, les frais de défense qui y sont rattachés seront également exclus.

- Pour que la responsabilité d'un individu ou d'un professionnel soit en cause, **les trois éléments suivants doivent être réunis :**

- il doit y avoir eu **faute**, c'est-à-dire manquement à un devoir;
- le demandeur doit avoir subi un préjudice, c'est-à-dire un **dommage**;
- il doit y avoir un **lien de causalité**, c'est-à-dire un lien entre la faute et le dommage.

Détenir une assurance responsabilité professionnelle est une obligation. Mais c'est aussi et surtout une solide protection contre des problèmes qui pourraient vous causer bien des maux de tête.

Connaissant les grandes lignes de votre contrat, vous pouvez maintenant exercer votre profession en toute tranquillité d'esprit. Pour plus amples renseignements, nous vous invitons à consulter le site de La Capitale assurances générales à l'adresse suivante : lacapitale.com/ohdq. ■

Fier assureur
des membres de l'Ordre
depuis plus de 10 ans

Nous sommes là pour vous protéger dans l'exercice de vos activités professionnelles! N'hésitez pas à nous contacter pour toute question sur votre programme d'assurance.



1 800 644-0607
lacapitale.com/ohdq


LaCapitale
Assurances générales
Cabinet en assurance de dommages

ÉTUDE DE CAS 10

Les cabinets qui réussissent utilisent ce programme.

ENJEU ▶

Une mauvaise communication avec les patients occasionne trois problèmes courants pour un cabinet : 1) faible valorisation de la visite de routine, « ce n'est qu'un nettoyage »; 2) suivi inadéquat des instructions à la maison; et 3) traitement dicté par l'assureur.

SOLUTION ▶

Le programme Crest® + Oral-B® aide les patients à mieux comprendre l'importance d'une visite périodique chez le dentiste et souligne l'importance des soins à la maison. Le système normalise et personnalise la communication avec les patients. De plus, il maximise l'efficacité de l'hygiéniste dentaire en assurant la continuité des soins prodigués par les différents intervenants.

RÉSULTATS ▶

Les cabinets qui utilisent le programme Crest + Oral-B augmentent l'acceptation des soins et la rétention des clients tout en diminuant les annulations et les absences. Dans l'ensemble, mon expérience démontre que les revenus d'un cabinet peuvent augmenter en moyenne de 43 %.

Lisa Philp
Transitions Group Amérique du Nord
hygiéniste dentaire, CMC

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

D'autres cabinets profitent de nos programmes. Renseignez-vous.

www.bilanensante.ca

Crest + Oral-B

En affaires avec vous.