



Ordre des  
hygiénistes dentaires  
du Québec

# L'EXPLO RATEUR

Le magazine de l'Ordre  
des hygiénistes dentaires  
du Québec

## TABOUS Brisons-les!

### DOSSIER

Évaluation de la perception des clients de cabinets dentaires face aux hygiénistes dentaires ayant des tatouages visibles

### CE QUE LES ÉTUDES DISENT...

CANCER : l'importance du dépistage précoce du cancer buccal

### AVIS D'ÉLECTION

Postes à la présidence et d'administrateur

# Forfait exclusif pour les hygiénistes dentaires

Toutes nos excuses  
aux astronautes



Fière partenaire



Ordre des  
hygiénistes dentaires  
du Québec

Économisez jusqu'à **1300 \$\*** annuellement  
en adhérant au forfait adapté aux  
hygiénistes dentaires.

[bnc.ca/specialistesante](http://bnc.ca/specialistesante)



**BANQUE  
NATIONALE**

Réalisons vos idées™

\* Certaines conditions s'appliquent. Ce forfait est exclusif aux professions admissibles au forfait Spécialistes en sciences de la santé. Calculé sur une économie annuelle d'une valeur de 299\$ sur les transactions incluses dans le forfait Virtuouse™; un rabais annuel de 844\$ calculé sur une réduction pouvant atteindre jusqu'à 6,25% pour une marge de crédit personnelle moyenne de 13 500\$ (taux pouvant varier selon le dossier de crédit); un rabais annuel de 375\$ calculé sur une réduction pouvant atteindre jusqu'à 0,25% pour une marge de crédit Tout-En-Un Banque Nationale™ volume moyen de 150 000\$ dans le forfait Spécialistes de la santé. Vous devez être détenteur de la carte de crédit Platine, World ou World Elite MasterCard™ pour être éligible au forfait pour les spécialistes de la santé. Il se peut que l'économie potentielle ne représente pas l'économie nette que vous obtiendrez; elle varie selon votre situation financière. ™ Virtuouse et Tout-En-Un Banque Nationale sont des marques déposées de la Banque Nationale du Canada. MasterCard est une marque déposée de MasterCard International inc., utilisée sous licence. © 2017 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés. ™ RÉALISONS VOS IDÉES est une marque de commerce de la Banque Nationale du Canada.

# L'EXPLO RATEUR

Le magazine de l'Ordre  
des hygiénistes dentaires  
du Québec

- 4 **Avant-propos**
- 6 **Mot de la présidente**
- 7 **A word from the President**

## EXPLORATEUR VIRTUEL

- 8 Parlons-en



## DOSSIER: TABOUS

- 10 Les feux sauvages ou l'herpès buccal
- 12 Congé de paternité
- 13 Régimes amaigrissants. Mieux vaut écouter sa faim
- 16 Cannabis et professionnels de la santé: le paradoxe
- 22 Évaluation de la perception des clients de cabinets dentaires face aux hygiénistes dentaires ayant des tatouages visibles
- 30 Médecine buccodentaire. L'ecstasy

- 33 Agression sexuelle et stress post-traumatique. Peur des soins dentaires chez les victimes d'agressions sexuelles

## AVIS D'ÉLECTION

- 35 Poste à la présidence de l'OHDQ
- 37 Postes d'administrateur de l'OHDQ

## ACTUALITÉ

- 40 Avis de convocation. Assemblée générale annuelle 2017 des membres de l'OHDQ
- 41 Message hommage à Esther Wilkins
- 43 Soleil. S'exposer plus pour vivre plus?
- 48 Calendrier de formation continue 2016-2017
- 52 Webconférences

## CE QUE LES ÉTUDES DISENT...

- 54 Ce charmant petit mot tabou de 6 lettres débutant avec un «c». Cancer: l'importance du dépistage précoce du cancer buccal

## 56 OFFRE D'EMPLOI

## COCASSERIE

- 57 Comment peut-on être à la fois chauve et barbu?
- 57 Dermatologie. Une peau «anti-ride» est à l'essai

## INSPECTION PROFESSIONNELLE

- 58 L'incontournable obligation de répondre au comité d'inspection professionnelle

## SÉLECTION DE PRESSE

- 60 Neurologie. L'insomnie chronique est bien une pathologie cérébrale
- 60 La crème solaire empêche-t-elle le corps de synthétiser la vitamine D?
- 61 Pourquoi ne sentons-nous pas notre odeur?

## TABAC

- 62 À la une. Derrière l'écran de vapeur
- 63 Les effets du tabac sur la peau du visage se précisent

## 64 MESSAGES OHDQ

## SERVICES FINANCIERS

- 65 7 raisons de faire affaire avec un courtier immobilier

*L'Explorateur* est une source d'information fiable et crédible qui contribue depuis plus de 27 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	Dates de parution	Dates de tombée pour les textes
<b>Bleu</b>	Juillet 2017	14 avril 2017
<b>Les liquides</b>	Octobre 2017	11 août 2017



**L'EXPLORATEUR, VOL. 27, N° 1, AVRIL 2017**

**Comité des publications**

Caroline Boudreault, HD  
Bibiane Gagnon, HD  
Éloïse Lafrenière, HD  
Sophie Lecavalier, Responsable des communications  
et secrétaire du Comité

**Ont collaboré**

Elsa Abdoun  
Aaron Arndt, Ph. D.  
Agathe Bergeron, HD, Responsable de l'inspection et la pratique  
professionnelle  
Kheira Bettayeb  
Florian Cadu  
Odile Capronnier  
Nadine Caron, adjointe administrative  
Diane Duval, HD, présidente  
Jean Hamann  
Marie-Pier Lambert, HD  
Sylvie Martel, HD  
Gayle McCombs, MS, HD  
Marise Parent, réceptionniste et commis secrétaire  
Dorothee Philippon, conseillère en communication  
Nathalie Picard  
Anne Rambaud  
M<sup>e</sup> Janique Ste-Marie, notaire, directrice générale et secrétaire  
Susan Lynn Tolle, BHD, MS  
Amanda Verissimo, MS, HD

**Comité exécutif**

Présidente, Diane Duval, HD  
Vice-présidente, Anick Boulay, HD  
Trésorière, Johanne Landry, HD  
Administrateur, Ghislaine Clément, HD  
Administrateur nommé, André Roy

**CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Administrateurs élus par les membres

**Régions administratives**

05 et 16	Anick Boulay, HD
07 et 08	Mylène Chauret, HD
05 et 16	Ghislaine Clément, HD
01, 09 et 11	Francine Demeules, HD
03 et 12	Mélanie Desmarais, HD
14 et 15	Poste vacant
03 et 12	Jason Lambert, HD
06 et 13	Johanne Landry, HD
06 et 13	Lorna Lanoue-Patrice, HD
02 et 10	Josée Lemay, HD
04 et 17	Maryse Lessard, HD
05 et 16	Ruth Nicole, HD
06 et 13	Nicole Seminaro, HD

**Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec**

Constance Leduc  
Jean-Louis Leblond  
André Roy  
Renée Verville

**Direction de l'Ordre**

Directrice générale et secrétaire de l'Ordre,  
M<sup>e</sup> Janique Ste-Marie, notaire

**Révision**

OHDQ

**Publicité**

OHDQ

**Graphisme**

Z Communications

**Photo couverture**

Shutterstock

**Impression**

F.L. Chicoine

**Tirage**

6 700 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<sup>er</sup> trimestre 1992

Bibliothèque nationale du Canada, ISSN : 1183-4307 (Imprimé)

Bibliothèque nationale du Canada, ISSN : 2369-6915 (En ligne)

Convention poste publication N° 40009269

**Politique publicitaire de l'OHDQ**

Disponible sur le site Web au [www.ohdq.com](http://www.ohdq.com) dans la section

*Nos publications.*

**Droits d'auteur**

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



**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec**

1155, boul. Robert-Bourassa, 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](http://www.ohdq.com)



Chers membres,

Pourquoi est-ce si difficile, encore en 2017, de parler d'épuisement professionnel ou même de dépression post-partum? Nous évitons la politique dans un repas de famille, de parler d'argent avec nos amis et de maladie mentale avec nos collègues. Nous préférons souvent passer certains sujets sous silence.

Nous aurions pu mettre une multitude d'articles dans *L'Explorateur*, le sujet étant vaste et touchant autant nos vies personnelles et professionnelles. D'ailleurs, certains articles dans le *Dossier* sont directement liés à la profession d'hygiéniste dentaire : les patients victimes d'agression sexuelle, les tatous dans le milieu professionnel et le cannabis. Également, Sylvie Martel, HD nous parle d'une étude sur le cancer buccal et l'importance du son dépistage.

Sur un tout autre sujet, le Comité des publications invite les auteurs et chercheurs à faire part de leur intérêt à soumettre des textes pour *L'Explorateur*. Plus de renseignements en page 64.

Le Comité des publications vous souhaite un très beau printemps et une bonne lecture!

**Le Comité des publications,**

Caroline Boudreault, HD

Bibiane Gagnon, HD

Éloïse Lafrenière, HD

Sophie Lecavalier, Responsable des communications et secrétaire du Comité

**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





## Coquille d'alignement et gouttière de blanchiment

Novadent<sup>MD</sup> Original nettoie en profondeur les coquilles d'alignement, les gouttières de blanchiment et les protecteurs buccaux.

Utilisez la solution Novadent<sup>MD</sup> tous les jours pour éliminer les bactéries, les virus et les micro-organismes infectieux qui peuvent se retrouver sur vos appareils.

Suivre les instructions pour un résultat optimal.



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

RECOMMANDÉ PAR  
 Association  
des Denturologistes  
du Québec.

**NOVA**  
*Dent*



## Quand la détresse professionnelle

# AFFECTE LES SERVICES RENDUS AUX PATIENTS



Chers membres,

Le dernier congrès de l'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* a été riche en échanges de toutes sortes, notamment en ce qui a trait aux relations professionnelles entre

l'hygiéniste dentaire et le dentiste.

À titre d'exemple, de plus en plus d'hygiénistes dentaires rapportent subir de la pression de leur employeur afin de convaincre les patients d'accepter des plans de traitements qui ne correspondent pas toujours aux besoins réels du patient. C'est le cas des plaques occlusales qui sont très à la mode actuellement. L'hygiéniste dentaire est ensuite évalué au rendement et, à défaut de répondre aux objectifs d'affaires de l'entreprise, il est interpellé lors des bilans financiers de fin de mois afin de se justifier.

Dans *L'Explorateur* de janvier dernier, un passage des notes prises lors de la conférence de M<sup>e</sup> Jean-Pierre Ménard, avocat de renom dans le traitement des plaintes dans le domaine des soins de santé mentionnait que « **Le professionnel est responsable et imputable de ses actes. Il ne peut se prétendre à l'abri de poursuites professionnelles pour des actes qu'il a posés lui-même, sous prétexte qu'ils lui ont été ordonnés par un autre professionnel, même si celui-ci est son employeur** ».

Le double statut de l'hygiéniste dentaire, professionnel salarié, responsable envers son patient et redevable envers son employeur, n'est pas sans engendrer des tensions qui ont un impact sérieux sur le quotidien des hygiénistes dentaires, avec risque d'affecter la qualité des services professionnels rendus aux patients. L'Ordre reçoit de

Plus les rôles  
seront clairs et les  
responsabilités bien  
définies, plus les  
risques de conflits  
s'amenuiseront.

plus en plus d'appels à l'aide d'hygiénistes dentaires qui dénoncent des actes qu'on leur réclame d'accomplir et qui sont à l'encontre de l'éthique et de leur Code de déontologie. Ils sont démunis quant aux actions à entreprendre et ils réclament de l'aide et du support professionnel pour contrer ces situations abusives et atténuer le stress professionnel qui en découle.

L'Ordre rappelle aux hygiénistes dentaires que le Code de déontologie a préséance sur les directives d'un employeur, même si celui-ci est le gouvernement. Voir l'article 26 du Code de déontologie :

« *L'hygiéniste dentaire doit éviter de poser ou de multiplier sans raison suffisante des actes professionnels dans l'exercice de sa profession et doit s'abstenir de rendre un service inapproprié ou disproportionné aux besoins du client* ».

Il est primordial que les Ordres professionnels et l'Office des professions règlent ces situations conflictuelles. Plus les rôles seront clairs et les responsabilités bien définies, plus les risques de conflits s'amenuiseront.

C'est là un des objectifs que la modernisation de la profession doit atteindre. ■

Diane Duval, HD  
Présidente

Pour tout commentaire : [info@ohdq.com](mailto:info@ohdq.com)

Tél. : 514 284-7639, poste 215

# When professional distress

---

## AFFECTS PATIENT SERVICES

Dear Members,

The most recent *Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* convention inspired a wide variety of discussion, notably on the topic of the professional relationship between the dental hygienist and dentist.

As an example, a growing number of dental hygienists report that they are under a lot of pressure from their employers to convince patients to agree to treatment plans that don't necessarily correspond to the patient's actual needs. Nightguards, which are very popular at the moment, are a case in point. Hygienists are then evaluated on their performance and if they fail to meet the company's business objectives, they are required to justify themselves during the month-end financial reporting period.

In the January issue of *L'Explorateur*, a passage from the notes taken during a talk by Me Jean-Pierre Ménard, a lawyer renowned for handling healthcare complaints, stated that ***"The professional is responsible and accountable for his or her own actions. A professional can be taken to court for his or her professional actions even if the professional argues he or she was following the orders of another professional, and even if the latter is their employer."***

The dual status of dental hygienists—salaried professionals, responsible to their patients and liable to their employers—is not without tensions that seriously impact their day-to-day work, with the risk of affecting the quality of professional services provided to patients. The OHDQ is receiving a growing number of appeals for help from dental hygienists reporting activities they are being

Instances of such conflicts will decrease as roles are made clearer and responsibilities better defined.

required to perform that are unethical or that go against their Code of ethics. They are at a loss as to what steps to take and are seeking professional help and support to handle these abusive situations and to mitigate the ensuing professional stress.

The OHDQ reminds dental hygienists that the Code of ethics takes precedence over an employer's directives even if the employer is a government body. See section 26 of the Code of ethics:

***"A dental hygienist shall avoid performing unnecessary or superfluous professional acts in the practice of his profession and shall refrain from performing any service that is inappropriate or disproportionate to the needs of his client."***

It is imperative that professional orders and the Office des professions resolve these conflict situations. Instances of such conflicts will decrease as roles are made clearer and responsibilities better defined.

This is one of the objectives sought in modernizing the profession. ■



Diane Duval, DH  
President

Send all comment to: [info@ohdq.com](mailto:info@ohdq.com)  
Tel.: 514 284-7639, Ext. 215

# PARLONS-EN



Par Marie-Pier Lambert, HD

Tristement, encore beaucoup de sujets sont toujours tabous. Pourtant, certains de ces sujets méritent notre attention et être moins censurés. Tout ce qui entoure la maladie mentale, comme le suicide et la dépression sont encore des sujets trop peu discutés.

En parler c'est la première étape pour éliminer la stigmatisation. Voici donc des sites qui vous aideront à être mieux outillés et comprendre davantage les différents aspects de la maladie mentale.

## La Fondation des maladies mentales

Le site Web de la **Fondation des maladies mentales** est une petite mine d'or d'informations. Des causes aux différentes maladies mentales, en passant par les croyances et les tabous entourant celles-ci. Il est possible d'y retrouver une tonne de conseils. Une liste de ressources est disponible pour les gens qui en ont besoin.

<http://www.fondationdesmaladiesmentales.org>







### Les troubles alimentaires

ANEB vient en aide en offrant du soutien et de l'espoir aux gens qui souffrent de troubles alimentaires. Le site Web regorge d'informations sur l'anorexie, la boulimie ainsi que l'hyperphagie boulimique. Certaines de ces maladies peuvent avoir un impact en bouche. L'acide du reflux et les carences alimentaires peuvent être dévastateurs. Soyez alerte!

<https://anebquebec.com>



### La dépression

La dépression est fréquente et encore très incomprise. Le site Web de **la dépression fait mal** vous permettra d'en apprendre plus sur les différentes facettes de cette maladie. La liste des symptômes est un atout et est importante à connaître autant pour vous que pour les gens que vous côtoyez. D'ailleurs, une section complète est dédiée aux amis et à la famille des gens qui vivent avec la dépression.

<http://ladepressionfaitmal.ca/fr/default.aspx>



### Le suicide

Il vaut mieux prévenir que guérir, vous le savez. Travailler à prévenir le suicide est d'autant plus important. Chaque jour, trois Québécois s'enlèvent la vie. C'est énorme. Parlez-en et soyez présent. N'hésitez surtout pas à chercher de l'aide si vous en avez besoin. Plusieurs ressources sont disponibles sur le site Web du **Centre de prévention du suicide de Québec**. Si vous avez besoin d'en parler, les lignes du 1-866-APPELLE sont toujours ouvertes.

<http://www.cpsquebec.ca>

# LES FEUX SAUVAGES OU L'HERPÈS BUCCAL

Par [www.cliniquelactuel.com](http://www.cliniquelactuel.com)

**Source :** Texte reproduit avec autorisation. « Les feux sauvages ou l'herpès buccal ». [http://cliniquelactuel.com/feux\\_sauvages\\_ou\\_herpes\\_buccal](http://cliniquelactuel.com/feux_sauvages_ou_herpes_buccal); <http://cliniquelactuel.com/Comment-l-herpes-se-transmet-il>.

## Dans 54 % des cas, les lésions inconfortables des feux sauvages ont empêché les personnes atteintes d'embrasser des êtres chers.

Parfois appelés herpès buccal ou boutons de fièvre, les feux sauvages sont des lésions ou des ulcères très contagieux qui se forment sur le contour extérieur de la bouche et qui durent généralement de sept à dix jours. Les personnes qui souffrent de feux sauvages éprouvent généralement une sensation de picotement sous la surface de la peau avant que les lésions n'apparaissent. On recommande aux personnes atteintes d'éviter les baisers et le contact direct avec les lésions et de bien se laver les mains immédiatement après avoir touché le feu sauvage.

Selon les estimations, de 20 à 40 pour cent de la population adulte souffrent de feux sauvages. Règle générale, les personnes atteintes auront trois ou quatre feux sauvages par année. L'exposition à certains facteurs déclenchants tels que le soleil, le stress, la fatigue et les fluctuations hormonales peut causer une éruption.

## Comment l'herpès se transmet-il ?

Le virus de l'herpès génital est transmis par les contacts sexuels. Ce n'est pas une infection qui se transmet par les ustensiles, les serviettes ou les savons – bien que ce soit une question fréquente. Le VHS peut se transmettre par simple contact de la peau (organes génitaux) ou par contact avec des sécrétions génitales contaminées. Ceci veut dire qu'il y a un risque associé à la pénétration sexuelle (vaginale, anale ou buccale), mais aussi à un contact direct sans pénétration. Une fois qu'on est exposé à ce virus, une période d'incubation de 2 à 20 jours s'ensuit avant le développement des premiers symptômes (infection initiale primaire). Selon de nombreuses études, la majorité des personnes infectées par l'herpès génital ignorent qu'elles le sont. En effet, la majorité des personnes infectées peuvent ne pas développer de symptômes, ou avoir des symptômes atypiques ou mineurs, ignorant ainsi qu'elles sont infectées.



Le moment le plus risqué de transmettre ou de contracter l'herpès génital est lorsque vous ou votre partenaire infecté souffrez d'une crise d'herpès. Nous croyons que cette période à risque de transmission inclut les 12 à 24 heures précédant l'apparition visuelle des lésions de la peau (lorsque le virus se reproduit dans les cellules nerveuses). Plusieurs individus qui éprouvent des récurrences d'herpès génital peuvent identifier le début d'une crise par leur « prodrome » — symptôme annonciateur d'une crise aiguë, qui peut comprendre des sensations neurologiques étranges, telles que des démangeaisons ou des engourdissements, dans la région où les lésions ont tendance à se localiser. Les risques de transmission commencent à partir de ce moment et persistent jusqu'à ce que les lésions soient complètement recouvertes d'une gale.

Les risques de transmission diminuent en l'absence de lésions, quoiqu'ils demeurent toujours présents. Dans le passé, nous avons cru à tort que s'il n'y avait pas de lésions sur la peau, il n'existait aucun risque de transmission. Des études ont démontré que les individus infectés par l'herpès génital peuvent en fait excréter le virus de l'herpès à travers la peau de façon occasionnelle, même sans éprouver de symptômes. Le taux d'excrétion asymptomatique peut varier considérablement d'une personne à l'autre, et d'une étude à l'autre. On soupçonne que cette excrétion se produit un jour sur dix... Évidemment, il est impossible de savoir quel jour (en dehors d'études cliniques). Cette situation s'avère particulièrement frustrante pour les patients et les couples qui vivent avec l'herpès (voir ci-dessous).

**Il est donc important de se rappeler que si on est porteur de l'herpès buccal (les feux sauvages), ce qui est fréquent, on peut le transmettre lors de relations sexuelles oro-génitales. ■**



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 sainement<sup>1</sup>. 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 risque<sup>2-5</sup>? 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, 2005. 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.

GlaxoSmithKline Soins de santé aux consommateurs Inc.  
Mississauga, Ontario L5N 6L4  
©2017 Le groupe d'entreprises GSK ou son concédant.  
Tous droits réservés.



# CONGÉ DE PATERNITÉ

Par **RevueRH.org**

**Source :** Texte reproduit avec autorisation. « RH Illustrées – Congé de paternité ». RevueRH.org, volume 19, n° 1, janvier-février-mars 2016, page 12.

## Les chiffres d'un tabou

Au Québec, les hommes ont droit à cinq semaines de prestations de congé de paternité. Ils peuvent aussi partager avec leur conjointe les 32 semaines de prestations de congé parental qu'accorde le Régime québécois d'assurance parentale (RQAP) aux deux parents. Que se passe-t-il dans la réalité? ■

**Sources :** Sondage CROP-CRHA *La perception des congés de paternité auprès des travailleurs*, 2015; sondage CRHA *Congés de paternité* mené auprès des membres, 2015; Conseil de gestion de l'assurance parentale.



## 50 %

Un homme sur deux juge que la prise d'un congé paternité peut lui nuire au travail.



## 1/3

Proportion de travailleurs estimant que la prise d'un congé de paternité est mal perçue par la direction.



## 78 %

Pourcentage des naissances qui ont donné lieu à l'octroi de prestations du RQAP aux pères en 2014, alors que ce taux s'élevait à 69 % en 2006.

## CONGÉ DE PATERNITÉ RÉMUNÉRÉ DANS LE MONDE



QUÉBEC : 15 À 25 JOURS

ROYAUME-UNI : 5 À 10 JOURS

NORVÈGE : 50 JOURS

CHINE : 3 À 14 JOURS

CANADA : 0 JOUR

ÉTATS-UNIS : 0 JOUR

FRANCE : 11 JOURS

BRÉSIL : 5 À 10 JOURS

AUSTRALIE : 10 JOURS



## 9 SEMAINES

Les pères prennent en moyenne neuf semaines de prestations du RQAP.



## 29 %

Les gestionnaires dissuaderaient les pères de profiter du congé parental dans 29 % des cas – mais seulement 3 % des femmes.



## 32 %

Selon les CRHA sondés, parmi les entreprises où ils travaillent, près d'une sur trois accorde à ses employés des prestations complémentaires à celles du RQAP.

## 23 %

Pourcentage des entreprises où travaillent les CRHA sondés qui offrent des mesures facilitant le retour au travail après un congé parental. Ces mesures sont proportionnellement :

**67,4 %**

Retour progressif

**52,3 %**

Horaire réduit

**25,6 %**

Télétravail



# RÉGIMES AMAIGRISSANTS

Mieux vaut écouter sa faim

Par **Nathalie Picard**, Science & Vie

**Source :** Texte reproduit avec autorisation. Picard, N. « Régimes amaigrissants. Mieux vaut écouter sa faim. », Science & Vie, n° 1187, août 2016, pages 108 à 111.

« C'est le printemps, perdez deux tailles! », « -3 kg tout de suite! » Ces promesses fleurissent en une des magazines chaque année. Des régimes miracles censés faire perdre du poids sans effort et quasi instantanément. Comment? Les recettes du succès, validées par de soi-disant experts, sont innombrables. Il faut dire qu'en France, 70 % des femmes et 52 % des hommes voudraient peser moins. Et nombreux sont ceux qui ont suivi au moins un régime dans leur vie. Et comme une diète en appelle souvent une autre, c'est une histoire sans fin.

Pourtant, les scientifiques sont unanimes : ces régimes ne marchent pas. Pis : ils sont dangereux. Ce que confirme Michel Desmurget, neurobiologiste à l'Inserm, qui a épluché la littérature scientifique sur le sujet. Son objectif? Résoudre ses propres problèmes de poids alors qu'il avait atteint 129 kg suite à des régimes ratés. « Cette découverte m'a mis dans une colère noire! Conseiller un régime amaigrissant, cela équivaut à prescrire un médicament aux effets délétères dans 95 % des cas. Non seulement on prend les gens pour des imbéciles, mais en plus, on joue avec leur santé! »

Comment expliquer le succès de ces régimes? C'est qu'au début, ils tiennent leurs promesses. Basés sur une baisse des apports

## LE RAPPEL DES FAITS

Emblème du régime minceur, le programme **Weight Watchers**, né en 1963 aux États-Unis, débarque dix ans plus tard en France. Depuis, les régimes amaigrissants sont devenus un phénomène de masse. Ils concernent près de la moitié des Françaises de corpulence normale.

énergétiques, ils font bien maigrir... Mais les kilos perdus reviennent vite : « *La reprise pondérale concerne 80 % des sujets après un an et augmente avec le temps* », note l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) dans son avis sur les pratiques d'amaigrissement publié en 2011. À terme, 90 à 95 % des régimes sont voués à l'échec.

## LE CORPS QUI SE DÉFEND

« *Notre corps est programmé pour que ça ne marche pas*, répond le neurobiologiste. *Il ne fait pas la différence entre régime et famine. Et si ce mécanisme n'existait pas, ça fait longtemps que l'humanité*

*aurait disparu.* » Ce système de défense intervient à plusieurs niveaux. Il faut d'abord savoir que, dès le deuxième jour de restriction, l'organisme réduit ses dépenses énergétiques, et va tout mettre en œuvre pour augmenter les apports alimentaires.

Le système hormonal joue ici un rôle clé : la leptine, hormone de la satiété produite par le tissu adipeux, voit sa concentration sanguine baisser. À l'inverse, celle de la ghréline augmente, ce qui stimule l'appétit. Et rend le régime d'autant plus difficile à tenir.

Au niveau cérébral ensuite, le système de récompense, source de satisfaction, devient hypersensible aux stimuli alimentaires. « *Cet ensemble forme une vraie machine de guerre qui n'a qu'un*



**La liste des risques ne s'arrête pas là. « *La plupart des régimes sont déséquilibrés et entraînent des déficits et des excès nutritionnels* », souligne Jean-Michel Lecerf**

*but : reconstituer les réserves de graisse. Tant que cet objectif n'est pas atteint, elle ne lâche rien* », résume Michel Desmurget. La masse musculaire, elle, reviendra dans un second temps... ou pas. Pour maintenir son poids post-régime, il faudra donc manger beaucoup moins qu'avant.

Voilà pourquoi la majorité des régimes se soldent pas des échecs, conduisant souvent à un nouveau poids supérieur à celui d'origine : c'est l'effet yoyo. Dans sa consultation au CHRU, Jean-Michel Lecerf, chef du service nutrition à l'institut Pasteur de Lille, rencontre des patients victimes de la « *toxicité des régimes restrictifs* ». Comme cette femme qui pesait 62 kg, mais voulait maigrir : quelques régimes plus tard, elle en faisait... 140. « *Elle aurait mieux fait de ne jamais en suivre*, remarque le médecin. *Les régimes ne sont pas la bonne façon d'aborder les problèmes de poids, car ils induisent des troubles psycho-comportementaux et des rechutes.* » Dépression, perte d'estime de soi ou restriction cognitive, un syndrome très courant... « *Imaginez que vous décidiez de maigrir. Au déjeuner, vous êtes attiré par une blanquette de veau, votre plat préféré. Mais vous prenez le poisson et les légumes vapeur, moins caloriques. Vous substituez la raison au plaisir et privilégiez des informations cognitives extérieures au détriment de vos propres sensations physiologiques* », décrypte Michelle Le Barzic, ancienne psychologue clinicienne à l'Hôtel-Dieu. Un comportement source de frustration, qui génère des phases de désinhibition : « *Et le soir, vous craquez sur tout ce qui passe à votre portée. Au final, vous mangez plus, et de manière plus déséquilibrée. C'est un cercle vicieux.* » Sans compter que la restriction cognitive peut engendrer d'autres troubles, comme la boulimie.

### UNE ALIMENTATION INTUITIVE

La liste des risques ne s'arrête pas là. « *La plupart des régimes sont déséquilibrés et entraînent des déficits et des excès nutritionnels* », souligne Jean-Michel Lecerf. L'Anses alerte ainsi sur leurs effets délétères pour l'intégrité du capital osseux.

Faut-il pour autant bannir tous les régimes? Pour Jacques Fricker, nutritionniste à l'hôpital Bichat, « *le pire des régimes est le jeûne complet, qui entraîne de graves risques pour la santé des*



## L'IMC, UNE NORME INADAPTÉE?

« On ne peut pas imposer à tout le monde un poids standard », s'agace Jean-Michel Lecerf, à l'institut Pasteur de Lille. L'indice de masse corporelle (IMC) – le poids divisé par le carré de la taille – détermine la corpulence. L'OMS le dit « normal » avec le risque de mortalité le plus bas, s'il est compris entre 18,5 et 24,9 kg/m<sup>2</sup>. Le surpoids correspond à un IMC supérieur à 25 kg/m<sup>2</sup>, et l'obésité à plus de 30 kg/m<sup>2</sup>. « C'est un bon repère épidémiologique, mais un mauvais marqueur individuel », regrette le spécialiste. Jacques Fricker, de l'hôpital Bichat, confirme : « Il faut tenir compte du tour de taille. C'est la graisse du ventre qui est dangereuse. »

deux jours de pratique. Sont aussi à proscrire les diètes hyperprotéinées et les régimes très rigides, qui excluent totalement certains aliments ou dictent à quelle heure manger. Un bon régime doit être souple et adapté à chacun ». Or, selon Sylvain Duval, conseiller en nutrition, la plupart des diètes commerciales dérogent à ce dernier critère : « Quel que soit votre âge, votre poids ou votre sexe, vous devez manger le même nombre de calories. C'est aberrant! »

Si les régimes ne sont pas une solution, que proposer, alors, aux 32 % de Français en surpoids et 15 % obèses?

« De nouvelles approches visent à changer les comportements alimentaires à long terme », analyse Jean-Michel Lecerf. Des scientifiques viennent ainsi d'analyser l'association entre alimentation intuitive et surpoids chez plus de 50 000 personnes. L'alimentation intuitive consiste à manger seulement quand on a faim pour des raisons physiques, sans se restreindre. Parus en mars, les résultats montrent que ce mode d'alimentation réduit le risque de surpoids et d'obésité. « Être à l'écoute de sa faim est associé à un poids moins important », souligne Sandrine Péneau, maître de conférences en nutrition à l'université de Paris XIII.

## QUATRE TYPES DE RÉGIMES DANGEREUX POUR LA SANTÉ

### LES RÉGIMES DISSOCIÉS

**Principe** : Le régime chrononutrition associe aliments et horloge biologique : manger gras au petit-déjeuner, riche en protéines au déjeuner et léger le soir.

**Risques** : Carencé en vitamines D et E, ce régime impose des règles strictes qui peuvent engendrer un syndrome de restriction cognitive.

### LES RÉGIMES QUI EXCLUENT DES ALIMENTS

**Principe** : Dans le régime « groupes sanguins » par exemple, chaque profil sanguin correspond à une diète, avec des aliments autorisés et interdits.

**Risques** : Ce régime sans fondement scientifique conduit à des déséquilibres alimentaires (carences en fibres, excès de protéines). Très restrictif, il peut causer une restriction cognitive et des troubles du comportement alimentaire.

### LES RÉGIMES TRÈS HYPOCALORIQUES

**Principe** : Le régime citron détox, par exemple, est proche d'un jeûne et composé d'un seul aliment : une boisson sucrée à base de jus de citron.

**Risques** : Il provoque des carences multiples (vitamines, minéraux) et de nombreux troubles : perte de masses musculaire et osseuse, affaiblissement général voire accident avec mort subite.

### LES RÉGIMES HYPERPROTÉINÉS

**Principe** : Le plus en vogue, le régime Dukan, repose sur une forte consommation d'aliments riches en protéines (viande, poisson...).

**Risques** : Carencé en vitamine C, il peut causer troubles digestifs et perte de masses musculaire et osseuse. Le dépassement des apports conseillés en protéines peut nécessiter un suivi rénal.

Mais comment être attentif à ses signaux corporels? « Si je m'écoute, je vais plutôt manger du chocolat que des brocolis! », lance Michel Desmurget, sceptique. La faim n'est pas le principal déterminant de nos prises alimentaires. De multiples facteurs régulent la satiété : l'environnement, la mémoire, le plaisir procuré par les aliments, l'état psychologique... » D'autres conseils lui semblent ainsi plus réalistes, comme faire ses courses avec une liste, ne pas regarder la télé en mangeant, dormir suffisamment, utiliser de petites assiettes et, bien sûr, pratiquer une activité physique quotidienne. Pour Jean-Michel Lecerf, la prise en charge doit privilégier « une approche clinique individualisée qui s'inscrit dans le temps ». Pas de recette miracle donc, mais de la patience. ■

# CANNABIS ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ : LE PARADOXE

Par **Dorothée Philippon**, conseillère en communication

**Source :** Reproduction autorisée. Philippon, Dorothée. « Cannabis et professionnels de la santé : le paradoxe », *L'interaction*, magazine officiel de l'Ordre des pharmaciens du Québec, Hiver 2017, volume 6, numéro 2, pages 6-10. <http://www.opq.org/fr-CA/publications/l-interaction/>

Au même titre que les États-Unis, l'Espagne, la France, l'Australie ou encore la Nouvelle-Zélande, le Canada fait partie des plus grands consommateurs de cannabis au monde. Bien que cela soit illégal, 42,5 % de la population de 15 ans et plus a déclaré avoir déjà consommé de la marijuana, et 12,2 % en avoir consommé au cours de la dernière année<sup>1</sup>. Pas étonnant donc d'apprendre que les Canadiens sont favorables à un assouplissement des règles entourant sa consommation : 66,5 % pour la légalisation, 70,9 % pour la décriminalisation<sup>2</sup>.

Des nombreuses personnes aux prises avec des maladies graves et des douleurs chroniques se tournent vers le cannabis, faute d'avoir trouvé un traitement adéquat pour atténuer leurs souffrances et les aider à retrouver un certain bien-être dans leur quotidien.

L'opinion publique a considérablement évolué sur le sujet, de même que la position des tribunaux au cours des 15 dernières années. Depuis 1999, la jurisprudence statue en faveur des patients, leur reconnaissant le droit d'un accès raisonnable à une source légale d'approvisionnement pour une consommation du cannabis à des fins thérapeutiques (CFT). La loi et les règlements ont dû s'ajuster, et les professionnels de la santé du même coup, les plaçant dans une situation sans précédent.

## Un statut particulier

Depuis 2013, les Canadiens ont accès au cannabis (ou marijuana) à des fins médicales par l'entremise de l'un des 36 producteurs autorisés (PA), détenteur d'un permis délivré par Santé Canada, après avoir obtenu une ordonnance d'un médecin, dans le cadre d'un projet de recherche pour le Québec. En juillet 2015, Santé Canada a élargi l'accès au cannabis en autorisant, en plus de sa

forme séchée, son approvisionnement sous d'autres formes médicales (ex. : huile, bourgeons, feuilles fraîches). Jusqu'alors, seules les personnes en milieu ambulatoire y avaient accès.

Ainsi, pour répondre aux besoins des patients hospitalisés ou en centre d'hébergement, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié une circulaire, le 12 décembre 2015, visant à encadrer *l'Organisation des services d'accès à la marijuana séchée ou par voie orale à des fins médicales pour les clientèles hospitalisées ou hébergées*.

Depuis lors, les professionnels de la santé font face à un grand paradoxe : ils évaluent le besoin des patients d'avoir accès à ce produit et leur remettent une substance qui n'est pas considérée comme un médicament et qui, prise dans un contexte récréatif,



est illégale. Pourtant, les médecins, y compris en établissements de santé, peuvent permettre à leurs patients d'y avoir accès, et les pharmaciens peuvent les servir.

Le Dr Yves Robert, secrétaire du Collège des médecins du Québec, reconnaît une certaine « réticence des médecins à intervenir dans le processus d'accès au cannabis à des fins thérapeutiques, parce que ce n'est pas un traitement médical reconnu, et que l'on ne connaît pas les indications, les dosages, les formes à prescrire, les effets souhaités et mesurables, les effets secondaires et les interactions avec les autres médicaments. De plus, il n'existe pas ou peu de formation pour rassurer les médecins. »

À l'instar des médecins, les pharmaciens déplorent également le manque de données probantes démontrant son efficacité et son innocuité. *A fortiori*, seuls les médicaments ayant obtenu l'approbation de Santé Canada (avis de conformité) peuvent être distribués par les pharmaciens. Or, ce n'est pas le cas du cannabis.

Pour l'heure, les pharmaciens communautaires ne sont pas directement concernés par la circulaire ministérielle, si tant est qu'ils doivent tout de même s'assurer auprès de leurs patients, lors de la collecte de renseignements, de leur consommation éventuelle de cannabis. « Malgré l'intérêt manifesté par certains groupes et patients pour la vente en pharmacie de cannabis à des fins thérapeutiques, notre position demeure. Il en va de la responsabilité des pharmaciens d'offrir des soins et services sécuritaires. Comment garantir aux patients une telle sécurité en l'absence de données scientifiques probantes, sans monographie, et surtout, sans approbation préalable de Santé Canada? Comment informer pleinement les patients sur les effets thérapeutiques attendus, les effets secondaires, les interactions avec les autres médicaments et répondre à leurs questions? Dans les circonstances, nous ne pouvons pas demander aux pharmaciens communautaires d'engager leur responsabilité professionnelle et mettre en jeu la santé de leurs patients », explique Manon Lambert, directrice générale et secrétaire de l'Ordre.

Pour les pharmaciens en établissement de santé, la situation est différente. L'obligation de fournir cette substance est faite à l'établissement et une directive ministérielle précise cette obligation. Ils doivent ainsi poursuivre un traitement déjà débuté en ambulatoire ou initier un traitement lors de l'hospitalisation d'un patient, si la situation l'exige. Ils doivent également assurer la gestion du cannabis à des fins thérapeutiques et s'assurer de la surveillance globale de la thérapie médicamenteuse de leurs patients en tenant compte de l'usage du cannabis. Le chef du département doit aussi superviser la gestion de l'approvisionnement, l'entreposage, la préparation, l'administration, le reconditionnement du produit et sa destruction. Danielle Fagnan, directrice des services professionnels de l'Ordre, concède qu'il s'agit de défis auxquels les pharmaciens et les autres professionnels de la santé exerçant en établissement de santé n'étaient pas préparés.

#### LES PRINCIPALES INDICATIONS POUR LESQUELLES LE CANNABIS PEUT ÊTRE PRESCRIT À DES FINS MÉDICALES

- VIH/SIDA (perte de poids, troubles de l'humeur, insomnie)
- Sclérose en plaques (spasticité et douleurs)
- Douleur neuropathique chronique du SNC et périphérique (étiologies diverses)
- Douleur neuropathique chronique causée par la neuropathique sensorielle au VIH
- Douleur neuropathique chronique associée au VIH réfractaire à d'autres médicaments
- Douleur chronique post-traumatique ou douleur neuropathique postopératoire réfractaire à d'autres médicaments ainsi que l'insomnie associée
- Douleurs chroniques d'étiologies diverses (musculo-squelettique, post-traumatiques, arthritiques, neuropathiques, périphériques, cancéreuses, fibromyalgie, douleur causée par la migraine, la sclérose en plaques, la drépanocytose et le syndrome du défilé thraco-brachial)

#### INDICATIONS POTENTIELLES :

- Épilepsie
- Maladie de Crohn et colite ulcéreuse
- Glaucome
- Céphalée/migraine
- Nausées, vomissements postchimiothérapie
- Fibromyalgie

**Source :** Santé Canada, *Le cannabis (marihuana, marijuana) et les cannabinoïdes, renseignements destinés aux professionnels de la santé*, février 2013, [www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/med/infoprof-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/med/infoprof-fra.php) (consulté le 31 octobre 2016).

Il ne faut pas nier les pathologies pour lesquelles ces patients prennent du cannabis, souvent graves, invalidantes et sources de douleurs. Le cannabis à des fins thérapeutiques est souvent pris par des patients touchés par le VIH/SIDA, par la sclérose en plaques, le cancer ou encore pour soulager des douleurs neuropathiques chroniques, des douleurs chroniques, post-traumatiques, etc. Pour les patients qui ont reçu, en première intention thérapeutique, d'autres formes de cannabinoïdes dont la prescription est autorisée par Santé Canada, mais n'ayant pas eu les effets escomptés, le cannabis est peut-être pour eux une solution.

C'est pourquoi les établissements de santé doivent tout mettre en œuvre pour que les patients puissent continuer de bénéficier de ce traitement, avec toutes les adaptations que cela nécessite. Cela occasionne indéniablement une charge de travail supplémentaire pour les pharmaciens, et surtout plusieurs interrogations.



## Application en établissement de santé : encore bien des questions

Une chose est claire : seuls les patients ayant obtenu du cannabis par les voies légales, c'est-à-dire d'un PA sur évaluation médicale, peuvent continuer à en prendre lors de leur hospitalisation ou de leur hébergement, selon les conditions prescrites.

Les établissements de santé doivent répondre à un certain nombre de questions sur le terrain et doivent établir des politiques et procédures pour l'ensemble des professionnels de la santé concernés. Une collaboration interprofessionnelle étroite est d'ailleurs essentielle.

Si un patient est admis pour une courte période, est-ce que l'établissement de santé a le temps nécessaire pour se procurer le cannabis chez le PA du patient? Danielle Fagnan explique que « dans ce cas-ci, il a été admis, qu'exceptionnellement, le patient peut, avec son consentement, fournir ses doses personnelles acquises auprès d'un PA. Dans les autres circonstances, l'établissement devra s'en procurer et le fournir gratuitement aux patients selon le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance hospitalisation*. »

Quelles sont les formes pouvant être administrées? Les établissements de santé doivent fournir des chambres (à occupation unique ou dont la ventilation est à pression négative) dans lesquelles il est permis de fumer en vertu de la *Loi concernant la lutte contre le tabagisme* et son règlement d'application, incluant le cannabis. « Nous avons la préoccupation de ne pas exposer les autres patients et le personnel aux fumées du cannabis. La question se pose particulièrement lorsque le patient n'est pas en mesure de se l'administrer lui-même. Et, comme professionnel de la santé, il est délicat de promouvoir cette forme de consommation », reconnaît M<sup>me</sup> Fagnan. L'utilisation du Volcano<sup>MC</sup> serait alors envisagée. Pour le cannabis préparé, c'est-à-dire intégré dans des aliments (muffins, biscuits ou autres), les établissements de santé doivent statuer sur un certain nombre de points : contrôler le dosage et la préparation, éviter des contaminations croisées, protéger la santé des personnes attirées à leur préparation, etc. Pour ces raisons, cette forme, dont l'absorption est très instable, n'est généralement pas recommandée. L'huile de cannabis apparaît d'ailleurs un choix intéressant. Dans la mesure où les concentrations sont définies (contrairement aux feuilles), ces produits sont plus faciles à manipuler, plus sécuritaires et plus faciles à contrôler. « Encore faut-il que les patients acceptent son administration sous cette forme. Il faut respecter leur choix », ajoute-t-elle.

Au même titre que les stupéfiants, les drogues contrôlées et les substances ciblées, le cannabis doit faire l'objet de mesures strictes d'approvisionnement, de distribution, d'entreposage, de contrôle, d'administration ou encore de destruction. La création d'un comité interdisciplinaire, responsable de coordonner la rédaction et l'implantation dans les établissements de politiques et procédures, est d'ailleurs suggérée.

## Un outil pour vous aider

Pour outiller leurs membres exerçant dans les établissements de santé, l'Ordre des pharmaciens du Québec, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes et l'Ordre professionnel des diététistes du Québec ont travaillé de concert à l'élaboration d'un outil d'aide à la décision intitulé « Cannabis à des fins thérapeutiques : Se poser les bonnes questions – Prendre les bonnes décisions ».

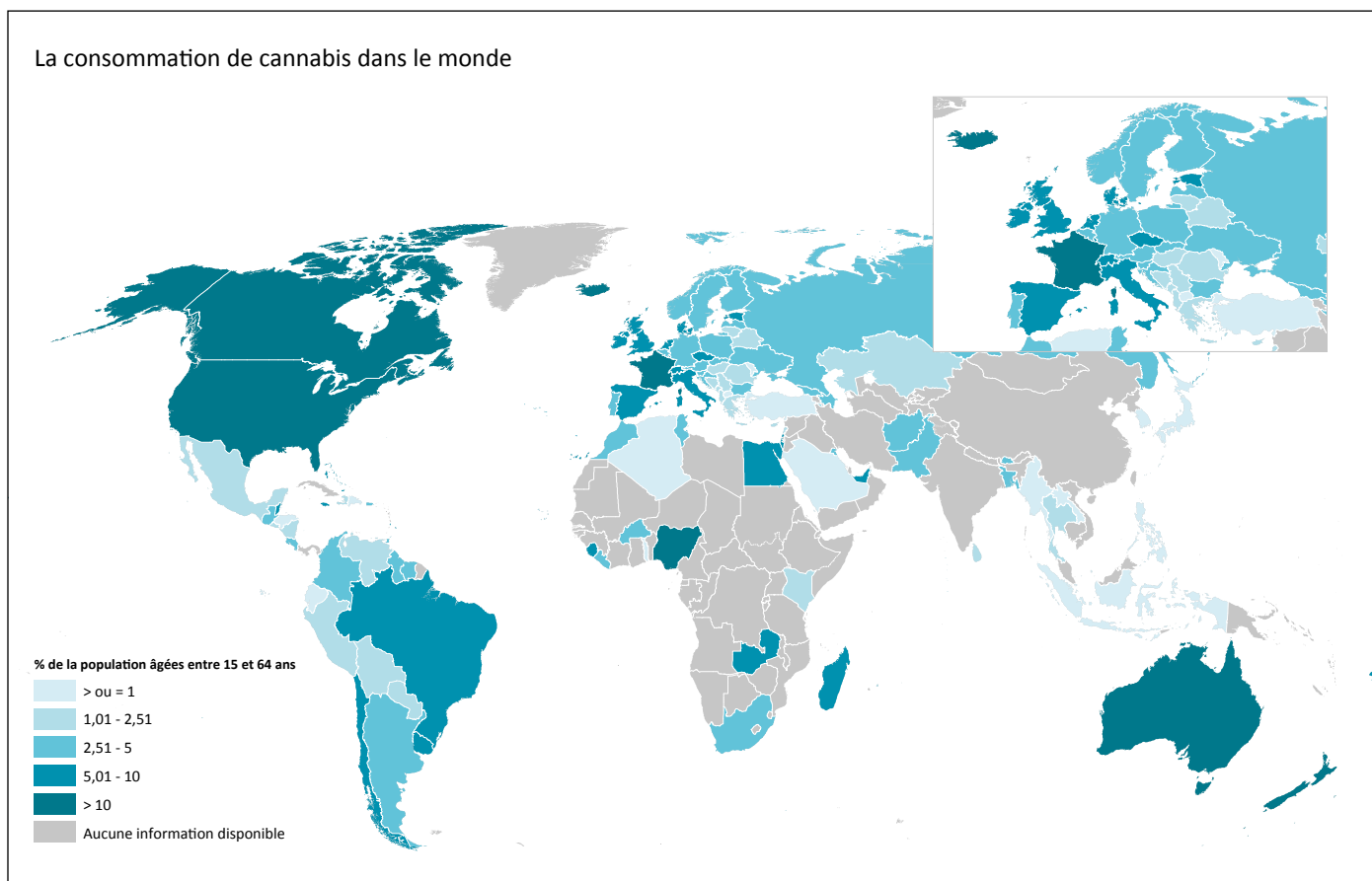
« Cet outil, présenté sous forme de questions à se poser, aidera les équipes interdisciplinaires à nourrir leur réflexion et à établir des procédures, protocoles ou règles d'utilisation communes pour toutes les étapes entourant l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques », explique Danielle Fagnan. Par exemple, le document distingue la distribution impliquant l'auto-administration par le patient du cannabis, sous surveillance du personnel, de l'administration par le personnel désigné, pour les patients incapables de se l'administrer. Il aborde également l'amorce d'un tel traitement lors de l'hospitalisation du patient.

Une fois approuvé par tous les conseils d'administration des ordres concernés, cet outil d'aide à la décision sera disponible sur le site Web de l'Ordre. Nous vous en aviserons lorsque ce sera le cas.

## Les effets sur les patients : la grande inconnue

Une chose est certaine : les données scientifiques entourant l'usage et les effets sur la santé des consommateurs de cannabis, pris dans un cadre thérapeutique, font défaut. « Le CMQ a, depuis longtemps, demandé à Santé Canada que le cannabis soit traité comme n'importe quel produit thérapeutique, c'est-à-dire qu'il fasse l'objet de recherches préalables et que les professionnels de la santé disposent d'une monographie », explique le D<sup>r</sup> Robert. « L'Association nationale des organismes de réglementation en pharmacie (ANORP), dont l'Ordre fait partie, a également fait des demandes répétées en ce sens », confirme Manon Lambert. Devant le refus réitéré de Santé Canada, le 1er avril 2014, le CMQ a créé un projet de recherche intitulé « Registre Cannabis Québec : une banque de données sur l'utilisation du cannabis séché à des fins médicales constituée à des fins de recherche ». Actuellement, plus de 300 patients au Québec sont inscrits au registre et sont suivis étroitement par des médecins. Mené par le D<sup>r</sup> Mark A. Ware du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et le Consortium canadien pour l'investigation des cannabinoïdes (CCIC), ce projet a notamment pour objectifs – en plus de permettre aux médecins de prescrire du cannabis à des fins thérapeutiques tout en se conformant à leurs obligations déontologiques – de recueillir des données sur les indications, les dosages, les effets bénéfiques ou secondaires des produits utilisés et de développer d'éventuelles recherches futures. « On pense, par exemple, à l'usage des huiles de cannabidiol dans le traitement des épilepsies rebelles chez les enfants ou encore dans le traitement de la

## La consommation de cannabis dans le monde



**Source:** Office des Nations unies contre la drogue et le crime, *Use of cannabis in 2014 (or latest year available)*, [http://bit.ly/unodc\\_cannabis\\_map](http://bit.ly/unodc_cannabis_map) (consulté le 2 novembre 2016).

douleur chronique pour réduire l'usage des opioïdes », explique le Dr Robert. « L'idée d'un tel registre a d'ailleurs eu une excellente réception par divers acteurs internationaux. Aux États-Unis, les National Institutes of Health (NIH) sont intéressés à financer le Registre Cannabis Québec. La Tchécoslovaquie, l'Espagne ou encore Israël sont également intéressés par ce projet. Plus de tels registres seraient créés, plus on pourrait partager de l'information et accélérer l'identification de projets de recherche. »

Il existe néanmoins certaines études isolées portant sur la consommation de cannabis à des fins récréatives. Il est clair, à ce jour, que le cannabis renferme plus de goudron que le tabac et certains agents cancérigènes, notamment le benzopyrène et le benzantracène, qui y sont plus concentrés. De plus, il affaiblit le système immunitaire. Ces effets combinés et la technique d'inhalation propre au fumeur de cannabis pourraient accroître le risque de cancer<sup>3</sup>.

Également, selon la D<sup>re</sup> Patricia Garel, psychiatre à l'unité interne des jeunes adolescents au CHU Sainte-Justine, des études

confirment que « la consommation de cannabis augmente le risque de schizophrénie et de psychose. Un jeune qui consomme de façon récréative peut développer un trouble s'il a une vulnérabilité, une prédisposition<sup>4</sup> ».

Le fait est que les professionnels de la santé et les pouvoirs publics disposent de bien peu de données quant aux effets bénéfiques de la consommation de cannabis pour traiter certaines pathologies et aux répercussions (positives et négatives) sur la santé des patients. Les résultats des quelques études existantes ne se veulent pas forcément rassurants, surtout dans un contexte d'ouverture face à l'accessibilité du cannabis.

### Décriminalisation ou légalisation : quel avenir au Canada ?

Lors d'une rencontre internationale sur la lutte contre la drogue aux Nations-Unies, le 20 avril 2016, la ministre de la Santé, Jane Philpott, a fait connaître les intentions du gouvernement du Canada de déposer un projet de loi au printemps 2017 visant la

« Cette politique serait élaborée dans le respect des droits de la personne et dans une optique de santé publique axée sur l'éducation et la prévention<sup>5</sup>. »

législation du cannabis à des fins récréatives « afin d'empêcher que la marijuana tombe entre les mains des enfants et que les criminels en tirent profit ».

Elle a rappelé que « cette politique serait élaborée dans le respect des droits de la personne et dans une optique de santé publique axée sur l'éducation et la prévention<sup>5</sup> ». Le gouvernement a mis en place un comité de réflexion chargé de soumettre ses recommandations au gouvernement avant le dépôt du projet de loi. Un tournant fort attendu sur la scène internationale. Le Canada serait le premier pays du G7 à en légaliser sa consommation.

Il y a fort à parier que les enseignements des États voisins américains seront étudiés de près. En effet, près de chez nous, six États américains ont légalisé la commercialisation du cannabis à des fins récréatives; la Californie et le Massachusetts lors de l'élection présidentielle du 8 novembre dernier. Pour le Colorado, qui l'a légalisé en janvier 2014, outre la manne financière que cela représente, il semblerait que cela n'ait pas entraîné une hausse de sa consommation chez les jeunes. À en croire les données du gouvernement du Colorado, la consommation se situe légèrement en dessous de la moyenne américaine : 21,2 % contre 21,7 % des jeunes auraient consommé du cannabis dans les 30 derniers jours. Elle aurait même baissé si l'on compare les données à 2009 (38 % en ont consommé au moins une fois dans leur vie contre 43 % en 2009). Reste tout de même un point important en matière de santé publique, 91 % des jeunes qui en ont consommé l'ont fumé<sup>6</sup>. Une légalisation qui n'a pas que des avantages. Les médias rapportent que « les tests effectués sur les conducteurs, en cas d'accidents mortels, révèlent plus souvent la présence de cannabis

dans leur système, à un taux supérieur<sup>7</sup> ». Un nombre croissant d'hospitalisations d'enfants pour une ingestion accidentelle de produits contenant du cannabis (biscuits, bonbons, etc.) a également été rapporté.

Des exemples favorables et défavorables sont légion. Reste à définir un certain nombre de critères pour le moins essentiels, comme les règles d'accessibilité, d'âge légal de consommation, de prix de vente, de taxation, de contrôle du produit (teneur en THC, qualité, réseau de production et de distribution), et surtout, l'impact sur les professionnels de la santé, encore plus incertain. Est-ce que les médecins seront encore mis à contribution et dans quelle mesure? Est-ce que les pharmaciens communautaires seront mis à contribution dans la vente? Seul l'avenir nous le dira.

#### Références :

<sup>1</sup>Statistique Canada. *Prévalence de la consommation de marijuana au cours de la vie et au cours de la dernière année, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, les territoires non compris, 2002 et 2012*, [bit.ly/sat\\_can\\_cannabis](http://bit.ly/sat_can_cannabis) (consulté le 28 oct. 2016).

<sup>2</sup>*La Presse*. Hugo De Grandpré, *Deux Canadiens sur trois prêts à légaliser la marijuana*, 4 novembre 2015, [http://bit.ly/La\\_Presse\\_2015\\_cannabis](http://bit.ly/La_Presse_2015_cannabis) (consulté le 28 oct. 2016)

<sup>3</sup>*Drogues, santé et société*, vol. 2, n° 2, 2004, Mohamed Ben Amar, « Pharmacologie du cannabis et synthèse des analyses des principaux comités d'experts », [www.erudit.org/revue/dss/2004/v2/n2/008535ar.html?vue=resume](http://www.erudit.org/revue/dss/2004/v2/n2/008535ar.html?vue=resume) (consulté le 1<sup>er</sup> novembre 2016).

<sup>4</sup>*Le Devoir*, Isabelle Paré, « Le cannabis, première drogue associée aux psychoses », 8 février 2014, [http://bit.ly/Le\\_Devoir\\_cannabis](http://bit.ly/Le_Devoir_cannabis) (consulté le 1<sup>er</sup> novembre 2016).

<sup>5</sup>Radio-Canada. *Ottawa déposera au printemps 2017 son projet de loi pour légaliser la marijuana*, [http://bit.ly/Radio\\_Can\\_cannabis](http://bit.ly/Radio_Can_cannabis) (consulté le 2 novembre 2016).

<sup>6</sup>Healthy Kids Colorado Survey (HKCS), 2015, [http://bit.ly/colorado\\_stat\\_cannabis](http://bit.ly/colorado_stat_cannabis) (consulté le 3 novembre 2016).

<sup>7</sup>Radio-Canada. *Légalisation de la marijuana : qu'est-ce que le Canada peut apprendre du Colorado?*, 19 septembre 2016, [http://bit.ly/Radio\\_Can\\_cannabis\\_bilan](http://bit.ly/Radio_Can_cannabis_bilan) (consulté le 3 novembre 2016). ■



# L'ADVERSAIRE DE L'ACIDE.

Crest® Pro-Santé Avancé contient du fluorure stanneux pour des dents plus saines et plus fortes.

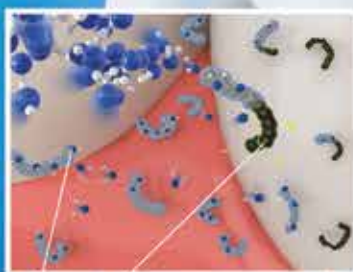
1. Le fluorure stanneux reminéralise l'émail affaibli.



2. Le fluorure stanneux forme une micro pellicule de protection pour prévenir l'érosion causée par l'acidité et soigner la sensibilité dentaire.



3. Le fluorure stanneux freine de façon importante la production d'acides liés aux bactéries responsables de la plaque.



Fluorure stanneux stabilisé

Non traité



SANS BILLES DE POLYÉTHYLÈNE



© P&G, 2016 ORAL-20443

un soin continu après votre visite chez le dentiste

**Crest**  
PRO-SANTÉ

Évaluation de la perception des clients de cabinets dentaires face aux

# HYGIÉNISTES DENTAIRES AYANT DES TATOUAGES VISIBLES

## ÉTUDE ORIGINALE

Par **Amanda Verissimo\***, MS, hygiéniste dentaire autorisée; **Susan Lynn Tolle<sup>§</sup>**, BHD, MS; **Gayle McCombs<sup>§</sup>**, MS, hygiéniste dentaire autorisée; **Aaron Arndt<sup>†</sup>**, Ph. D.

**Source :** Texte reproduit avec autorisation. Verissimo, A., Tolle, SL, McCombs, G et Arndt, A. « Étude originale. Évaluation de la perception des clients de cabinets dentaire face aux hygiénistes dentaires ayant des tatouages visibles ». Traduit du texte original intitulé « *Assessing dental clients' perceptions of dental hygienists with visible tatoos* ». *Can J Dent Hyg.* 2016;50(3):109-115. [www.cdha.ca](http://www.cdha.ca)

## RÉSUMÉ

**Objectif :** Cette étude visait à déterminer si les tatouages visibles influencent la perception des clients face aux hygiénistes dentaires. **Méthodes :** Un sondage a été mené en ligne auprès de 203 sujets par l'entremise d'une source Web commerciale. Les participants ont regardé une des trois photographies où un hygiéniste dentaire modèle portait un uniforme à manches courtes sans tatouage, avec un petit tatouage sur le poignet, ou un plein tatouage sur le bras. Les répondants ont évalué le professionnalisme de l'hygiéniste dentaire selon son apparence et ont indiqué leur intention de visiter le cabinet de cet hygiéniste dentaire de façon régulière. Enfin, les participants ont indiqué s'ils avaient eux-mêmes des tatouages. **Résultats :** Le gros tatouage a influencé négativement la perception de professionnalisme de l'hygiéniste dentaire comparativement à la perception du professionnalisme de l'hygiéniste dentaire ayant un petit tatouage ou aucun tatouage. Cependant, l'hygiéniste dentaire ayant un petit tatouage n'a pas obtenu de



cote plus faible en matière de professionnalisme. De plus, les répondants avec ou sans tatouage étaient moins désireux de fréquenter un cabinet dentaire lorsque l'hygiéniste dentaire avait un gros tatouage. Même si les répondants avec des tatouages ne trouvaient pas l'hygiéniste dentaire ayant un petit tatouage plus professionnel, ils avaient en effet une plus grande intention de visiter le cabinet dentaire comparativement aux répondants sans tatouage. **Conclusions :** Les gros tatouages visibles sont perçus négativement par les clients de cabinets dentaires qu'ils aient des tatouages ou non. Par conséquent, le fait d'avoir un très gros tatouage visible peut compromettre la perception positive d'un client face à l'hygiéniste dentaire et met l'hygiéniste dentaire à risque d'être perçu négativement par les clients dans un cabinet dentaire. Alors que les clients ont moins l'intention de fréquenter un cabinet dentaire qui emploie des hygiénistes dentaires ayant un gros tatouage, ils sont beaucoup plus tolérants à l'égard des petits tatouages visibles, surtout s'ils ont eux-mêmes un

tatouage. Ainsi, il n'est peut-être pas nécessaire que les cabinets dentaires adoptent une politique anti-tatouages visibles, mais plutôt qu'ils envisagent les tatouages au cas par cas.

Mots-clés : art corporel, hygiénistes dentaires, patients de cabinets dentaires, code vestimentaire en soins de santé, professionnalisme, tatouages

\* Monitrice en hygiène dentaire, San Joaquin Valley College, Campus de San Diego, Chuta Vista, Californie (États-Unis)

§ Professeure, School of Dental Hygiene, Université Old Dominion, Norfolk, Virginie (États-Unis)

† Professeur agrégé, Département de marketing, Université Old Dominion, Norfolk, Virginie (États-Unis)

Correspondance avec : Susan Lynn Tolle; [Itolle@odu.edu](mailto:Itolle@odu.edu)

Soumis le 11 novembre 2015; révisé le 21 mars, le 3 mai, le 1<sup>er</sup> juin 2016; accepté le 10 juin 2016

© 2016 Association canadienne des hygiénistes dentaires

## INTRODUCTION

La perception qu'ont les clients du professionnalisme des professionnels de la santé est importante pour favoriser de bonnes relations avec les clients. Or, cette perception dépend en partie de l'apparence du professionnel de la santé<sup>1-5</sup>. Il est donc important de tenir compte de l'image professionnelle et du code vestimentaire dans les établissements de soins de santé. De nos jours, il n'est pas rare que des professionnels de la santé aient des tatouages visibles<sup>6-9</sup>. L'art corporel, y compris les tatouages, est devenu populaire dans tous les groupes d'âge, d'emplois et de classes sociales<sup>10-15</sup>. Pour bien des gens, les tatouages sont en voie de devenir chose commune avec l'évolution des normes culturelles, surtout chez la jeune génération<sup>1-15</sup>. On estime que 25 % de la population générale et de 20 % à 60 % des étudiants d'âge universitaire ont au moins un tatouage<sup>13,15</sup>. Les tatouages sont non seulement de plus en plus fréquents, ils sont aussi de plus en plus visibles chez les travailleurs. Ce phénomène est sans doute attribuable à l'arrivée d'un plus grand nombre de personnes de la génération Y sur le marché du travail et à la forte prévalence de tatouages dans cette population<sup>7,13,15</sup>.

Cependant, bien que les tatouages soient de plus en plus populaires, les stéréotypes négatifs associés aux personnes qui ont des tatouages sont bien ancrés dans notre culture. Des études semblent indiquer que les personnes qui ont des tatouages sont perçues comme non conformistes, ayant le goût du risque, rebelles et susceptibles d'avoir des comportements inhabituels<sup>14-18</sup>. Les études portent aussi à croire que la plupart des personnes qui ont des tatouages sont plus susceptibles de

consommer de l'alcool et de la drogue que les personnes non tatouées<sup>14</sup>. De plus, les personnes qui ont des tatouages sont jugées être moins crédibles, attirantes, intelligentes et honnêtes<sup>16-20</sup>. Ces traits négatifs peuvent nuire à la relation entre l'employé et l'employeur, le consommateur et l'employé, ainsi que le client et le professionnel de la santé.

Les études indiquent que les tatouages, chez les travailleurs, peuvent laisser supposer un manque de professionnalisme<sup>6-9</sup>. D'après des études réalisées auprès des consommateurs, la présence de tatouages visibles pourrait ternir l'image du professionnel et lui donner moins de crédibilité. De nombreux gestionnaires disent préférer ne pas embaucher quelqu'un qui a des tatouages visibles<sup>16-22</sup>. Dans le domaine des soins de santé, la première rencontre entre un professionnel de la santé et un client marque le début d'une relation, et la tenue vestimentaire du professionnel, ainsi que son image, pourrait susciter un jugement négatif non recherché<sup>2-15</sup>. La théorie de la conformité avec l'image donne à penser qu'il existe un lien entre l'apparence de l'employé et les attentes du consommateur envers le rendement de l'employé ainsi que sa satisfaction des services rendus<sup>22</sup>. Si les clients ne sont pas habitués de voir un professionnel de la santé avec un tatouage, ils pourraient s'attendre à être moins satisfaits de son travail, puisque les tatouages sont associés à des comportements négatifs ou risqués. Ces perceptions peuvent ternir l'image professionnelle du professionnel en particulier, et de la profession de soins de santé en général<sup>23</sup>. De plus, la satisfaction du client est l'un des objectifs de tous les cabinets dentaires. Une insatisfaction des clients, qu'elle soit attribuable à une mauvaise impression des soins ou à l'apparence d'un clinicien, pourrait nuire aux affaires, à la réputation et au rendement du cabinet dentaire. Les clients insatisfaits pourraient aussi être moins enclins à suivre les recommandations en matière de traitement et à se présenter à leurs rendez-vous.

Peu d'études ont été faites sur la présence de tatouages visibles chez les professionnels de la santé. Des études menées en soins infirmiers laissent supposer que les clients ont souvent une perception négative des professionnels de la santé ayant des tatouages visibles, et que la perception négative du client ainsi que les stéréotypes associés à l'art corporel chez les professionnels de la santé pourraient nuire à la relation entre le professionnel de la santé et le client<sup>7</sup>. Westerfield et ses collaborateurs ont réalisé une étude transversale auprès de 150 clients visant à évaluer leur perception du personnel infirmier arborant des tatouages visibles<sup>7</sup>. Les résultats ont révélé que les clients hospitalisés percevaient le personnel infirmier sans tatouages visibles comme plus compatissant, sûr de lui, fiable, attentionné, coopératif, professionnel ou facile d'approche que celui qui avait des tatouages visibles. Les modèles féminins qui avaient des tatouages visibles étaient perçus comme moins professionnels



que les modèles masculins, ce qui pourrait indiquer un biais de la part des clients quant à leur perception de tatouages chez des femmes travaillant dans le domaine de la santé.

Une étude de Thomas et ses collaborateurs a révélé que les clients, le personnel infirmier, les étudiants en sciences infirmières et les enseignants en sciences infirmières percevaient l'infirmière qui portait le plus d'art corporel comme étant moins compatissante, compétente et qualifiée que les infirmières qui présentaient moins d'art corporel<sup>23</sup>. Cependant, les étudiants en sciences infirmières ont attribué une meilleure cote à l'infirmière ayant le plus de tatouages que les autres participants, ce qui pourrait indiquer que les jeunes professionnels ne voient pas les tatouages de façon aussi négative que leurs collègues plus âgés. D'après une étude de Merrill, les clients et le personnel infirmier étaient d'avis qu'il n'était pas professionnel, pour les professionnels de la santé, d'avoir des tatouages visibles. Ces résultats donnent à penser que les participants plus âgés et ceux n'ayant pas de tatouage sont plus susceptibles de répondre que l'infirmière tatouée est moins professionnelle<sup>6</sup>.

D'après des recherches en marketing, l'apparence d'une personne peut influencer sur la perception qu'ont les autres de sa compétence, de son honnêteté, de son expertise, de sa fiabilité et de sa capacité intellectuelle<sup>18-24</sup>. Les consommateurs et les clients ont parfois une image mentale de ce à quoi un fournisseur de service « normal » devrait ressembler selon le type de services rendus<sup>19</sup>. Si l'apparence du fournisseur de service ne correspond pas au type de service qu'il doit prodiguer, le client pourrait être moins enclin à continuer à utiliser ses services ou à revenir. Des études donnent à penser que l'apparence des professionnels est un indice du niveau et de la qualité des services auxquels les consommateurs peuvent s'attendre<sup>19-22</sup>. Le consommateur peut avoir des attentes moins élevées lorsqu'il est confronté à un professionnel ayant une tenue vestimentaire ou une apparence inhabituelle<sup>21</sup>. Il en va de même dans le secteur des soins de santé et de la dentisterie.

Dean a évalué la perception qu'ont les consommateurs des employés de bureau qui ont des tatouages visibles<sup>19</sup>. Les résultats ont révélé que les consommateurs faisaient moins confiance aux employés tatoués, étaient moins susceptibles de recommander les services de ces employés et étaient moins satisfaits des services rendus<sup>19</sup>. Dean a aussi effectué un sondage sur les tatouages visibles dans des endroits publics et s'est rendu compte que les participants avaient une impression plus négative des employés de bureau (travaillant dans le domaine des finances) arborant des tatouages visibles que des ouvriers (travaillant dans le domaine de la mécanique)<sup>22</sup>. De plus, le personnel infirmier et les dentistes ayant des tatouages visibles étaient perçus comme « sales » ou « non hygiéniques », même par les répondants qui avaient des tatouages, ce qui semble indiquer que le caractère

« adéquat » des tatouages visibles sur les professionnels de la santé peut être jugé en fonction des services offerts et de l'image que se font les gens de ces professionnels.

Il est important de faire des études dans ce domaine, car les biais qu'ont les clients de cabinets dentaires à propos des tatouages peuvent modeler leur perception de la crédibilité et de la compétence des professionnels de la santé et influencer sur leur décision de revenir à la clinique. La documentation actuelle traite fort peu de l'opinion des clients quant aux hygiénistes dentaires qui ont des tatouages visibles et de la façon dont les tatouages jouent sur cette perception. Cette étude avait pour but de déterminer si la présence de tatouages visibles influait sur la perception qu'avait un client du professionnalisme d'un hygiéniste dentaire et sur son intention de recourir à ses services.

## MÉTHODES

Une fois approuvé par le comité d'examen de l'établissement, un sondage de 11 questions conçu par des chercheurs a été publié en ligne par une entreprise de logiciel commercial sur le Web ([www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com)) à des adultes membres du Mechanical Turk (MTurk) d'Amazon, un vaste marché d'externalisation ouverte en ligne, qui avaient produit un travail de qualité à de précédents mandats assignés par le MTurk<sup>25-26</sup>. Le sondage était offert aux membres du MTurk aux États-Unis qui répondaient à trois critères : ils devaient parler anglais, être âgés de 18 ans ou plus et avoir visité un cabinet dentaire au cours des 60 derniers mois. Comme pour d'autres études faites par le MTurk, les répondants ont reçu un montant symbolique pour avoir répondu au sondage (0,50 \$ US)<sup>27-28</sup>. Le site Web de MTurk obtient automatiquement le numéro d'identification des répondants pour que les chercheurs sachent quels participants ont répondu au sondage, mais ce numéro est conservé dans une base de données (et un ordinateur) séparée dont l'accès nécessite des identifiants. Les réponses des répondants n'étaient donc pas liées au numéro d'identification obtenu par le MTurk et restaient confidentielles.

La lettre de présentation du sondage *Dental Hygiene Tattoo Survey* donnait aux participants de l'information sur l'étude et demandait leur consentement éclairé. Une conception inter-sujets de l'étude a été utilisée, selon laquelle les participants au sondage devaient sélectionner leur mois de naissance, qui servirait à déterminer laquelle des trois photographies retouchées leur serait montrée. Les photographies étaient de la même hygiéniste dentaire dans son uniforme qui avait soit : a) aucun tatouage sur le bras; b) un grand tatouage sur tout le bras; c) un petit tatouage de papillon sur le poignet.

Après avoir regardé la photo, les répondants devaient donner leur avis sur le professionnalisme de l'hygiéniste dentaire. Le professionnalisme était évalué d'après cinq caractéristiques établies aux fins de cette étude par un groupe d'enseignants en

hygiène dentaire. Les cinq caractéristiques étaient : éthique, responsable, compétente, hygiénique et professionnelle. Chacune était mesurée en demandant aux répondants s'ils étaient d'accord avec l'énoncé suivant : « Cette clinicienne donne l'impression d'être [indiquer la caractéristique] ». Les participants devaient attribuer une cote de 1 (fortement en désaccord) à 5 (entièrement d'accord) selon une échelle de type Likert.

L'intention de fréquenter ce cabinet était mesurée selon une seule caractéristique : « Je fréquenterais ce cabinet dentaire régulièrement », d'après une échelle de 1 (fortement en désaccord) à 5 (entièrement d'accord). Selon Bergkvist et Rossiter<sup>29</sup>, il n'est pas nécessaire d'utiliser de nombreuses caractéristiques si les caractéristiques supplémentaires risquent de se chevaucher (ce qui est probable dans cette expérience) et/ou s'il n'y a qu'un seul objet concret (p. ex. le cabinet dentaire) et que les caractéristiques sont concrètes (p. ex. l'intention de fréquenter le cabinet). Les caractéristiques démographiques des répondants ont aussi été obtenues. Les chercheurs connaissaient donc le sexe, le niveau de scolarité et l'âge des répondants, ainsi que la date approximative de leur dernier rendez-vous dans un cabinet dentaire et si les répondants avaient un tatouage (tableau 1).

**TABLEAU 1**  
**CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES**  
**DES RÉPONDANTS**

		Fréquence	Pourcentage de répondants
<b>Sexe</b>	Femme	86	42,4
	Homme	117	56,8
<b>Plus haut niveau de scolarité</b>	Études supérieures (maîtrise ou doctorat)	17	8,4
	Baccalauréat	86	42,6
	Diplôme associé	40	19,8
	Secondaire ou l'équivalent	59	29,2
<b>Avez-vous un tatouage?</b>	Oui	47	23,2
	Non	155	76,4
<b>Combien de tatouages avez-vous?</b>	De 1 à 3	34	70,8
	De 4 à 6	9	18,8
	De 7 à 10	3	6,3
	Plus de 10	1	2

### Échantillon

L'échantillon comprenait 203 réponses complètes (aucun tatouage [n = 66], petit tatouage [n = 70], grand tatouage [n = 67]). Les répondants étaient composés à 57 % d'hommes et à

42 % de femmes, et l'âge moyen était de 34,70 ans. En tout, 23 % des répondants ont dit avoir au moins un tatouage. Parmi les répondants qui avaient un tatouage, 54 % étaient des femmes, 33 % ont dit que leur tatouage était visible, 71 % avaient de 1 à 3 tatouages, et seulement 2 % avaient plus de 10 tatouages.

### Validation de l'échelle

La validité de l'échelle de professionnalisme a été évaluée en divisant l'échantillon en deux : la moitié de l'échantillon a servi à une analyse factorielle exploratoire, et l'autre à une analyse factorielle confirmatoire. Les répondants ayant un numéro d'identification pair étaient affectés au groupe analyse factorielle exploratoire; ceux ayant un numéro d'identification impair étaient affectés au groupe analyse factorielle confirmatoire. L'analyse factorielle exploratoire comprenait les cinq caractéristiques de professionnalisme et était faite par extraction des éléments principaux. Les caractéristiques étaient classées selon un seul facteur (facteur 1 valeur propre = 4,20, pourcentage de variance expliquée = 84 %). Le tableau 2 présente les divers éléments.

**TABLEAU 2**  
**ÉCHELLE DE PROFESSIONNALISME**

Item	EFA <sup>a</sup>	CFA <sup>a</sup>	CR <sup>a</sup>	AVE <sup>a</sup>	Cronbach's Alpha <sup>b</sup>
Éthique	0,902	0,844	0,939	0,755	0,944
Responsable	0,947	0,928			
Compétente	0,936	0,897			
Hygiénique	0,872	0,873			
Professionnelle	0,926	0,797			

<sup>a</sup> Analysé par échantillon divisé

<sup>b</sup> Analysé par échantillon complet

Une analyse factorielle confirmatoire a été faite avec l'autre moitié de l'échantillon. La valeur de chi carré était de 3,96 (degré de liberté = 3, modèle non significatif), le NFI était de 0,99, le RFI de 0,97, le CFI de 1,0 et le RMSEA de 0,06. Le modèle n'étant pas significatif, le NFI, le RFI et le CFI étant supérieurs à 0,90, et le RMSEA étant inférieur à 0,08, le modèle peut être considéré comme acceptable. La validité convergente est démontrée par les éléments de facteur élevé (tableau 2). Les propriétés psychométriques de l'échelle de professionnalisme des hygiénistes dentaires sont acceptables. L'échelle a été établie en faisant la moyenne des divers éléments.

### RÉSULTATS

L'ensemble de données complet a été utilisé pour tester l'hypothèse. Une analyse de variances (ANOVA) a été utilisée pour

comparer la présence de tatouage sur l'hygiéniste dentaire (aucun, petit, grand) à la présence de tatouage sur le répondant (oui ou non) dans l'évaluation du professionnalisme. Il n'y avait aucune interaction significative entre la présence de tatouage sur l'hygiéniste dentaire et la présence de tatouage sur le répondant ( $F = 2,04$ , ns). Cependant, la présence de tatouage sur l'hygiéniste dentaire a eu un effet direct significatif ( $F = 12,26$ ,  $p < 0,001$ ). Les effets précis ont été déterminés par un test post-hoc de Tukey. Comme l'indique la figure 1, la présence d'un grand tatouage avait une cote plus faible que l'absence de tatouage (différence moyenne =  $-0,73$ ,  $p < 0,001$ ). La présence d'un grand tatouage avait une cote plus faible que la présence d'un petit tatouage (différence moyenne =  $-0,52$ ,  $p < 0,001$ ). Cependant, la présence d'un petit tatouage n'avait pas de cote significativement plus faible que l'absence de tatouage (différence moyenne =  $0,21$ , ns). La présence d'un grand tatouage a donc eu une influence négative sur la perception des caractéristiques professionnelles de l'hygiéniste dentaire, contrairement à la présence d'un petit tatouage. Le tableau 3 montre l'effet direct, sur le professionnalisme, de la présence de tatouage sur l'hygiéniste dentaire.

**TABLEAU 3**  
PROFESSIONNALISME DE L'HYGIÉNISTE DENTAIRE SELON LA PRÉSENCE DE TATOUAGE

État de tatouage	Professionnalisme	
	$\mu$	$\sigma^2$
Aucun	4,28	0,61
Petit	4,07	0,73
Grand	3,55	0,97

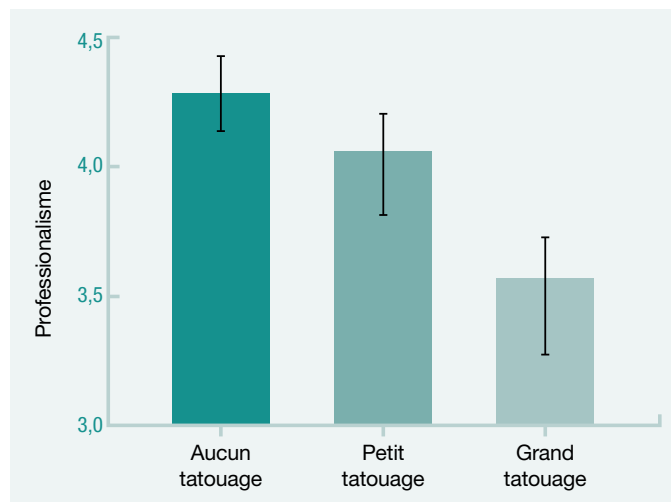
Une analyse de variances a ensuite été faite pour comparer la présence de tatouage sur l'hygiéniste dentaire (aucun, petit, grand) à la présence de tatouage sur le répondant (oui ou non) dans la détermination de l'intention de fréquenter le cabinet dentaire. Il y avait une interaction significative entre la présence de tatouage sur l'hygiéniste dentaire et la présence de tatouage sur le répondant ( $F = 4,35$ ,  $p < 0,05$ ). Le tableau 4 et la figure 2 montrent l'interaction entre la présence de tatouage sur l'hygiéniste dentaire et la présence de tatouage sur le répondant quant à l'intention. Un échantillon indépendant de tests a été utilisé pour établir les différences entre les répondants tatoués et les répondants non tatoués. Il n'y avait aucune différence significative entre les répondants tatoués et les non tatoués quant à l'hygiéniste dentaire non tatoué (différence moyenne =  $0,32$ , ns). Il n'y avait pas non plus de différence significative en ce qui a trait à l'hygiéniste dentaire qui avait un grand tatouage (différence moyenne =  $0,44$ , ns). Cependant, lorsque l'hygiéniste dentaire avait un petit tatouage, les répondants tatoués étaient significativement plus susceptibles de devenir des clients réguliers que les répondants non tatoués (différence moyenne =

$0,73$ ,  $p < 0,05$ ). Par conséquent, bien que les répondants tatoués n'aient pas l'impression que l'hygiéniste dentaire ayant un petit tatouage était plus professionnelle, ils étaient plus susceptibles de fréquenter le cabinet dentaire.

**TABLEAU 4**  
INTENTION DE FRÉQUENTER UN CABINET DENTAIRE SELON LA PRÉSENCE DE TATOUAGE SUR L'HYGIÉNISTE DENTAIRE ET SUR LE RÉPONDANT

		Tatouage de l'hygiéniste dentaire					
		Aucun		Petit		Grand	
		$\mu$	$\sigma^2$	$\mu$	$\sigma^2$	$\mu$	$\sigma^2$
Tatouage du répondant	Oui	4,11	0,74	4,60	0,70	3,79	0,98
	Non	4,43	0,62	3,87	0,87	3,35	1,14

**FIGURE 1**  
COTE DE PROFESSIONNALISME FONDÉE SUR LE TATOUAGE



Barres d'erreur : 1C à 95 %

## DISCUSSION

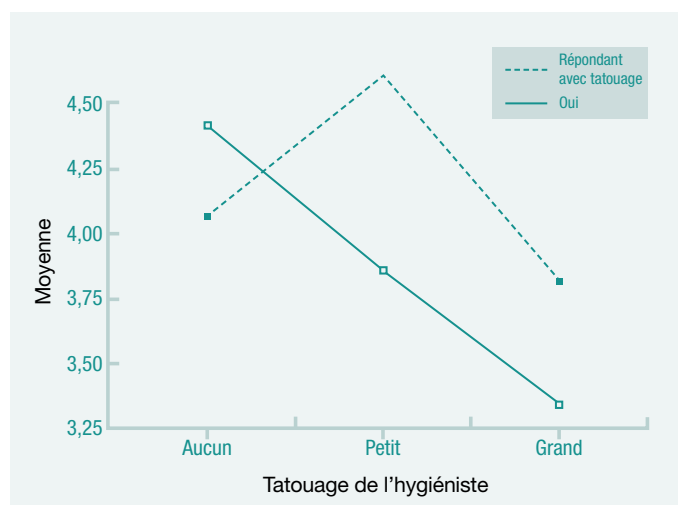
Les résultats de cette étude semblent indiquer que les clients des cabinets dentaires ont une perception moins favorable des hygiénistes dentaires qui ont de grands tatouages visibles. Le modèle qui n'avait pas de tatouage ou n'avait qu'un petit tatouage avait une cote plus élevée que celui qui avait un grand tatouage, pour toutes les caractéristiques de professionnalisme testées dans le cadre de l'étude : éthique, responsable, compétente, hygiénique et professionnelle. Notre étude confirme donc en partie les résultats de l'étude de Westerfield et ses



collaborateurs, selon lesquels les clients sont d'avis que les professionnels de la santé qui ont des tatouages visibles sont moins compatissants, confiants et professionnels que ceux qui n'ont pas de tatouage visible. De semblables résultats ont été obtenus par Thomas et ses collaborateurs et par Merrill, dont les études ont révélé que le personnel infirmier ayant un tatouage visible était perçu comme moins professionnel, compatissant, compétent et qualifié que celui n'ayant pas de tatouage visible<sup>8</sup>. Ces stéréotypes négatifs peuvent nuire à l'établissement d'un lien de confiance et d'une relation professionnelle, ce qui pourrait entacher la relation entre le professionnel de la santé et le client. Cela dit, les études montrent aussi que les hygiénistes dentaires qui avaient un petit tatouage visible ne recevaient pas de cote inférieure significative par rapport à celle des hygiénistes dentaires non tatoués. Ces résultats semblent réfuter l'hypothèse que les clients évaluent les tatouages au cas par cas, et montrer que les tatouages ne sont pas tous acceptables sur le même plan. Les grands tatouages sont moins acceptables que les petits tatouages.

## FIGURE 2 LIEN ENTRE LA PRÉSENCE DE TATOUAGE SUR L'HYGIÉNISTE DENTAIRE ET SUR LE RÉPONDANT DANS LA FRÉQUENCE DES VISITES

Je fréquenterais ce cabinet dentaire régulièrement.



Dans le domaine des soins de santé et de l'hygiène dentaire en particulier, les clients peuvent avoir une image de ce à quoi devrait ressembler un hygiéniste dentaire. Comme le dénote la théorie de la conformité avec l'image, si les attentes générales en matière d'apparence physique de l'hygiéniste dentaire ne sont pas satisfaites, la disparité entre l'apparence de l'hygiéniste dentaire et l'image que le client s'est faite pourrait détourner l'attention du client et avoir un effet négatif – ce qui pourrait aussi expliquer les faibles cotes obtenues dans le cadre de cette étude par le modèle ayant un grand tatouage. Bien que la présence d'un grand tatouage sur un hygiéniste dentaire ne soit

pas vue d'un très bon œil, le même tatouage sur un ouvrier est parfois mieux accepté<sup>19</sup>. La nature du travail même, qui fait en sorte que l'hygiéniste dentaire passe beaucoup de temps dans l'espace personnel du client, a peut-être encouragé les perceptions négatives. Dans le cadre de cette étude, le modèle avait un tatouage sur tout le bras qui, en théorie, entrerait dans l'espace personnel du client, très près de son visage, pendant le travail de l'hygiéniste dentaire. Le même tatouage, sur une autre partie du corps, aurait peut-être donné d'autres résultats. Un autre type de tatouage (une tête de mort au lieu d'un papillon) aurait pu aussi avoir une influence sur les résultats, car chaque tatouage entraîne une réponse différente. Bien que cette théorie n'ait pas été mise à l'épreuve, il se peut que certains tatouages (une tête de mort comparativement à un papillon) soient moins bien acceptés que d'autres.

De plus, les clients de cabinets dentaires qui ont un tatouage n'ont pas tous la même réaction face à un hygiéniste dentaire tatoué. Les clients tatoués attribuent une cote plus faible au professionnalisme de l'hygiéniste dentaire et à leur intention de fréquenter le cabinet dentaire lorsque l'hygiéniste dentaire a un grand tatouage. Ils voient donc les grands tatouages d'un tout aussi mauvais œil que les clients non tatoués. Cependant, même si les clients tatoués ne percevaient pas l'hygiéniste dentaire ayant un petit tatouage comme plus professionnelle, ils étaient quand même plus enclins à fréquenter le cabinet dentaire régulièrement et à orienter d'autres clients vers ce cabinet. Les clients tatoués croient probablement qu'un cabinet dentaire qui embauche des hygiénistes dentaires ayant un petit tatouage visible est plus tolérant envers les clients qui ont un tatouage.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette apparente contradiction entre les grands et petits tatouages. La documentation montre que les personnes qui ont un tatouage ne forment pas un groupe homogène<sup>29</sup>. Par conséquent, les clients tatoués ne formeront pas nécessairement un lien avec un hygiéniste dentaire simplement parce qu'il a un tatouage; la forme du tatouage importe plus. Un autre facteur qui explique la différence entre un grand et un petit tatouage est l'influence sur le professionnalisme. Si les hygiénistes dentaires qui ont un grand tatouage visible sont perçus comme moins professionnels, les clients pourraient remettre en question le jugement du dentiste qui les a embauchés. D'après les résultats, l'effet négatif des grands tatouages visibles sur la perception des caractéristiques professionnelles surpasse l'avantage potentiel tiré du sentiment d'acceptation ressenti par les clients tatoués.

L'apparence d'un professionnel de la santé doit donner aux clients l'impression que la personne chargée de leur traitement est éthique, professionnelle, compétente et digne de confiance<sup>30-31</sup>. Pour de nombreux clients, un grand tatouage visible pourrait ne pas être associé à ces caractéristiques. Certains segments de la population acceptent plus facilement

les formes d'expression de chaque personne. Cependant, les résultats de cette étude laissent supposer que la présence de grands tatouages visibles nuit à l'image professionnelle et à la crédibilité des hygiénistes dentaires. Le manque de crédibilité associée à un hygiéniste dentaire ayant un grand tatouage visible pourrait ternir l'image du cabinet dentaire en général et donner une impression négative des soins qui y sont prodigués. Thomas recommande au personnel infirmier qui veut être perçu comme

**Les résultats de cette étude portent à croire que, de l'avis des clients, les hygiénistes dentaires qui ont un petit tatouage ou n'ont aucun tatouage visible semblent plus professionnels que ceux qui ont un grand tatouage visible.**

qualifié et compétent de limiter l'étendue d'art corporel visible<sup>23</sup>. Les hygiénistes dentaires peuvent suivre cette recommandation pour avoir une apparence plus professionnelle et cultiver des relations positives avec les clients. Cependant, les tatouages visibles n'ont pas tous un effet négatif sur la perception de professionnalisme ou l'intention de fréquenter un cabinet dentaire. Dans certains cas, ils peuvent même permettre d'attirer et de garder des clients qui ont eux-mêmes des tatouages. Toutefois, les résultats de cette étude semblent indiquer que l'effet des tatouages sur le professionnalisme doit être évalué au cas par cas.

### Limites

L'étude est limitée sur plusieurs plans, ce qui pourrait avoir eu une incidence sur les résultats. Tout d'abord, l'expérience a été faite à partir d'une seule personne (une jeune femme de race blanche). Des stéréotypes, tels que le sexe, l'origine ethnique ou l'âge, peuvent avoir une incidence sur la façon dont les clients de cabinets dentaires réagissent à la présence de tatouages sur un hygiéniste dentaire. Des études poussées doivent être faites pour évaluer d'autres stéréotypes, par exemple en utilisant un modèle de l'autre sexe. Les images de tatouage sur le modèle ont peut-être influé aussi sur les résultats de l'étude. Divers types de tatouages peuvent susciter diverses réponses chez les sujets, et

chaque image représentée peut produire des résultats différents. De plus, aucune tentative n'a été faite pour tenir compte des différences culturelles. Les futures études doivent aussi comprendre une population plus diversifiée, car différentes cultures pourraient percevoir les tatouages différemment. Cette étude n'a pas tenu compte de l'exposition antérieure des participants à des hygiénistes dentaires ni de leurs expériences passées avec ces professionnels. Les participants devaient simplement être des clients de cabinets dentaires. Selon que leurs expériences passées avec des hygiénistes dentaires ont été positives ou négatives, les participants pourraient, inconsciemment, avoir une perception différente du modèle, quel que soit le tatouage ou la présence ou non de tatouage. De la même façon, si les participants n'avaient jamais reçu de soins d'un hygiéniste dentaire, ils pourraient ne pas les voir comme des professionnels. Les questions sur la fréquentation du cabinet dentaire et l'orientation d'autres clients vers le cabinet dentaire auraient pu, alors, créer un biais.

### CONCLUSIONS

L'apparence d'un professionnel de la santé influe grandement sur son image professionnelle. De plus en plus de gens ont des tatouages visibles sur le marché du travail; il est donc important d'avoir le point de vue des clients quant aux professionnels de la santé, et plus particulièrement aux hygiénistes dentaires. Tout le monde a le droit d'avoir des tatouages, mais ces personnes doivent être conscientes de la façon dont ces symboles visuels sont perçus. Les résultats de cette étude portent à croire que, de l'avis des clients, les hygiénistes dentaires qui ont un petit tatouage ou n'ont aucun tatouage visible semblent plus professionnels que ceux qui ont un grand tatouage visible. Limiter le nombre de grands tatouages visibles pourrait réduire la perception négative qu'ont les clients du clinicien et créer un lien plus positif entre le client et l'hygiéniste dentaire.

Ces résultats donnent matière à réflexion aux professionnels en hygiène dentaire qui songent à se faire faire un tatouage visible. Ils donnent aussi des renseignements fondés sur des données probantes aux hygiénistes dentaires, aux superviseurs cliniques et aux gestionnaires responsables du recrutement dans divers types de pratique, car ils permettent d'élaborer des politiques sur l'apparence et la tenue vestimentaire en ce qui concerne l'art corporel.

### Références

1. Brosky M, Keefer O, Hodges J, Pesun I, Cook G. Patient perceptions of professionalism in dentistry. *J Dent Ed.* 2003;67(8):909-15.
2. Mangum S, Garrison C, Lind C, Hilton H. First impressions of the nurse and nursing care. *J Nurs Care Qual.* 1997;11(5):39-47.
3. LaSala K, Nelson J. What contributes to professionalism? *Medsurg Nursing.* 2005;4(1):63-67.

4. Chung H, Lee H, Chang DS, et al. Doctor's attire influences perceived empathy in the patient-doctor relationship. *Patient Educ Couns*. 2012;89(3):387-91. Doi: 10.1016/j.pec.2012.02.017.
5. Adrian F, Pui C, Emma W. What to wear? The influence of attire on the perceived professionalism of dentists and lawyers. *J Appl Soc Psychol*. 2013;43(9):1838-1850.
6. Merrill K. Professional dress vs. employee diversity: patient perceptions of visible tattoos and facial piercings. Sigma Theta Tau International 26<sup>th</sup> International Nursing Research Congress [Internet]. 2015 July [cited 2015 Sept 15]. Available from : <https://stti.confex.com/stti/congrs15/webprogram/Paper71570.html>.
7. Lower J. Brace yourself. Here comes Generation Y. *Crit Care Nurse*. 2008;28(5):80-85.
8. Westerfield HV, Stafford AB, Speroni KG, Daniel MG. Patients' perceptions of patient care providers with tattoos and/or body piercings. *JONA*. 2012;42(3):160-64.
9. Wittmann-Price RA, Gittings KK, Collins KM. Nurses and body art: what's your perception? *Nurs Manag*. 2012;43(10):44-47.
10. Stuppy DJ, Armstrong ML, Casals-Ariet C. Attitudes of health care providers and students towards tattooed people. *J Advan Nurs*. 1998;27(6):1165-1170.
11. Arndt A, Glassman M. What tattoos tell customers about salespeople: the role of gender norms. *Marketing Manag J*. 2012;22(1):50-65.
12. Harris Interactive. One in five US adults now has a tattoo [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 15]. Available from: <http://www.harrisinteractive.com/NewsRoom/HarrisPolls/tabid/447/mid/1508/articled/970/ctl/ReadCustom%20Default/Default.aspx>.
13. Pew Research Center. Millennials judgments about recent trends not so different. [Internet] 2010 Jan 7 [cited 2015 Sept 15]. Available from: <http://www.pewresearch.org/2010/01/07/millennials-judgments-about-recent-trends-not-so-different/>.
14. Lipscomb T, Jones M, Totten J. Body art: Prevalence, search and evaluation among university business students. *Serv Marketin Q*. 2008;29(4):42-65.
15. Statistic Brain. Statistic verification [Internet] 2013 [cited 2015 Sept 15]. Available from: <http://www.statisticbrain.com/tattoo-statistics>.
16. Seiter J, Hatch S. Effect of tattoos on perceptions of credibility and attractiveness. *Psychol Rep*. 2005;96:1113-1120.
17. Doss K, Hubbard A. The communicative value of tattoos: the role of public self-consciousness on tattoo visibility. *Commun Res Pre*. 2009;26(1):62-74.
18. Totten J, Lipscomb T, Jones M. Attitudes toward and stereotypes of persons with body art : implication for marketing management *Acad Marketing Stud J*. 2009;13(2):77-96.
19. Dean H. Consumer perceptions of visible tattoos on service personnel. *Manag Serv Q* 2010;20(3):294-308.
20. Resenhoeft A, Villa J, Wiseman D. Tattoos can harm perceptions: a study and suggestions. *J Am Coll Health*. 2008;56(5):593-96.
21. Shao C, Baker J, Wagner J. The effects of appropriateness of service contract personnel dress on customer expectations of services quality and purchase intention. *J Bus Res*. 2004;35(2):153-65.
22. Dean D. Young adult perception of visible tattoos on a white-collar service provider. 2011;12(3):254-64.
23. Thomas C, Ehret A, Ellis B, Colon-Shoop S, Linton J, Metz S. Perception of nurse caring, skills, and knowledge based on appearance. *JONA*. 2010;40(11):489-97.
24. Sierra JJ, Jilapalli RK, Badrinarayanan VA. Determinants of a lasting purchase: the case of the tattoo patron. *J Retailing Cons Serv*. 2013;20:389-99.
25. Buhrmester M, Kwang T, Gosling S. Amazon's mechanical turk: a new source of inexpensive yet high quality, data? *Perspect Psychol Sci*. 2011;6(1):3-5.
26. Lambertson C, Rose R. When is ours better than mine? A framework for understanding and altering participation in commercial sharing systems. *J Marketing*. 2012;76(4):109-25.
27. Loewenstein J, Raghunathan R, Heath C. The repetition-break plot structure makes effective television advertisements. *J Marketing*. 2011;75:105-19.
28. Paolacci G, Chandler J, Ipeirotis P. Running experiments on Amazon Mechanical Turk. *Judgement and Decision Making*. 2010;5(5):411-18.
29. Bergkvist L, Rossiter J. The predictive validity of multiple-item versus single item measures of the same constructs. *J Marketing Res*. 2007;44:175-84.
30. Dorwar S, Kuntz S, Armstrong M. Developing a nursing personnel policy to address body art using an evidence-based model. *J Contin Educ Nurs*. 2010;41(12):540-46.
31. Bearmean G, Bruyant K, Surbhi L, Jeanmarie M, Leekha S, Mayer J, Silval M, et al. Healthcare personnel attire in non-operating-room settings. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2014;35(2):107-21. ■



## Médecine buccodentaire

## L'ECSTASY

Par *Dental Abstracts*

**Source :** Texte reproduit avec autorisation. « Médecine buccodentaire. L'ecstasy ». Traduit du texte original intitulé "Oral Medicine. Ecstasy", paru dans le *Dental Abstracts*, Volume 60, Issue 3, 2015, pages 145-146.



*Survol* – Les dentistes peuvent être appelés à traiter des consommateurs de drogues illicites qui entraînent divers problèmes physiques, juridiques et psychologiques, tant pour le patient que pour la société. Nous avons examiné les manifestations dentaires et buccales propres à la 3,4-méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA, ou ecstasy) en vue d'informer et d'orienter les dentistes à l'égard des précautions à prendre ou des changements qu'ils pourraient devoir apporter aux soins habituels lorsqu'ils traitent des personnes qui prennent cette substance. Les renseignements du présent document permettront aux dentistes d'éviter les contre-indications au cours du traitement dentaire, de reconnaître les manifestations buccales et craniofaciales de la

prise d'ecstasy, de fournir le traitement dentaire requis pour lutter contre les effets de la drogue et d'orienter leurs patients vers les ressources adaptées, le cas échéant.

*Effets de la drogue* – L'ecstasy est utilisée comme traitement d'appoint en psychothérapie. Elle stimule la libération de sérotonine et de dopamine par les terminaisons synaptiques et est utilisée en raison de ses effets sur l'humeur (énergie, empathie et euphorie).

La prise d'ecstasy se manifeste par plusieurs symptômes. Ses effets systémiques comprennent la tachycardie, la diaphorèse, l'hyperthermie, la coagulopathie intravasculaire disséminée, la

rhabdomyolyse et l'insuffisance rénale aiguë. L'ictère est une manifestation courante chez les personnes qui prennent de l'ecstasy, probablement en raison du métabolisme de la drogue. L'hépatotoxicité peut rapidement évoluer en une insuffisance hépatique fulminante, qui est fatale à moins qu'une greffe du foie puisse être pratiquée. Le taux de sérotonine peut être extrême, provoquant alors un syndrome sérotoninergique. Les critères diagnostiques du syndrome sérotoninergique comprennent le clonus spontané, le clonus inductible et(ou) le clonus oculaire avec agitation ou diaphorèse, les tremblements ou l'hyperréflexie et l'hypertonie et le clonus oculaire. Trois manifestations cliniques sont caractéristiques du syndrome : la modification de l'état cognitif ou mental, les symptômes neuromusculaires et l'hyperactivité du système nerveux autonome. Les cas légers ne dépassent parfois pas le stade subclinique, mais la hausse rapide de la température et la rigidité musculaire peuvent évoluer vers l'insuffisance de plusieurs organes en l'espace de quelques heures.

Les effets cardiovasculaires sont habituellement le résultat d'une hausse du taux de noradrénaline et comprennent l'hypertension et la tachycardie. La rhabdomyolyse, qui est causée par l'hyperthermie, peut entraîner la formation de lésions microscopiques des tissus musculaires, puis la nécrose. Même après la récupération du patient, l'élimination chirurgicale des masses nécrotiques peut entraîner une incapacité résiduelle dans la région touchée. La néphropathie est également une conséquence possible de la rhabdomyolyse. La myoglobine libérée lors de la rhabdomyolyse est filtrée par les reins et excrétée dans l'urine. Sa néphrotoxicité commande le recours à l'hémodialyse afin d'éviter une évolution fatale.

*Caractéristiques des personnes qui prennent de l'ecstasy* – La plupart des personnes qui prennent de l'ecstasy sont des adolescents ou de jeunes adultes. Les données recueillies sur l'année 2010 aux États-Unis indiquent que la proportion des étudiants ayant pris cette drogue est de 2,4 % en huitième année et de 4,7 % en dixième année d'études. En dernière année, plus de 10 % des étudiants américains ont déjà essayé l'ecstasy au moins une fois.

La voie d'administration habituelle est l'ingestion orale. Les comprimés se vendent au prix de 3 \$ à 45 \$ l'unité. Certains consommateurs combinent ecstasy et LSD, une pratique appelée *candy flipping*. L'ecstasy consommée aux États-Unis provient pour l'essentiel de laboratoires clandestins d'Europe.

*Effets sur la dentition* – La xérostomie, conséquence fréquente des épisodes hallucinogènes provoqués par l'ecstasy, pousse souvent les consommateurs à boire des boissons gazeuses sucrées. La dentition est alors exposée à un risque plus élevé de carie et d'érosion de l'émail. Le dentiste peut recommander à ses patients de remplacer les boissons gazeuses par de l'eau et leur prescrire l'utilisation d'un rince-bouche et d'un dentifrice au fluorure.

Une douleur ou une sensibilité touchant les muscles ou les articulations de la mâchoire s'observe chez 70 % des consommateurs d'ecstasy. Ces symptômes seraient causés par la crispation des mâchoires et du grincement des dents que l'on observe pendant les périodes d'intoxication chez 50 % à 89 % des consommateurs. Dans certains cas, le trismus et le bruxisme persistent pendant des heures après la disparition des effets hallucinogènes de la drogue. La gomme à mâcher peut permettre de les diminuer.

Les ulcères buccaux et la paresthésie labiale sont d'autres manifestations qui s'observent chez les consommateurs d'ecstasy. Les inhibiteurs de la monoamine-oxydase et les antidépresseurs tricycliques peuvent être utiles pour soulager l'articulation temporo-mandibulaire douloureuse. Il existe toutefois un risque d'interaction légère entre l'ecstasy et ces médicaments. Les dentistes doivent éviter d'utiliser des produits contenant de l'épinéphrine, tels les anesthésiques locaux ou les fils de rétraction, car l'ecstasy provoque une hausse systémique de la tension artérielle.

*Exposé* – Les dentistes doivent être avertis des conséquences possibles de la consommation d'ecstasy sur la dentition et la cavité buccale afin d'être en mesure d'offrir des traitements sûrs et efficaces à leurs patients qui en prennent. Étant donné que la toxicomanie touche les hommes et les femmes de tous âges et de tous les groupes socio-économiques, des questions sur la consommation de drogues illicites doivent faire partie intégrante du bilan des antécédents médicaux.

## SIGNIFICATION CLINIQUE

Les drogues telles que l'ecstasy sont néfastes non seulement pour la personne qui les consomme, mais également pour la société. Dans le cadre de son intervention thérapeutique, le dentiste doit offrir d'aiguiller son patient vers un centre de désintoxication si ce dernier manifeste le souhait d'arrêter de consommer.

Pour les tirés à part, s'adresser par écrit à W. J. Maloney à l'adresse [wjm10@nyu.edu](mailto:wjm10@nyu.edu) ■



Une personne sur quatre en souffre<sup>1</sup>.

Plusieurs l'ignorent<sup>2</sup>.

Elles peuvent aussi en ignorer les conséquences sur leur santé buccodentaire<sup>3</sup>.

Elles attendent vos conseils.



La bouche sèche est un problème de santé buccodentaire qui affecte surtout les personnes prenant plusieurs médicaments<sup>3</sup>. Pourtant, certaines personnes qui souffrent de bouche sèche ne savent pas qu'il s'agit d'un problème courant<sup>2</sup>. Parlez à vos patients de la bouche sèche et du soulagement que Biotène® peut aider à procurer<sup>4</sup>.

www.biotene.ca  
**biotène**®

GlaxoSmithKline Soins de santé aux consommateurs Inc. Mississauga, Ontario L5N 6L4  
© 2017 Le groupe d'entreprises GSK ou son associé. Tous droits réservés.

<sup>1</sup> La bouche sèche peut perturber l'environnement de santé buccodentaire et causer la rhinorrhée, la sinusite, la déshydratation et l'aggravation de la carie<sup>1</sup>.  
<sup>2</sup> Tince-Bouché, gel et spray<sup>2</sup>.

<sup>3</sup> Tel qu'observé dans le cadre d'un essai clinique de 28 jours<sup>3</sup>.

<sup>4</sup> Données internes de GSK. Occasion de croissance de Biotène pour la bouche sèche (incluant les données USA consolidées). 16 juillet 2014. 2. Davies C. How much saliva is enough for avoidance of erosions? *Caries Res*. 2004;38:236-240. 3. Sreebny LM, Schwartz SS. A reference guide to drugs and dry mouth. 2<sup>e</sup> édition. *Gerodontology*. 2007;14:33-47. 4. Turner ND, Ship JA. Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people. *J Am Dent Assoc*. 2007;138:159-205. 5. Fox PC. *J Clin Invest*. 2006;117 (number special):27-28. 6. Données internes de GSK 2014, 8401896.



# AGRESSION SEXUELLE ET STRESS POST-TRAUMATIQUE

## Peur des soins dentaires chez les victimes d'agressions sexuelles

Par *Dental Abstracts*

**Source :** Texte reproduit avec autorisation. « Agression sexuelle et stress post-traumatique. Peur des soins dentaires chez les victimes d'agressions sexuelles ». Traduit du texte original intitulé “*Sexual Violence and post-Traumatic Stress. Dental fear related to sexual violence victimization*”, paru dans le *Dental Abstracts*, Volume 61, Issue 1, 2016, pages 24-26.

*Survivance* – La peur du dentiste constitue un obstacle non négligeable à la prestation des soins buccodentaires. La perspective de recevoir des soins dentaires peut susciter anxiété et inquiétude chez certains patients. L'intensité de l'appréhension est variable, allant d'une anxiété légère à une peur intense. Dans ce dernier cas, l'idée d'aller chez le dentiste provoque chez le patient un état de détresse psychologique considérable. Dans les situations extrêmes, la santé buccodentaire se détériore parce que le patient raréfie ses visites chez le dentiste, annule ses rendez-vous ou repousse continuellement les traitements. La santé buccodentaire du patient est alors compromise, ses relations sociales en souffrent et les soins dentaires dont il a besoin s'accumulent. L'appréhension des soins dentaires est plus fréquente chez les adultes victimes d'agression sexuelle. Une simple visite chez le dentiste peut raviver des souvenirs pénibles, susciter un sentiment d'impuissance et faire naître une appréhension de la douleur ou de l'inconfort. Certaines caractéristiques sont communes à ces patients, notamment la réticence à être touchés, la crainte d'être jugés et une sensibilité particulière à la critique, à certaines odeurs et à l'introduction d'instruments dans leur bouche. Nous avons effectué une recherche approfondie dans la documentation publiée pour repérer de l'information pertinente sur l'association entre la peur des soins dentaires et les antécédents d'agression sexuelle.

*Méthodologie* – Une recherche dans les bases de données en ligne PubMed, Medline, Google Scholar, ProQuest, Science Direct et Wiley nous a permis de repérer dix études pertinentes. Toutes ont été publiées en langue anglaise entre 1995 et 2011. Nous avons évalué les thèmes communs qui se dégagent de ces publications.

*Résultats* – Nous avons répertorié douze thèmes, ainsi que diverses stratégies susceptibles d'être employées par le dentiste pour tenter de résoudre les problèmes auxquels sont confrontés les patients.

La *perte de contrôle*, citée dans toutes les études, constituait le thème le plus fréquent. Cette notion comprend à la fois la perception générale du contrôle et le lien qu'il entretient avec la peur des soins dentaires et l'agression sexuelle vécue. Afin d'augmenter le sentiment de contrôle chez les patients, le dentiste peut mettre en place des stratégies de collaboration avec ce dernier pendant la prestation de soins. Ces stratégies comprennent la communication transparente, la participation du patient à la prise de décisions thérapeutiques, l'obtention du consentement éclairé avant chaque étape du traitement, la description préalable de chaque étape, la convention de signaux de pause et d'arrêt que le patient peut utiliser lorsqu'il ne se sent pas à l'aise et la remise d'information écrite sur les traitements afin que le patient puisse s'y référer.

Le recours à l'*évitement* comme mécanisme de défense était le deuxième thème en ordre de fréquence. Dans le contexte des agressions sexuelles, les comportements d'évitement peuvent se manifester consciemment ou inconsciemment. Ils comprennent la dissociation, la perception corporelle altérée, l'amnésie des souvenirs pénibles, le trouble de personnalités multiples, les tentatives de suicide, la toxicomanie et l'automutilation. L'annulation fréquente des rendez-vous de soins dentaires fait aussi partie des tactiques d'évitement.

Les patients peuvent également éprouver de la gêne et avoir peur d'être jugés ou critiqués. Dans un cercle vicieux de peur des soins dentaires, les variables psychologiques suscitent une gêne et une peur des soins dentaires, lesquelles engendrent des problèmes dentaires et des sentiments de honte qui exercent à leur tour un effet amplificateur sur les variables psychologiques. Surmonter le comportement d'évitement peut nécessiter une stratégie motivationnelle fondée sur la reconnaissance du courage et de l'énergie du patient. Par exemple, le dentiste peut récompenser son patient en lui offrant



une brosse à dents électrique, ce qui permettra également d'améliorer sa santé buccodentaire. Accorder un rendez-vous le jour même à un patient qui est disposé à recevoir des soins dentaires permettra d'éviter que ce dernier ne reporte son rendez-vous.

Certains patients connaissent des *flashbacks*, ou récurrences involontaires de souvenirs qui semblent réels. L'irruption de ces souvenirs peut être déclenchée par des similitudes perçues entre certains éléments de l'agression sexuelle et la visite de soins dentaires.

La *position imposée au patient* peut lui rappeler celle qu'il avait lors d'une agression sexuelle. En outre, l'horizontalité peut s'accompagner d'un sentiment de vulnérabilité anxiogène. On peut rendre la position couchée plus acceptable en plaçant le patient en position semi-couchée lorsque les installations le permettent, en lui expliquant pourquoi la position couchée est demandée, en le couvrant et en lui permettant de suivre l'intervention thérapeutique au moyen d'un miroir ou d'une caméra intrabuccale.

Le *sexe du dentiste* peut provoquer des symptômes de détresse et de la peur. Souvent, les patients qui éprouvent de la détresse ont l'impression qu'ils sont de nouveau exposés à un risque d'agression. Pour surmonter cet obstacle, le dentiste peut inviter son patient à consulter un autre dentiste, homme ou femme, selon ce qui lui convient le mieux. Le dentiste peut également inviter son patient à se faire accompagner à sa consultation ou laisser la porte du cabinet ouverte durant les interventions.

La *proximité physique du dentiste* peut également faire ressurgir des souvenirs pénibles et contribuer à la crainte des soins dentaires. Le dentiste doit être conscient de sa position corporelle et éviter de trop se pencher ou de toucher le corps du patient. Le cas échéant, le dentiste peut informer le patient à l'avance de la possibilité d'un contact physique involontaire, et le rassurer quant au fait que le contact est dépourvu de toute intentionnalité menaçante.

Une *fellation* subie lors d'une agression sexuelle aura un effet particulièrement délétère sur la prestation des soins dentaires. Les interventions dentaires nécessitant l'introduction de doigts et d'instruments dans la bouche du patient peuvent déclencher une anxiété et activer le réflexe nauséux chez les victimes d'agressions sexuelles. Le dentiste peut tenter de diminuer l'anxiété et le réflexe nauséux exacerbé au moyen de techniques de relaxation, de distraction et de désensibilisation, de traitements complémentaires comme la neurostimulation électrique transcutanée (TENS) et l'hypnose, ou encore de techniques psychologiques et comportementales.

Chez certains patients, l'*odeur des gants en latex ou des lotions d'après-rasage* peut rappeler l'agression subie et faire remonter des souvenirs liés à l'emploi d'un préservatif. Le dentiste pourra éviter ces facteurs déclenchants en utilisant des gants en vinyle et en évitant l'emploi de lotion d'après-rasage dans la salle de traitement.

Les études soulignent par ailleurs que le *manque de sensibilisation du public et la sensibilisation inadéquate des dentistes face à l'association entre la peur des soins dentaires et l'agression sexuelle* constituent un problème. Les praticiens en soins dentaires doivent recevoir une formation complète au sujet de la peur des soins dentaires et des liens qu'elle peut entretenir avec les antécédents d'agression sexuelle pour être en mesure de reconnaître les indices non verbaux de leurs patients et y répondre adéquatement. Ces indices peuvent être une tension, des demandes inusitées, des craintes non fondées, un réflexe nauséux, une crispation au toucher par le dentiste ou une crainte suscitée par la position horizontale. Le dentiste doit également mettre au point des stratégies pour interroger les patients au sujet d'éventuels antécédents d'agression sexuelle au moyen de questions non précises telles que : « Y a-t-il des aspects du traitement dentaire que vous trouvez difficiles? Y a-t-il quoi que ce soit que nous pouvons faire pour que vous soyez plus à l'aise? » Le patient peut alors fournir une réponse selon son niveau de confiance.

Les études ont également indiqué que des problèmes dentaires disproportionnés seraient liés aux antécédents d'agression sexuelle et à la peur des soins dentaires. Les troubles temporo-mandibulaires, le bruxisme, la gingivite et les extractions dentaires répétées sont des éléments que l'on retrouve plus fréquemment chez les personnes qui ont subi des agressions sexuelles que dans la population générale.

*Exposé* – Bien que l'on commence à peine à comprendre le lien entre la peur des soins dentaires et les antécédents d'agression sexuelle, comprendre les thèmes communs qui ont été relevés aidera les dentistes à composer avec le problème de manière plus efficace. Le sentiment de perte de contrôle éprouvé par le patient est un élément critique qui doit être résolu afin que celui-ci se sente en sécurité dans l'environnement du cabinet dentaire.

## SIGNIFICATION CLINIQUE

Manifestement, des liens étroits existent entre les antécédents d'agression sexuelle et la peur des soins dentaires, laquelle peut compromettre la prestation des soins dentaires appropriés et mener à une détérioration de l'état de santé buccodentaire. Des recherches devront être réalisées pour mieux cerner ce qui pose problème et proposer des solutions afin que tous les patients se sentent en sécurité et soient exempts d'anxiété lorsqu'ils reçoivent des soins dentaires.

Pour les tirés à part, s'adresser par écrit à M. Guggisberg, Curtin University, Perth, WA 6845, Australie, à l'adresse courriel [m.guggisberg@curtin.edu.au](mailto:m.guggisberg@curtin.edu.au) ■

## Poste à la présidence de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

**Date limite de la remise d'un bulletin de présentation : 5 avril 2017 à 17 h**

AVIS est, par les présentes, donné qu'il y aura élection le **vendredi 5 mai 2017** afin de pourvoir le poste à la présidence de l'OHDQ. Le mode d'élection à la présidence est au suffrage universel des membres conformément au *Code des professions* et au *Règlement sur les élections au Conseil d'administration de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*. Le président est élu pour un **mandat de (3) trois ans**. Les conditions de travail sont disponibles sur demande.

### Rôles et responsabilités liés au poste de président selon l'article 80 du *Code des professions* :

«Le président exerce un droit de surveillance générale sur les affaires de l'ordre. À cette fin, il peut requérir des informations d'un membre d'un comité formé par le Conseil d'administration, d'un employé de l'ordre ou de toute personne qui exerce au sein de l'ordre, une fonction prévue au code ou à la loi constituant l'ordre, dont un syndic en ce qui regarde l'existence d'une enquête ou le progrès de celle-ci. Le président préside les séances du Conseil d'administration ainsi que les délibérations à l'occasion des assemblées générales; il est responsable de l'administration des affaires du Conseil d'administration ainsi que de l'application des décisions du Conseil d'administration et de celles des membres de l'ordre réunis en assemblée; il coordonne les travaux du Conseil d'administration et de l'assemblée et en assure la continuité. Le président ne peut agir à titre de secrétaire de l'ordre ni exercer les fonctions que le code ou la loi constituant l'ordre professionnel dont il est membre attribue au secrétaire.»  
1973, c. 43, a. 79; 1994, c. 40, a. 70; 2000, c. 13, a. 16; 2008, c. 11, a. 46.

### Bulletin de présentation

1. Vous trouverez ci-après reproduit un **bulletin de présentation** qui servira à proposer une candidature pour pourvoir le poste à la présidence de l'Ordre. Veuillez retourner votre bulletin de présentation à l'adresse suivante :

**La directrice générale et secrétaire**  
**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec**  
1155, boul. Robert-Bourassa, bureau 1212  
Montréal (Québec) H3B 3A7

2. **Le bulletin de présentation doit être signé par le candidat et cinq (5) membres de l'Ordre.** Un membre ne peut être candidat à la fois à la présidence et à un poste d'administrateur.
3. Les bulletins de présentation ne comportant pas les signatures originales ou reçus par courriel ou télécopieur ne sont pas acceptés.
4. Si plus d'un candidat est présenté pour le poste à la présidence, vous recevrez alors la procédure et les documents pertinents à la tenue de l'élection, et ce, à compter du **11 avril 2017**.

### Élection du président

- **Période de votation et de transmission des bulletins de vote**  
Du 11 avril 2017 au 5 mai 2017 à 17 heures.
- **Date et heure de clôture du scrutin**  
Vendredi 5 mai 2017 à 17 heures.
- **Dépouillement des votes**  
Le dépouillement des votes aura lieu le samedi 6 mai 2017 à compter de 9 heures.
- **Curriculum vitae** (à joindre avec bulletin)  
Sur une feuille mesurant au plus 22 cm x 28 cm.
- **Photo** (à joindre avec bulletin)  
Mesurant au plus 50 mm x 70 mm, au verso de laquelle apparaissent la signature et le numéro de permis.

### Conditions requises pour être candidat à la fonction de président

Conformément aux articles 66.1 et suivants du *Code des professions*, au *Règlement sur les élections au Conseil d'administration de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* et au *Règlement divisant le territoire du Québec en régions aux fins des élections au Conseil d'administration de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, les conditions requises pour être candidat à la présidence sont :

1. Être inscrit au Tableau des membres de l'OHDQ au **21 mars 2017** et le demeurer.
2. Être proposé par le bulletin de présentation ci-annexé et **signé par le candidat et cinq (5) membres de l'Ordre**.

### Condition requise pour voter

Seules peuvent voter les personnes qui étaient membres de l'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* le 45<sup>e</sup> jour avant la date fixée pour la clôture du scrutin (soit le **21 mars 2017**) et le sont demeurées.

Montréal, le 28 février 2017

La directrice générale et secrétaire,



Janique Ste-Marie, notaire



# BULLETIN DE PRÉSENTATION POUR L'ÉLECTION DU PRÉSIDENT AU SUFFRAGE UNIVERSEL DES MEMBRES

Nous, soussignés, membres en règle de l'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, proposons comme candidat à la prochaine élection à la présidence de l'Ordre :

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Adresse du domicile professionnel : \_\_\_\_\_

N° de permis : \_\_\_\_\_

NOM ET PRÉNOM DU MEMBRE	N° DE PERMIS	ADRESSE DU DOMICILE PROFESSIONNEL	DATE	SIGNATURE DU MEMBRE

Je, \_\_\_\_\_, proposé dans le bulletin de présentation ci-dessus, consens à être candidat au poste de président de l'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*. Je suis membre en règle de l'Ordre.

Veillez trouver sous pli :

- Mon curriculum vitæ (sur une feuille mesurant au plus 22 cm x 28 cm)
- Ma photo (mesurant au plus 50 mm x 70 mm), au verso de laquelle apparaissent ma signature et mon numéro de permis.

En foi de quoi, j'ai signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2017.

Signature \_\_\_\_\_

## Postes d'administrateur de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

**Date limite de la remise d'un bulletin de présentation : 5 avril 2017 à 17 h**

AVIS est, par les présentes, donné qu'il y aura élection le **vendredi 5 mai 2017** afin de pourvoir cinq (5) postes d'administrateurs dans les régions concernées ci-après nommées, conformément au *Code des professions*, au *Règlement sur les élections au Conseil d'administration de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* et au *Règlement divisant le territoire du Québec en régions aux fins des élections au Conseil d'administration de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*:

- Régions du Bas-Saint-Laurent, de la Côte-Nord et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (01, 09 et 11)  
1 poste à pourvoir
- Régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean et du Nord-du-Québec (02 et 10)  
1 poste à pourvoir
- Régions de Québec et de la Chaudière-Appalaches (03 et 12)  
1 poste à pourvoir
- Régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec (04 et 17)  
1 poste à pourvoir
- Régions de l'Estrie et de la Montérégie (05 et 16)  
1 poste à pourvoir

### Bulletin de présentation

1. Vous trouverez ci-après reproduit un **bulletin de présentation** qui servira à proposer une candidature pour pourvoir un poste d'administrateur dans votre région. Veuillez retourner votre bulletin de présentation à l'adresse suivante :

**La directrice générale et secrétaire**  
**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec**  
1155, boul. Robert-Bourassa, bureau 1212  
Montréal (Québec) H3B 3A7

2. Le bulletin de présentation doit être signé par le candidat et cinq (5) membres de l'Ordre. Un membre ne peut signer plus de bulletins de présentation qu'il y a de postes d'administrateurs à pourvoir dans sa région.
3. Les bulletins de présentation ne comportant pas les signatures originales ou reçus par courriel ou télécopieur ne sont pas acceptés.
4. Si plus d'un candidat est présenté dans une région donnée, vous recevrez alors la procédure et les documents pertinents à la tenue de l'élection, et ce, à compter du **11 avril 2017**.

### Élection des administrateurs

- Les administrateurs sont élus au suffrage universel par les membres de l'Ordre. Les administrateurs de l'OHDQ sont élus pour un **mandat de trois (3) ans renouvelable**.
- **Période de votation et de transmission des bulletins de vote**  
Du 11 avril 2017 au 5 mai 2017 à 17 heures.
- **Date et heure de clôture du scrutin**  
Vendredi 5 mai 2017 à 17 heures.
- **Dépouillement des votes**  
Le dépouillement des votes aura lieu le samedi 6 mai 2017 à compter de 9 heures.
- **Curriculum vitae** (à joindre avec le bulletin)  
Sur une feuille mesurant au plus 22 cm x 28 cm.
- **Photo** (à joindre avec bulletin)  
Mesurant au plus 50 mm x 70 mm, au verso de laquelle apparaissent la signature et le numéro de permis

### Conditions requises pour être candidat à la fonction d'administrateur

Conformément aux articles 66.1 et suivants du *Code des professions*, au *Règlement sur les élections au Conseil d'administration de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* et au *Règlement divisant le territoire du Québec en régions aux fins des élections au Conseil d'administration de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, les conditions requises pour être candidat au poste d'administrateur sont :


1. Être inscrit au Tableau des membres de l'OHDQ au **21 mars 2017** et le demeurer.
2. Avoir son domicile professionnel dans la région où l'on pose sa candidature.
3. Être proposé à l'aide du bulletin de présentation, **signé par le candidat et cinq (5) membres de l'Ordre ayant leur domicile professionnel dans la région où la candidature est soumise**.

### Condition requise pour voter

Seules peuvent voter les personnes qui étaient membres de l'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* le 45<sup>e</sup> jour avant la date fixée pour la clôture du scrutin (soit le **21 mars 2017**) et le sont demeurées.

Montréal, le 28 février 2017

La directrice générale et secrétaire,

 Janique Ste-Marie, notaire





# BULLETIN DE PRÉSENTATION POUR L'ÉLECTION D'UN ADMINISTRATEUR AU SUFFRAGE UNIVERSEL DES MEMBRES

01, 09 et 11

02 et 10

03 et 12

04 et 17

05 et 16

Nous, soussignés, membres en règle de l'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, ayant notre domicile professionnel et exerçant notre profession principalement dans la région N° \_\_\_\_\_, proposons comme candidat à la prochaine élection tenue dans cette région :

Nom du candidat : \_\_\_\_\_

Adresse du domicile professionnel : \_\_\_\_\_

N° de permis : \_\_\_\_\_

NOM ET PRÉNOM DU MEMBRE	N° DE PERMIS	ADRESSE DU DOMICILE PROFESSIONNEL	DATE	SIGNATURE DU MEMBRE

Je, \_\_\_\_\_, exerçant principalement ma profession et ayant mon domicile professionnel dans la région N° et proposé dans le bulletin de présentation ci-dessus, consens à être candidat au poste d'administrateur pour cette région. Je suis membre en règle de l'Ordre.

Veuillez trouver sous pli :

- Mon curriculum vitæ (sur une feuille mesurant au plus 22 cm x 28 cm)
- Ma photo (mesurant au plus 50 mm x 70 mm), au verso de laquelle apparaissent ma signature et mon numéro de permis.

En foi de quoi, j'ai signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2017.

Signature \_\_\_\_\_



## un éventail de services

Forte de son équipe de 10 spécialistes et de ses deux cliniques ultra-modernes, Maxillo|Québec offre à vos patients un éventail de services :

- Extractions
- Chirurgies implantaires
- Plusieurs modalités d'anesthésie et de sédation
- Chirurgie orthognatique
- Blessures iatrogéniques du trijumeau
- Traumatismes du visage
- Infections oro-faciales
- DTM et douleurs faciales
- Fentes labio-palatines et malformations faciales congénitales
- Pathologies de la bouche et des maxillaires
- Interventions cosmétiques faciales
- Apnée obstructive du sommeil

De l'intervention la plus simple à la plus complexe, Maxillo|Québec est la référence pour collaborer promptement avec vous et vos patients.



## la différence

# Maxillo|Québec

chirurgie buccale et maxillo-faciale

1125, boul. Lebourgneuf, bureau 200  
Québec (Québec) G2K 0J2

1200, boul. Guillaume-Couture, bureau 302  
Lévis (Québec) G6W 5M6

T 418.624.0088

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

# AVIS DE CONVOCAATION

## Assemblée générale annuelle 2017 des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

**Date :** Samedi 17 juin 2017 | **Heure :** 14 h à 15 h 30

**Salle :** Jacques Cartier

**Lieu :** Hôtel Sandman


999 rue de Serigny, Longueuil (Québec) J4K 2T1



### PROJET D'ORDRE DU JOUR

1. Constatation du quorum;
2. Lecture de l'ordre du jour;
3. Lecture et adoption du procès-verbal de l'assemblée générale annuelle du 11 juin 2016;
4. 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;
5. Dépôt des états financiers vérifiés de l'exercice 2016-2017;
6. Nomination des auditeurs pour l'exercice 2017-2018;
7. Rapports des comités;
8. Cotisation 2018-2019;
9. 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 3 mai 2017 à 16 heures**.

La directrice générale et secrétaire,

 **Janique Ste-Marie, notaire**

 Ordre des hygiénistes dentaires du Québec	
NOM DU MEMBRE	EXPIRATION
LA PRÉSENTE CARTE QUE LE MEMBRE CHAQUE MENTIONNE À DROITE REPRÉSENTE LES EXIGENCES ÉTABLIES PAR LA LOI POUR L'EXERCICE DE LA PROFESSION D'HYGIÉNISTE DENTAIRE.	
SECRÉTAIRE 	

1155, rue University, bureau 1212 Montréal (Québec) H3B 5A7	Tél. (514) 284-7829 1-800-361-2998 Téléc. (514) 284-3147 info@ohdq.com www.ohdq.com
SIGNATURE DU MEMBRE	
CONFIRMATION D'ASSURANCE-RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE Nous certifions que chaque membre en règle de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec est adhérent au programme de responsabilité professionnelle et est assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars par année et d'un million de dollars par période d'assurance, en vertu de la police d'assurance de la responsabilité professionnelle souscrite par l'Ordre auprès de La Capitale assurances générales inc. Le membre doit avoir l'assurance, dès qu'il est en possession, de toute responsabilité professionnelle (sauf à une réclamation) et confirmer le tout à La Capitale assurances générales inc. Téléphone : 1-800-590-2100	

**Les membres devront présenter leur carte de membre de l'OHdq et une pièce d'identité afin d'assister à l'Assemblée générale annuelle 2017. Dans le cas contraire, l'accès leur sera refusé.**

Une formation donnée par madame Susan Badanjak, HD sera offerte aux membres le matin de l'AGA. Plus de détails suivront dans les prochaines semaines.

# VOTRE LIEN PRIVILÉGIÉ ...

... POUR VOS ASSURANCES AUTO, HABITATION ET ENTREPRISE





## DES ÉCONOMIES ET DES TARIFS DE GROUPE EXCLUSIFS

Nous avons votre satisfaction à cœur, et cela se traduit par notre service de qualité reconnu, notre processus d'indemnisation rapide et sans tracas, et nos tarifs de groupe non offerts au grand public.

Des économies, des protections flexibles et un engagement de longue date à vous satisfaire pleinement – quoi de plus intéressant !

Demandez une soumission et économisez !

▶ 1 888 476-8737

▶ [lapersonnelle.com/ohdq](http://lapersonnelle.com/ohdq)







Ordre des hygiénistes dentaires du Québec





laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation et entreprise

La bonne combinaison.

La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. Certaines conditions, exclusions et limitations peuvent s'appliquer.



# HOMMAGE À LA D<sup>RE</sup> ESTHER WILKINS B. SC., R.D.H., D.M.D.

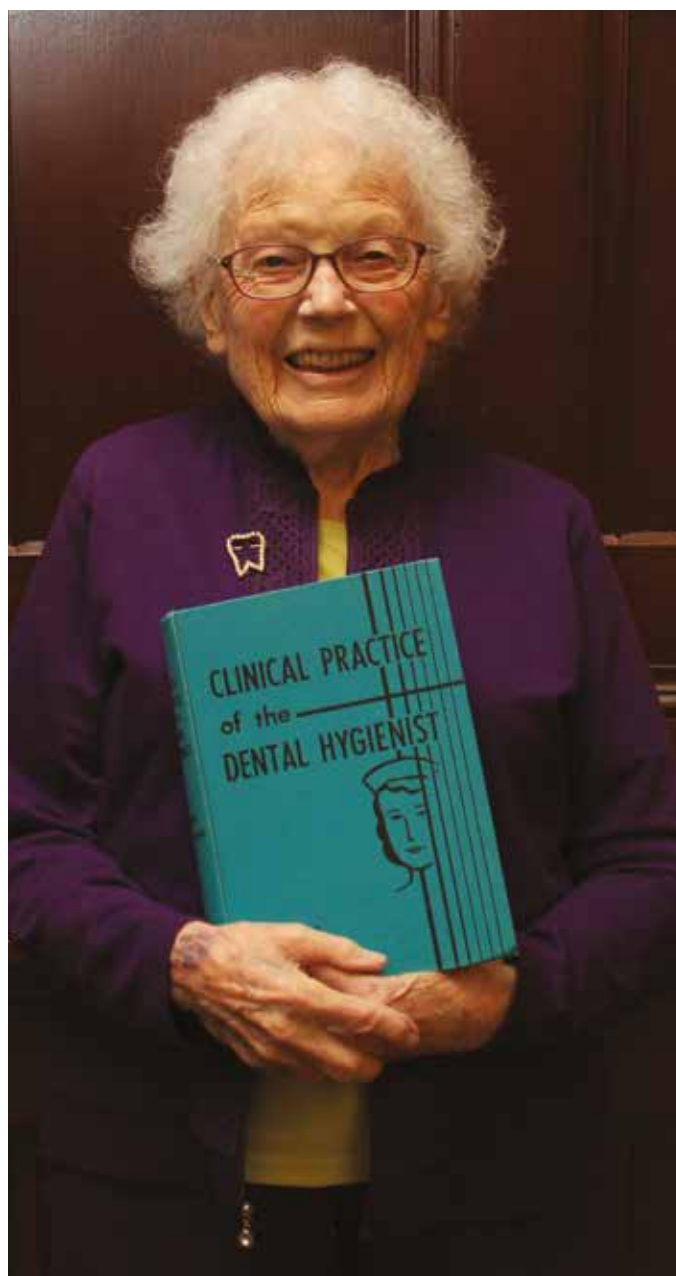
Par **Susan M. Badanjak**, HD., M. Sc. H.D., diplômée du Massachusetts College of Pharmacy and Health Sciences (MCPHS University), responsable du développement de la profession de l'OHDQ

Pionnière en hygiène dentaire et en dentisterie, la D<sup>re</sup> Esther Wilkins, professeure en hygiène dentaire, est connue affectueusement dans le milieu comme la « grand-mère de la profession ». Elle est décédée le lundi 12 décembre 2016 à son domicile de Hudson au New Hampshire, elle venait tout juste de célébrer, trois jours auparavant, son 100<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

Professeure émérite de parodontologie clinique à l'Université Tufts (Massachusetts, États-Unis), Esther Wilkins a débuté sa carrière professionnelle à titre d'hygiéniste dentaire et est rapidement devenue une sommité internationalement reconnue en la matière. Son ouvrage, *Clinical Practice of the Dental Hygienist* (Wolters Kluwer, 1959), en est rendu à sa douzième édition. Il a été adapté en français sous le titre *Prévention et traitement en hygiène dentaire* (adaptation de Diane Gosselin, traduction de Johanne L. Massé, Gaétan Morin, éditeur, 1991).

Esther Wilkins est née à Chelmsford (Massachusetts) le 9 décembre 1916 et a grandi non loin de là à Tyngsborough. Elle a étudié à la Lowell High School et a obtenu un diplôme du Simmons College en 1938. En 1939, elle a obtenu son premier diplôme universitaire en hygiène dentaire (certificat) de l'École Forsyth du Massachusetts College of Pharmacy and Health Sciences University, maintenant MCPHS University.

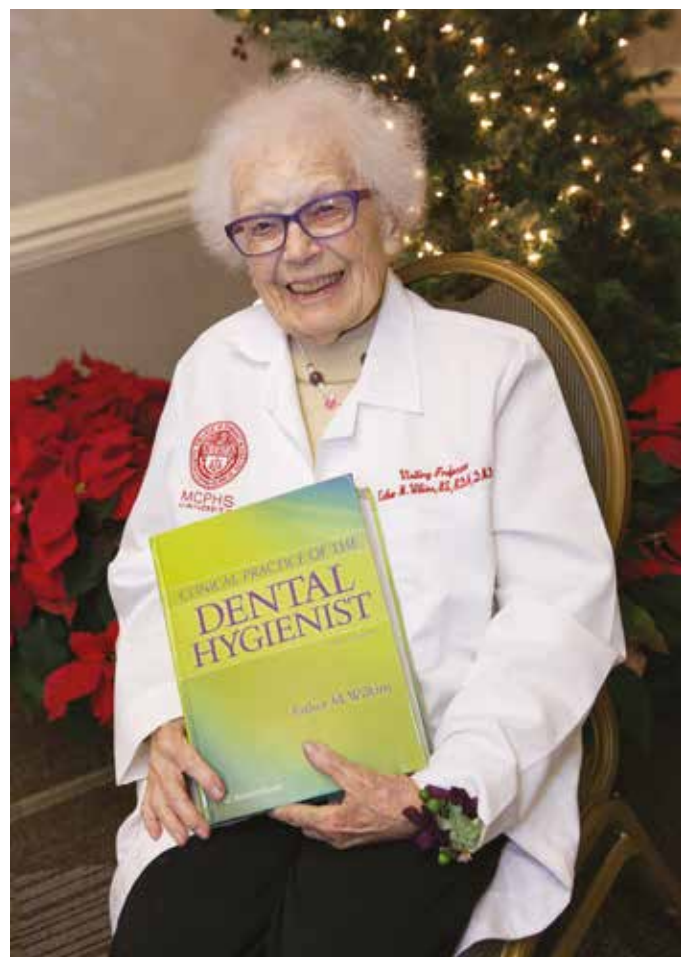
M<sup>me</sup> Wilkins a tout d'abord travaillé pendant au moins une décennie à titre d'hygiéniste dentaire dans la région de Manchester-by-the-Sea, plus au nord de Boston, puis a choisi de devenir dentiste. M<sup>me</sup> Wilkins est alors l'une des trois premières femmes à s'inscrire à l'École de médecine dentaire de l'Université Tufts en 1949. Elle a été acceptée sur le champ dans le programme de formation universitaire, mais son admission a été différée d'une année, et ce, à l'invitation du doyen de l'époque, préférant qu'une autre femme s'inscrive avec elle. Esther Wilkins s'est inscrite à ce programme universitaire au





moment où seulement deux (2) p. cent de l'ensemble des dentistes en pratique étaient des femmes. À l'heure actuelle, plus de 50 p. cent des étudiants inscrits à l'Université Tufts sont des femmes.

M<sup>me</sup> Wilkins a gradué de l'Université Tufts avec en poche un diplôme en médecine dentaire. On la verra tout de suite après à l'École de dentisterie de l'Université Washington pour y monter un programme universitaire en hygiène dentaire. Après une douzaine d'années des plus actives à Washington, Esther Wilkins est retournée en 1966 à l'Université Tufts pour, d'une part y suivre une formation post-doctorale en parodontologie, puis pour y enseigner à temps partiel. C'est au cours de cette période qu'elle a refait connaissance avec un ancien condisciple, James Gallagher alors professeur adjoint. Rapidement James et Esther se sont mariés et le resteront jusqu'à la mort de Gallagher en 1988.



**Esther Wilkins jouit d'un statut de star dans sa profession, mais aussi auprès de ses nombreux étudiants qui l'arrêtent fréquemment pour obtenir un autographe d'elle ou encore pour prendre un égoportait (selfie) en sa compagnie.**

Esther Wilkins a enseigné à la Tufts pendant une longue période de 45 ans jusqu'à sa retraite officielle en 2011. On parle de retraite, mais elle n'a jamais vraiment cessé ses activités professionnelles, continuant d'assister et de donner des conférences et surtout en se faisant la porte-parole de l'hygiène dentaire jusqu'à la fin de l'année 2015. En 2012, on comptait pas moins de 800 cours de formation continue à son actif selon un relevé officiel de son profil à l'Université Tufts. Esther Wilkins jouit d'un statut de star dans sa profession, mais aussi auprès de ses nombreux étudiants qui l'arrêtent fréquemment pour obtenir un autographe d'elle ou encore pour prendre un égoportait (selfie) en sa compagnie. De manière personnelle, je suis une fervente admiratrice (groupie) et ai eu l'opportunité de la rencontrer à plus d'une occasion au moment de ma propre formation universitaire à l'École Forsyth du Massachusetts College of Pharmacy and Health Sciences University, et lorsque je travaillais à Boston (Massachusetts, États-Unis).

La carrière exceptionnelle d'Esther Wilkins est jalonnée de prix et d'honneurs dont le prix William J. Gies 2012 de l'Association américaine d'éducation buccodentaire (American Dental Education Association) pour ses nombreuses réalisations à titre de professeure, le prix de service émérite 2013 du Collège international des dentistes. Pour ma part et en regard de la valeur de son enseignement, je lui accorde volontiers le « prix éternel de mentorat ». À n'en pas douter, son héritage se prolonge en chacun, chacune de nous les hygiénistes dentaires. ■

# SOLEIL. S'EXPOSER PLUS POUR VIVRE PLUS ?

Par **Elsa Abdoun**, Science & Vie

**Source :** Texte reproduit avec autorisation. Abdoun, E. « Soleil. S'exposer plus pour vivre plus? », Science & Vie, n° 1187, août 2016, pages 80-84.

Et si le soleil était finalement bon pour la santé? Des études suggèrent qu'une exposition raisonnable préserverait de certaines maladies... au point de surpasser le risque de cancer de la peau associé aux UV! Les explications d'Elsa Abdoun.

Les plus chanceux d'entre vous lisent peut-être cet article à l'ombre d'un parasol; les autres, sur leur canapé ou dans un train. Prenons en tout cas le pari qu'en ce moment, votre corps n'est pas exposé directement aux rayons ardents du soleil d'août.

## REPÈRES

Face à la forte augmentation du nombre de cancers de la peau (l'incidence des mélanomes a plus que triplé en trente ans), des campagnes de prévention invitent à se protéger du soleil depuis les années 1990. Mais ces dernières années, des études suggèrent que trop de protection pourrait aussi avoir des effets néfastes.

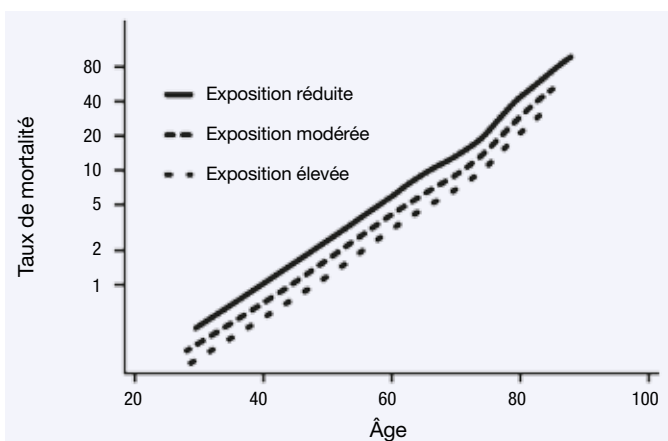
Car les dermatologues sont formels : l'exposition excessive au soleil et à ses rayons ultraviolets mutagènes (qui provoquent des mutations génétiques), en plus de favoriser l'apparition des rides, est la principale cause de cancer de la peau. De nombreuses campagnes de prévention invitent donc à s'en protéger.

Sauf que le soleil n'est pas un facteur de risque comme les autres. « *Contrairement au tabac et à l'alcool, il n'y a jamais eu de preuve que l'exposition au soleil diminue l'espérance de vie* », révèle Richard Weller, dermatologue et chercheur à l'université

d'Edimbourg. Seulement la certitude qu'il provoque des cancers de la peau. Et cet argument a suffi aux experts en santé publique pour conclure que l'exposition au soleil était néfaste.

## DES RÉSULTATS SURPRENANTS

Quelques études commencent cependant à suggérer que les spécialistes se sont trompés. Et qu'éviter le soleil à tout prix pourrait, en définitive, se révéler plus préjudiciable que bénéfique pour la santé. Un choc! La première étude, publiée en 2011, a suivi pendant quinze ans près de 40 000 Suédoises âgées de 30 à 49 ans, et analysé leur taux de mortalité en fonction de leurs pratiques d'exposition au soleil. Résultat : à niveau d'éducation, de poids, d'activité physique et de consommation d'alcool et de tabac équivalent, les femmes ayant passé plus



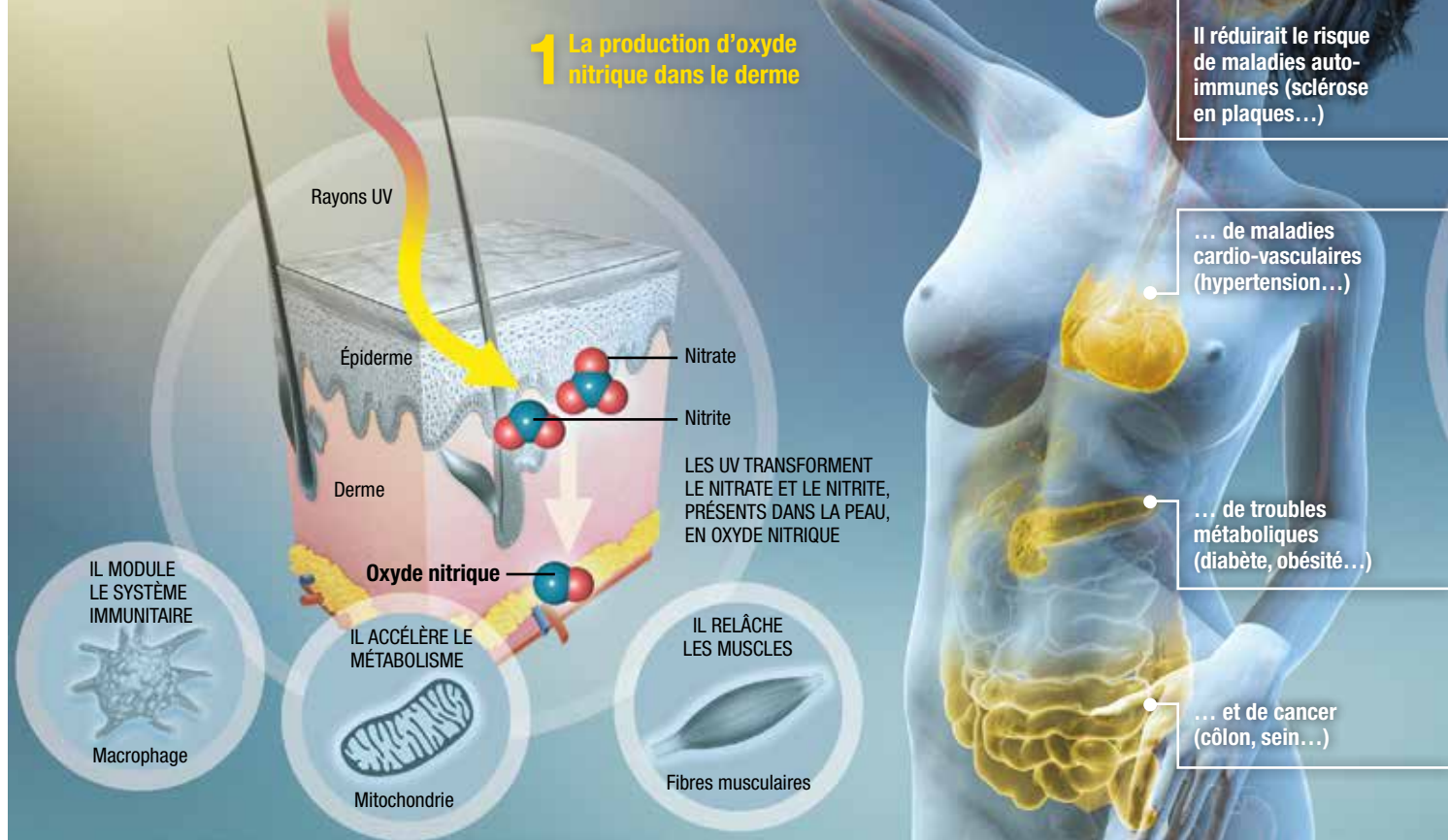
### Une espérance de vie allongée

Le taux de mortalité est jusqu'à deux fois inférieur chez les Suédoises qui s'exposent le plus au soleil (par rapport à celles qui ne s'exposent pas du tout).

Source : Journal of Internal Medicine, P.G. Lindqvist, 2014

## Deux mécanismes activeraient les effets bénéfiques du soleil

En pénétrant à travers la peau, les UV entraînent la production de molécules qui agissent à différents niveaux dans le corps (ici une liste non exhaustive de leurs effets)



d'une semaine par an à dorer au soleil présentaient un taux de mortalité, durant les quinze ans de suivi, 30 % inférieur à celui des femmes qui ne profitaient pas de leurs congés pour bronzer. Un avantage lié en partie à une moindre mortalité par maladie cardio-vasculaire.

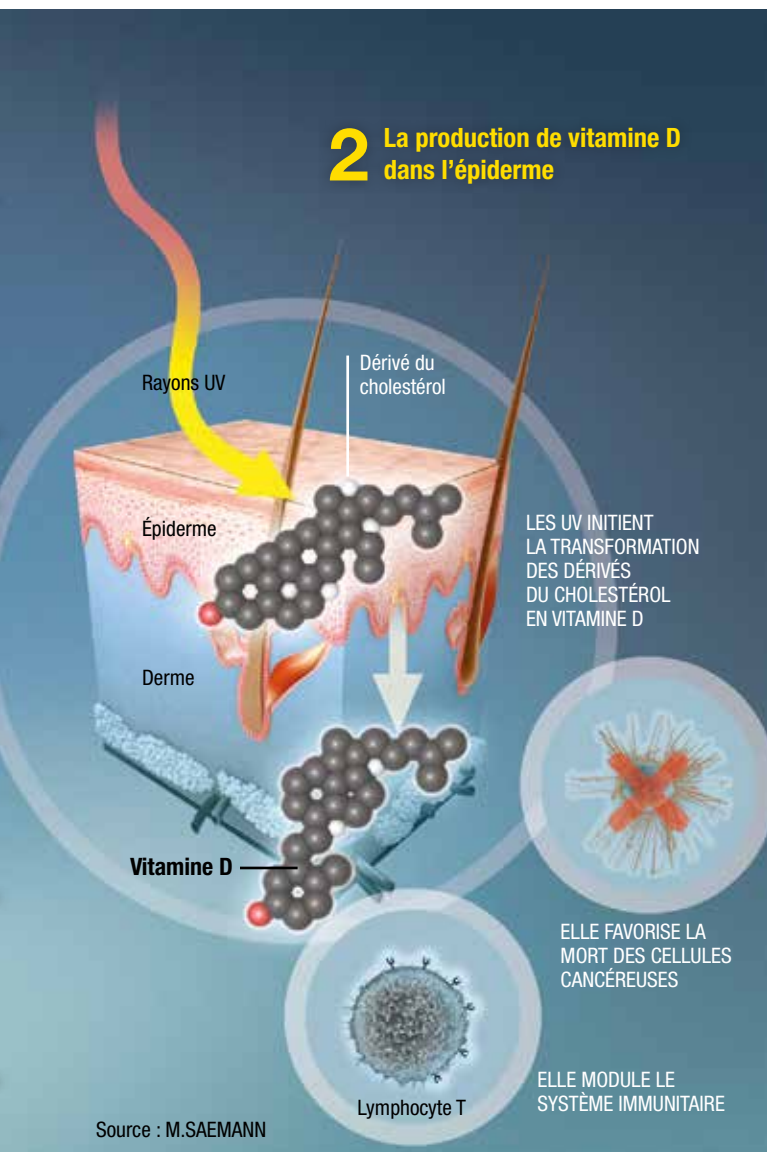
Des résultats allant dans le même sens ont été publiés en 2014 par d'autres chercheurs suédois, qui ont suivi 30 000 femmes pendant vingt ans. Cette fois, le taux de mortalité était même divisé par deux chez les adeptes des vacances au soleil par rapport à celles qui ne s'exposaient pas du tout – indépendamment de leur niveau socio-économique, de leur mode de vie, etc. Un écart qui s'explique là aussi par une baisse de la mortalité cardio-vasculaire, ainsi que d'autres causes de mortalité qui restent à identifier.

### FAITS ET CHIFFRES

En France, on diagnostique environ **80 000 cancers de la peau** chaque année. Favorisés par les UV, ils peuvent être de deux types : les carcinomes (**90 %** des cas), et les mélanomes (les plus mortels, avec **1 672** décès en 2012).

Mais la révélation la plus inattendue vient d'une étude danoise, publiée en 2013 : elle suggère que les personnes chez qui un cancer de la peau a été diagnostiqué ont une espérance de vie supérieure à celle du reste de la population du même âge! Un paradoxe qui pourrait s'expliquer, d'après les auteurs, par le fait que ces personnes ont passé en moyenne, dans leur vie, plus





de temps au soleil, ce qui a certainement favorisé l'apparition du cancer, mais les aurait en même temps préservées d'autres troubles (infarctus du myocarde, notamment).

En mars dernier, une étude suédoise a, elle, montré un allongement de l'espérance de vie uniquement chez les patients atteints d'un cancer de la peau de type carcinome, bien moins souvent mortel qu'un mélanome. Des résultats que Richard Weller prend très au sérieux : « Désormais, je félicite mes patients lorsque je diagnostique ce type de cancer », témoigne le dermatologue, volontairement provocateur.

### UNE COURBE DE RISQUE EN « U »

Le soleil, parallèlement à son action cancérigène sur la peau, nous protégerait donc d'autres maladies, notamment

cardio-vasculaires. À tel point qu'à certains niveaux d'exposition, il sauverait plus d'années de vie qu'il n'en détruit. Comme l'explique Pelle Lindqvist, chercheur à l'Institut Karolinska (Suède) et coauteur de deux études suédoises, « la courbe de risque semble être en forme de U » : en cas de trop forte exposition, le risque lié au cancer de la peau serait plus important que les bénéfices potentiels contre d'autres maladies; mais lorsqu'on ne s'expose pas assez, l'augmentation du risque lié à ces autres maladies prendrait le dessus.

Une observation à la limite du blasphème sanitaire... « Au début, les gens étaient très sceptiques », reconnaît Pelle Lindqvist. Et si l'accumulation de ces études commence à leur donner du crédit, il en faudra encore beaucoup d'autres pour lever toutes les incertitudes. En particulier, « une partie des bénéfices pourrait simplement être due au fait que, quand on est dehors, on est généralement actif », reconnaît Richard Weller. L'exercice physique pourrait donc être responsable d'une partie, au moins, des bénéfices attribués au soleil. Enfin, ces tests devront être menés sur des populations de différentes couleurs de peau, et vivant à d'autres latitudes, pour s'assurer que leurs conclusions peuvent être généralisées.

Cependant, cette hypothèse d'un rôle bénéfique du soleil est confortée par des centaines d'études sur la vitamine D, menées sur différentes populations ces quinze dernières années. Cette hormone, dont le manque peut causer un rachitisme (maladie des os) chez l'enfant, est principalement produite par la peau sous l'effet du soleil. Or, un fort taux sanguin de vitamine D a été corrélé à une diminution du risque de nombreuses affections : cancers (côlon, sein, prostate...) et maladies infectieuses (grippe, notamment), cardiométaboliques (diabète de type 2, hypertension...) ou auto-immunes (sclérose en plaques, arthrite...).

Ces observations offrent, via cette molécule, un mécanisme explicatif des bienfaits du soleil (voir l'infographie). Surtout, elles ont amené les médecins à envisager de remplacer l'exposition solaire par la prise de suppléments de vitamine D, afin de s'approprier les bienfaits de notre astre sans en subir les effets néfastes.

Des scientifiques ont donc testé, à maintes reprises, les effets de la prise d'ampoules ou de gélules de vitamine D. Mais les résultats se sont révélés décevants, et aujourd'hui, aucun bénéfice n'a encore été clairement démontré sur des adultes qui n'étaient pas particulièrement carencés.

Le sujet fait débat. Pour certains médecins, qui attendent les résultats de derniers tests pour trancher, l'hypothèse du rôle de la vitamine D dans les bénéfices de l'exposition au soleil tient toujours. Pour d'autres, il est temps de se rendre à l'évidence. « Des centaines d'essais ont été menés : si la vitamine D avait un effet, on l'aurait vu », juge Philippe Autier, médecin chercheur à l'université de Strathclyde (Royaume-Uni).



Selon Richard Weller, lui aussi sceptique, un fort taux de vitamine D et un bon état de santé ne seraient corrélés que parce qu'ils sont les conséquences d'un même phénomène : l'exposition au soleil. Sans que la vitamine D soit responsable des bénéfices observés. D'autres mécanismes devraient donc entrer en jeu.

### LES CRÈMES SOLAIRES PROTÈGENT-ELLES DU CANCER?

Quelle question! Elles filtrent les UV, qui sont reconnus comme favorisant le cancer de la peau : leur effet protecteur semble donc inévitable. Sauf que des études suggèrent que les vacanciers s'exposent plus longtemps lorsqu'ils ont appliqué de la crème solaire, alors qu'ils en étaient souvent moins que la quantité recommandée. Un débat anime donc depuis longtemps la communauté scientifique sur la question. Ce n'est qu'en 2011 qu'une étude australienne a démontré que le port quotidien de crème solaire diminue le risque de mélanome. Mais la question se pose à présent de la capacité des crèmes à faire écran... contre les bienfaits du soleil.

Et le chercheur pense justement en avoir découvert un : la production d'oxyde nitrique. Richard Weller a récemment démontré que cette molécule est stockée sous la peau en grandes quantités, et libérée dans le corps sous l'action des UV. Or, l'oxyde nitrique est connu pour avoir d'importantes fonctions physiologiques, comme la dilatation des vaisseaux sanguins et la régulation du système immunitaire (voir l'infographie).

Plusieurs études ont d'ailleurs démontré que les UV agissent sur le corps via cette molécule. En 2009, des chercheurs allemands ont prouvé, sur l'humain, que les UV-A entraînent une diminution de la pression artérielle en libérant de l'oxyde nitrique. Et en 2014, une équipe australo-britannique, dont Richard Weller faisait partie, suggérait, sur des souris soumises à un régime gras, que les UV, possiblement par un effet d'accélération du métabolisme des cellules par l'oxyde nitrique, prévenaient l'obésité et les troubles métaboliques associés (dont la résistance à l'insuline). Ce qui pourrait expliquer, selon Richard

Weller, pourquoi « *des études ont montré qu'en été, les gens sont plus minces, ont moins de cholestérol et contrôlent mieux leur glycémie* ».

Grâce à l'oxyde nitrique, et peut-être aussi à la vitamine D ou à d'autres molécules encore inconnues, le soleil nous protégerait, au final, de maladies faisant beaucoup plus de victimes que le cancer de la peau. « *Hypertension, obésité, diabète... Il semble que les UV agissent sur les principales causes de mortalité dans le monde!* », s'enthousiasme Richard Weller.

### LA PROTECTION RESTE DE MISE

En plus de soigner diverses maladies inflammatoires de la peau (eczéma, psoriasis...), d'être bon pour le moral et de prévenir probablement la myopie, le soleil rallongerait donc notre espérance de vie... Des bienfaits qui n'étonnent pas leurs découvreurs : « *Si certaines populations ont une peau sensible aux UV, c'est que cela doit, sur un plan évolutif, avoir représenté un avantage* », raisonne Pelle Lindqvist.

Alors, doit-on se débarrasser de nos crèmes solaires? Aucun spécialiste ne le préconise. Une trop forte exposition ferait exploser le risque de cancer de la peau, au point de dépasser les bienfaits potentiels sur d'autres maladies. De plus, la recherche sur ce sujet n'en est qu'à ses débuts, et certains considèrent qu'il est encore trop tôt pour adapter les recommandations de santé publique. « *Pour l'instant, la balance penche fortement en faveur de la photo-protection, car on est sûr que les UV entraînent des cancers, alors que les bénéfiques, eux, sont encore incertains* », juge Jean-Luc Schmutz, dermatologue au CHU de Nancy.

Pour d'autres, l'incertitude n'empêche pas de donner dès à présent quelques conseils. « *Porter en permanence de l'écran solaire est ridicule!* », s'emporte Richard Weller. « *On peut conseiller de s'exposer un peu, tant qu'on évite les coups de soleil* », estime Borge Nordestgaard. Des recommandations qu'ils invitent à adapter selon la couleur de peau, la période de l'année, le moment de la journée, le lieu de résidence et les éventuelles prédispositions individuelles à certaines maladies. Voilà en tout cas de quoi apaiser nos relations avec notre bonne étoile. ■



Contrôle la plaque,  
prévient la gingivite et  
procure un soulagement  
de la sensibilité?  
**À votre santé!**



Lorsque vous recommandez Sensodyne® Protection complète à vos patients, vous serez rassuré de savoir que vous les aidez à soulager l'hypersensibilité dentinaire, et que vous recommandez un produit procurant d'autres bienfaits pour la santé des gencives, comme l'élimination de la plaque et la réduction de la gingivite.

Les inscriptions se font en ligne seulement.

## 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.
- **À compter de cette année**, les inscriptions se feront en ligne seulement au [www.ohdq.com](http://www.ohdq.com). 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**.
- Une confirmation de la transaction vous sera envoyée par courriel.

- Vous recevrez une confirmation par courriel.
- 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 les formations de 6 heures.

*NB : Les notes de cours sont à la discrétion de chaque conférencier et seront disponibles sur le site de l'Ordre le cas échéant.*

### **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](mailto:info@ohdq.com).

Aucun remboursement ne sera possible 15 jours avant la date d'un cours.

### **Formations organisées par l'OHDQ :**

Dès votre inscription à un cours de l'OHDQ, les heures seront **automatiquement** 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 à [info@ohdq.com](mailto:info@ohdq.com) ou par téléphone au 514 284-7639, poste 201. **Un membre président de séance peut assister à la formation gratuitement.**

## Clientèle différente : mieux la connaître pour mieux s'adapter

(3 heures de formation continue) Par **Julie Lessard, HD** (Coût : 57,49 \$ taxes incluses)

### Présentation de la conférence

L'intégration des personnes ayant un handicap, une déficience ou un état différent, demeure encore à notre époque un sujet à aborder, à soutenir. Nous avons tous un rôle en tant qu'individus dans une société, mais qu'en est-il en tant qu'hygiéniste dentaire pour notre profession? Provoquons une prise de conscience sur ces différences qui font partie de la diversité humaine et que nous côtoyons régulièrement dans notre milieu de travail. La déficience intellectuelle, la trisomie 21, les troubles du spectre autistique, la paralysie cérébrale, les déficiences visuelle et auditive, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, nous connaissons tous ces noms, mais connaissons-nous vraiment ces personnes? De façon simplifiée,

nous survolerons leur définition, leurs caractéristiques, leurs causes et leurs conséquences. Nous énumérerons ensuite des stratégies qui permettront de développer des interactions avec elles.

Les connaître nous donnera plus d'aisance et de confiance pour les recevoir dans notre milieu de travail. Ainsi, nous donnerons un service professionnel auquel elles ont droit. Démystifions les tabous qui créent immanquablement un malaise entre nous, professionnels de la santé et ces personnes différentes. Et, participons activement à l'intégration sociale de ces personnes tout en faisant progresser notre profession vers une pratique améliorée digne de demain!

Le parcours professionnel du conférencier est disponible sur le site de l'Ordre au [www.ohdq.com](http://www.ohdq.com).

Date	Heure	Ville	Lieu
Vendredi 18 novembre 2016	9 h à 12 h	Saint-Jérôme	Hôtel Best-Western
Vendredi 9 décembre 2016	9 h à 12 h	Trois-Rivières	Hôtel Gouverneur
Samedi 21 janvier 2017	9 h à 12 h	Sherbrooke	Hôtel Grand Times
Vendredi 3 février 2017	9 h à 12 h	Québec	Hôtel Pur
Samedi 18 mars 2017	9 h à 12 h	Montréal	Hôtel L'Espresso
Samedi 29 avril 2017	9 h à 12 h	Laval	Hôtel Comfort Inn
Samedi 13 mai 2017	9 h à 12 h	Saint-Hyacinthe	Club de golf La Providence

## Formation en RCR – Cardio secours adultes-enfants/DEA

(4 heures de formation continue) Par **Formation Langevin** (Coût : 74,73 \$ taxes incluses)

### 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](http://www.ohdq.com).

Date	Heure	Ville	Lieu
Samedi 29 octobre 2016	8 h à 12 h	Longueuil	Hôtel Holiday Inn
Samedi 3 décembre 2016	8 h à 12 h	Lévis	Hôtel L'Oiselière
Samedi 14 janvier 2017	8 h à 12 h 13 h à 17 h	Montréal AM/PM <sup>1</sup>	Hôtel L'Espresso
Samedi 21 janvier 2017	8 h à 12 h	Saint-Hyacinthe	Club de Golf La Providence
Samedi 18 février 2017	8 h à 12 h	Québec	Hôtel Pur
Samedi 15 avril 2017	8 h à 12 h	Trois-Rivières	Hôtel L'Urbania

<sup>1</sup> Cette conférence sera donnée en français, mais les questions pourront être posées dans la langue de votre choix.



**Veillez prendre note qu'à compter de cette année, les inscriptions se font en ligne seulement.**

## Évaluer le risque carieux par groupe d'âge spécifique, pour mieux suivre vos patients - Partie II

(6 heures de formation continue)

Par **Jacques Véronneau, Ph. D.**

(Coût : 114,98 \$ taxes et dîner inclus)

### Présentation de la conférence

De récentes recherches effectuées à l'aide des réseaux de cliniques dentaires ont démontré que les hygiénistes dentaires et leurs dentistes font peu d'évaluations du risque carieux de leurs patients. Selon la littérature, ce fait contribue négativement à la santé dentaire optimale de leurs patients à long terme. La formation complémentaire portera sur la prédiction du risque carieux pour chaque groupe d'âge spécifique : nous apprendrons notamment, qu'en petite enfance, les facteurs de risque diffèrent d'un six mois à l'autre, que pour les écoliers du primaire, les risques sont à nuancer par année, que pour les adolescents, leurs risques carieux sont spécifiquement associés à leur perception esthétique, et que pour les adultes, les risques

carieux sont différents selon le type de lésions (cavitaires ou non, couronne clinique ou racine). Des grilles d'évaluation du risque carieux par groupe d'âge seront exposées et disponibles pour usage en clinique et pour l'enseignement : des simulations de cas permettront de tester leur adaptabilité concrète. Un nouveau logiciel de détection de risque carieux appliqué internationalement sera également démontré. Au sortir de cette formation, l'hygiéniste dentaire sera mieux outillé pour intégrer dans sa pratique, l'évaluation du risque carieux de ses patients afin d'orienter adéquatement les interventions les plus pertinentes. La formation s'inspire de celle donnée sur deux jours aux enseignants de collèges québécois en hygiène dentaire afin d'actualiser leurs contenus formatifs.

Le parcours professionnel du conférencier est disponible sur le site de l'Ordre au [www.ohdq.com](http://www.ohdq.com).

Date	Heure	Ville	Lieu
Samedi 12 novembre 2016	9 h à 16 h	Sherbrooke	Hôtel Grand Times
Samedi 3 décembre 2016	9 h à 16 h	Boucherville	Hôtel Mortagne
Samedi 17 décembre 2016	9 h à 16 h	Saint-Hyacinthe	Hôtel Holiday Inn Express
Samedi 14 janvier 2017	9 h à 16 h	Laval	Hôtel Comfort Inn
Samedi 28 janvier 2017	9 h à 16 h	Québec	Hôtel Pur
Samedi 11 février 2017	9 h à 16 h	Trois-Rivières	Hôtel Gouverneur
Samedi 25 février 2017	9 h à 16 h	Montréal	Hôtel L'Espresso
Samedi 11 mars 2017	9 h à 16 h	Gatineau	Hôtel V
Samedi 25 mars 2017	9 h à 16 h	Drummondville	Hôtel Le Dauphin
Samedi 8 avril 2017	9 h à 16 h	Chicoutimi	Hôtel Le Montagnais
Samedi 22 avril 2017	9 h à 16 h	Rouyn-Noranda	Hôtel Best Western Albert
Samedi 6 mai 2017	9 h à 16 h	Rivière-du-Loup	Hôtel Universel

**Veillez prendre note qu'à compter de cette année, les inscriptions se font en ligne seulement.**

## Résolution de conflits

(6 heures de formation continue)

Par **Josée Arpin, HD**

(Coût : 114,98 \$ taxes et dîner inclus)

### Présentation de la conférence

1. L'équipe (les rôles et responsabilités des employés, la communication, le patient partenaire, l'éthique). Il sera question des rôles des membres de l'équipe, la vision des cliniques ou les projets d'une équipe de travail, le respect des cultures.
2. La communication (le leadership, la collaboration, la reconnaissance). La gestion de clinique s'y retrouvera, les alliances entre le personnel.
3. La négociation (la relation, la négociation élégante). Le partage des idées, les perceptions qui influencent.
4. La prévention de conflit:
  - Qu'est-ce qu'un conflit?
  - Quelle forme de conflit peut-on rencontrer?
  - Quels sont les ingrédients menant à un conflit?
  - L'escalade d'un conflit
  - L'impact du conflit sur le milieu de travail
  - D'où proviennent les conflits?
5. Les styles naturels en gestion de conflits (4 styles : affrontement, résolution de problèmes, accommodation, évitement).

Il s'agit de reconnaître son style naturel, mais aussi de l'adapter de façon stratégique. Très important pour les petits milieux de travail. Important au niveau personnel.

6. Gestion de soi, gestion de l'autre (des trucs de gestion de soi et de l'autre seront présentés ex: prendre du recul, reformulation).
7. Actions pour limiter les impacts négatifs (planifier, agir, intervenir).

En général, les propos de cette conférence peuvent très bien se coller à la vie de tous les jours et au milieu de travail. Études de cas qui se rapportent à la clientèle, car elle fait partie des relations privilégiées à maintenir. Aussi, il faut aborder le point sur les dentistes qui ont choisi une profession, mais qui doivent faire de la gestion de personnel, pas toujours évidente pour les équipes. Les habiletés de gestion sont-elles innées ou acquises? La formule de conférence choisie comporte des échanges entre les participants, des exercices ou auto-diagnostics à compléter. Que ce soit dans le secteur public ou privé la gestion de conflits demeure une approche humaine avec beaucoup de répercussions sur les milieux de vie. Personne n'y échappe.

**Le parcours professionnel du conférencier est disponible sur le site de l'Ordre au [www.ohdq.com](http://www.ohdq.com).**

Date	Heure	Ville	Lieu
Samedi 19 novembre 2016	9 h à 16 h	Drummondville	Hôtel Le Dauphin
Vendredi 27 janvier 2017	9 h à 16 h	Longueuil	Hôtel Sandman
Samedi 18 février 2017	9 h à 16 h	Gatineau	Hôtel V
Samedi 18 mars 2017	9 h à 16 h	Chicoutimi	Hôtel Le Montagnais
Samedi 15 avril 2017	9 h à 16 h	Rivière-du-Loup	Hôtel Universel
Samedi 13 mai 2017	9 h à 16 h	Laval	Hôtel Comfort Inn

# WEBCONFÉRENCES

Disponibles au [www.ohdq.com](http://www.ohdq.com)

## La planification des soins parodontaux en fonction du risque parodontal : une perspective clinique centrée sur les besoins du client

Présentée par **PHILIPS**  
 Conférencière : Sylvie Martel, HD\*  
 Durée : 1 h 30  
 Coût : 30 \$ + taxes

Une multitude de facteurs de risque ayant un impact direct ou indirect sur la prévalence, la sévérité, la progression et les options de traitement de la maladie parodontale ont été étudiés depuis de nombreuses années et les conclusions parlent d'elles-mêmes. Il faut traiter en fonction du risque parodontal et bien communiquer au client les raisons qui nous poussent à prendre une approche de soins plus personnalisés et des intervalles de rappel plus courts en présence d'un risque parodontal élevé. Ce webinaire d'une heure passera en revue les facteurs de risque à considérer dans une approche évaluant le niveau de risque de nos clients à développer ou à entretenir une maladie parodontale ainsi que des suggestions de plans de traitement à préconiser.

## Parlons biofilm : conséquences néfastes sur la santé en général et stratégies pour mieux les contrôler

Présentée par **PHILIPS**  
 Conférencière : Sylvie Martel, HD\*  
 Durée : 1 h 30  
 Coût : 30 \$ + taxes

Ce webinaire vise à faire un tour de table sur les biofilms buccaux et leurs effets non seulement sur les tissus parodontaux, mais aussi sur la santé en général. De plus, l'on reverra les options que l'hygiéniste dentaire peut suggérer à son client pour en arriver à mieux contrôler la colonisation des biofilms en bouche et ainsi diminuer les risques associés au manque de contrôle de ceux-ci.

## Péri-mucosite, péri-implantite : traitements préventifs, dépistage et gestion clinique par l'hygiéniste dentaire

Conférencière : Yva Khalil, HD\*  
 Durée : 1 h 30  
 Coût : 30 \$ + taxes

Que ce soit lors des examens de rappels ou des examens complets, plusieurs de nos patients ont des dents manquantes et possiblement songent à les remplacer par des implants dentaires. De plus, en 2016, plusieurs de nos patients ont déjà des implants dentaires en bouche remplaçant une ou plusieurs dents manquantes. Cette présentation traite des facteurs de risques à l'implantologie, le co-diagnostic, la préparation du patient à recevoir des implants dentaires d'un point de vue de l'hygiène dentaire, mais surtout, du protocole de suivi à moyen et long terme par l'hygiéniste dentaire en tant que partenaire. Les études et recommandations les plus à jour seront présentées en matière de péri-mucosite et péri-implantite.

## L'utilisation des médias sociaux par les professionnels de la santé : entre l'éthique et la déontologie

Conférencière : Johanne Vincent\*  
 Durée : 2 h 30  
 Coût : 40 \$ + taxes

L'utilisation des médias sociaux comme mode de communication entre les professionnels et leurs patients est une problématique qui met en lumière une réalité contemporaine, nouvelle, et, à certains égards, socialement encouragée. Être membre d'un ordre professionnel comporte des devoirs et obligations auxquels nul professionnel ne peut se soustraire.

\*Le parcours professionnel des conférenciers est disponible sur le site de l'Ordre

# WEBCONFÉRENCES

Disponibles au [www.ohdq.com](http://www.ohdq.com)

## Devenez votre spécialiste du contrôle des infections • Module 1

Conférencier : D<sup>r</sup> Jean Barbeau\*

Durée : 1 h 30

Coût : 30 \$ + taxes

Le premier volet de la formation porte sur les protections personnelles et la gestion des expositions professionnelles. Rappels sur la vaccination; l'application du protocole de gestion post-exposition; comprendre la portée des précautions standards; l'utilisation adéquate des barrières physiques (gants, lunettes, uniformes); l'antisepsie des mains.

## Maladies articulaires dégénératives et le vieillissement prématuré de la dentition

Conférencier : D<sup>r</sup> Alain Aubé\*

Durée : 1 h 30

Coût : 30 \$ + taxes

Le monde dentaire a été bien formé pour diagnostiquer et pour traiter la carie et les maladies parodontales, mais nous sommes moins bien équipés en regard du vieillissement. Pourtant aujourd'hui l'usure et le vieillissement prennent le dessus sur la carie quant à la perte d'émail et de dents.

Une particularité que nous considérerons est le déplacement discal, associé à la sous-croissance mandibulaire, trouvé chez au moins 40 % de la population dès l'âge de 20 ans. De plus, le déplacement discal laisse une ATM moins bien protégée et est à la source de bien des changements dégénératifs internes à l'ATM. La sous-croissance et la dégénérescence condylienne mènent à une occlusion plus postérieure et à une augmentation de la force appliquée sur les dents, le parodonte et les articulations.

Le rôle de l'hygiéniste dentaire est primordial dans le dépistage précoce de ces problèmes. L'hygiéniste, par le fait qu'elle passe beaucoup de temps avec son patient, a un point de vue privilégié pour observer les effets buccaux des changements articulaires et pour discuter avec le patient des signes et symptômes et des options de soin disponible.

## Devenez votre spécialiste du contrôle des infections • Module 2

Conférencier : D<sup>r</sup> Jean Barbeau\*

Durée : 1 h 30

Coût : 30 \$ + taxes

Nous présenterons les concepts théoriques et pratiques de la désinfection des surfaces et du traitement de l'instrumentation.

1. Comment choisir le bon désinfectant de surface; la désinfection proprement dite : que doit-on désinfecter et dans quel ordre; le temps de contact et l'entretien des surfaces.
2. La chaîne de traitement des instruments : le nettoyage et décontamination; la mise en sac (sacs, papiers et textiles); l'utilisation raisonnée du stérilisateur (contrôle biologique et chimique); les sources d'échecs de la stérilisation; l'entreposage adéquat; tenir un registre de la centrale de stérilisation.

## La centrale de stérilisation et la traçabilité

Conférencier : D<sup>r</sup> Jean Barbeau\*

Durée : 2 h 30

Coût : 40 \$ + taxes

La question de la traçabilité de l'instrumentation dentaire est une problématique qui fait graduellement son chemin. La traçabilité permet de suivre le cheminement des instruments et l'identification rapide des lacunes, erreurs et problème. Cette pratique est déjà implantée dans les centrales de stérilisation hospitalière. Elle requiert des modifications substantielles des façons de faire.

\*Le parcours professionnel des conférenciers est disponible sur le site de l'Ordre



Ce charmant petit mot tabou de 6 lettres  
débutant avec un « C »

# CANCER : L'IMPORTANCE DU DÉPISTAGE PRÉCOCE DU CANCER BUCCAL



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

**Étude 1 :** Walsh T, Liu JLY, Brocklehurst P, Glennly AM, Lingen M, Kerr AR, Ogden G, Warnakulasuriya S, Scully C: Clinical assessment to screen for the detection of oral cavity cancer and potentially malignant disorders in apparently healthy adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 11, Art. No. CD010173.*

Cette revue systématique de la littérature a pour but d'évaluer le niveau de précision de différents moyens pour diagnostiquer un cancer de la cavité buccale ou dépister des affections potentiellement malignes chez l'adulte présumé en bonne santé. Les moyens revus incluent l'examen buccal conventionnel, l'emploi d'un colorant vital (par ex. le bleu de toluidine), la détection par luminescence (par ex. VELscope, ViziLite, ...), l'évaluation des biomarqueurs dans le sang et la salive et l'auto-examen de la bouche. De plus, ces moyens peuvent être employés seuls ou conjointement l'un avec l'autre.

Le constat est bien établi. Si un dépistage précoce d'affections potentiellement malignes tels l'érythroplasie, la leucoplasie, le lichen plan érosif et autres, au niveau de la lèvre ou de la cavité buccale est fait tôt, il est possible de réduire le nombre de transformations malignes, sans par contre, les éliminer complètement. D'autre part, pas tous les cancers de la cavité

buccale sont précédés d'affections potentiellement malignes et ce ne sont pas toutes les affections potentiellement malignes qui dégénèrent en cancer. De plus, si la malignité est détectée durant la surveillance, il y a des preuves suggérant qu'il serait possible d'améliorer le taux de survie des patients si traités rapidement.

Les auteurs ont fait des recherches dans MEDLINE (de 1946 à avril 2013) et dans quatre autres bases de données électroniques (Registre "Cochrane Diagnostic Test Accuracy Studies", Registre Cochrane Oral Health Group's Trial, EMBASE (OVID) et MEDION) depuis leur création jusqu'à avril 2013.

Les études sélectionnées devaient discuter de la précision diagnostique de n'importe quels tests mentionnés précédemment pour le dépistage d'affections potentiellement malignes ou le dépistage d'un cancer de la lèvre ou de la cavité buccale.

De plus, les diagnostics d'affections potentiellement malignes ou de cancers devaient avoir été confirmés par un médecin spécialiste ou un pathologiste, ou bien avoir été dépistés au travers d'un rendez-vous de suivi.

Deux auteurs ont revu indépendamment les titres et les résumés pour déterminer leur pertinence. Le type d'études considéré comportait des études de cohorte et des essais contrôlés randomisés. Les études rétrospectives et les études de cas témoins ont été exclues du processus. Deux autres auteurs ont ensuite revu l'éligibilité des études, fait l'extraction des données puis évalué la qualité de celles-ci de manière indépendante et en double.

Treize études portant sur 68 362 sujets ont été incluses dans cette revue systématique. Ces études évaluaient la précision diagnostique de l'examen buccal conventionnel (10 études) et de l'auto-examen de la bouche (2 études). Un essai contrôlé randomisé de la précision des tests évaluait directement l'examen buccal conventionnel employé conjointement avec le colorant vital (1 étude). Au moment de la revue, il n'y avait aucune étude éligible concernant la précision diagnostique du dépistage par luminescence ou par analyse de sang ou de salive (2 tests qui évaluent les biomarqueurs pour conditions potentiellement malignes ou pour la présence de cancer buccal). Étant donné l'hétérogénéité des études cliniques incluses en termes de participants recrutés, d'environnement, de prévalence de la condition recherchée, de l'application des tests d'indice et des tests de référence, ainsi que du déroulement et de la durée du processus, les données n'ont pas pu être combinées.

Pour l'examen buccal conventionnel (10 études, 25 568 participants), la prévalence dans la précision des tests de diagnostic des échantillons était comprise entre 1 et 51 %. Pour les 8 études avec une prévalence égale ou de moins de 10 %, les estimations de sensibilité étaient très variables et se situaient entre 0,50 (IC à 95 % 0,07 à 0,93) et 0,99 (IC 95 % 0,92 à 0,97) avec des estimations de spécificité plus uniformes autour de 0,98 (IC 95 % 0,97 à 1,00). Dans les deux autres études, les estimations de sensibilité et de spécificité étaient de 0,95 (IC 95 % 0,92 à 0,97) et de 0,81 (IC 95 % 0,79 à 0,83) pour une des études avec une prévalence de 22 % et de 0,97 (IC 95 % 0,96 à 0,980 et de 0,75 (IC 95 % 0,73 à 0,77) pour l'autre étude avec une prévalence de 51 %. Trois études comportaient un faible risque de biais; deux études présentaient un risque élevé de biais en raison du déroulement et de la durée du processus; et pour cinq études, le risque de biais était incertain en raison du manque d'informations pour porter un jugement sur au moins un des quatre domaines d'évaluation de la qualité. L'applicabilité était de faible intérêt pour deux études, de grand intérêt pour trois études en raison de la population à risque élevé étudiée, et incertaine pour cinq études.

Pour l'auto-examen de la bouche, les estimations de sensibilité (2 études, 34 819 participants) étaient de 0,18 (IC 95 % 0,13 à 0,24) et de 0,33 (IC 95 % 0,10 à 0,65); et la spécificité était de 1,00 (IC 95 % 1,00 à 1,00) et de 0,54 (IC 95 % 0,37 à 0,69). Une étude (7975 participants) comparait directement l'examen buccal conventionnel avec l'examen buccal plus colorant vital dans un essai contrôlé randomisé. Cette étude a constaté un taux plus élevé de dépistage de cancer de la cavité buccale avec le groupe qui avait reçu l'examen buccal conventionnel avec en plus, le dépistage avec colorant vital.

Les auteurs ont conclu que la prévalence de la condition recherchée, entre et lors des tests d'indice, variait considérablement. Pour l'examen buccal conventionnel, les estimations de sensibilité variaient considérablement tandis que les estimations de spécificité étaient plus homogènes. Les tests d'indice employés à une prévalence rapportée dans la population (entre 1 % et 5 %) étaient plus justes pour identifier correctement les cas sans condition potentiellement maligne ou sans cancers buccaux chez la population sans maladie que pour identifier la présence de ceux-ci chez les personnes malades.

### ***Impact sur la pratique de l'hygiène dentaire:***

*Quel adon qu'avril est le mois du cancer et c'est mon sujet de discussion! Notre rôle dans le dépistage précoce de lésions sur les lèvres et dans la cavité buccale est extrêmement important. Es-tu bien outillé(e) pour reconnaître l'anormal du normal en bouche? Documentes-tu bien ce que tu vois? Fais-tu l'emploi judicieux de ta caméra intraorale? Une photo ne ment pas! Le dicton le dit si bien: une photo vaut mille mots! Le cancer des lèvres ou de la cavité buccale est très commun au travers le monde. De plus, l'incidence et le taux de mortalité associés à ceux-ci augmentent considérablement avec les années. La Société canadienne du cancer estime qu'en 2016, 4 600 Canadiens recevront un diagnostic de cancer de la cavité buccale avec un ratio de 3 220 hommes pour 1 450 femmes et 1 250 Canadiens mourront d'un cancer buccal. De plus, elle rapporte que le taux de survie nette après 5 ans pour tous les types de cancer buccal est de 63 %, ce qui signifie qu'une personne ayant reçu un diagnostic de cancer buccal aurait, en moyenne, 63 % de chances de vivre au moins 5 ans à la suite de son diagnostic, comparativement à une personne dans la population générale.*

*Donc quels sont les facteurs de risque qu'il ne faut pas négliger? On parle de population à faible et moyen revenu, l'usage de produits du tabac, la consommation élevée d'alcool, la mastication de bétel, et encore aujourd'hui, l'incidence est un peu plus élevée chez l'homme que chez la femme et chez la personne plus âgée plutôt que chez le jeune adulte. Un petit bémol ici: l'écart entre ces deux facteurs, sexe et âge, semble diminuer considérablement depuis les dernières années avec les changements de comportements chez l'humain.*

## CE QUE LES ÉTUDES DISENT...

*Je voudrais aussi mentionner que je ne réfute pas qu'il existe sur le marché des produits et technologies qui ont prouvé leur efficacité quant au dépistage précoce de lésions précancéreuses en bouche malgré que les auteurs de cette revue systématique n'aient pas considéré le type d'études publiées à leur sujet pour supporter ces autres moyens. Donc lorsque l'on regarde les résultats de cette revue systématique, il appert que l'examen clinique par un clinicien aguerri reste toujours la bonne méthode malgré que l'écart en terme de sensibilité soit grand entre les études. Laissez-moi vous éclairer sur ce qu'est la sensibilité et la spécificité en recherche. En médecine, la sensibilité est l'habileté qu'a un outil/test à identifier correctement ceux qui ont une maladie; quant à la spécificité, c'est l'habileté qu'a un outil/test à identifier correctement ceux qui n'ont pas la maladie en question. Cette difficulté provient de diverses sources, mais lorsque l'on parle de l'examen clinique, l'on peut essayer de réduire cet écart en revoyant nos connaissances sur le sujet et en se calibrant entre différents intervenants de la santé pour que nos conclusions soient plus conséquentes. Alors, commençons avec la base! Notre démarche doit comprendre un examen extrabuccal et intrabuccal compréhensif et la notation des facteurs de risque et de toutes anomalies dans le dossier client. Il ne faut pas avoir peur de dire à nos clients qu'on entame un examen de dépistage du cancer buccal! Disons les vraies choses, c'est la raison pour laquelle on le fait! Ensuite chez la population à risque, prenez 10 à 15 minutes pour faire l'enseignement d'un auto-examen que le client fera à la maison à raison d'une fois par mois. Prenez le temps de lui montrer les régions à risque, les lèvres, la langue, le plancher de la bouche, l'arrière-gorge, de lui montrer en bouche une muqueuse en santé et une muqueuse irritée, de discuter des facteurs de risque et d'évaluer son désir de les contrôler ou de les éradiquer complètement. Ça, c'est un enseignement de santé buccodentaire personnalisé! Ça se documente, ça prend du temps et il y a un*

*coût pour ça; que les assurances dentaires le reconnaissent ou non. Si vous prévenez un cancer buccal ou vous en identifiez un de par votre minutie et dévotion pour la cause, le/la client(e) vous en sera reconnaissant(e) toute votre carrière!*

*Quel est le but d'un bon dépistage? C'est d'identifier la présence ou l'absence de lésions précancéreuses ou potentiellement malignes qui nécessitent une direction vers un médecin spécialiste pour un diagnostic définitif et possiblement un traitement. Alors, pourquoi ne pas tenir une prochaine réunion d'équipe, tous les hygiénistes dentaires et dentistes du bureau, sur le sujet et déterminer quelles stratégies vous allez employer pour le dépistage du cancer buccal et d'effectuer des exercices de calibration pour vous assurez que vous voyez les mêmes choses, que vous documentez ce que vous devez documenter et que vous ayez le même discours quant à votre approche en dépistage de lésions précancéreuses ou cancéreuses dans la clinique.*

*Je vous suggère quelques autres ressources si vous désirez lire davantage sur le sujet et consulter d'autres études de cas témoins qui abordent les autres produits et technologies éprouvés qui s'offrent à nous. Bonne lecture!*

[http://www.dentalhygienecanada.ca/pdfs/DHCanada/Oral-Cancer-fact-sheet-quiz\\_FR.pdf](http://www.dentalhygienecanada.ca/pdfs/DHCanada/Oral-Cancer-fact-sheet-quiz_FR.pdf)

[http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers\\_publication/DossierSante/CancerBuccal/Cancer\\_Buccal\\_Fr.pdf](http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/DossierSante/CancerBuccal/Cancer_Buccal_Fr.pdf)

<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/oral/oral-cancer/?region=on>

<https://seer.cancer.gov/statfacts/html/oralcav.html> ■

## OFFRE D'EMPLOI

### PLACEMENT PRODENT

Recherche des hygiénistes dentaires pour pourvoir 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

# COMMENT PEUT-ON ÊTRE À LA FOIS CHAUVÉ ET BARBU?

Question d'E. Maitre, Chaville (92)

Par **Nathalie Picard**, Science & Vie

**Source :** Texte reproduit avec autorisation. Picard, N. « Comment peut-on être à la fois chauvé et barbu? Question d'E. Maitre, Chaville (92) », Science & Vie, n° 1186, juillet 2016, page 129.

Barbe et chevelure sont gouvernées par les mêmes androgènes, les hormones mâles, telles que la testostérone. Sauf que, au niveau du sommet du cuir chevelu et des golfes frontaux, s'exerce très fortement l'action d'une enzyme, qui transforme la testostérone en dihydrotestostérone (DHT). Or, « *la DHT accélère le cycle de fabrication des cheveux en raccourcissant leur durée de vie* », décrit Philippe Assouly, dermatologue. Conséquence : les follicules s'épuisent, leurs capacités de renouvellement s'amenuisent... et les tempes se dégarnissent.



## DERMATOLOGIE

Une peau « anti-rides » est à l'essai

Par **Odile Capronnier**, Science & Vie

**Source :** Texte reproduit avec autorisation. Capronnier, O. « DERMATOLOGIE. Une peau « anti-rides » est à l'essai », Science & Vie, n° 1186, juillet 2016, page 32.

Des chercheurs du MIT (États-Unis) ont conçu une peau synthétique capable de masquer – temporairement – les imperfections de l'âge. Invisible, élastique et adhérente, elle possède les caractéristiques mécaniques d'une peau jeune. Elle est constituée de deux couches étalées l'une après l'autre : les deux interagissent pour former un réseau tridimensionnel de silicone. Les chercheurs ont testé cette seconde peau sur douze personnes présentant des « poches » sous les yeux. Dès les premières minutes, les rides et irrégularités se sont amenuisées, puis les poches ont disparu. Le produit a fait effet vingt-quatre heures. Selon ses inventeurs, cette peau artificielle pourrait également servir comme protection solaire ou aider à la cicatrisation des plaies et des brûlures. ■



**FIER ASSUREUR  
DES MEMBRES DE L'ORDRE  
DEPUIS PLUS DE 15 ANS**



**La Capitale**  
Assurances générales  
Cabinet en assurance de dommages

1 800 644-0607
lacapitale.com/ohdq-rs



# L'INCONTOURNABLE OBLIGATION DE RÉPONDRE AU COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE

Par **Agathe Bergeron**, HD, Responsable de l'inspection et la pratique professionnelle

L'appartenance à l'un des 46 ordres professionnels du Système professionnel québécois, lequel regroupe 54 professions réglementées et 385 000 professionnels, est un statut privilégié. Plusieurs facteurs ont été pris en considération par le législateur<sup>1</sup> avant de constituer chaque ordre professionnel notamment :

- Les connaissances requises;
- Le degré d'autonomie;
- La difficulté de porter jugement sur ses activités pour quelqu'un qui n'a pas une formation de même nature;
- Le caractère personnel des rapports entre le professionnel et ceux qui recourent à ses services;
- La confiance particulière que ces gens sont appelés à lui témoigner;
- La gravité du préjudice que ceux-ci pourraient subir;
- Le caractère confidentiel des renseignements que le professionnel est appelé à connaître dans l'exercice de sa profession.

D'être hygiéniste dentaire inscrit au Tableau des membres de l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec** revêt donc une fierté et confère plusieurs avantages. Par exemple, porter le titre<sup>2</sup>, exercer les activités professionnelles décrites au paragraphe *k* de l'article 37 du *Code des professions* et poser les actes de médecine dentaire autorisés selon les conditions requises<sup>3</sup> en constituent les principaux.

En contrepartie, le statut de professionnel implique toutefois plusieurs devoirs et obligations, comme en font mention le *Code déontologie de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* et le *Code des professions*. Parmi ceux-ci figure l'obligation de répondre aux demandes du Comité d'inspection professionnelle (CIP) :

« L'hygiéniste dentaire doit répondre dans les plus brefs délais à toute correspondance provenant du syndic, du syndic adjoint, des inspecteurs, des enquêteurs ou des membres du Comité d'inspection professionnelle de l'Ordre. »<sup>4</sup>

## Conséquences de refuser de répondre à une demande du CIP

Le non-respect de l'obligation de collaborer constitue une faute déontologique et le CIP transmet alors le dossier du membre au Bureau du syndic, lequel pourrait déposer une plainte disciplinaire à l'endroit de l'hygiéniste dentaire pour avoir entravé le CIP dans l'exercice de ses fonctions de surveillance de l'exercice de la profession par les membres. Le *Code des professions* mentionne également :

« Il est interdit d'entraver de quelque façon que ce soit un membre du comité, la personne responsable de l'inspection professionnelle nommée conformément à l'article 90, un inspecteur ou un expert, dans l'exercice des fonctions qui lui sont conférées par le présent code, de le tromper par des réticences ou par de fausses déclarations, de refuser de lui fournir un renseignement ou document relatif à une inspection tenue en vertu du présent code ou de refuser de lui laisser prendre copie d'un tel document. »<sup>5</sup>

Ainsi, les justifications qui s'offrent à un hygiéniste dentaire pour excuser un manquement à son obligation de collaborer avec le CIP sont relativement restreintes. Un tel comportement paralyse le processus de vérification et de surveillance de l'Ordre dont la raison d'être est la protection du public. L'obligation de répondre est prioritaire et cette règle ne fait aucune exception, à moins d'impossibilité absolue.

Un hygiéniste dentaire faisant défaut de donner suite à son rapport d'inspection professionnelle, peut voir son dossier transmis au Bureau du syndicat<sup>4</sup> et le CIP peut aussi, après étude du rapport<sup>6</sup> et selon l'information dont il dispose :

- Procéder à une inspection particulière sur la compétence avec ou sans avis<sup>7</sup>
- Faire une recommandation au Conseil d'administration<sup>6</sup> :

Ainsi, les justifications qui s'offrent à un hygiéniste dentaire pour excuser un manquement à son obligation de collaborer avec le CIP sont relativement restreintes.

« Le Comité d'inspection professionnelle peut, pour un motif qu'il indique, recommander au Conseil d'administration de l'ordre d'obliger un membre de l'ordre à compléter avec succès un stage ou un cours de perfectionnement ou de l'obliger aux deux à la fois ou recommander d'imposer toute autre obligation déterminée dans un règlement pris en vertu de l'article 90. Le cas échéant, il peut de plus recommander au Conseil de limiter

ou de suspendre le droit d'exercer les activités professionnelles du membre visé jusqu'à ce que ce dernier ait rempli les obligations ou satisfait aux conditions qui lui sont imposées. »<sup>8</sup>

Des mécanismes étant ainsi prévus par la loi, la pleine collaboration au processus d'inspection professionnelle est donc incontournable et fait partie des obligations des hygiénistes dentaires. Le CIP constate tout de même le professionnalisme et la conscience professionnelle dont font preuve les membres de l'Ordre car ces mécanismes ont fort heureusement rarement la nécessité d'être appliqués par le CIP.

#### Références

1. *Code des professions*, art. 25
2. *Code des professions*, art. 36 k
3. *Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires*
4. *Code déontologie de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, art. 50
5. *Code des professions*, art. 114
6. *Règlement sur le Comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, art. 28
7. *Règlement sur le Comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, art. 21
8. *Code des professions*, art.113

**L'inspection professionnelle étant confidentielle, toutes questions en lien avec celle-ci doivent être confiées au personnel du service d'inspection de l'OHDQ. ■**

#### Responsables du service d'inspection professionnelle

**Agathe Bergeron, HD,**  
Responsable Inspection et pratique professionnelle  
514 284-7639 ou 1 800-361-2996, poste 214  
inspection@ohdq.com

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

#### Comité d'inspection professionnelle

**Véronique Dionne, HD,** présidente du Comité  
**Jacinthe Bourcier-Duquette, HD,** membre du Comité  
**Marie-Josée Dufour, HD,** membre du Comité  
**Sonia Petrilli, HD,** membre du Comité

#### Inspectrice

**Carolle Bujold, HD,** inspectrice



# NEUROLOGIE

## L'insomnie chronique est bien une pathologie cérébrale

Par **Anne Rambaud**, Science & Vie

**Source :** Texte reproduit avec autorisation. Rambaud, A. « NEUROLOGIE. L'insomnie chronique est bien une pathologie cérébrale », Science & Vie, n° 1185, juin 2016, page 32.

Les insomnies inexplicables pourraient être liées à des anomalies cérébrales. C'est ce que suggère une équipe de l'hôpital de Canton (Chine). De 3 à 5 % des adultes se plaignent de troubles du sommeil sans raison apparente (ni bruit ni stress...). Ce à quoi s'ajoutent souvent dépressions et difficultés de concentration ou d'apprentissage. Des travaux avaient déjà suggéré que ces personnes présentaient des anomalies cérébrales dans les longues fibres nerveuses reliant certaines régions de leur cortex. Pour creuser cette piste, les chercheurs ont utilisé une technique très avancée d'IRM permettant de visualiser l'orientation de ces fibres nerveuses. Ce qui leur a permis d'observer pour la première fois des anomalies dans plusieurs régions précises, dont le thalamus ou le corps calleux, sièges respectivement de l'horloge biologique qui régule le cycle veille/sommeil, et des fonctions sensorielles et motrices. L'ampleur des anomalies dans le thalamus était même associée à l'ancienneté des insomnies. Reste à s'assurer du lien de cause à effet... ■



## LA CRÈME SOLAIRE EMPÊCHE-T-ELLE LE CORPS DE SYNTHÉTISER LA VITAMINE D ?

Question d'Eric Brugel, internet

Par **Florian Cadu**, Science & Vie

**Source :** Texte reproduit avec autorisation. Cadu, F. « La crème solaire empêche-t-elle le corps de synthétiser la vitamine D? Question d'Eric Brugel, internet », Science & Vie, n° 1185, juin 2016, page 128.

En théorie, oui. En pratique, c'est autre chose. Les filtres chimiques qui la composent bloquent presque totalement les rayonnements ultraviolets B nécessaires pour transformer un dérivé du cholestérol, présent dans les couches profondes de la peau, en vitamine D. « Les écrans d'indice 15 arrêtent 93 % des UV-B et ceux d'indice 30, 97 %, rappelle le docteur Brigitte Houssin, auteure d'ouvrages sur la vitamine D. Bien utilisés, ces écrans sont très efficaces. » Or, très souvent, la couche appliquée sur le corps ne suffit ni à protéger du soleil, ni à empêcher de synthétiser la vitamine D. « Pour respecter véritablement l'indice d'une crème solaire, il faudrait appliquer l'équivalent d'une balle de golf toutes les 2 h, soit un tube par jour! », prévient la dermatologue Catherine Oliveres-Ghouti. Les méfaits du soleil restent donc plus inquiétants que le manque de vitamine D.

# POURQUOI NE SENTONS-NOUS PAS NOTRE ODEUR ?

Question de S. Delaporte

Par **Kheira Bettayeb**, Science & Vie

**Source :** Texte reproduit avec autorisation. Bettayeb, K. « Pourquoi ne sentons-nous pas notre odeur ? », Science & Vie, n° 1185, juin 2016, page 131.

Parce que, sans en être conscients, nous la portons en permanence depuis notre naissance. Or, exposé pendant un certain temps à une odeur donnée, notre système olfactif devient incapable de la percevoir. En cause : « *Un processus d'adaptation olfactive, qui est un phénomène vital* », précise Anne-Marie Mouly, neuroscientifique au Centre de recherche en neurosciences de Lyon.

Avant d'entrer dans les détails, rappelons que les odeurs sont le fait de molécules odorantes volatiles. Lorsqu'on les respire, ces substances pénètrent dans notre nez où elles stimulent les dix millions de récepteurs olfactifs (neurones spécialisés dans l'odorat) nichés dans notre muqueuse nasale. Le message nerveux qui naît au niveau de ces neurones est ensuite acheminé, via le nerf olfactif, jusqu'au cerveau. Lequel analyse le message odorant et permet, au final, de percevoir l'odeur.

Lorsqu'une odeur stimule de façon continue nos récepteurs olfactifs – comme c'est le cas de notre odeur corporelle, mais aussi de celle de notre maison ou du parfum que l'on porte depuis le début de la journée –, notre système olfactif va s'adapter.

## UN PROCESSUS D'ADAPTATION VITAL

« *La sensibilité de nos récepteurs olfactifs à cette odeur va diminuer progressivement avec le temps. Cette adaptation éteint en quelque sorte les récepteurs olfactifs stimulés par la senteur en question, via des mécanismes moléculaires encore mal compris. Résultat : on ne sent plus l'odeur* », précise Anne-Marie Mouly.

Quant à savoir à partir de quelle durée exacte on ne sent plus une odeur : cela dépend de son intensité (plus l'odeur est intense, plus on la sent longtemps) et – plus surprenant – de notre motivation! « *On sent plus longtemps l'odeur d'un fumet appétissant quand on a faim* », explique par exemple la chercheuse. Cela dit, le phénomène d'adaptation peut être



très rapide, il suffit parfois de quelques dizaines de secondes seulement pour certaines odeurs.

Ce processus olfactif qui existe chez tous les animaux est vital : en occultant les odeurs habituelles de notre environnement, il nous permet en effet de détecter rapidement tout changement subtil d'odeur autour de nous, dont les senteurs dangereuses, comme celles du gaz, du brûlé ou d'aliments avariés.

Ce type d'adaptation existe d'ailleurs aussi pour les autres sens, notamment l'audition. Voilà pourquoi les personnes qui habitent près d'une route très empruntée n'entendent plus, à partir d'un moment, le bruit de la circulation. ■



À la une

# DERRIÈRE L'ÉCRAN DE VAPEUR

La fumée de cigarette électronique a des effets très néfastes sur certaines cellules de la bouche

Par **Jean Hamann**, lefil

**Source :** Texte reproduit avec autorisation. Hamann, J. « À la une. Derrière l'écran de vapeur ». lefil. Le journal de la communauté universitaire, volume 52, numéro 10, 17 novembre 2016. <https://www.lefil.ulaval.ca/derriere-lecran-de-vapeur/>

La cigarette électronique est sans doute moins nocive que la cigarette ordinaire, mais elle n'est pas inoffensive pour autant. En effet, une étude publiée par des chercheurs de l'Université Laval dans le *Journal of Cellular Physiology* montre que certaines cellules de la bouche exposées directement à la fumée de cigarette électronique meurent en grand nombre dès les premiers jours de vapotage.

L'équipe du professeur Mahmoud Rouabhia, de la Faculté de médecine dentaire, arrive à ce constat après avoir exposé des cellules d'épithélium de gencive cultivées *in vitro* à la fumée de cigarette électronique. « L'épithélium buccal est la première ligne de défense de l'organisme contre le monde extérieur, rappelle le chercheur. Son intégrité nous protège notamment contre les quelque 500 espèces de microorganismes qui vivent dans notre bouche. »

Pour simuler ce qui se produit dans la bouche d'une personne lors d'une séance de vapotage, les chercheurs ont placé des cellules épithéliales cultivées *in vitro* dans une petite chambre contenant un peu de liquide faisant office de salive. La fumée de cigarette électronique était introduite dans cette chambre à l'aide d'une pompe à raison de deux « inhalations » de 5 secondes par minute pendant 15 minutes chaque jour.

Premier constat : les cellules s'allongent et grossissent dès la deuxième journée d'exposition, et ces changements s'accroissent après la troisième journée. « Il s'agit d'un signe que les cellules évoluent vers la mort », souligne le professeur Rouabhia. Second constat : l'activité de l'enzyme LDH, un marqueur qui indique la présence de dommages biologiques, augmente en fonction du nombre



d'expositions, passant du simple au double. « Ce résultat suggère que certains composés de la fumée de vapotage sont toxiques pour les cellules de la bouche », ajoute le chercheur.

Les observations directes au microscope confirment son hypothèse. Le pourcentage de cellules mourantes ou mortes, qui se situe à 2 % dans les cultures de cellules non exposées, passe à 18 %, 40 % et 53 % après 1, 2 et 3 séances d'exposition à la fumée de vapotage. « Contrairement à ce qu'on pourrait croire, la fumée de cigarette électronique n'est pas uniquement de la vapeur d'eau, explique le professeur Rouabhia. Elle ne contient pas de composés goudronnés comme la cigarette ordinaire, mais elle expose tout de même les tissus de la bouche et des voies respiratoires aux composés résultant du chauffage de la glycérine végétale, du propylène glycol, des arômes et de la nicotine qu'on trouve dans le liquide des cigarettes électroniques. »

Les effets cumulatifs de ces dommages cellulaires ne sont pas encore documentés, mais ils n'annoncent rien de bon. « Le dérèglement de la barrière de cellules qui assure notre défense peut accroître le risque d'infection, d'inflammation et de maladies parodontales, avance le chercheur. À plus long terme, il pourrait se solder par un risque accru de cancer. C'est ce que nous voulons vérifier dans la suite de nos travaux. »

L'étude est signée par Mahmoud Rouabhia, Hyun Jin Park, Andrew Zakrzewski, Witold Chmielewski, de la Faculté de médecine dentaire et du Groupe de recherche en écologie buccale, Jamila Chakir, de la Faculté de médecine, et Abdelhabib Semlali, de la King Saud University. ■

# LES EFFETS DU TABAC SUR LA PEAU DU VISAGE SE PRÉCISENT



Par Science & Vie

**Source :** Texte reproduit avec autorisation. « Les effets du tabac sur la peau du visage se précisent », Science & Vie, n° 1156, janvier 2014, page 120.

Une étude a comparé 79 photos de vrais jumeaux âgés de plus de 18 ans, dont l'un a fumé pendant plusieurs années et l'autre moins longtemps, voire n'a jamais fumé. Conclusion : la cigarette rend plus visibles les rides des deux tiers inférieurs du visage, les poches sous les yeux, les plis entre le nez et la bouche, et les rides autour des lèvres. Et celui des jumeaux qui a fumé au minimum 5 ans de moins que l'autre paraît plus jeune dans 64 % des cas. "Plast Reconstr Surg", nov. 2013 ■

## CRÉATEURS DE CARRIÈRES !

Chez **Centres dentaires Lapointe**, les hygiénistes dentaires sont des professionnels de première ligne.

Nous vous offrons de nombreux avantages exclusifs :

### AVANTAGES

- Régime de retraite (avec participation de l'employeur)
- Plan d'assurances collectives
- Remboursement de la cotisation professionnelle\*
- Remboursement des frais d'inscription pour certaines formations\*
- Plan de traitements de soins dentaires
- Primes de fin de semaine

\*Certaines conditions s'appliquent.

**CONTACTEZ :** Marie-Soleil Dion,  
Conseillère en ressources humaines  
(450) 679-2300 poste 2257  
cv@centreslapointe.com

[centreslapointe.com](http://centreslapointe.com)





Ordre des  
**hygiénistes dentaires**  
du Québec

# JOURNÉE DE L'HYGIÉNISTE DENTAIRE

## Le 11 avril 2017

Parce que la prévention, c'est l'affaire de  
l'hygiéniste dentaire,

**L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec**  
vous rappelle que le **11 avril 2017** 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.

## AUTEURS RECHERCHÉS pour *L'Explorateur*

Vous aimez écrire et désirez partager vos connaissances et le fruit de vos recherches au lectorat de *L'Explorateur*? Sachez que le Comité des publications se fera un plaisir de lire votre texte et s'il correspond aux critères établis, il pourrait être publié et même être admissible au Prix Racine, prix remis annuellement par le Comité des Bourses.

Vous devez envoyer vos textes, lesquels seront soumis au Comité des publications, à madame Sophie Lecavalier à [slecavalier@ohdq.com](mailto:slecavalier@ohdq.com).

RAPPEL



## ABONNÉS ÉTUDIANTS OHDQ BOURSE DE LA RELÈVE 2017

Cette bourse a été créée exclusivement pour vous, abonnés étudiants, et elle pourrait vous rapporter 500 \$. Vous avez jusqu'au **30 avril 2017** 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](http://www.ohdq.com).

# 7 RAISONS DE FAIRE AFFAIRE AVEC UN COURTIER IMMOBILIER

Par *L'équipe de rédaction de la Banque Nationale*

Selon la Fédération des chambres immobilières du Québec, 7 transactions immobilières sur 10 dans la province sont réalisées avec l'aide d'un courtier. C'est donc la majorité des Québécois qui choisissent encore aujourd'hui d'être guidé par un courtier immobilier lors de l'achat ou de la vente d'une propriété.

## 1. Un service d'accompagnement à toutes les étapes

Les courtiers immobiliers n'ont plus le monopole de l'information du marché comme autrefois. Un tour sur CENTRIS, car l'essentiel s'y trouve, et puis quoi après?

« L'achat ou la vente d'une propriété comporte plusieurs étapes, dit Maude Bujeault Bolduc, de l'Organisme d'autoréglementation du courtage immobilier du Québec (OACIQ). Les conseils avant la mise en vente, la détermination du prix, la coordination des visites... sans compter toute la paperasse importante, comme les contrats de courtage, d'opération et de mise en marché, l'attestation des promesses d'achat, la gestion des contre-offres, etc. C'est rassurant d'avoir un professionnel formé qui nous guide à travers tout ça. »

Selon l'OACIQ, même la plus simple des transactions immobilières contient une centaine d'opérations différentes... et il n'est pas rare que d'autres défis s'ajoutent à celles-ci. Sait-on quoi faire, par exemple, si un acheteur se désiste ou si l'on reçoit plusieurs promesses d'achat en même temps?

## 2. Une gestion pratique et continue

Les exigences professionnelles et personnelles ne disparaissent pas lorsqu'on se lance dans le projet de vendre ou d'acheter une maison. Qui peut se vanter d'avoir une ou deux heures quotidiennes de libres? Eh bien, gérer les questions des acheteurs potentiels ou scruter les nouvelles inscriptions pertinentes du marché prennent du temps. C'est sans compter la coordination des visites (et leur préparation)!

Un courtier immobilier se fait un devoir d'être joignable en tout temps. Il pourra se déplacer rapidement pour aller montrer la propriété à un acheteur intéressé, mais pressé, un mercredi après-midi. Il ne faut pas oublier qu'en 2016, selon le marché actuel au Québec, une propriété prenait en moyenne 133 jours à se vendre selon CENTRIS. Un délai éreintant si cela occasionne des défis logistiques quotidiens!

## 3. Une assurance sans souci

« Si on vend sa maison en une semaine sans ennuis, il est normal qu'on en soit amené à se demander si on n'aurait pas été capable de gérer la transaction soi-même, dit Maude Bujeault Bolduc. Or, on gagne à considérer le service de courtage comme une assurance. Si tout se passe bien, tant mieux (et l'implication du courtier n'y est probablement pas étrangère). Sinon, on sera bien heureux de ne pas être laissé à soi-même en cas de problème. »

Qui plus est, l'assurance responsabilité professionnelle des courtiers, créée par l'OACIQ, protège le public en lui offrant un dédommagement, adienne une erreur ou une omission du courtier. Alors que si on est soi-même la cause du souci, on aura comme seul recours notre tirelire...

## 4. Un regard neutre et objectif

La vente d'une maison s'accompagne de bien des émotions, et son achat, tout autant! Le courtier immobilier s'impose comme un intervenant neutre indispensable pour nous permettre d'y voir plus clair. La belle façade en marbre italien de la maison vaut par exemple peut-être beaucoup à nos yeux, mais peu aux yeux du marché. Le courtier connaît la valeur des choses en toute objectivité.

## 5. Un mécanisme de protection pour le consommateur

L'OACIQ s'assure que tous les courtiers immobiliers respectent la loi sur le courtage, notamment la règle d'or qui stipule que



ces professionnels doivent toujours travailler dans le « meilleur intérêt » de leurs clients. En cas de faute, l'organisme est doté d'un comité de discipline efficace.

L'engin de recherche du site Web de l'OACIQ accompagne même le public dans le choix du courtier, notamment en validant le permis de chacun des professionnels du métier, en listant les formations qu'ils ont tous suivies et en affichant carrément le pedigree disciplinaire de ceux-ci. Enfin, l'OACIQ a son service d'assistance dont peut profiter tout acheteur ou vendeur ayant des questions avant, pendant ou après une transaction immobilière.

### 6. Un réseau clés en main

Représentant hypothécaire, inspecteur en bâtiment, notaire... on n'achète ni ne vend jamais sa maison tout à fait seul! L'expertise de plusieurs professionnels est en effet essentielle à l'encadrement d'une transaction aussi importante. Lorsqu'on profite de l'accompagnement d'un courtier, on tire en plus avantage de son réseau professionnel établi et de ses références qualifiées. Voilà qui est pratique!

### 7. Un négociateur chevronné

Quand devrait-on présenter sa promesse d'achat? À quel prix? Quelles clauses pourraient rebuter — ou au contraire, charmer — le vendeur?

Il faut avoir réponse à ces questions promptement si on est devant la maison de ses rêves. Par son expertise, un courtier immobilier sait conseiller son client à travers toutes les décisions critiques liées à la vente ou à l'achat d'une maison.

Et lors de la négociation, son regard neutre est de nouveau utile et évite que l'on déboule dans des argumentations émotives où l'on peut en sortir perdant, par exemple en choquant le vendeur par un commentaire sur la décoration intérieure à revoir ou en voulant offrir beaucoup trop cher que le juste prix (ou la valeur marchande) pour « gagner » une situation de surenchère.

La vente et l'achat d'une maison sont sans contredit l'une des plus grandes transactions financières d'une vie. « Pourquoi se passer de l'accompagnement d'un conseiller avisé et d'un encadrement légal? », résume Maude Bujault Bolduc de l'OACIQ.

**Pour vous soutenir dans la réalisation de vos projets, dont ceux d'habitation, la Banque Nationale a conçu un forfait adapté aux hygiénistes dentaires. Visitez le [bnc.ca/specialesantes](http://bnc.ca/specialesantes) pour connaître tous les avantages.**

#### Sources :

- Fédération des chambres immobilières du Québec, 2014
- Statistiques résidentielles, CENTRIS, Avril 2016



Fière partenaire de



# AUCUNE DENT NÉGLIGÉE

## Brossette ronde CrossAction unique

Contrairement aux brosselettes rectangulaires, la brosselette ronde ORAL-B® inspirée des outils prophylactiques enveloppe chaque dent pour un meilleur contact avec les soies.

La brosse à dents Oral-B® GENIUS™ CrossAction nettoie mieux que la brosse à dents Sonicare DiamondClean\*



L'action de pulsation oscillo-rotative de Oral-B® Pro CrossAction



Mouvements latéraux de Sonicare DiamondClean

Parlez de Oral-B® GENIUS™ à vos patients afin qu'ils ne négligent aucune surface.

## Système de suivi de la pression du brossage

Seul Oral-B® offre un système de contrôle de la pression triple afin de détecter un brossage excessif et procure au patient une alerte visuelle de l'anneau intelligent 360°.

## Innovation : Détection de la position

L'application pour téléphone intelligent aide le patient à améliorer sa technique de brossage en lui montrant les surfaces qu'il néglige.



Bluetooth®

**Oral-B**

GENIUS

\* Selon des études cliniques portant sur plusieurs semaines, Sonicare est une marque déposée de Koninklijke Philips N.V.



**Nouveau!**

NPN: 80072804

# FluoriMax™

Vernis au fluorure de sodium à 2,5 %  
Avec Hydroxyapatite

## VERNIS AU FLUORURE: LA PROCHAINE GÉNÉRATION

- Facile à utiliser
- Aucune sensation collante
- Coût réduit
- Sans colophane



**Nouveau!**

NPN: 80075746

# Advantage Arrest™

Fluorure diamine d'argent à 38 %

PREMIER PRODUIT DENTAIRE  
À RECEVOIR LA DÉSIGNATION  
«THÉRAPIE RÉVOLUTIONNAIRE»  
DE LA FDA POUR FREINER LA  
CARIE DENTAIRE



Pour commander ou demander une  
rencontre avec une consultante en ventes:  
1 888 442.7070