



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec

L'EXPLO RATEUR

Le magazine de l'Ordre
des hygiénistes dentaires
du Québec

BLEU



DOSSIER

Le naevus bleu
et ses variantes

ACTUALITÉ

La vente de produits
de toilette avec
microbilles interdite
dès 2018

INSPECTION PROFESSIONNELLE

Prévention essentielle
pour la protection
du public

Forfait exclusif pour les hygiénistes dentaires



Fièvre partenaire



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec

Économisez jusqu'à **1300\$***
annuellement

bnc.ca/specialistesante

* 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 au comptoir et électroniques incluses dans le forfait Virtuose^{MD}; 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^{MD} 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^{MD} 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.
^{MD} Virtuose 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. TM RÉALISONS VOS IDÉES est une marque de commerce de la Banque Nationale du Canada. © 2017 BANQUE NATIONALE DU CANADA. Tous droits réservés.



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

EXPLORATEUR VIRTUEL

- 8 Mise à jour d'été



DOSSIER: BLEU

- 10 Sarcome de Kaposi
- 16 Cancer de la peau
- 18 Le naévus bleu et ses variantes
- 23 La dépression post-partum
- 26 Les effets de la lumière bleue sur la santé
- 28 Exposition au froid. Effets sur la santé et premiers soins
- 32 Pourquoi un choc à la tête provoque-t-il une bosse et non un bleu?
- 33 Une eau encore bonne à boire?

ACTUALITÉ

- 36 La vente de produits de toilette avec microbilles interdite dès 2018
- 38 Du SIMDUT au SGH les changements sont en cours

NUTRITION

- 40 Les suppléments d'oméga-3 à recommander?

OFFRE D'EMPLOI

41

MESSAGES OHDQ

42

TABAC

- 42 Santé respiratoire. Votre foyer fume? Vous aussi !

SÉLECTION DE PRESSE

- 43 Dermatologie. Le staphylocoque doré est impliqué dans l'eczéma Truc action. Chaud ou froid? Truc pour soulager une blessure sportive

À VOTRE SANTÉ

- 44 Le VPH ne menace pas que les femmes : les cancers de la bouche et de la gorge en forte hausse chez les hommes

VU LU ENTENDU

- 47 Bon à savoir. Faire de la musique enfant renforce l'ouïe

INSPECTION PROFESSIONNELLE

- 48 L'inspection professionnelle : prévention essentielle pour la protection du public

SERVICES FINANCIERS

- 50 Comment faire un bon investissement immobilier aujourd'hui

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
Les liquides	Octobre 2017	11 août 2017
La tête	Janvier 2018	6 octobre 2017

L'EXPLORATEUR, VOL. 27, N° 2, JUILLET 2017

Comité des publications

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

Ont collaboré

M. Battistella
 Agathe Bergeron, HD, Responsable de l'inspection et la pratique
 professionnelle
 Nadine Caron, adjointe administrative
 Diane Duval, HD, présidente
 Dominique Forget, journaliste
 Nathalie Kinnard
 Alix Laymand
 Alexandra Leduc, nutritionniste-diététiste
 Sylvain LeQuoc
 A. Osio
 A. P.
 D.R.

Comité exécutif

La composition du C.E. est à venir

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Administrateurs élus par les membres

Régions administratives

05 et 16 Anick Boulay, HD
 07 et 08 Mylène Chauret, HD
 01, 09 et 11 Héliane Deschênes, HD
 04 et 17 Sophie Deshaies, 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
 05 et 16 Jean-François Lortie, HD
 03 et 12 Marie-Andrée Marcoux, HD
 05 et 16 Ruth Nicole, HD
 06 et 13 Nicole Seminaro, HD

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

Jean-Louis Leblond
 Gilles Ouimet
 André Roy
 Renée Verville

Direction de l'Ordre

Directeur général et secrétaire de l'Ordre,
 M. Jacques Gauthier erg., M.A.P., ASC

Révision OHDQ
Publicité OHDQ
Graphisme Z Communications
Photo couverture Shutterstock
Impression F.L. Chicoine
Tirage 6 650 exemplaires

Abonnement

Gratuit pour les membres inscrits au tableau de l'OHDD
 Étudiants : 30 \$ plus taxes par année
 Associés : 90 \$ plus taxes par année

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 1^{er} 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'OHDDQ

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

Droits d'auteur

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



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



Ciel bleu, mer turquoise, c'est le temps des vacances !

Notre édition de juillet propose une variété d'articles dont « *Le naevus bleu et ses variantes* », lésion dermique très peu commune ou « *Les effets de la lumière bleue sur la santé* », l'éclairage artificiel qui nous surprendra par certaines conséquences négatives sur notre santé. Pour vous rafraîchir, nous vous proposons le texte « *L'exposition au froid. Effets sur la santé et premiers soins* » qui vous donnera certainement quelques frissons ! À l'opposé, un sujet d'été toujours d'actualité, « *Cancer de la peau* ».

Vous remarquerez que plusieurs rubriques sont absentes de cette édition. *L'Explorateur Virtuel*, le *Calendrier de formation continue* et *Ce que les études disent* prennent relâche pour la période estivale et seront de retour pour l'édition d'octobre.

Nous en profitons pour vous rappeler que si vous aimez l'écriture et que vous vous passionnez par tout ce qui touche la santé buccodentaire, le Comité des publications est toujours à la recherche d'auteurs. N'hésitez pas à vous renseigner ou à nous envoyer le résultat de vos recherches !

En terminant, nous vous souhaitons un très bel été !

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'OHDDQ

- 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'OHDDQ

- 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





Une personne sur quatre en souffre¹.

Plusieurs l'ignorent².

Elles peuvent aussi en ignorer les conséquences
sur leur santé buccodentaire³.

Elles attendent vos conseils.



La bouche sèche est un problème de santé buccodentaire qui affecte surtout les personnes prenant plusieurs médicaments³. Pourtant, certaines personnes qui souffrent de bouche sèche ne savent pas qu'il s'agit d'un problème courant². Parlez à vos patients de la bouche sèche et du soulagement que Biotène® peut aider à procurer⁴.

www.biotene.ca
biotène®

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

¹ La bouche sèche peut perturber l'environnement de santé buccodentaire et causer la mauvaise haleine, la déshydratation et l'aggravation de la carie⁴.

² Rinço-bouche, gel et vaporisateur.

³ Tel que mentionné dans le cadre d'une étude clinique de 28 jours⁵.

⁴ Données internes de GSK. Occasion de croissance de Biotène pour la bouche sèche (incluant les données USA canadiennes). 16 juillet 2014. ⁵ Davies C. How much saliva is enough for avoidance of caries? *Caries Res*. 2004;38:236-240. ⁶ Sreebny LM, Schwartz SS. A reference guide to xerostomia and dry mouth. 2^e édition. *Otorhinolaryngology*. 1007:14:33-47. ⁷ Turner MD, Shep JA. Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people. *J Am Dent Assoc*. 2007;138:155-205. ⁸ Fox PC. *J Clin Invest*. 2006;117 (suppl 4):77-28. ⁹ Données internes de GSK 2014. 1801 886.



La déontologie au quotidien



Chers membres,

L'éthique et la déontologie nous interpellent tous, professionnels comme organisations.

L'hygiéniste dentaire est appelé à développer un

jugement éthique permettant de conseiller les patients de manière impartiale et juste, en étant conscient des pressions et biais possibles provenant de l'entreprise privée, d'un établissement public ou de certaines relations d'affaires.

Cette impartialité n'est possible que si l'hygiéniste dentaire sait identifier et déterminer correctement l'efficacité d'un traitement ou d'un produit en se basant sur les données scientifiques fiables.

Cette obligation d'éthique et de déontologie doit motiver l'hygiéniste dentaire à s'enquérir de l'évidence scientifique qui justifie la mise en marché d'un nouveau traitement, produit ou technologie, et d'en évaluer la fiabilité. Ainsi aucun protocole ne saurait limiter le jugement dont doit faire preuve le professionnel, car chaque situation est cliniquement et éthiquement unique.

Cette règle s'impose tôt à l'hygiéniste dentaire, non seulement dans tous les aspects de sa pratique professionnelle, mais aussi dans la perspective d'un partage d'activités en collaboration avec les autres professionnels de la santé.

Dans une situation de conflit d'intérêt ou d'allégeance, le seul critère éthique légitime est : « Quel est le meilleur intérêt du patient ». L'éthique permet alors de dépasser les limites rigides d'un code de déontologie.

Une bonne compréhension des principes éthiques servira à développer une approche structurée dans la prise de décisions cliniques fondées à la fois sur des modèles existants et sur les plus hauts standards scientifiques. Cette culture doit être initiée dès la formation initiale des hygiénistes dentaires.

Une pratique clinique fondée sur les données probantes.

Une pratique clinique fondée sur les données probantes est une approche qui se définit dans la littérature comme l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données

«[...] aucun protocole ne saurait limiter le jugement dont doit faire preuve le professionnel [...]»

disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient. Initialement, cette pratique a été développée dans le domaine médical, mais elle s'est vite répandue aux autres professions de la santé. Cette pratique intègre trois aspects importants et en interaction pour la prise de décision clinique :

1. *L'expertise du clinicien (compétence et jugement que chaque clinicien acquiert par son expérience et sa pratique)*
2. *Le patient et son contexte de soin*
3. *Les données probantes¹*

Au cours de l'exercice 2017-2018, l'Ordre reverra sa politique de formation continue.

Comme professionnel de la santé, on ne peut pas, s'en remettre qu'aux compagnies de promotion de produits dentaires ou d'appareils et d'équipements technologiques pour assurer une qualité objective d'information et de formation continue, sans biais mercantiles.

Nos partenaires commerciaux sont précieux. Depuis les tout premiers débuts de l'Ordre, ils ont assuré la tenue de nos congrès, de nos formations continues, y compris la publication de *L'Explorateur*. Nous poursuivrons cette collaboration précieuse sur de nouvelles bases, toujours respectueuses des missions de chacun.

C'est là une des assises d'assurance de qualité des soins et de protection du public qui marquera les travaux de l'Ordre au cours de la présente année.

Bon été! ■

Diane Duval, HD
Présidente

Pour tout commentaire : info@ohdq.com
Tél. : 514 284-7639, poste 215

¹ Cadre d'analyse des demandes de partage d'activités médicales. Collèges des médecins (Mise à jour mars 2017)

Professional conduct in our daily work

Dear Members,

From professionals to organizations, ethics and professional conduct concern us all.

Dental hygienists are required to develop ethical judgment to be able to advise patients in an impartial and fair manner, while being aware of the possible pressure and bias from private companies, public facilities or certain business relationships.

This impartiality is possible only if the dental hygienist knows how to properly identify and determine a treatment or product's efficiency, based on scientifically sound data.

Ethical and professional conduct obligations must prompt dental hygienists to enquire about scientific evidence that justifies the marketing of a new treatment, product or technology, and to assess its reliability. Consequently, no protocol shall limit the judgment professionals must exercise, as each situation is clinically and ethically unique.

Dental hygienists must adopt this rule early on, in all aspects of their professional practice and in the context of sharing activities in collaboration with other healthcare professionals.

In situations that pose a conflict of interest or loyalty, the only legitimate ethical criterion is "What is in the patient's best interests." Consequently, professionals can exceed the strict limits of a code of conduct by applying ethical principles.

A proper understanding of such principles is critical to developing a structured approach for making clinical decisions based on existing models and on the highest scientific standards. This culture must be introduced as early as dental hygienists' initial training.

Evidence-based medicine

Evidence-based medicine is an approach defined as the conscientious, explicit, and judicious use of the best evidence in making decisions about the care of individual patients. This practice was initially developed in the medical field, but was quickly adopted by other health professions. This practice involves integrating three important aspects into clinical decisions:

“[...] no protocol shall limit the judgment professionals must exercise [...]”

1. *Clinical expertise (the competence and judgment each clinician acquires through their experience and practice)*
2. *The patient and their health situation*
3. *Best evidence¹*

Over the course of the 2017–2018 fiscal year, the **OHDQ** will review its continuing education policy.

As healthcare professionals, we cannot rely on companies promoting dental products or technological devices and equipment to ensure an objective quality of information and continuing education,

with no commercial bias.

We value our commercial partners. Since the **OHDQ**'s inception, they have coordinated our conventions, our continuous training sessions, and the publication of *L'Explorateur*. We will lay the groundwork so we may pursue this valuable collaboration, while respecting everyone's missions.

This is one of the foundations of public safety and care quality assurance that will shape the **OHDQ**'s work this year.

Enjoy the summer! ■



Diane Duval, DH
President

Send all comment to: info@ohdq.com
Tel.: 514 284-7639, Ext. 215

¹ Cadre d'analyse des demandes de partage d'activités médicales.
Collèges des médecins (Mise à jour mars 2017)

MISE À JOUR D'ÉTÉ

ASSTSAS (Association Paritaire de Santé & de Sécurité du Travail Secteur Affaires Sociales)
L'association se consacrant à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles a depuis quelque temps un nouveau site Web. Dans les nouveautés; communautés virtuelles, nouveaux outils, webinaires, menu plus intuitif, une méthode de recherche améliorée et un tout nouveau look! Le tout, en gardant les informations essentielles et pertinentes sur la prévention en santé et en sécurité du travail (SST).

<http://asstsas.qc.ca/>



Le Comité des publications désire féliciter notre chroniqueuse Marie-Pier Lambert pour son récent mariage. Nous souhaitons aux nouveaux mariés beaucoup de bonheur! Madame Lambert reprendra sa chronique dès l'édition d'octobre.

Entre-temps, nous vous proposons quelques sites à visiter ou revisiter.

L'**OHDQ** a maintenant une page Facebook. Le public et les hygiénistes dentaires sont invités à suivre la page pour connaître les nouvelles de l'Ordre.

<https://www.facebook.com/ohdq1>

Vous devez sans doute connaître SERTIH (Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes) (SERTIH) de l'INSPQ. Il s'adresse aux professionnels de la santé, porteurs d'une infection transmissible par le sang et posant des actes à risque de transmission. Le site regorge de conseils et met à jour très souvent des informations plus que pertinentes.

<https://www.inspq.qc.ca/sertih>





L'IMPLANTOLOGIE

L'implantologie chez Maxillo|Québec, une approche patient

Les spécialistes de Maxillo|Québec ont été parmi les premiers au pays à proposer et installer les implants dentaires de titane, au milieu des années 80. Depuis ce temps, nous avons toujours été à l'avant-garde de ce domaine qui se renouvelle constamment. Nous utilisons l'imagerie tridimensionnelle et les techniques de chirurgie guidée depuis près de 15 ans.

Ce qui distingue Maxillo|Québec en implantologie, c'est l'éventail de services et de produits que nous proposons à vous et vos patients. Nous ne nous contentons pas d'une seule marque d'implants et de la dernière technique à la mode que les manufacturiers publicisent. Nous offrons toutes les techniques, des plus simples au plus complexes, 5 compagnies d'implants et une dizaine de systèmes implantaire. Nous avons la connaissance et l'expérience pour offrir à vous et votre patient le traitement qui lui convient le mieux, et plusieurs modalités d'anesthésie et de sédation pour assurer son confort. Nous croyons que le traitement doit s'adapter au patient, et non l'inverse.

Une approche patient
la différence



Maxillo|Québec

chirurgie buccale et maxillo-faciale

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

T 418.624.0088

F 418.624.3338

www.maxilloquebec.com

SARCOMES DE KAPOSI

Par www.cancer.ca

Source : Reproduction autorisée. « Sarcome de Kaposi ». [www.cancer.ca http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/soft-tissue-sarcoma/soft-tissue-sarcoma/types-of-soft-tissue-sarcoma/blood-and-lymph-vessel-tumours/kaposi-sarcoma/?region=mb](http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/soft-tissue-sarcoma/soft-tissue-sarcoma/types-of-soft-tissue-sarcoma/blood-and-lymph-vessel-tumours/kaposi-sarcoma/?region=mb)

Le sarcome de Kaposi (SK) prend naissance dans les cellules qui tapissent les vaisseaux lymphatiques ou sanguins. On l'a nommé d'après le médecin qui a été le premier à le décrire. Le SK est une tumeur rare. Il diffère d'autres sarcomes parce qu'il peut apparaître dans plusieurs parties du corps en même temps.

Le SK se développe habituellement sur ou sous la peau. Il peut aussi le faire dans les ganglions lymphatiques ou les muqueuses (couches minces et humides de tissu qui fabriquent du mucus) qui tapissent la bouche, le nez, la gorge et l'anus. Le SK peut également se développer dans les poumons ou d'autres parties du tube digestif (tractus gastro-intestinal, ou GI).

Facteurs de risque

Le sarcome de Kaposi est un type rare de sarcome. Il existe différents types de SK. Le type classique affecte habituellement les personnes âgées, souvent d'origine russe, juive, italienne ou africaine. Le type lié au sida apparaît chez les gens infectés par le VIH ou le sida.

Les principaux facteurs de risque du SK sont l'infection à l'herpès-virus humain 8 (HHV-8) et un système immunitaire affaibli.

Le HHV-8 est aussi appelé herpès-virus lié au sarcome de Kaposi (HVS8). On observe ce virus dans les tumeurs de toutes les personnes atteintes d'un SK lié au sida. Le virus peut se propager par contact sexuel et il infecte les cellules qui tapissent les vaisseaux sanguins et lymphatiques. L'infection peut transformer les cellules saines normales en cellules cancéreuses. Chez bien des

personnes infectées au HHV-8, le SK ne se développe pas. Donc, d'autres facteurs sont probablement impliqués, dont un système immunitaire affaibli ou des facteurs génétiques.

Les personnes dont le système immunitaire est affaibli risquent davantage d'être atteintes d'un SK. Le système immunitaire peut être plus faible à cause d'une maladie comme le sida (syndrome d'immunodéficience acquise), la maladie de Castleman ou l'anémie hémolytique. Il peut aussi l'être à cause de médicaments immunosuppresseurs comme ceux qu'on prend après une greffe d'organe.

Symptômes

En général, le SK apparaît d'abord sur la peau. Il peut aussi se développer sur les muqueuses, comme celles qui sont à l'intérieur de la bouche. Le SK peut aussi apparaître dans d'autres parties du corps. On aborde les symptômes les plus courants ci-dessous.

Changements cutanés

Le SK apparaît habituellement sous forme de plaques ou de bosses indolores qu'on appelle lésions. Les lésions sur la peau sont généralement violacées, mais leur couleur peut varier du brun au rouge en passant par le bleu. On peut observer une coloration brun-jaune, ou un genre d'ecchymose, autour des tumeurs si des cellules sanguines dans la région fuient. Le SK se développe le plus souvent sur les jambes ou le visage, mais il peut aussi apparaître dans d'autres régions.

Les lésions peuvent se développer rapidement. Au départ, il peut n'y en avoir qu'une seule, mais il n'est pas rare que plusieurs

lésions apparaissent en même temps. Il est possible que des bosses se développent ensemble pour former une tumeur, ou nodule, de grande taille.

Lésions dans la bouche ou la gorge

Des plaques ou des bosses, appelées lésions, peuvent aussi apparaître sur les muqueuses à l'intérieur de la bouche ou dans la gorge.

Lymphœdème

Des tumeurs dans les ganglions lymphatiques peuvent bloquer l'écoulement de la lymphe et causer un lymphœdème. Le lymphœdème est une accumulation de lymphe dans certaines parties du corps, comme les jambes et le visage, ce qui les fait enfler. Le lymphœdème peut rendre le membre affecté lourd, gênant ou endolori.

Troubles pulmonaires

Il arrive parfois que des tumeurs se développent dans un poumon et qu'elles bloquent une partie d'une voie respiratoire, causant ainsi un essoufflement, une toux inexplicable ou une douleur thoracique.

Troubles digestifs

Des tumeurs dans le tube digestif peuvent causer des nausées, des vomissements, une douleur abdominale, de la diarrhée ou un saignement du rectum.

Symptômes pseudo-grippaux

Certaines personnes atteintes d'un sarcome de Kaposi se sentent parfaitement bien. Beaucoup d'autres éprouvent des symptômes pseudo-grippaux comme la fatigue, la fièvre, la douleur et les courbatures et une perte de poids.

Diagnostic

Le processus diagnostique du sarcome de Kaposi débute habituellement par une visite à votre médecin de famille. Il vous questionnera sur les symptômes que vous éprouvez et vous fera un examen physique. En se basant sur ces informations, votre médecin peut vous diriger vers un spécialiste ou prescrire des examens afin de vérifier la présence d'un SK ou d'autres problèmes de santé. Les examens peuvent permettre d'observer votre peau, vos poumons et votre tube digestif et comprendre ceux qui suivent.

Examen physique

Votre médecin prendra en note les antécédents de vos symptômes, de vos facteurs de risque et de tous les événements et troubles médicaux que vous auriez pu éprouver dans le passé. Il évaluera la taille, la forme, la couleur et d'autres caractéristiques de toute tumeur. Il palpera aussi les ganglions lymphatiques dans différentes parties de votre corps, dont votre cou, vos aisselles et vos aines.

Biopsie

Lors d'une biopsie, comme une biopsie de la peau, le médecin prélève du tissu ou des cellules du corps afin de les analyser en laboratoire. Le rapport issu du laboratoire confirme ou non la présence de cellules cancéreuses dans l'échantillon.

Radiographie pulmonaire

Lors d'une radiographie, on emploie des radiations de faible dose pour produire une image des structures du corps sur film. On peut faire une radiographie pulmonaire pour vérifier la présence du SK dans un poumon.

Tomodensitométrie

Lors d'une tomodensitométrie (TDM), on emploie des appareils radiographiques particuliers afin de produire des images à 3 dimensions et en coupes des organes, tissus, os et vaisseaux sanguins du corps. Un ordinateur assemble les clichés en images détaillées.

La TDM peut révéler s'il y a des signes de SK dans d'autres parties du corps et aider à poser un diagnostic de SK dans les ganglions lymphatiques.

Endoscopie

Selon vos symptômes, votre médecin peut vous faire passer différents types d'endoscopie afin de vérifier la présence du SK. Cela lui permet de regarder à l'intérieur du corps à l'aide d'un tube muni d'une lumière et d'une lentille à une extrémité. Cet outil est appelé endoscope. Le médecin a recours à l'endoscope pour chercher des tumeurs et faire des prélèvements de tissu.

S'il y a des symptômes du SK dans le tube digestif, votre médecin peut faire une gastroscopie ou une coloscopie. S'il y a des symptômes du SK dans les poumons, votre médecin peut faire une bronchoscopie pour observer l'intérieur de la trachée et des poumons.

Types de sarcome de Kaposi

Il existe 4 types principaux de SK.

Sarcome de Kaposi lié au sida (SK épidémique)

Le sarcome de Kaposi lié au sida est le plus courant des 4 types. Il se développe chez les personnes infectées par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine). Ce virus détruit certaines cellules du système immunitaire, rendant ainsi le corps incapable de combattre les infections. Mais le virus peut être présent dans le corps pendant une longue période sans causer de problèmes physiques, et une personne porteuse du VIH n'a pas nécessairement le sida. Le sida apparaît lorsque le virus provoque d'importants dommages au système immunitaire et que des infections et d'autres problèmes médicaux se manifestent. Puisque le système immunitaire s'affaiblit en présence du sida, le risque de SK augmente.

Le SK lié au sida peut apparaître sur de nombreuses parties différentes du corps. Il peut se développer sur la peau, en particulier des pieds, des jambes, du visage et des organes génitaux, et dans la bouche. Il peut aussi affecter les ganglions lymphatiques, le tube digestif, les poumons, le foie ou la rate. Le SK lié au sida finit par se propager dans tout le corps.

Il est possible qu'une personne atteinte d'un SK lié au sida ait les ganglions lymphatiques enflés et qu'elle fasse de la fièvre. Elle peut aussi perdre du poids.

Le SK lié au sida est moins courant qu'avant parce que les gens sont plus sensibilisés au mode de transmission du VIH et que moins de personnes sont infectées. Le traitement du sida est également plus efficace. Le traitement antirétroviral hautement actif (HAART) est une association de médicaments anti-VIH. On l'administre pour traiter l'infection au VIH et il réduit le risque d'apparition du SK lié au sida. Le HAART sert également de traitement au SK.

Le SK classique affecte plus les hommes que les femmes. Les personnes qui en sont atteintes proviennent généralement de régions où le HVSK est courant. Le SK classique se développe habituellement seulement dans la peau, en particulier aux jambes, aux chevilles et à la plante des pieds.

Sarcome de Kaposi classique

Le SK classique est très rare. Il se manifeste habituellement seulement chez les personnes âgées d'origine méditerranéenne, moyen-orientale ou juive. Le SK classique affecte plus les hommes que les femmes. Les personnes qui en sont atteintes proviennent généralement de régions où le HVSK est courant. Le SK classique se développe habituellement seulement dans la peau, en particulier aux jambes, aux chevilles et à la plante des pieds.

Le SK classique est un cancer qui évolue lentement et qui s'aggrave graduellement au fil des ans. Il peut se propager aux poumons, au tube digestif et aux ganglions lymphatiques.

Chez certaines personnes atteintes d'un SK classique, un cancer secondaire apparaît, le plus souvent un lymphome non hodgkinien (LNH).

Sarcome de Kaposi chez les greffés

Le SK chez les greffés est aussi appelé SK lié au traitement immunosuppresseur, SK acquis ou SK iatrogène. Il se développe chez des personnes dont le système immunitaire est affaibli à la suite d'une greffe d'organe. Les personnes qui ont reçu une greffe d'organe doivent souvent prendre des médicaments qui inhibent leur système immunitaire (immunosuppresseurs) afin de réduire le risque de rejet de l'organe greffé par leur corps. Ce type de SK apparaît rarement.

Le SK chez les greffés s'améliore parfois si on arrête de prendre des immunosuppresseurs ou si la dose est réduite, mais on risque ainsi le rejet de l'organe transplanté. Chez les greffés, le SK n'affecte souvent que la peau, mais il peut aussi se propager aux muqueuses ou à d'autres organes.

Sarcome de Kaposi africain (endémique)

On observe le SK africain dans certaines régions de l'Afrique, en particulier près de l'équateur. Il peut affecter l'homme, la femme et l'enfant de tout âge, bien qu'il soit plus fréquent chez les jeunes adultes de sexe masculin.

Le SK africain peut être très agressif. Il se développe plus rapidement que le SK classique. En plus de causer des lésions cutanées, il est susceptible de se propager aux os.

L'une des formes du SK africain apparaît souvent chez le jeune enfant. Il n'affecte pas la peau mais se propage aux ganglions lymphatiques et à d'autres organes comme le cœur. Ce type de SK peut rapidement mettre la vie en danger.

Stadification

La stadification est une façon de décrire ou de classer un cancer selon l'étendue (quantité) de la maladie dans le corps. En 1988, un groupe de chercheurs connu sous le nom de *AIDS Clinical Trials Group* (ACTG) a proposé un système de classification du sarcome de Kaposi lié au sida appelé classification TIS. Ce système prend 3 facteurs en considération.

- **T**, c'est l'étendue de la tumeur;
- **I**, c'est l'état du système immunitaire qui est mesuré en fonction du nombre de certaines cellules (CD4) présentes dans le sang;
- **S**, c'est l'étendue de la maladie dans le corps (maladie systémique).

	BON RISQUE (NIVEAU DE RISQUE 0)	MAUVAIS RISQUE (NIVEAU DE RISQUE 1)
Tumeur (T)	<p>Un ou plusieurs des énoncés suivants s'appliquent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • seulement dans la peau • seulement dans les ganglions lymphatiques • seulement un peu dans la bouche, soit une maladie orale minime (tumeurs plates au palais, ou plafond de la bouche) 	<p>Un ou plusieurs des énoncés suivants s'appliquent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • œdème (enflure) ou ulcération (dégradation de la peau) à cause des tumeurs • tumeurs étendues dans la bouche qui sont nodulaires (surélevées) • tumeurs dans des régions de la bouche autre que le palais (plafond de la bouche) • tumeurs dans des organes autres que les ganglions lymphatiques tels que les poumons, l'intestin ou le foie <p>Un SK dans les poumons est à risque particulièrement mauvais.</p>
Système immunitaire (I)	Le nombre de cellules CD4 est de 150 ou plus par millimètre cube.	Le nombre de cellules CD4 est inférieur à 150 par millimètre cube.
Maladie systémique (S)	<p>Absence de maladie systémique.</p> <p>Tous les énoncés suivants s'appliquent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aucun antécédent d'infections opportunistes ou de muguet • aucun symptôme B • indice fonctionnel de Karnofsky de 70 ou plus 	<p>Présence d'une maladie systémique.</p> <p>Un ou plusieurs des énoncés suivants s'appliquent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • antécédents d'infections opportunistes ou de muguet • au moins un symptôme B • indice fonctionnel de Karnofsky de moins de 70 • présence d'une autre maladie liée au VIH, comme une maladie neurologique ou un lymphome

Catégories de risque

Sous chacun de ces facteurs principaux, il y a 2 sous-groupes. Ces sous-groupes indiquent si le cancer est à bon risque (0) ou à mauvais risque (1) selon la classification TIS. Un sarcome de Kaposi à mauvais risque engendre un pronostic plus sombre qu'un SK à bon risque et il pourrait ne pas réagir aussi bien au traitement. Les médecins se servent de la catégorie de risque global pour planifier le traitement.

Les symptômes B comprennent la fièvre, les sueurs nocturnes, la perte de poids et la diarrhée.

L'indice fonctionnel de Karnofsky est une mesure normalisée de la capacité d'une personne à effectuer des tâches courantes et à poursuivre ses activités quotidiennes. Il est utilisé pour évaluer le pronostic, détecter des changements dans sa capacité de fonctionner ou pour déterminer si elle peut participer à un essai clinique. L'indice fonctionnel d'une personne est coté sur 100. Plus la cote est élevée, plus la personne est capable de mener ses activités quotidiennes.

Catégorie de risque global

Votre équipe de soins évalue tous ces éléments pour attribuer une catégorie de risque global à votre cancer. L'état du système

immunitaire n'est pas aussi important pour déterminer le risque global. Le bon risque est classé T0 S0, T1 S0 ou T0 S1 et le mauvais risque T1 S1.

Traitements

Le SK se comporte différemment d'autres sarcomes des tissus mous, c'est pourquoi on le traite différemment. Il arrive parfois qu'on associe 2 traitements différents ou plus. Les options de traitements dépendent des facteurs suivants :

- type de SK
- nombre, emplacement et taille des lésions
- degré d'efficacité du système immunitaire
- état général de santé
- Ce qui est le plus important de faire quand on traite le SK est de renforcer le système immunitaire qui est affaibli et de guérir toute infection qui y est liée. Le but du traitement diffère en fonction des différents types de SK. Toute infection bactérienne peut aggraver le SK, alors on traite rapidement ces infections, habituellement à l'aide d'antibiotiques.
- La personne atteinte du sida reçoit des médicaments anti-VIH, soit un HAART. Il arrive parfois que seul le HAART soit nécessaire pour traiter le SK.
- Le médecin peut réduire la dose du médicament immunosuppresseur que la personne prend après une greffe d'organe ou bien tout simplement le changer.

- La personne atteinte du HHV-8 peut recevoir des médicaments antiviraux pour aider à prévenir la formation de nouvelles tumeurs.

Traitement local

On considère habituellement les cas de SK peu graves comme à bon risque. On peut ne pas avoir à les traiter, ou bien on administre un traitement local. Ce type de traitement peut être appliqué à quelques tumeurs cutanées qui n'affectent qu'une seule région, en particulier si elles sont très visibles ou disgracieuses.

Le traitement local vise des tumeurs spécifiques. Il ne permet pas de traiter des tumeurs situées ailleurs sur le corps ni d'empêcher la formation de nouvelles lésions.

Traitement topique

On applique un gel ou un onguent directement sur la tumeur de 2 à 4 fois par jour. On le fait pendant au moins 2 mois jusqu'à ce que la tumeur ait disparu. L'alitrétinoïne (Panretin) est un médicament dont on peut se servir comme traitement topique.

Cryochirurgie

On applique de l'azote liquide directement sur la tumeur afin de la geler. On laisse ensuite la région dégeler avant de la geler de nouveau. Il est possible qu'on répète ce cycle à quelques reprises jusqu'à ce que la tumeur ait disparu.

Chimiothérapie intralésionnelle

On injecte une petite quantité d'un agent chimiothérapeutique directement dans la tumeur afin de détruire les cellules cancéreuses. On a souvent recours à la vinblastine (Velbe) comme chimiothérapie intralésionnelle du SK.

Thérapie photodynamique

On injecte dans une veine un médicament qui rend les cellules sensibles à la lumière. Ce médicament s'accumule dans les cellules cancéreuses plutôt que dans les cellules saines normales. Après un certain temps, quand le médicament s'est accumulé dans les cellules, on les expose à la lumière. La lumière active le médicament, qui détruit alors les cellules cancéreuses.

Radiothérapie

En radiothérapie, on a recours à des rayons ou à des particules de haute énergie pour détruire les cellules cancéreuses. On administre parfois une radiothérapie externe comme traitement principal du SK, en particulier s'il y a quelques tumeurs disgracieuses ou si elles sont douloureuses.

Chirurgie

La chirurgie permet d'enlever la tumeur et tout tissu qui a été affecté par le cancer. On a rarement recours à la chirurgie pour traiter le SK, mais elle peut être une option pour traiter certaines petites tumeurs en surface.

L'excision locale permet d'enlever la tumeur qui est dans la peau. Le médecin enlève aussi une petite quantité de tissu normal autour de la tumeur, qu'on appelle marge.

Lors du curetage et de l'électrodessiccation, on utilise un instrument particulier appelé curette pour gratter la tumeur. On traite ensuite la région avec un courant électrique afin de détruire toutes les cellules cancéreuses qui restent et de maîtriser le saignement. Cette intervention doit souvent être répétée quelques fois.

La radiothérapie par photons, qui est un type de radiothérapie externe, est parfois administrée pour traiter un SK dans la bouche ou la gorge.

Certains agents
chimiothérapeutiques peuvent
être enrobés d'une couche
graisseuse appelée liposome.
Le liposome aide le médicament
à entrer dans le SK et lui permet
d'être libéré lentement.
On parle alors de chimiothérapie
liposomale.

Traitement systémique

Quand le SK est plus étendu ou qu'il s'est propagé à d'autres organes, on peut le traiter par voie systémique. Ce type de traitement passe dans la circulation sanguine pour atteindre les cellules cancéreuses partout dans tout le corps.

Chimiothérapie

En chimiothérapie, on a recours à des médicaments anticancéreux, ou cytotoxiques, pour empêcher les cellules cancéreuses de croître et de se propager. Certains agents chimiothérapeutiques peuvent être enrobés d'une couche grasseuse appelée liposome. Le liposome aide le médicament à entrer dans le SK et lui permet d'être libéré lentement. On parle alors de chimiothérapie liposomale. Dans certains centres de traitement, elle est devenue le traitement de choix du SK.

Les 2 formes d'agents chimiothérapeutiques administrés pour traiter le SK sont les suivantes :

- doxorubicine liposomale (Myocet)
- daunorubicine liposomale (DaunoXome)

On peut avoir recours à d'autres agents chimiothérapeutiques pour traiter le SK :

- paclitaxel (Taxol)
- vinorelbine (Navelbine)
- gemcitabine (Gemzar)
- bléomycine (Blenoxane)
- étoposide (Vepesid, VP-16)
- vinblastine (Velbe)
- vincristine (Oncovin)

Pour avoir plus de détails sur des médicaments spécifiques, consultez la section Sources d'information sur les médicaments.

Thérapie biologique

En thérapie biologique, on a recours à des substances naturelles ou artificielles pour renforcer le système immunitaire dans le but de combattre le cancer ou d'atténuer les effets secondaires du traitement. On l'appelle parfois immunothérapie. Des médicaments biologiques comme l'interféron alpha (Intron A, Wellferon) peuvent être administrés pour traiter le SK. Cependant, on n'a pas souvent recours à la thérapie biologique parce qu'elle cause beaucoup d'effets secondaires et qu'elle n'est pas très efficace chez de nombreuses personnes atteintes du sida.

Traitement par type de sarcome de Kaposi

Différents types de traitements sont administrés pour traiter les différents types de SK.

SK lié au sida (épidémique)

La meilleure façon de traiter le SK lié au sida est d'administrer le HAART, dont un inhibiteur de protéase. Les inhibiteurs de protéase sont des médicaments anti-VIH qui bloquent la protéase, une protéine dont le VIH a besoin pour faire des copies de lui-même. Voici d'autres options de traitement du SK lié au sida :

- chimiothérapie
- radiothérapie
- thérapie biologique
- chirurgie
- cryochirurgie

SK classique

Les options de traitement des tumeurs cutanées uniques peuvent être la radiothérapie et la chirurgie.

Les options de traitement des tumeurs cutanées qui se sont propagées à de nombreuses parties du corps peuvent être la radiothérapie et la chimiothérapie.

Les options de traitement du SK classique qui affecte les ganglions lymphatiques, un poumon ou le tube digestif peuvent être la chimiothérapie et la radiothérapie. On administre parfois une radiothérapie en plus d'une chimiothérapie.

SK chez les greffés (lié au traitement immunosuppresseur, acquis ou iatrogène)

Le SK chez les greffés peut être traité par l'arrêt de la prise de médicaments immunosuppresseurs ou la diminution de la dose. Cette approche pourrait causer le rejet de l'organe transplanté. Une personne greffée devrait discuter des risques et des bienfaits de cette approche avec son médecin.

On peut aussi traiter ce type de SK par radiothérapie. Une chimiothérapie est aussi parfois administrée.

SK africain (endémique)

On traite souvent le SK africain par chimiothérapie ou radiothérapie. Cependant, ces traitements sont rarement offerts dans les pays en développement. Cela signifie que de nombreux Africains atteints du SK ne sont pas traités.

SK récidivant

La récurrence de SK signifie qu'il réapparaît à la suite du traitement. Il peut réapparaître dans la peau ou bien récidiver dans une autre partie du corps.

Les options de traitement du SK récidivant dépendent du type de SK, de l'état de santé global de la personne et des traitements déjà administrés. ■

CANCER DE LA PEAU

Par <http://canadiens.ensante.gc.ca>

Source : ©Tous droits réservés. *Cancer de la peau*. Canadiens en santé, 2014. Reproduit avec la permission du Ministre de la santé, 2016.

Le cancer de la peau est la forme de cancer la plus courante. Environ le tiers de tous les nouveaux cas de cancer au Canada sont des cancers de la peau et le taux continue d'augmenter.

La peau joue un rôle vital pour vous garder en santé. C'est le plus gros organe de votre corps et il vous protège contre, entre autres choses, la déshydratation (pas suffisamment d'eau dans votre organisme), le soleil, les infections bactériennes et la pollution.

Mais la capacité de votre peau à vous protéger a des limites. Les rayons ultraviolets (rayons UV) abîment l'ADN des cellules de votre peau, ce qui peut provoquer un cancer de la peau.

La plupart des cas de cancer de la peau sont évitables. Vous pouvez diminuer le risque que vous courez d'avoir un cancer de la peau en suivant les conseils de sécurité suivants.

Conseils sur la sécurité au soleil

La plupart des gens peuvent prévenir le cancer de la peau en évitant le soleil et d'autres sources de rayons UV, comme les lits et les lampes de bronzage. Pour éviter les effets nocifs des rayons UV :

- **Couvrez-vous.** Portez un chandail de couleur pâle et à manches longues, un pantalon et un chapeau à large bord fait de tissus qui permettent la circulation de l'air. Veillez à ce que les lunettes de soleil que vous achetez offrent une protection contre les rayons UVA et UVB.
- **Limitez le temps que vous passez au soleil.** Restez à l'abri du soleil et de la chaleur entre 11 h et 16 h. Le soleil est à son plus fort lorsque votre ombre est plus petite que vous. Recherchez des endroits où il y a beaucoup d'ombre, comme un parc ayant de gros arbres, des toits partiels, des auvents, des parasols ou des abris contre le soleil de style *gazebo*. Apportez toujours un parasol à la plage.
- **Consultez les indices UV.** Écoutez votre radio ou télévision locale, ou vérifiez en ligne les indices UV de votre région. Lorsque l'indice UV est de **3 ou plus**, portez des vêtements de protection, des lunettes de soleil et un écran solaire.
- **Appliquez un écran solaire.** Appliquez un écran solaire lorsque l'indice UV est de 3 ou plus.
- **Buvez beaucoup de liquides frais, surtout de l'eau, avant d'avoir soif.** Si les journées ensoleillées sont aussi accompagnées de chaleur et d'humidité, restez au frais et hydratez-vous afin d'éviter les maladies causées par la chaleur. La déshydratation (quantité insuffisante de liquides dans le corps) est dangereuse, et la soif n'est pas toujours un bon indice de la fréquence à laquelle vous devriez boire.

- **Évitez d'utiliser les lits de bronzage.** Si vous les utilisez, vous devez comprendre leurs risques et savoir comment vous protéger.

Le meilleur moyen de détecter un cancer de la peau au stade initial est d'examiner votre peau fréquemment. Consultez votre médecin immédiatement si vous remarquez n'importe lequel des signes suivants :

- des plaques ou des taches anormalement foncées ou décolorées;
- un grain de beauté qui saigne, qui forme une croûte ou qui change de couleur, de taille ou de forme.

LE SAVIEZ-VOUS ?

En 2014, environ 6500 Canadiens recevront un diagnostic de mélanome, et 1050 en mourront. Heureusement, un dépistage précoce peut améliorer le traitement et les chances de survie.

Les formes de cancer de la peau

Il y a trois grands types de cancer de la peau : le carcinome basocellulaire, le carcinome spinocellulaire et le mélanome malin.

La plupart des cas de cancer de la peau au Canada sont soit des carcinomes basocellulaires, soit des carcinomes spinocellulaires. Ces cancers de la peau ont tendance à se manifester à un âge plus avancé sur des régions de la peau qui ont été exposées de manière répétée au soleil (comme le visage, le cou ou les mains). Les carcinomes basocellulaire et spinocellulaire progressent lentement et provoquent rarement la mort, car ils n'ont pas l'habitude de se propager à d'autres parties du corps. Ces cancers sont généralement faciles à déloger à l'aide d'une intervention chirurgicale. Mais ils sont quand même préoccupants, car ils peuvent causer des cicatrices, un défigement ou la dégradation d'une fonction dans certaines parties du corps.

Les mélanomes malins sont différents. Ils représentent environ 5% de tous les cancers de la peau et c'est la forme de cancer la plus susceptible d'être mortelle. Contrairement aux autres cancers de la peau, ils se manifestent à un plus jeune âge et ils progressent rapidement. Ils peuvent apparaître à peu près n'importe où sur le corps.

Le mélanome est particulièrement difficile à enrayer une fois qu'il s'est propagé (métastasé) dans d'autres parties du corps. Mais il peut être traité facilement s'il est pris à un stade très précoce. Les principaux facteurs qui prédisposent une personne au mélanome semblent être l'exposition au soleil pendant les loisirs et les coups de soleil à répétition.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Le nombre de personnes qui ont un cancer de la peau a augmenté au Canada à un rythme plutôt constant au cours des 30 dernières années. Selon les taux actuels, une Canadienne sur 73 aura un mélanome au cours de sa vie, tandis qu'un Canadien sur 59 sera atteint de la maladie.

Les causes du cancer de la peau

L'une des principales causes du cancer de la peau est l'exposition aux rayons UV. Les rayons UV sont invisibles et ils sont produits par le soleil ainsi que par les lits et les lampes de bronzage.

Les rayons UV causent le cancer de la peau en provoquant des changements dans les cellules de votre peau. Dans certains cas, les rayons UV peuvent causer des dommages directs à vos cellules. Les bronzages et les coups de soleil, par exemple, sont des signes que les rayons UV ont abîmé votre peau. Dans d'autres cas, les rayons UV entraînent le cancer de la peau de façon indirecte, en affaiblissant le système immunitaire.

De nombreuses études sur le cancer de la peau montrent que les personnes qui ont subi plusieurs coups de soleil graves dans leur enfance sont plus vulnérables au cancer de la peau. Les antécédents familiaux, les expositions à certains produits chimiques et les dysfonctions immunitaires peuvent également augmenter le risque d'être atteint d'un cancer de la peau.

Le dépistage et le traitement

Les grains de beauté, les taches et les excroissances sur votre peau sont généralement inoffensifs - mais ce n'est pas toujours le cas. C'est la raison pour laquelle il est si important d'examiner votre peau sur tout votre corps une fois par mois et de vous faire examiner par un médecin une fois par année.

Sous un bon éclairage et à l'aide de miroirs, procédez du haut vers le bas en examinant :

- la tête et le visage (servez-vous d'un séchoir pour inspecter le cuir chevelu);
- les mains et les ongles;
- les coudes, les bras et les aisselles;
- le cou, la poitrine et le torse (tronc);
- les organes génitaux et les seins;
- la nuque, les épaules, le haut des bras, le dos, les fesses et les jambes;

- les pieds (y compris la plante, les talons et les ongles).

Surveillez les signes d'avertissement ABCDE :

- **A**symétrie. Les deux moitiés du grain de beauté sont-elles symétriques si vous tracez une ligne en plein centre?
- **B**ordures. Les bordures sont-elles inégales, dentelées ou échancrées?
- **C**ouleurs. Y a-t-il plusieurs nuances (brun, rouge, blanc, bleu ou noir)?
- **D**iamètre de plus de 6 mm. Le grain de beauté est-il de la taille d'une efface au bout d'un crayon ou plus gros?
- **É**volution. La taille, la forme, la couleur ou la hauteur a-t-elle changé? Un nouveau symptôme est-il apparu (comme des saignements, des démangeaisons ou la formation d'une croûte)?

Si vous observez n'importe lequel de ces signes d'avertissement, consultez votre fournisseur de soins de santé dès que possible. Il est particulièrement important de choisir un médecin qui est spécialisé dans le cancer de la peau et qui a été formé pour reconnaître un mélanome à un stade très précoce.

S'il soupçonne un cancer de la peau, votre médecin procédera à une biopsie (prélèvement d'un échantillon de tissus) puis à un examen au microscope. Si le cancer de la peau est confirmé, plusieurs options de traitement s'offrent à vous. Le choix du traitement est fondé sur le type, la taille, l'emplacement et la profondeur de la tumeur ainsi que sur votre âge et votre état de santé en général.

Ce que fait le gouvernement du Canada pour vous protéger

L'Agence de la santé publique du Canada surveille le cancer au Canada. Cela consiste à cerner les tendances et les facteurs de risques du cancer, à concevoir des programmes afin de diminuer les risques de cancer et à faire de la recherche dans le but d'évaluer les risques attribuables à l'environnement et aux comportements humains. Santé Canada favorise la sensibilisation de la population à la prudence au soleil et aux effets néfastes des rayons UV.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Les bases de la protection solaire
- Conseils sur la sécurité au soleil pour les parents
- Les écrans solaires
- Les lunettes de soleil
- Les produits de bronzage
- Qu'est-ce que le rayonnement ultraviolet?
- Les premiers soins à prodiguer en cas de coup de soleil et de maladie liée à la chaleur
- Lampes et lits de bronzage

Date de modification : 2014-05-29 ■

Fiche thématique / Histopathologie cutanée

LE NÆVUS BLEU ET SES VARIANTES

Par A. Osio,^{a,*},^b, M. Battistella,^{a,b,1}

Source : Reproduction autorisée. Osio, A., Battistella M. « Le naevus bleu et ses variantes ». *Annales de dermatologie et de vénéréologie* (2012) 139, 677-680. Elsevier Masson France. www.em-consulte.com. <http://www.sfdermato.org/media/pdf/mini-site/naevus-bleu-3f713c4e094cefd41e3980b4d24d490.pdf>.

^a *Service de pathologie, hôpital Saint-Louis, AP-HJP, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France*

^b *Laboratoire de pathologie, université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, UMR-S 728, 75010 Paris, France*

Disponible sur Internet le 29 juin 2012.

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : amelie.osio@sls.aphp.fr (A. Osio).

¹ Sous l'égide du groupe d'histopathologie cutanée de la Société française de dermatologie.

0151-9638/\$ - see front matter © 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2012.05.020>

Les nævus bleus (NB) sont des tumeurs mélanocytaires dermiques bénignes dont les mélanocytes sont pigmentés, fusiformes et dendritiques et souvent accompagnés de mélanophages, dans un stroma habituellement fibreux. La proportion des composantes cellulaires, la densité cellulaire, l'intensité de la pigmentation et l'importance de la fibrose peuvent varier d'une lésion à l'autre, ces variantes étant à l'origine des différents types histologiques. Le nævus bleu commun (nævus bleu de Jadassohn-Tieche) est le plus fréquent. Les NB cellulaires et les NB épithélioïdes sont nettement plus rares. On discutera enfin la problématique du NB malin, aussi appelé mélanome à type de NB cellulaire.

Nævus bleu commun

Clinique

Fréquent, il s'observe chez l'enfant et l'adulte, apparaissant le plus souvent dans l'enfance. Les sièges de prédilection sont le dos des mains et des pieds et la région céphalique. Des localisations

extra-cutanées sont également décrites (muqueuses orales et génitales, prostate, col utérin, ganglion...). La lésion est généralement unique, de petite taille (moins de 1 cm), plate ou en dôme, lisse, bleu sombre, symétrique. Des formes cliniques inhabituelles ont été rapportées : formes multiples, parfois éruptives; formes congénitales; NB en cible; NB achromique, NB avec satellites pigmentés, ou encore NB en plaque [1].

Histopathologie

Il s'agit d'une lésion dermique pure, assez mal limitée, siégeant habituellement dans le derme réticulaire, respectant le derme papillaire. L'épiderme en regard n'est pas modifié. La prolifération est constituée de cellules fusiformes ou étoilées dont la charge pigmentaire est variable, avec des dendrites sont souvent bien visibles. Ces mélanocytes sont parfois accompagnés de mélanophages. Leurs noyaux sont de petite taille. Le derme réticulaire est très fibreux avec des fibres de collagène épaissies. La cellularité est faible, avec des zones plus cellulaires autour des annexes pilaires et sudorales. Neurotropisme et invasion des

muscles pilo-arrecteurs sont habituels, sans caractère péjoratif. La prolifération peut parfois être située immédiatement sous l'épiderme (NB « superficiel »). (Fig. 1A et B).

Diagnostic différentiel

Outre le diagnostic différentiel principal avec l'histiocytofibrome pigmenté, non préjudiciable pour le patient, des cas de métastases cutanées de mélanome en transit simulant cliniquement et histologiquement un NB ont été décrites. Le contexte clinique est alors fondamental (antécédent personnel de mélanome, lésion d'apparition récente dans la région du mélanome initial).

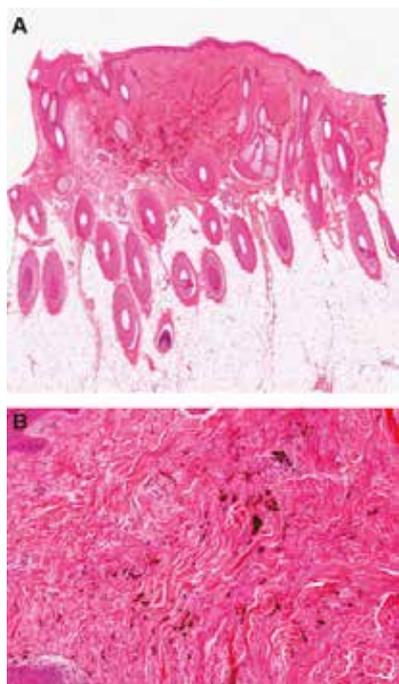


Figure 1. Nævus bleu commun. Lésion dermique siégeant dans un collagène dense (A), faite de mélanocytes fusiformes associées à des mélanophages (B).

Une composante de NB commun peut s'associer à n'importe quel autre type de nævus, le plus souvent un nævus mélanocytaire commun (mixte ou dermique pur), ou, moins fréquemment, à un nævus de Spitz.

Variante du nævus bleu commun

Nævus combiné

Une composante de NB commun peut s'associer à n'importe quel autre type de nævus, le plus souvent un nævus mélanocytaire commun (mixte ou dermique pur), ou, moins fréquemment, à un nævus de Spitz.

Nævus bleu en cible

Clinique

La clinique est celle d'une lésion à centre noir avec pigmentation concentrique d'intensité variable.

Histopathologie

L'aspect histopathologique est celui d'un NB commun avec des zones un peu plus cellulaires, et une pigmentation hétérogène, plus marquée au centre.

Nævus bleu avec satellites pigmentés

On décrit sous ce terme des NB à contours irréguliers avec des petites lésions satellites pigmentées. Au microscope, ces lésions sont particulières par l'extension périvasculaire des mélanocytes pigmentés.

Nævus bleu desmoplastique

Clinique

La clinique est celle d'une papule ou papulo-nodule ferme, unique, de pigmentation variable.

Aspect histopathologique

L'aspect histopathologique du NB desmoplastique partage les caractéristiques du NB commun, mais il comprend une fibrose dermique beaucoup plus marquée, avec une densité tumorale parfois très faible. L'architecture de la lésion, avec extension au derme profond, coulées périannexielles et périnerveuses, et l'absence d'hyperplasie épidermique permettent d'orienter le diagnostic qui sera confirmé si besoin par immuno-histochimie (expression des marqueurs mélanocytaires PS100, HMB45 et MelanA).

Diagnostic différentiel

Il faut principalement éliminer un mélanome desmoplastique et les tumeurs des tissus mous, notamment l'histiocytofibrome pigmenté et le dermatofibrome. Les critères en faveur du mélanome desmoplastique, en dehors d'une clinique parfois inquiétante, sont la présence d'une composante mélanocytaire jonctionnelle atypique, d'atypies nucléaires, la présence d'un infiltrat lymphoïde en périphérie et l'activité mitotique. Par ailleurs, la plupart des mélanomes desmoplastiques expriment uniquement la PS100, et perdent l'expression des autres marqueurs mélanocytaires.

Nævus bleu hypopigmenté ou achromique

Dans les rares variantes hypopigmentées ou achromiques, dont le diagnostic clinique n'est jamais suspecté, l'architecture du NB commun et surtout l'expression de l'HMB45 (qui permet de visualiser les dendrites des mélanocytes) permettent le diagnostic, malgré l'absence ou la faible abondance du pigment mélanique. Les autres marqueurs mélanocytaires sont variablement exprimés.

Nævus bleu en plaque

Il fait partie des NB étendus. Il peut être congénital ou acquis et siège préférentiellement au niveau du tronc ou du cuir chevelu. Certains sont des nævus de Ota (dans le territoire du trijumeau, surtout chez les japonais) ou de Ito (très rare, surtout sur l'épaule dans la population asiatique).

Nævus bleu épithélioïde

Initialement décrit par Aidan Carney comme une lésion tumorale faisant partie du complexe Carney, le NB épithélioïde a ultérieurement été décrit de manière sporadique. Sa description est histologique, aucune clinique spécifique n'ayant été décrite à ce jour pour ce type de lésion. Le NB épithélioïde associe un contingent de mélanocytes épithélioïdes volumineux très pigmentés, et un contingent plus faible de mélanocytes polygonaux ou fusiformes moins pigmentés. Les mélanocytes épithélioïdes ont souvent un volumineux nucléole, et la pigmentation est parfois concentrée en anneau à la périphérie de leur cytoplasme (*pigmented rim*).

Le terme de *pigmented epithelioid melanocytoma* (PEM) a été proposé pour décrire ces lésions, qui peuvent parfois avoir une faible activité mitotique, rendant difficile leur classement dans une catégorie purement bénigne. Dans les séries de PEM publiées par Zembowicz et al., certains patients avaient des métastases ganglionnaires, mais une évolution générale bonne [2]. Devant ces lésions, une exérèse complète est bien entendu nécessaire. Les marges de sécurité ne sont pas codifiées. La procédure du ganglion sentinelle n'est probablement pas justifiée [3].

Nævus bleu cellulaire

Clinique

Tumeur rare, le NB cellulaire peut se voir à tout âge, mais le plus souvent avant 40 ans, avec une prédominance féminine. Il existe des formes congénitales. Le siège de prédilection est la région sacrée et la fesse (50 %), suivi de la région céphalique, du dos et des extrémités (Fig. 2). Des localisations extra-cutanées sont également décrites, comme pour le NB commun. La présentation clinique est celle d'un nodule bombé, généralement foncé, inférieur à 2 cm dans deux tiers des cas. Le NB cellulaire est une lésion bénigne. Les récurrences sont rares, même après une exérèse étroite.



Figure 2. Nævus bleu cellulaire du cuir chevelu, sous forme d'une lésion pigmentée en dôme de 15 mm, à contours discrètement irréguliers.

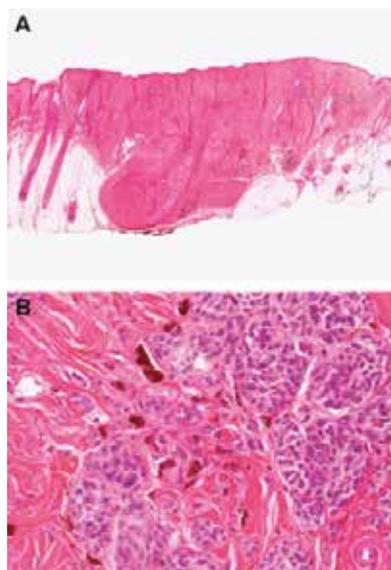


Figure 3. Nævus bleu cellulaire. Lésion dermique avec extension hypodermique caractéristique en « battant de cloche » (A). Aspect cellulaire en profondeur, associant dans un collagène dense des mélanocytes ovalaires monomorphes non pigmentés et des mélanophages (B).

Histopathologie

Le profil lésionnel est évocateur. Il s'agit d'une lésion dermo-hypodermique relativement volumineuse, plus ou moins pigmentée, avec un contingent dermique assez mal limité et une extension hypodermique plus densément cellulaire, en « battant de

cloche ». L'épiderme en regard n'est pas modifié (Fig. 3 A et B). On distingue au microscope plusieurs formes, qui n'ont pas de traduction clinique : la forme classique, dite biphasique, où coexistent un aspect de NB commun en superficie et des plages cellulaires de mélanocytes plus ovalaires assez monorphes, peu ou pas pigmentés, associés à des mélanophages en profondeur; une forme alvéolaire; une forme neuroïde. Le pléomorphisme nucléaire est absent ou très discret, les mitoses typiquement absentes. La prolifération exprime de façon diffuse les marqueurs mélanocytaires.

Nævus bleu cellulaire « atypique »

On classe dans cette catégorie les lésions histologiquement « intermédiaires » entre les NB cellulaires et les NB malins. Il n'y a pas de critères histologiques clairement établis pour le diagnostic des NB cellulaires « atypiques », et leur distinction avec le NB malin est parfois extrêmement difficile, voire impossible. Ce sont des lésions d'assez grande taille (au moins 1 à 2 cm), avec des atypies architecturales (asymétrie, caractère infiltrant) et/ou cytologiques (cellularité élevée, irrégularités cellulaires, pléomorphisme nucléaire, mitoses, nécrose). Leur potentiel évolutif, loco-régional et à distance, n'est pas bien connu. Une exérèse complète avec marges de sécurité et une surveillance rapprochée sont nécessaires.

Ces lésions mélanocytaires malignes étant très rares, leur prise en charge n'est pas codifiée aussi clairement que pour les mélanomes habituels

Nævus bleu malin

Ce sont des tumeurs exceptionnelles, dont le siège de prédilection est le cuir chevelu. La clinique est peu discriminante: il s'agit le plus souvent d'un nodule ou d'une plaque bleu-noir, parfois ulcéré ou douloureux, ayant parfois brutalement augmenté de taille, chez un patient d'âge moyen. Leur taille est généralement supra-centimétrique. Il s'agit d'un mélanome dont le pronostic serait équivalent, à épaisseur selon Breslow égale, à un mélanome d'un autre type.

Histopathologie

On distingue de manière purement théorique le mélanome développé sur un NB préexistant, le plus souvent cellulaire, et le NB malin de novo (mélanome mimant un nævus bleu cellulaire), encore plus rare. Même si l'architecture en battant de cloche peut être conservée, le contingent malin réalise un ou plusieurs nodules où les atypies cytologiques sont marquées (pléomorphisme nucléaire, index mitotique élevé, mitoses anormales). Il s'y associe fréquemment des plages de nécrose, une invasion tissulaire. Dans les NB malins développés sur NB, l'architecture biphasique du NB cellulaire sous-jacent est le plus souvent grossièrement conservée. Ces lésions mélanocytaires malignes étant très rares, leur prise en charge n'est pas codifiée aussi clairement que pour les mélanomes habituels. Par extension des recommandations, on pratique une reprise chirurgicale avec des marges de sécurité selon le Breslow, et éventuellement un ganglion sentinelle.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Zembowicz A, Phadke PA, Blue nevi and variants. Arch Pathol Lab Med 2011;135-327-36.
- [2] Zembowicz A, Carney JA, Mihm MC. Pigmented epithelioid melanocytoma: a low-grade melanocytic tumor with metastatic potential indistinguishable from animal-type melanoma and epithelioid blue nævus. Am J Surg Pathol 2004;28:31-40.
- [3] Freitag S, Vignnon-Pennamen MD. Spitz tumor and pigmented epithelioid melanocytoma: new nosological frameworks for commonly ill-defined tumors. Ann Dermatol Venereol 2009;136-133-44. ■

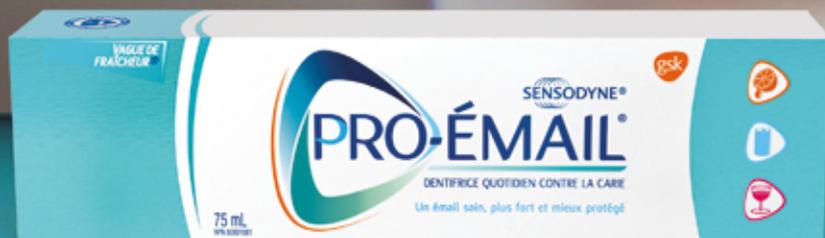


ELLE SAIT QUE LES FRAISES COMPORTENT D'EXCELLENTE PROPRIÉTÉS ANTIOXYDANTES.

QUE DEVRAIT-ELLE SAVOIR DE PLUS?

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

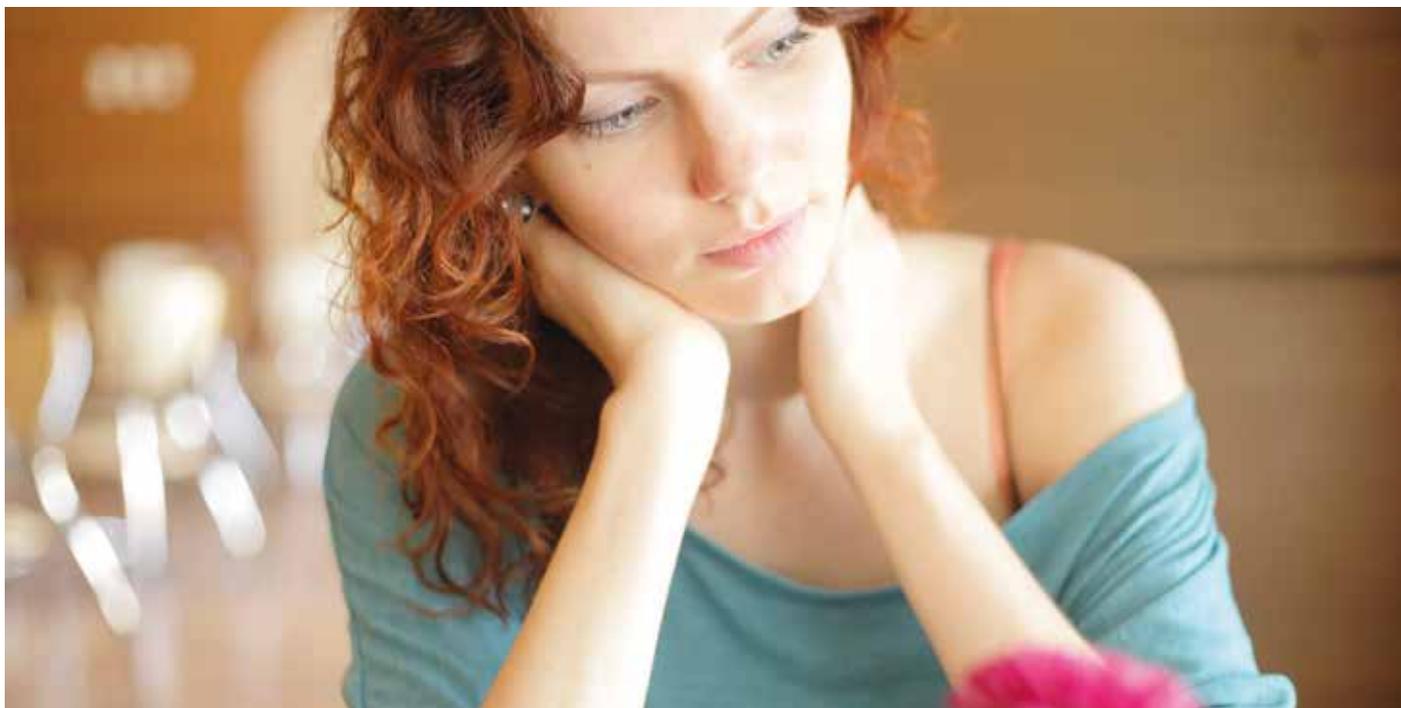
Ils doivent investir dans leur émail dès aujourd'hui.



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, directeur. Dental Erosion – from Diagnosis to Therapy. Karger, Basel, 2006. 3. Lussi A. Eur J Oral Sci. 1996;104:191-198. 4. Hara AT et al. Caries Research. 2009;43:57-63. 5. Lussi A, et al. Caries Research. 2004;38(suppl. 1):34-44.

MC/® ou sous licence
GlaxoSmithKline Soins de santé aux consommateurs Inc.
Mississauga, Ontario L5N 6L4
©2017 Le groupe d'entreprises GSK. Tous droits réservés.



LA DÉPRESSION POST-PARTUM

Par www.naitreetgrandir.com

La dépression post-partum est une maladie qui touche de nombreuses femmes, et aussi des hommes, après la naissance de leur bébé. Les symptômes varient selon les individus et la gravité de la dépression, et diffèrent du baby blues.

Le baby blues

Le baby blues ou « syndrome du troisième jour » apparaît chez la mère dans les premiers jours qui suivent l'accouchement. Les symptômes se manifestent par de l'irritabilité, de l'anxiété, de la vulnérabilité et des sautes d'humeur. Il s'agit d'une réaction transitoire qui s'explique par des changements physiologiques (chute hormonale importante), une augmentation du stress et un manque de sommeil. Le baby blues peut affecter jusqu'à 80 % des

femmes. Il est généralement passager et dure de quelques heures à 15 jours. Dans la plupart des cas, les symptômes s'estompent d'eux-mêmes sans qu'il n'y ait d'intervention.

Voici toutefois quelques moyens pour vous aider à vous sentir mieux :

- **Prévenez votre conjoint ou vos proches** que vous ne vous sentez pas bien et que vous avez besoin de leur aide (s'occuper du bébé, cuisiner, faire le ménage à votre place, etc.);
- **Prenez soin de vous** : dormez, prenez un bain (sauf si vous avez eu une césarienne), sortez pour vous changer les idées, faites-vous plaisir;
- **Faites des activités avec votre bébé** : promenade extérieure, contact peau à peau, etc.

Si, après plusieurs semaines, vous vous sentez encore malheureuse ou dépassée par les événements ou si vous portez peu d'intérêt à votre bébé, vous ne souffrez sans doute plus de baby blues mais plutôt d'une dépression post-partum (ou postnatale).

La dépression post-partum

La dépression post-partum peut se manifester à tout moment pendant l'année suivant l'accouchement. Les spécialistes s'entendent pour dire qu'il n'existe pas de cause unique à la dépression postnatale, mais plutôt une combinaison de facteurs qui peuvent tous jouer un rôle dans son déclenchement. La dépression post-partum peut ainsi s'expliquer par des causes physiologiques, mais elle peut aussi être déclenchée par les énormes changements de vie provoqués par l'arrivée du bébé. Elle peut également être causée par le fait qu'on se sente dépassé, voire submergé, par les contraintes et par un manque d'équilibre entre les tâches et les activités agréables.

Les études rapportent que la dépression post-partum (dépression majeure) touche environ 7 % des mères au cours des trois premiers mois suivant l'accouchement. Elle peut toutefois affecter jusqu'à 19 % des femmes dans le cas d'une dépression légère. Selon les études, le taux de dépression postnatale est, de manière générale, plus élevé trois mois après l'accouchement et diminue graduellement par la suite.

Facteurs de risque et conséquences de la dépression post-partum

Les femmes qui ont déjà souffert de dépression ou d'anxiété dans le passé ou pendant leur grossesse sont plus à risque de développer une dépression post-partum. D'autres facteurs de risque ont été reconnus, par exemple avoir récemment vécu des événements stressants (ex. : déménagement, stress financier), être peu soutenue socialement, démontrer une faible estime de soi et avoir une moins grande satisfaction conjugale.

Contrairement au baby blues, la dépression post-partum est plus grave. Dans les cas les plus sévères, elle peut non seulement nuire à la mère, mais nuire aussi au développement du lien d'attachement entre elle et son bébé et réduire ses interactions avec lui. Le développement cognitif, social et affectif de son enfant pourrait même en être affecté. Puisque le traitement est plus efficace lorsque la dépression post-partum est détectée tôt, la mère qui pense en souffrir doit demander du soutien. Cela l'aidera à retrouver le sourire et à profiter pleinement de son bébé. Le père et les autres membres de l'entourage immédiat de la mère en dépression doivent s'assurer qu'elle obtient l'aide dont elle a besoin.

Pères et dépression post-partum

Pendant qu'elle se rétablit, le père occupe un rôle central et devra peut-être prendre la relève et l'aider à maintenir un contact avec le bébé. Il ne faut toutefois pas oublier qu'il doit, lui aussi, s'adapter aux changements provoqués par l'arrivée du bébé. Les études rapportent d'ailleurs que les pères peuvent aussi développer des symptômes dépressifs en post-partum. Au cours des trois premiers mois suivant l'accouchement, environ 7 % d'entre eux présentent des symptômes dépressifs, et ce taux atteint environ 25 % trois à six mois après la naissance de leur enfant. Par la suite, la proportion de pères touchés diminue. De même, le nombre de mères présentant des symptômes dépressifs atteint aussi un sommet pendant la période trois à six mois après l'accouchement (environ 41 %). Les pères sont d'ailleurs plus à risque de développer des symptômes dépressifs si leur conjointe souffre de dépression. Les nouveaux papas peuvent donc aussi avoir besoin d'aide durant cette période et ne devraient pas hésiter à consulter.

Les pères sont d'ailleurs plus à risque de développer des symptômes dépressifs si leur conjointe souffre de dépression. Les nouveaux papas peuvent donc aussi avoir besoin d'aide durant cette période et ne devraient pas hésiter à consulter.

Soyez vigilant si vous présentez plusieurs des symptômes suivants :

- une profonde tristesse sans raison apparente;
- un épuisement permanent ou des problèmes de sommeil (dormir trop ou pas assez);
- un sentiment de dévalorisation ou une culpabilité excessive (impression d'être une mauvaise mère, difficulté à établir un lien avec votre bébé);
- un sentiment d'irritabilité et de refus de votre bébé;
- une extrême anxiété (surtout en ce qui a trait au bien-être de votre enfant);
- une incapacité à s'occuper correctement de votre enfant;
- un désintérêt pour les activités ou un manque de plaisir durant celles-ci;
- un changement d'appétit;
- le sentiment que les choses ne s'amélioreront jamais.

IMAGE DE LA MATERNITÉ ET DÉPRESSION

Dans notre société, on a souvent l'impression que la maternité doit toujours être une expérience positive. Pourtant, ce n'est pas toujours le cas. Cette image peut favoriser l'apparition d'un sentiment de culpabilité ou d'incompétence ou encore causer une perte d'estime de soi chez les femmes pour qui la maternité n'est pas toujours rose.

Essayez de ne pas vous laisser toucher par cette image. Ce n'est qu'une image. Souffrir de dépression post-partum ne fait pas de vous une mauvaise mère. N'hésitez d'ailleurs pas à en informer votre entourage. Avoir besoin d'aide arrive à tout le monde à un moment ou à un autre.

Si ces sentiments vous empêchent pratiquement de faire quoi que ce soit et deviennent envahissants ou si vous craignez de vous blesser ou de blesser votre bébé, consultez rapidement un médecin ou un psychologue. Pour une assistance immédiate, appelez Info-Santé (8-1-1) ou la LigneParents, un service d'intervention accessible jour et nuit, gratuit et confidentiel (1-800-361-5085).

Révision scientifique : Nancy Verreault, Ph.D., psychologue et consultante scientifique en santé périnatale

Recherche et rédaction : Équipe Naître et grandir

Mise à jour : Janvier 2016

Source : Reproduction autorisée. « La dépression post-partum. » www.naitreetgrandir.com



Références et ressources

Note : les liens hypertextes menant vers d'autres sites ne sont pas mis à jour de façon continue. Il est donc possible qu'un lien devienne introuvable. Dans un tel cas, utilisez les outils de recherche pour retrouver l'information désirée.

- ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE. La dépression post-partum. www.cmha.ca
- DORÉ, Nicole et Danielle LE HÉNAFF. Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans, Guide pratique pour les mères et les pères. Institut national de santé publique du Québec, Québec. www.inspq.qc.ca
- GAUTHIER, Lysanne. « La dépression postnatale chez les mères : plus qu'un simple baby blues », *Psychologie Québec*, mai 2007, p. 28-31.
- GAVIN, Norma I. et autres. « Perinatal Depression. A Systematic Review of Prevalence and Incidence. », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 106, no 5, partie 1, novembre 2005, p. 1071-1083.
- O'HARA, Michael W. et autres. « Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology », *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, vol. 28, n° 1, janvier 2014, p.3-12.
- PASSEPORT SANTÉ. La dépression post-partum. www.passeportsante.net
- PASSEPORT SANTÉ. La dépression. www.passeportsante.net
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. Soins de nos enfants. La dépression chez les femmes enceintes et chez les mères : Comment elle vous touche, vous et votre enfant. www.soinsdenosenfants.cps.ca
- VERREAULT, Nancy et autres. « Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset », *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, vol. 35, n° 3, août 2014, p. 84-91.
- WILLIAMS, Janet et autres. Best practice guidelines for mental health disorders in the perinatal period. Vancouver, BC Mental Health & Substance Use Services et Perinatal Services BC, 2014, 120 p. ■

LES EFFETS DE LA LUMIÈRE BLEUE SUR LA SANTÉ

Par l'Association des optométristes du Québec

Source : Reproduction autorisée. « Les effets de la lumière bleue sur la santé. » www.aoqnet.qc.ca



Association des
OPTOMÉTRISTES
du Québec

Depuis plus d'un siècle, la vie moderne et l'éclairage artificiel ont des effets importants sur notre horloge biologique. L'éclairage artificiel qui illumine nos nuits perturbe aussi notre équilibre circadien. Les troubles du sommeil sont un exemple connu de problèmes qui surviennent lorsque cet équilibre est compromis. Mais ce dernier entraîne également d'autres problèmes comme le cancer, le diabète, les maladies cardiaques et l'obésité.

Des études suggèrent aussi un lien causal entre l'exposition intense à certaines fréquences de lumières bleues et le développement de maladies de l'œil, comme des lésions de la rétine et du cristallin, les cataractes ou la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

Avec l'augmentation de notre exposition à la lumière bleue, la question de ces effets sur notre équilibre chronobiologique, sur notre santé globale ou même sur notre santé oculaire se pose de manière plus insistante. Plusieurs verres optiques sont d'ailleurs apparus pour répondre à ces inquiétudes.

Il est démontré que la lumière bleutée peut perturber le sommeil. La lumière bleue émise par les écrans et éclairages DEL inhibe la production de mélatonine, une hormone impliquée dans la synchronisation du cycle veille/sommeil et la régulation de nos rythmes biologiques. Les écrans électroniques et les éclairages économes en énergie (DEL) produisent davantage de lumière bleue. Les dérèglements de notre rythme circadien naturel, comme ceux vécus par les travailleurs de nuits, sont aussi associés à une plus forte prévalence de certains cancers.

Des études suggèrent que l'utilisation de verres (de teinte orangée) bloquant la lumière bleue ainsi que l'utilisation d'un éclairage différent (atténuant le spectre du bleu) ont des effets positifs sur la chronobiologie des individus.

Cependant, la lumière bleue n'a pas que des conséquences négatives. Elle augmente en effet le niveau d'éveil, la capacité d'attention, de concentration et de mémorisation. C'est pourquoi les éclairages de type blanc froid sont utilisés dans les lieux de travail et d'étude. C'est aussi pourquoi on songe à intégrer des dispositifs lumineux aux teintes bleutées pour prévenir la fatigue au volant, ainsi que pour d'autres situations où l'attention et l'éveil sont essentiels. Bref, un peu de lumière bleue employée au bon moment est utile. Mais lire dans le noir, sur son téléphone intelligent ou sa tablette numérique, risque de causer de l'insomnie.

Des études (encore préliminaires) font également état d'un lien entre l'exposition à certaines fréquences de lumière bleue et le développement de maladies de l'œil, comme des lésions de la rétine et du cristallin, ou les cataractes. Toutefois, le degré d'exposition qui pourrait provoquer de telles lésions est nettement supérieur aux niveaux qui peuvent être atteints, même par les personnes les plus exposées au rayonnement de lumière bleue. On pense par exemple aux utilisateurs intensifs d'écrans numériques qui s'éclairent avec des ampoules écoénergétiques DEL blanc froid. De plus, comme la plupart des lentilles actuellement sur le marché pour « filtrer » la lumière bleue n'ont qu'une efficacité très limitée (de l'ordre de 10 à 25 % dans la plupart des cas), leur pertinence doit être sérieusement contestée.

Les personnes souhaitant réduire leur degré d'exposition à la lumière bleue ou en choisir le moment devraient plutôt agir à la source. Cela peut se faire par des éclairages aux teintes plus chaudes (éviter les tons blanc froid) et en apportant des ajustements à la luminosité des écrans d'appareils numériques. Certains logiciels (comme F.lux) optimisent même le réglage de la luminosité des écrans en fonction de la position géographique et de l'heure de la journée afin de reproduire le cycle solaire naturel. ■



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.



EXPOSITION AU FROID. EFFETS SUR LA SANTÉ ET PREMIERS SOINS

Par Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (www.cchst.ca)

Source : Reproduction autorisée. « Exposition au froid. Effets sur la santé et premiers soins » (http://www.cchst.ca/oshanswers/phys_agents/cold_health.html). © Droit d'auteur 1997-2017 Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail



Quels sont les effets sur la santé de l'exposition au froid ?

Le refroidissement des parties du corps peut provoquer de nombreuses blessures dues au froid – avec ou sans congélation des tissus – et une hypothermie, un problème de santé beaucoup plus grave. Les lésions qui ne résultent pas de la congélation des tissus englobent les engelures, le pied d'immersion et le pied des tranchées, tandis que les gelures superficielles et profondes sont associées à la congélation des tissus.

Les doigts, les orteils, les oreilles et le nez sont les parties du corps les plus à risque parce qu'elles sont dépourvues de muscles importants capables de produire de la chaleur. En outre, le corps préservera sa chaleur en accordant la préséance aux organes internes, réduisant ainsi la circulation sanguine périphérique (aux extrémités) lorsqu'il est exposé au froid. Les mains et les pieds ont tendance à se refroidir plus rapidement que le torse pour les raisons suivantes :

- Ils perdent leur chaleur plus rapidement, étant donné leur rapport surface – volume plus élevé.
- Ils risquent davantage d'être en contact avec des surfaces plus froides.

Si les yeux ne sont pas protégés par des lunettes quand le facteur de refroidissement éolien est très élevé, les cornées peuvent geler.

L'hypothermie représente la lésion due au froid la plus grave; elle résulte d'une perte excessive de chaleur corporelle et de l'abaissement consécutif de la température centrale du corps (température interne du corps). L'hypothermie peut être fatale.

Pour obtenir plus de renseignements sur les effets du travail dans un environnement froid de même que sur la façon dont le corps peut s'adapter au froid, se reporter au document Réponses SST intitulé **Exposition au froid : Généralités** (http://www.cchst.ca/oshanswers/phys_agents/cold_general.html).

Pour obtenir des renseignements sur les limites d'exposition et la prévention des blessures durant le travail par temps froid, se reporter au document Réponses SST intitulé **Exposition au froid – Travailler dans le froid** (http://www.cchst.ca/oshanswers/phys_agents/cold_working.html).

Quels sont les exemples de lésions dues au froid sans congélation des tissus ?

Les **engelures** sont des lésions bénignes causées par une exposition répétée et prolongée (plusieurs heures) à une température de l'air comprise entre le point de congélation (0 °C ou 32 °F) et parfois moins, et une température pouvant atteindre 16 °C (ou environ 60 °F). Dans la région touchée, on pourra observer une rougeur, une tuméfaction, une sensation de picotements et de la douleur.

Le **pied d'immersion** survient chez des personnes dont les pieds sont humides, mais non gelés, pendant plusieurs jours ou semaines. Ce trouble peut se produire à des températures aussi élevées que 10 °C (50 °F). Ce sont surtout les muscles et les nerfs qui sont touchés. Les symptômes englobent une sensation de picotement et des engourdissements, des démangeaisons, de la douleur, un œdème des jambes, des pieds ou des mains, ou encore l'apparition de cloques. La peau qui est de couleur rouge au départ peut devenir bleue ou violette à mesure que la lésion évolue. Dans les cas extrêmes, les tissus peuvent se nécroser, ce qui provoquera l'apparition d'une gangrène.

Le **pied des tranchées** est un trouble associé à une exposition prolongée à un environnement humide ou mouillé où la température varie entre 0 °C (32 °F) et 10 °C (50 °F), environ. Selon la température ambiante, l'apparition des symptômes peut survenir entre quelques heures et plusieurs jours, mais la moyenne est de trois jours. Le pied des tranchées risque davantage de se produire à basses températures, alors que le pied d'immersion survient généralement à des températures plus élevées et après une exposition plus longue. On peut observer un trouble semblable aux mains si une personne porte des gants mouillés pendant une période prolongée dans les conditions thermiques décrites ci-dessus; les symptômes sont semblables à ceux du pied d'immersion.

Quels sont les exemples de lésions dues au froid avec congélation des tissus ?

Les **gelures superficielles** sont la forme la moins grave de ce type de lésion. Elles surviennent quand les lobes des oreilles, le nez, les joues, les doigts ou les orteils sont exposés au froid et que les couches superficielles de la peau gèlent. La peau de la région touchée blanchit et peut paraître engourdie. La couche superficielle de la peau peut sembler dure, mais les couches profondes paraissent normales (molles).

Il est possible de prévenir les gelures superficielles en portant des chaussures et des vêtements chauds. Pour les soigner, il faut réchauffer lentement les tissus (p. ex. en plaçant la zone atteinte contre la peau intacte de la victime ou d'une autre personne). Comme pour toutes les lésions dues au froid, il faut éviter de frotter les parties atteintes car des cristaux de glace présents dans les tissus pourraient aggraver les lésions. On ne doit jamais utiliser d'objets très chauds, comme des bouillottes, pour réchauffer la partie atteinte ou la personne.

Les **gelures** sont des lésions courantes causées par l'exposition au froid extrême ou le contact avec des objets extrêmement froids (surtout les objets métalliques). Elles peuvent aussi se produire à des températures normales par suite d'un contact avec des gaz réfrigérés ou comprimés. Les gelures surviennent lorsque la température des tissus chute au-dessous du point de congélation (0 °C ou 32 °F) ou que la circulation sanguine est obstruée. Les vaisseaux sanguins peuvent être endommagés gravement ou de

façon permanente, et la circulation sanguine peut être interrompue dans la région atteinte. Dans les cas les moins graves, les symptômes englobent l'inflammation de la peau par plaques, parfois accompagnée de douleur. Dans les cas sévères, les tissus peuvent être endommagés, mais la personne n'éprouve aucune douleur ou ressentira une sensation de brûlure ou de picotements qui sera suivie de l'apparition de cloques. Les régions qui présentent des engelures sont plus exposées aux infections et à l'apparition de la gangrène (nécrose des tissus mous attribuable au manque d'irrigation sanguine).

Quels sont les premiers soins à donner en cas de gelure des tissus ?

En cas de gelures, de pied d'immersion ou des tranchées, il est recommandé de :

- Vérifier la présence de signes d'hypothermie et consulter un médecin. Au besoin, transporter rapidement la victime à un établissement de soins d'urgence.
- Traiter la personne avec délicatesse et surveiller sa respiration.
- Déplacer la victime dans un endroit chaud, si possible.
- Retirer les vêtements mouillés, et détacher ou enlever doucement tout vêtement ou bijou serré qui pourrait entraver la circulation.
- Réchauffer la personne en l'enveloppant dans des couvertures ou en lui enfilant des vêtements secs. Couvrir la tête et le cou. Réchauffer la personne doucement. Éviter la chaleur directe, en raison du risque de brûlures.
- Placer un pansement stérile sur la région atteinte en le fixant lâchement. Placer un peu de gaze entre les doigts et les orteils pour absorber l'humidité, et pour les empêcher de coller les uns aux autres.
- Si la personne est alerte, lui donner des liquides chauds à boire.
- NE PAS tenter de réchauffer la région atteinte sur place (mais tenter d'empêcher qu'elle se refroidisse davantage) – sans soins médicaux adéquats pour soigner les lésions, les tissus qui ont été réchauffés peuvent geler de nouveau, ce qui pourrait causer d'autres dommages.
- NE PAS frotter la région ni appliquer de chaleur sèche.
- NE PAS laisser la victime boire de l'alcool ou fumer.

Quels sont les lignes de l'hypothermie ?

STADE	TEMPÉRATURE CENTRALE	SIGNES ET SYMPTÔMES
Hypothermie légère	37,2 – 36,1 °C (99 – 97 °F)	Normal; les frissons peuvent apparaître.
	36,1 – 35 °C (97 – 95 °F)	Sensation de froid, chair de poule, incapacité d'exécuter des tâches complexes avec les mains, frissons variant de légers à intenses, engourdissement des mains.
Hypothermie modérée	35 – 33,9 °C (95 – 93 °F)	Frissons intenses, incoordination apparente, mouvements lents et pénibles, démarche hésitante, légère confusion, vigilance apparente. Si la personne soumise à un test de sobriété est incapable de marcher droit sur une distance de 9 mètres, c'est qu'elle souffre d'hypothermie.
	33,9 – 32,2 °C (93 – 90 °F)	Frissons intenses persistants, difficultés d'élocution, pensée lente, début d'amnésie, motricité grossière ralentie, incapacité d'utiliser les mains, trébuchements fréquents, signes de dépression, repli sur soi.
Hypothermie sévère	32,2 – 30 °C (90 – 86 °F)	Fin des frissons, peau exposée bleue ou bouffie, très mauvaise coordination musculaire, incapacité de marcher, confusion, comportement incohérent/irrationnel, mais maintien de la posture et apparence de vigilance.
	30 – 27,8 °C (86 – 82 °F)	Rigidité musculaire, semi-conscience, stupeur, inconscience de la présence d'autres personnes, baisse du pouls et de la fréquence respiratoire, possibilité de fibrillation cardiaque.
	27,8 – 25,6 °C (82 – 78 °F)	Inconscience, pulsations cardiaques et respiration irrégulières, pouls parfois non évident.
	25,6 – 23,9 °C (78 – 75 °F)	Cedème pulmonaire, insuffisance cardiaque et respiratoire. La mort peut survenir avant que cette température soit atteinte.

Qu'est-ce que l'hypothermie ?

Dans des environnements moyennement froids, la température centrale du corps ne chute habituellement pas plus de 1 ou 2 °C au-dessous de 37 °C en raison de la capacité d'adaptation du corps. Cependant, si le corps est exposé à un froid intense sans vêtements adéquats, il est incapable de compenser la perte de chaleur, et la température centrale commence à chuter. La sensation de froid suivie de douleur dans les parties exposées du corps est l'un des premiers signes d'une légère hypothermie.

À mesure que la température baisse ou que la durée de l'exposition augmente, les sensations de froid et de douleur commencent à s'atténuer en raison de l'engourdissement croissant (perte de sensation). Si elle n'éprouve pas de douleur, la personne peut subir de graves lésions sans s'en rendre compte.

La personne éprouve ensuite une faiblesse musculaire et de la somnolence. Cet état s'appelle hypothermie et se produit habituellement quand la température du corps tombe au-dessous de 33 °C. Les autres symptômes de l'hypothermie sont l'interruption des frissons, une diminution de la conscience et la dilatation des pupilles. Quand la température du corps atteint 27 °C, le coma (inconscience profonde) s'installe. L'activité cardiaque cesse autour de 20 °C et le cerveau arrête de fonctionner à une température d'environ 17 °C.

Quels sont les premiers soins à donner à une personne en état d'hypothermie ?

L'hypothermie est une urgence médicale. Aux premiers signes, il faut consulter un médecin. La survie de la victime dépend de la capacité de ses collègues de reconnaître les symptômes de l'hypothermie. La victime est généralement incapable de se rendre compte de son état.

Les premiers soins de l'hypothermie englobent habituellement les mesures suivantes :

- Consulter un médecin immédiatement. L'hypothermie est urgence médicale. Transporter rapidement la victime à un établissement de soins d'urgence.
- Veiller à enlever tous les vêtements mouillés.
- Placer la victime entre des couvertures, ou essuie-mains, ou papier journaux afin que la température du corps puisse s'élever **graduellement**. Le contact direct corps-à-corps peut aider à faire remonter lentement la température de la victime. Prendre soin de couvrir la tête de la personne.
- Les bouteilles d'eau chaude, les compresses chaudes instantanées ou les couvertures électriques doivent être utilisées

Quand la température du corps atteint 27 °C, le coma (inconscience profonde) s'installe. L'activité cardiaque cesse autour de 20 °C et le cerveau arrête de fonctionner à une température d'environ 17 °C.

avec prudence. Les envelopper dans une serviette avant de les appliquer, et réchauffer le centre du corps lentement (NE PAS réchauffer directement les bras ou les jambes).

- Ne pas tenter de réchauffer la victime sur place (p. ex. ne pas utiliser de bouillottes ni de couvertures électriques).
- Faire boire la victime en lui donnant des boissons chaudes et sucrées (sans caféine ni alcool) à moins qu'elle soit en train de perdre conscience ou qu'elle soit déjà inconsciente ou en convulsions.
- Pratiquer la RCR (réanimation cardio-respiratoire) si la victime ne respire plus. Continuer la RCR jusqu'à l'arrivée du personnel médical. Le fonctionnement de l'organisme ralentit lorsqu'il fait très froid et des victimes d'hypothermie qui semblaient « mortes » ont parfois été ranimées avec succès.

Dernière mise à jour du document le 28 septembre 2016 ■

POURQUOI UN CHOC À LA TÊTE PROVOQUE-T-IL UNE BOSSE ET NON UN BLEU ?

Question d'Emilie Hoerner, Internet

Par A.P., Science & Vie

Source : Reproduction autorisée. A.P. « Pourquoi un choc à la tête provoque-t-il une bosse et non un bleu ? », Science & Vie, n° 1188, septembre 2016, page 116.

Parce que nous avons la tête à la fois très dure et très vascularisée ! Quelle que soit la partie du corps concernée, un choc violent rompt, dans cette zone, les vaisseaux sanguins qui irriguent les tissus de la peau. Le plus souvent, cet épanchement de sang se disperse dans les tissus pour ne laisser qu'une trace bleutée persistante, appelée ecchymose ou, plus communément, « bleu ». Il ne peut en revanche se répandre dans les os de la tête et doit donc trouver sa place...

« Le crâne, comme la tête tibiale, comporte très peu de tissus mous, c'est la raison pour laquelle apparaissent des bosses lorsqu'un choc se produit à ces endroits du corps, confirme Laurence Vico, spécialiste de l'os et directrice de recherche Inserm de l'unité mixte Sainbiose à Saint-Etienne. Par contre, quand l'hématome a la place de se répartir dans les tissus mous, notamment dans le gras, nous ne voyons pas de bosse mais juste un bleu! » ■

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*
- Programme d'escompte de soins dentaires*
- Primes de fin de semaine

*Certaines conditions s'appliquent.

CONTACTEZ : Yanny Gagnon,
Conseillère en ressources humaines
(450) 679-2300 poste 2257
cv@centreslapointe.com





UNE EAU ENCORE BONNE À BOIRE ?

Par **Nathalie Kinnard**

Source : Reproduction autorisée. Kinnard, N.
« Une eau encore bonne à boire? » Québec Science, août-septembre 2016, pages 23 à 25.

Même si 99 % des résidences et des industries québécoises doivent leur eau aux stations de traitement, il reste bien des défis à relever pour que le fleuve reste une source d'eau potable pour les Québécois.

Depuis une dizaine d'années, certains poissons du Saint-Laurent développent à la fois des ovaïres et des testicules. Les coupables? Les œstrogènes rejetés dans les égouts. Ces hormones s'acheminent normalement vers les stations d'épuration des eaux usées, mais une certaine proportion aboutit dans le fleuve. Sébastien Sauvé, professeur en chimie analytique environnementale à l'Université de Montréal, et ses collègues ont mesuré dans l'eau rejetée par la station d'épuration Jean R. Marcotte, à la pointe est de l'île de Montréal, des concentrations d'hormones jusqu'à 100 fois supérieures à celles qui provoquent une féminisation des poissons mâles dans des bassins contrôlés en laboratoire!

La communauté scientifique sonne l'alarme; il faut empêcher les œstrogènes de prendre le chemin du fleuve et de notre verre d'eau. En effet, quand on pense que 3,7 millions de Québécois boivent cette eau-là, il y a de quoi sourciller!

Les œstrogènes sont fabriqués naturellement par les femmes, particulièrement lors de la grossesse. On en retrouve aussi des versions synthétiques dans les contraceptifs oraux et les traitements de la ménopause. Toutes ces molécules s'éliminent par les urines. En agriculture, c'est le lisier de porc qui contient le plus d'œstrogènes. Comme si ce n'était pas suffisant, de nombreux plastiques,

pesticides, médicaments et produits d'usage domestique libèrent des molécules qui agissent comme des œstrogènes. Les études scientifiques les accusent de bouleverser le fonctionnement de nombreuses glandes, telles que la thyroïde et les testicules, et d'affecter la qualité du sperme chez les hommes en plus d'augmenter le risque de cancer des testicules.

Les œstrogènes et autres perturbateurs endocriniens font partie de ce qu'on appelle les polluants émergents, qui incluent des molécules issues d'antibiotiques, d'antidépresseurs, de stéroïdes et de crèmes de nuit, mais aussi des composés toxiques comme le bisphénol A (BPA) utilisé pour la fabrication de matières plastiques. « On parle de polluants émergents, parce qu'on est depuis peu capable de les mesurer avec les techniques modernes », précise Sébastien Sauvé.

Les usines de traitement de l'eau n'ont pas été conçues pour éliminer de si petites particules résistantes. Et les autorités n'ont toujours pas établi de normes concernant les limites acceptables d'hormones ou de composés chimiques pharmaceutiques pouvant être rejetés dans nos plans d'eau. On se fie plutôt au principe de dilution : les fortes concentrations de contaminants rejetés par une usine d'assainissement s'amoindriront une fois mélangées aux eaux laurentiennes, et seront probablement devenues inoffensives une fois détournées vers l'aqueduc qui les amène à nos robinets. Mais est-ce vraiment le cas? « Les contaminants

sont en effet en partie dilués dans le fleuve. Cependant, même en infimes quantités, les substances de type œstrogénique restent très actives», soutient M. Sauvé.

Selon le chercheur, toutes les stations d'épuration des eaux usées devraient absolument être équipées d'un système de désinfection. Celle de Montréal, pourtant la troisième plus grosse au monde, n'en a pas. « Montréal déverse quotidiennement dans le fleuve des polluants qui résistent aux traitements d'assainissement actuels », renchérit Patrick Drogué, chimiste et professeur au Centre Eau Terre Environnement de l'Institut national de la recherche scientifique (INRS).

Ce sera corrigé, assure-t-on. La Ville de Montréal va en effet doter son usine d'épuration d'un système de désinfection par ozonation qui sera fonctionnel à partir de 2018. On respire. On boira mieux! Ce traitement permettra de supprimer 95 % des bactéries, 75 % des substances pharmacologiques et la plupart des virus qui transitent par ses installations.

« L'ozone est un agent oxydant et un désinfectant puissant capable d'éliminer les polluants qui résistent aux autres étapes d'épuration. Il est injecté sous forme de bulles à la base du bassin où circule l'eau. Au contact du gaz, la matière organique s'oxyde, les bactéries sont détruites et les virus deviennent inactifs », explique Patrick Drogué. En prime, l'ozonation élimine les odeurs et les goûts désagréables.

Sébastien Sauvé considère que l'ozonation nous fera faire un grand pas vers une eau plus propre. « Toutefois, dit-il, c'est une option technologiquement lourde, énergivore et coûteuse qu'il faut bien maîtriser pour ne pas générer de sous-produits toxiques. » Et qu'en sera-t-il des fameux polluants émergents? Les scientifiques s'accordent pour dire que la majeure partie des hormones et des perturbateurs endocriniens seront mis K.-O. par l'ozonation. Mais pour d'autres molécules douteuses, il faudra plus.

C'est ainsi que Patrick Drogué entend purifier les eaux usées chargées de produits pharmaceutiques en y faisant courir de l'électricité. Un courant traverse ainsi le bassin d'eau, d'une électrode à l'autre, foudroyant les molécules indésirables sur son passage. « C'est une technologie verte, car elle ne nécessite pas de produits chimiques comparativement aux méthodes classiques qui utilisent notamment du chlore, précise le professeur Drogué. De plus, on peut adapter l'électrolyse selon les types de polluants et les différentes étapes de traitement de l'eau usée ou potable. »

DU SAINT-LAURENT AU ROBINET

À Montréal, l'eau est pompée ou puisée en surface du fleuve, puis acheminée à une station d'assainissement. Les gros débris sont interceptés par une grille. Des produits chimiques tels que l'alun, le chlore et la chaux sont ajoutés dans les bassins de rétention pour favoriser l'agglomération des particules en suspension, suivant le même principe que les stations d'épuration des eaux usées. L'eau poursuit son chemin à travers des filtres de sable de charbon actif qui éliminent 85 % des bactéries. L'ultime étape est celle de la désinfection au chlore, nécessaire pour tuer les virus et éviter la prolifération de bactéries dans le réseau de distribution. Le traitement dure environ six heures.

Les tests menés à grande échelle dans des stations d'épuration de la région de la Capitale Nationale se sont d'ailleurs avérés prometteurs.

Le chercheur, qui collabore avec Sébastien Sauvé, propose également un bioréacteur à membrane, pour supprimer 99 % du bisphénol A – un cancérigène – présent dans les eaux usées. « Il faudrait installer ce système à la sortie des hôpitaux et des industries pour traiter à la source leurs eaux chargées en micropolluants, avant qu'elles ne se dirigent vers les égouts, puis les stations d'épuration des villes », suggère-t-il. Le bioréacteur à membrane combine le système conventionnel de boues activées – des bactéries qui digèrent les polluants – et la désinfection. Une membrane synthétique est immergée dans les boues afin de séparer les solides de l'eau, tout en retenant les bactéries. Des travaux sont en cours pour valider la capacité du système breveté à traiter six familles de médicaments, dont les antidépresseurs, les antibiotiques et les hormones.

Mais les micropolluants ne sont pas les seules menaces à la qualité de l'eau. Des polluants traditionnels causent toujours des maux de tête aux municipalités. Selon le ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la lutte contre les changements climatiques (MDDELCC), le suivi des concentrations de coliformes fécaux effectué dans le fleuve entre 2009 et 2011 révélait encore la mauvaise qualité bactériologique de l'eau en aval de Montréal. Au grand désespoir des villes comme Trois-Rivières ou

même Québec, qui puisent une partie de leur eau potable dans le fleuve. « La contamination fécale reste un problème avec l'intensification des activités agricoles, note Richard Villemur, chercheur en microbiologie de l'environnement au Centre INRS-Institut Armand-Frappier. Les excréments des animaux se diffusent dans les eaux et affectent la qualité des sources d'eau potable. » Tout comme certaines fosses septiques en milieu rural. L'eau présente ainsi souvent un taux important de coliformes et doit être traitée

DES TOILETTES AU SAINT-LAURENT

Une fois la chasse des toilettes actionnée, l'eau voyage pendant environ six heures dans les canalisations souterraines de la Ville de Montréal. À la station d'épuration, elle passe d'abord à travers des grilles qui emprisonnent papiers, bouts de branches, sacs de plastique et autres gros déchets. Elle poursuit son chemin à travers des tamis qui retiennent sable, gravier et graisses. Débarrassée de ces impuretés, l'eau arrive dans un bassin de rétention où on ajoute des produits, comme le chlorure ferrique, l'alun ou autre sel ferrique – qui facilitent l'agglomération des particules en suspension –, et le phosphore. C'est ce qu'on appelle le traitement physico-chimique. En s'agglutinant, les particules forment des flocons qui coulent au fond du bassin où elles constituent les boues. On extrait ces boues, qui seront asséchées puis incinérées ou enfouies.

Certaines stations d'épuration utilisent le procédé à boue activée, une technique biologique qui fait appel aux bactéries. Ces dernières « mangent » divers polluants comme le phosphore, l'azote et le carbone.

Enfin, quelques stations ajoutent une étape de désinfection qui élimine les coliformes et autres molécules n'ayant pas succombé aux traitements précédents. Actuellement, au Québec, 60 % des eaux usées traitées sont rejetées sans désinfection.

au chlore avant d'être acheminée vers nos robinets. « Une bonne eau potable passe par une bonne gestion des bassins versants », croit Richard Villemur. Pour cela, il faut pouvoir identifier rapidement les sources de contamination.

C'est en misant sur les cellules qui recouvrent les parois intérieures des intestins qu'il compte le faire. « Ces cellules se renouvellent tous les jours et sont expulsées du corps par les fèces, explique le chercheur. J'utilise l'ADN de leurs mitochondries pour identifier précisément l'origine de la contamination fécale dans l'eau. » Les marqueurs génétiques mis au point par le scientifique ont fait leurs preuves récemment lorsqu'un citoyen, propriétaire d'une fosse septique, est subitement tombé malade. Étaient-ce ses propres déjections qui contaminaient l'eau de son puits ou plutôt celles du cheptel bovin de la ferme voisine? Richard Villemur a analysé le génome des mitochondries de micro-organismes retrouvées dans l'eau contaminée. Constat : le puits avait été sali par les déjections bovines. Le voisin a donc dû relocaliser son troupeau loin du puits. M. Villemur tente maintenant de standardiser ses marqueurs génétiques afin d'en faire un outil de plus lors des analyses de qualité de l'eau.

Voilà de beaux progrès, certes. Mais pour Martine Chatelain, présidente d'Eau Secours, un organisme à but non lucratif qui milite pour une gestion responsable de l'eau, le défi pour les prochaines années va au-delà de l'amélioration du traitement de l'eau. « Avant de penser à nettoyer, il faudrait penser à moins salir », dit-elle. Car le Québec a la chance de compter encore plusieurs lacs, rivières et ruisseaux non pollués. Pour préserver cet or bleu, il faudra notamment revoir nos méthodes agricoles, mais surtout notre mode de vie axé sur la consommation. Un exemple? « Tous les produits chimiques nettoyants que nous utilisons se retrouvent inévitablement dans nos cours d'eau », note l'écologiste.

Par ailleurs, des chercheurs de l'École polytechnique de Montréal ont signalé l'urgence de rénover les infrastructures existantes de canalisations et de stations d'assainissement, car les changements climatiques amèneront davantage d'épisodes de fortes pluies, principales responsables des débordements d'eaux usées qui s'écoulent alors directement dans le fleuve. Richard Villemur est d'accord : « Nos égouts combinés, qui recueillent l'eau des précipitations et les eaux usées dans les mêmes conduites, datent de un siècle. Pas étonnant qu'il y ait des débordements! » Le MDDELCC estime les investissements nécessaires à la rénovation à plus de 6 milliards de dollars. Auxquels s'ajouteront 3,2 milliards de dollars pour doter de stations d'épuration la centaine de petites localités qui ne traitent toujours pas leurs eaux et pour mettre à niveau les 150 municipalités qui rejettent toujours trop de polluants dans l'eau. ■

LA VENTE DE PRODUITS DE TOILETTE AVEC MICROBILLES INTERDITE DÈS 2018

Par **La Presse Canadienne** – OTTAWA, publié le 4 novembre 2016 à 17h52.

Source : Reproduction autorisée. « La vente de produits de toilette avec microbilles interdite dès 2018 ». <http://www.lapresse.ca/environnement/politique-verte/201611/04/01-5037892-la-vente-de-produits-de-toilette-avec-microbilles-interdite-des-2018.php>

Le gouvernement fédéral interdira à l'été 2018 la vente au Canada de gels de douche, dentifrices et autres produits de toilette qui contiennent des microbilles de plastique - une plaie pour les écosystèmes marins.

Selon un avis publié vendredi dans la Gazette du Canada, Ottawa interdira la vente de ces produits de toilette dès le 1^{er} juillet 2018 - un an après les États-Unis. Cette interdiction touchera les produits naturels et les médicaments sans ordonnance un an plus tard, le 1^{er} juillet 2019.

Il incomberait à l'importateur de s'assurer que ces produits ne contiennent pas de microbilles de plastique, précise Ottawa. Mais comme les produits cosmétiques vendus au Canada doivent obligatoirement porter une étiquette indiquant les ingrédients, les importateurs pourront déterminer si des ingrédients de plastique, comme le polyéthylène, ont été utilisés, rappelle le gouvernement.

Environnement Canada avait commencé en mars 2015, sous le gouvernement conservateur, à étudier les impacts de ces microbilles de plastique sur la vie marine et l'environnement. Trois mois plus tard, les microbilles ont été déclarées toxiques par le gouvernement canadien.

Les microbilles de plastique, dont la taille est inférieure à cinq millimètres, sont utilisées comme exfoliant ou nettoyant pour le corps humain. Non solubles dans l'eau après l'utilisation des produits de toilette, elles se retrouvent dans les cours d'eau et les océans, où elles sont ingérées par divers organismes.

En vertu de la modification à la Loi sur la protection de l'environnement, il serait interdit dès le 1^{er} janvier 2018 de fabriquer ou d'importer au Canada des produits de toilette qui

En 2014, les entreprises canadiennes ont importé des produits de toilette qui contenaient près de 100 000 kilos de microbilles de plastique, et ont exporté des produits qui contenaient entre 1000 et 10 000 kilos de microbilles, indique le gouvernement.

contiennent des microbilles, excluant les produits de santé naturels ou les médicaments sans ordonnance. La vente de ces produits serait interdite six mois plus tard.

La Commission européenne indiquait déjà en décembre 2014 que ces produits de toilette ne pouvaient être présentés comme « bons pour l'environnement ». Le Congrès américain a approuvé un an plus tard l'interdiction des microbilles de plastique dans les produits de toilette à compter du 1^{er} juillet 2017 - un an avant le Canada. L'Australie a instauré une interdiction volontaire jusqu'au milieu de 2018.

Selon l'Association canadienne des cosmétiques, produits de toilette et parfums, une majorité de fabricants, qui utilisaient 99 % de toutes les microbilles en 2014, se sont déjà engagés à procéder à un retrait volontaire. ■



Coquille d'alignement et gouttière de blanchiment

Novadent^{MD} Original nettoie en profondeur les coquilles d'alignement, les gouttières de blanchiment et les protecteurs buccaux.

Utilisez la solution Novadent^{MD} 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
En ligne sur novadent.com

RECOMMANDÉ PAR



NOVA
Dent

DU SIMDUT AU SGH

les changements sont en cours

Par Sylvain LeQuoc – slequoc@asstsas.qc.ca

Source : Reproduction autorisée. « Du SIMDUT au SGH : les changements sont en cours ». www.asstsas.qc.ca. [http://asstsas.qc.ca/publication/du-simdut-au-sgh-les-changements-sont-en-cours t/](http://asstsas.qc.ca/publication/du-simdut-au-sgh-les-changements-sont-en-cours-t/)

L'IMPLANTATION DU SYSTÈME GÉNÉRAL HARMONISÉ DE CLASSIFICATION ET D'ÉTIQUETAGE DES PRODUITS CHIMIQUES (SGH) EST MAINTENANT OFFICIELLE. LES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES ONT ÉTÉ ADOPTÉES PAR LES GOUVERNEMENTS CANADIEN ET QUÉBÉCOIS EN FÉVRIER ET EN JUIN 2015.

Sous forme de questions et réponses, voici les principaux changements apportés au SIMDUT.

Est-ce que le SIMDUT changera de nom ?

Non. Pendant la période de transition, il y aura l'appellation SIMDUT 1988 (système présentement utilisé) et SIMDUT 2015 (SIMDUT harmonisé au SGH). Éventuellement, on parlera uniquement du SIMDUT.

Quel est le délai pour se conformer au SIMDUT 2015 ?

Les employeurs ont une période de trois ans pour se conformer à la nouvelle réglementation, soit jusqu'en décembre 2018. Ce délai leur permettra d'écouler les produits conformes au SIMDUT 1988 dans leur milieu de travail. Après la période de transition, tous les produits présents dans le milieu de travail devront être conformes à la nouvelle législation. Toutefois, durant cette période, il y aura cohabitation entre le SIMDUT 1988 et le SIMDUT 2015.

Comment gérer la cohabitation ?

Des dispositions transitoires sont prévues. Par exemple, un produit étiqueté selon le SIMDUT 1988 pourra être accompagné d'une fiche signalétique (SIMDUT 1988) ou de la nouvelle fiche de données de sécurité (FDS) (SIMDUT 2015). Toutefois, un produit étiqueté selon le SIMDUT 2015 devra nécessairement être accompagné d'une FDS.

Les pictogrammes de danger changent-ils ?

Certains pictogrammes vous seront familiers (ex. : inflammabilité, comburant, corrosif, gaz sous pression et toxicité aigüe) et il y en

aura quelques nouveaux (**tableau**). Notez que les pictogrammes du SIMDUT 2015 ne sont plus représentatifs d'une classe unique. Autre différence : ils ne sont plus entourés d'un anneau noir, mais bien d'une bordure rouge en forme de carré debout sur une pointe. Le seul pictogramme entouré d'un anneau noir est celui concernant les matières infectieuses. En effet, le SGH ne comporte pas de classe de dangers pour les matières infectieuses et, par conséquent, ne prévoit aucun pictogramme. Cette classe de dangers existe au Canada depuis le SIMDUT 1988 et a été conservée, de même que son pictogramme, dans le SIMDUT 2015.

NOUVEAUX PICTOGRAMMES		
		
DANGERS		
Bombe explosant	Danger pour la santé	Point d'exclamation
<ul style="list-style-type: none"> • Matières autoréactives (Types A et B) • Peroxyde organique (Types A et B) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cancérogénicité • Sensibilisation respiratoire • Toxicité pour certains organes cibles • Toxicité pour la reproduction 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation cutanée • Irritation cutanée et oculaire • Toxicité aigüe (Catégorie 4) • Toxicité pour certains organes cibles

Quels sont les changements au niveau des étiquettes du fournisseur ?

La bande hachurée autour de l'étiquette n'est plus nécessaire, ni le renvoi à la fiche et aux premiers soins. Il y aura l'ajout des éléments suivants :

- mention d'avertissement : « Danger » (dangers plus graves) ou « Attention » (dangers moins graves) ;
- conseils de prudence : phrases décrivant les mesures recommandées pour réduire au minimum ou prévenir les effets nocifs découlant de l'exposition à un produit dangereux lors de l'entreposage, de la manutention ou de l'utilisation. Les fournisseurs ne peuvent formuler ces phrases à leur guise, car elles sont normalisées par le SGH ;
- mention de danger : nature du danger que présente un produit dangereux. Ces phrases sont également normalisées ;
- pictogrammes de danger.

Que doivent contenir les étiquettes du lieu de travail ?

- Nom du produit tel qu'indiqué sur la FDS ;
- conseils de prudence généraux et ceux concernant la prévention, l'intervention, le stockage, l'entreposage et l'élimination ;
- mention de la disponibilité de la FDS.

L'étiquette peut contenir des renseignements sous forme d'images concernant les précautions à prendre lors de la manutention ou de l'utilisation du produit. Pour les contenants de 100 ml et moins, l'étiquette doit contenir les informations suivantes :

- identification du produit et du fournisseur ;
- mention d'avertissement (Danger ou Attention) ;
- pictogrammes de danger.

Les phrases de mention de dangers et de conseils de prudence ne sont pas exigées.

Quels sont les changements au niveau des fiches ?

Les FDS (SIMDUT 2015) remplacent les fiches signalétiques. Elles contiennent 16 sections au lieu de 9. La terminologie ainsi que la disposition des renseignements sont normalisées, facilitant le repérage des informations importantes.

Est-il vrai que la révision des FDS n'est plus exigée tous les trois ans ?

Oui. Le Règlement sur les produits dangereux stipule que la FDS doit être mise à jour dès qu'une nouvelle donnée importante devient disponible au sujet du produit dangereux ou de l'un de ses ingrédients. On entend par « nouvelle donnée importante » toutes les nouvelles données sur les dangers que présente le produit dangereux qui modifient les moyens de s'en protéger ou qui entraînent une modification de sa classification.

Notez que la Loi sur les produits dangereux exige que la FDS soit exacte au moment de chaque vente ou importation.

L'employeur doit également offrir aux travailleurs des formations spécifiques aux produits dans leur secteur respectif et qui visent l'utilisation sécuritaire de ces produits.

Par conséquent, les fournisseurs ont la responsabilité permanente d'y veiller. Ils disposent de 180 jours pour actualiser l'étiquette et de 90 jours pour la FDS à compter de la date à laquelle la nouvelle information devient disponible.

Que veut dire « former et informer » les travailleurs ?

Le volet information comporte des renseignements généraux expliquant aux travailleurs la nature et la signification des informations contenues sur une étiquette et une FDS.

L'employeur doit également offrir aux travailleurs des formations spécifiques aux produits dans leur secteur respectif et qui visent l'utilisation sécuritaire de ces produits. Il faut donc prévoir un bloc général pour tout le personnel qui explique le fonctionnement du SIMDUT et des blocs spécifiques pour les différents secteurs de l'établissement (ex. : laboratoire, service alimentaire, stérilisation, hygiène et salubrité, etc.). Les travailleurs doivent être formés et informés dès qu'il y a présence d'un produit dangereux portant une étiquette SIMDUT 2015.

À quelle fréquence une formation devra-t-elle être transmise aux travailleurs ?

Il n'y a pas de fréquence prévue. L'employeur doit s'assurer cependant qu'en tout temps, les travailleurs comprennent les renseignements transmis par l'étiquette et la FDS. Dès que de nouveaux produits sont disponibles dans le milieu de travail, il est important de former les travailleurs qui les manipulent ou sont susceptibles d'être en contact avec ceux-ci. ■

LES SUPPLÉMENTS D'OMÉGA-3

à recommander ?

Par **Alexandra Leduc**, nutritionniste-diététiste

Source : Reproduction autorisée. Leduc, A. « Les suppléments d'oméga-3 : à recommander? » www.pharmablogue.com. (<http://pharmablogue.com/les-supplements-omega-3-a-recommander-2/>).

Il est connu, depuis plusieurs années, que les types de gras ne sont pas tous équivalents lorsqu'on parle de santé. Les oméga-3 font d'ailleurs régulièrement la manchette concernant leurs propriétés intéressantes pour la santé.

Mais qu'en est-il vraiment? Les oméga-3 sont-ils essentiels à la santé? Quand doit-on recommander des suppléments?

Voici un topo à ce sujet.

Les sources d'oméga-3

Les gras oméga-3 sont dits essentiels. Ils ne peuvent être synthétisés par le corps à partir d'autres nutriments. Il faut donc les consommer dans des aliments afin d'atteindre les besoins nutritionnels.

Les oméga-3 se retrouvent naturellement dans les poissons gras et mollusques, comme le saumon, le thon, le hareng, la sardine, les huîtres et les crevettes. Côté végétal, la graine de lin, la graine de chia, la noix de Grenoble, l'huile de canola, l'huile de lin et l'huile de soya en sont d'autres excellentes sources.

Quand les recommander?

Si une personne ne consomme aucune de ces sources mentionnées ci-haut, elle souffrira probablement d'un déficit en oméga-3. Les oméga-3 sont entre autres essentiels à la santé du cerveau et du cœur.



Troubles de l'humeur, dépression et dépression saisonnière

Plusieurs études démontrent que la consommation d'oméga-3 aurait pour effet de diminuer la dépression saisonnière, d'aider à mieux réguler les troubles de l'humeur et d'aider à gérer la dépression en addition à la médication. La consommation courante d'aliments riches en oméga-3 n'est souvent pas assez pour aider à gérer ces troubles, c'est pourquoi les suppléments peuvent alors être indiqués.

Il reste par contre encore beaucoup d'étude à faire afin de valider l'étendue des effets des oméga-3 dans ce type de problématique, mais il est clair que la prise de suppléments ne peut pas nuire.

Inflammation

Les oméga-3 sont reconnus pour leurs propriétés anti-inflammatoires, contrairement aux oméga-6 qui sont davantage pro-inflammatoires. Ainsi, chez les personnes souffrant d'arthrite, d'arthrose ou de maladies inflammatoires, la consommation de suppléments d'oméga-3 pourrait dans certains cas diminuer les douleurs et l'inflammation. On recommande donc la consommation de poissons gras au moins deux fois par semaine et l'ajout d'un supplément d'oméga-3 soit 1000 mg tous les jours.

Cholestérol et santé cardiovasculaire

Il est connu depuis longtemps que les oméga-3 ont un effet cardioprotecteur. Ainsi, chez les personnes à risque de troubles

cardiovasculaires, la consommation de suppléments d'oméga-3 est recommandée en prévention et en addition d'un traitement médicamenteux.

Chez les personnes ayant un taux élevé de LDL, ou triglycéride, ou pour celles ayant un taux bas de HDL, la supplémentation en oméga-3 peut également être indiquée pour aider à rétablir l'équilibre si la consommation d'aliments riches en oméga-3 est faible.

Selon les besoins, il peut être indiqué d'ajouter 1 à 3 capsules d'oméga-3 par jour.

De récentes études ont démontré que les bouffées de chaleur pouvaient être davantage contrôlées par une consommation régulière d'oméga-3 que par la consommation de produits de soya.

Ménopause

De récentes études ont démontré que les bouffées de chaleur pouvaient être davantage contrôlées par une consommation régulière d'oméga-3 que par la consommation de produits de soya. Ainsi, la consommation de poissons gras et autres sources naturelles d'oméga-3 est recommandée. L'ajout d'un supplément peut aider si les sources alimentaires sont faibles ou pour les personnes ayant constamment des bouffées de chaleur.

Les femmes ménopausées ayant plus de risques cardiovasculaires, le supplément d'oméga-3 est, de toute manière, souvent indiqué.

Oméga-3, Oméga-6 ou Oméga-9 ?

On retrouve sur les tablettes une multitude de suppléments. L'alimentation courante fournit assez d'oméga-6 (et souvent beaucoup trop) et d'oméga-9, contrairement aux oméga-3. Parmi les choix en vente libre, il est donc mieux de recommander des capsules d'oméga-3 uniquement. Les oméga-6 comme les oméga-3 sont essentiels et donc doivent être recherchés dans les aliments, mais il est très rare de voir dans l'alimentation nord-américaine des carences en oméga-6. L'oméga-9 ou acide oléique n'est pas essentiel c'est-à-dire que l'organisme humain est capable de le fabriquer à partir d'autres acides gras insaturés.

Bref, une saine alimentation préventive est toujours la recommandation de mise, mais les suppléments d'oméga-3 peuvent augmenter la qualité de vie et la santé de plusieurs personnes. Il faut donc savoir cibler le meilleur choix à offrir à ses clients.

Par **Alexandra Leduc**

Nutritionniste-diététiste et auteure de 4 livres, dont : Cuisine Camping et Cuisine 5 ingrédients

republiation

Sources

- Updated systematic review and meta-analysis of the effects of n-3 long-chain polyunsaturated fatty acids on depressed mood. Appleton KM, Rogers PJ, Ness AR. *Am J Clin Nutr*. 2010 Mar;91(3):757-70. Texte intégral : www.ajcn.org
- Engler MM, Engler MB. Omega-3 fatty acids: role in cardiovascular health and disease. *J Cardiovasc Nurs*. 2006 Jan-Feb;21(1):17-24, quiz 25-6. Review. ■

OFFRE D'EMPLOI

PLACEMENT PRODENT

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

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

VOUS CHANGEZ DE LIEU DE TRAVAIL ?

Nous vous rappelons que selon l'article 60 du *Code des professions*, vous devez élire domicile en faisant connaître au secrétaire de l'Ordre, le lieu où vous exercez principalement votre profession, et ce, dans les trente (30) jours où vous commencez à exercer celle-ci.

VOUS DÉMÉNAGEZ ?

Vous avez déménagé ou le ferez prochainement, nous vous invitons à effectuer votre changement d'adresse par Internet ou à nous transmettre vos nouvelles coordonnées résidentielles par courriel à info@ohdq.com.

Par Internet : En allant au www.ohdq.com, puis en cliquant en haut à droite sur la section « **Membres et étudiants** ». Dans le menu « **Membres et étudiants** », cliquez sur le sous-menu « **Mes coordonnées** ».

VOTRE ADRESSE COURRIEL A CHANGÉ ?

Le courrier électronique est un outil de communication de plus en plus utilisé par l'OHDQ, il est impératif de nous communiquer votre nouvelle adresse courriel le plus rapidement possible.

TABAC

SANTÉ RESPIRATOIRE

VOTRE FOYER FUME ? VOUS AUSSI !

Par **Dominique Forget**, journaliste

Source : Reproduction autorisée. Forget, D. « SANTÉ RESPIRATOIRE – Votre foyer fume? Vous aussi! ».

L'Actualité, 1^{er} avril 2015, page 16. www.lactualité.com

Les amateurs de feux de foyer sous-estiment souvent les risques de la fumée pour leur santé, avance le D^r Kenneth Chapman, président du Réseau canadien pour les soins respiratoires. « C'est comme la fumée de cigarette, sans la nicotine », prévient-il dans le Journal de l'Association médicale canadienne.

Selon Statistique Canada, 12% des Canadiens ont recours au bois pour chauffer leur maison et 4% s'en servent comme source principale de chauffage. Le D^r Chapman souligne qu'ils devraient faire ramoner leur cheminée annuellement (au printemps de préférence, car les résidus sont alors plus faciles à déloger) et utiliser les clapets de façon appropriée, afin d'éviter que la fumée n'entre dans la maison.

FERMETURE DU SIÈGE SOCIAL

L'OHDQ désire vous aviser que le siège social sera fermé du 24 au 28 juillet 2017 inclusivement.

HORAIRE D'ÉTÉ

Du lundi au jeudi de 8 h à 16 h 30
(fermé de 12 h 15 à 13 h)

Le vendredi de 8 h à 12 h

(Cet horaire d'été est en vigueur
du 29 mai au 1^{er} septembre 2017)



Dermatologie

LE STAPHYLOCOQUE DORÉ EST IMPLIQUÉ DANS L'ECZÉMA

Par **Alix Laymand**, Science & Vie

Source : Reproduction autorisée. Laymand, A. « Dermatologie. Le staphylocoque doré est impliqué dans l'eczéma » Science & Vie, n° 1156, janvier 2014, page 44.

Des chercheurs de l'université américaine du Michigan désignent un nouveau responsable dans l'apparition de l'eczéma chez l'enfant : le staphylocoque doré. Un pas de plus pour tenter d'éclaircir l'origine de cette pathologie, qui touche jusqu'à 15% des enfants en France. L'eczéma est une sorte de réaction allergique incontrôlée de la peau, qui entraîne rougeurs et démangeaisons, et débute le plus souvent dans les premiers mois de la vie.

On savait déjà que 90 % des patients présentent des lésions colonisées par le staphylocoque doré. Or, les chercheurs viennent d'observer que cette bactérie produit une toxine impliquée dans la réaction allergique. « *Nous avons alors émis l'hypothèse que la libération de cette toxine joue un rôle déterminant dans la maladie* », explique Gabriel Nuñez, directeur de l'étude.

Les tests *in vivo* ont été concluants : les souris à qui a été injectée la toxine ont développé la maladie. Prochaines étapes : connaître le moment exact de l'intervention de la toxine, afin de savoir « *si elle provoque la maladie ou si elle ne fait que l'accentuer* », précise le chercheur ; puis mener des tests sur l'homme. Quant au traitement, l'antibiothérapie est exclue à cause des résistances, mais d'autres soins peuvent être envisagés en agissant directement au niveau de la toxine.



Truc action

CHAUD OU FROID? TRUC POUR SOULAGER UNE BLESSURE SPORTIVE

Par **Kino-Québec**

Source : Reproduction autorisée. « Truc action. Chaud ou froid? Truc pour soulager une blessure sportive ». <http://www.kino-quebec.qc.ca/soulager.asp?saison=e>

On suggère généralement d'appliquer de la glace une dizaine de minutes par heure (petits sacs de glace, sac magique froid, emballage de légumes congelés), en protégeant la peau avec une serviette afin d'éviter les engelures. Le froid réduit la douleur en favorisant la vasoconstriction (le serrement des vaisseaux sanguins), ce qui a pour effet de diminuer l'afflux de sang vers la blessure (sensation d'élanement) et de limiter l'inflammation.

Dans certains cas, par exemple lorsque la douleur persiste ou encore en présence de certains types de blessures musculaires, on recommandera plutôt d'appliquer, plusieurs fois par jour, une source de chaleur pendant 10 à 15 minutes (sac magique chauffé, bouillotte d'eau chaude).

Toutefois, en cas de blessure, il est toujours préférable de consulter un professionnel de la santé – physiothérapeute, médecin ou pharmacien – avant d'entreprendre un traitement. Une mauvaise utilisation du froid ou de la chaleur pourrait en effet s'avérer très dommageable. ■

LE VPH NE MENACE PAS QUE LES FEMMES : LES CANCERS DE LA BOUCHE ET DE LA GORGE EN FORTE HAUSSE CHEZ LES HOMMES

Source : Reproduction autorisée. [www.cancer.ca](http://www.cancer.ca/fr-ca/about-us/for-media/media-releases/national/2016/canadian-cancer-statistics-2016/?region=on#ixzz4NIN8xpIv) est le site de la *Société canadienne du cancer*. <http://www.cancer.ca/fr-ca/about-us/for-media/media-releases/national/2016/canadian-cancer-statistics-2016/?region=on#ixzz4NIN8xpIv>

TORONTO - 19 octobre 2016

Les taux de cancers de la bouche et de la gorge causés par le virus du papillome humain (VPH) grimpent en flèche chez les hommes canadiens et sont sur le point de dépasser le taux de cancer du col de l'utérus chez les femmes, selon un rapport spécial diffusé aujourd'hui par la Société canadienne du cancer. Le rapport, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2016*, a été produit en partenariat avec l'Agence de santé publique du Canada et Statistique Canada.

En 2016, près de 4400 Canadiens recevront un diagnostic de cancer associé au VPH et quelque 1200 Canadiens succomberont à un cancer associé au VPH. L'incidence des cancers de la bouche et de la gorge associés au VPH a fait un bond considérable de 56 % chez les hommes et de 17 % chez les femmes entre 1992 et 2012. À l'heure actuelle au Canada, les cancers de la bouche et de la gorge représentent environ le tiers de tous les cancers associés au VPH.

La Société exhorte les Canadiens à demander le vaccin anti-VPH, un moyen sûr et efficace de prévenir l'infection à l'origine des cancers.

« Ce rapport nous fournit les premières données sur le nombre de Canadiens atteints de cancers associés au VPH, précise André Beaulieu, porte-parole de la Société canadienne du cancer. Ces types de cancer sont en grande partie évitables grâce à la vaccination. En vaccinant vos enfants, vous les aidez à se protéger du cancer dans le futur. »

Le vaccin anti-VPH est facilement accessible dans le cadre de programmes en milieu scolaire financés par l'État. Il est offert aux filles d'un océan à l'autre, mais aux garçons de seulement six provinces (Alberta, Manitoba, Nouvelle-Écosse, Ontario, Île-du-Prince-Édouard et Québec, mais pas en Colombie-Britannique, au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve et Labrador, en Saskatchewan et dans les territoires). La Société presse les 4 provinces et 3 territoires qui ne l'ont pas encore fait, d'étendre leurs programmes à tous les garçons.

« Plus il y aura de garçons et de filles qui recevront le vaccin, plus il y aura de cas de cancer évités. C'est aussi simple que ça », ajoute M. Beaulieu.

Le rapport d'aujourd'hui montre combien il est important de prendre des mesures préventives pour stopper plus de cancers avant qu'ils n'apparaissent. Alors que le Canada se trouve devant une hausse prévue de 40 % du nombre de cas de cancer entre 2015 et 2030 (au moins 30 % au Québec), il est essentiel de réduire les risques de cancer sur tous les fronts, qu'il s'agisse du VPH, du tabac ou de l'obésité. Selon les estimations, il est possible de prévenir près de la moitié des cancers avec un mode de vie sain et des politiques qui protègent la santé des Canadiens.

Renseignements supplémentaires sur le VPH

L'infection à VPH est la maladie transmise sexuellement la plus fréquente au Canada et dans le monde entier, et la plupart des personnes sexuellement actives en contracteront une au cours de leur vie. La majorité des personnes touchées ne savent même jamais qu'elles le sont, car la plupart des infections

disparaissent en l'espace de deux ans et n'entraînent aucun symptôme physique. Cependant, certaines infections sont sérieuses et peuvent mener au cancer. Il existe plus de 100 différents types de VPH, dont environ 25 qui sont des causes connues ou présumées de cancer.

Le VPH cause :

- tous les cancers du col de l'utérus
- de 25 à 35 % des cancers de l'oropharynx et de la cavité buccale (bouche et gorge)
- de 80 à 90 % des cancers de l'anus
- 40 % des cancers du vagin et de la vulve
- de 40 à 50 % des cancers du pénis

On sait depuis des décennies que le VPH cause le cancer du col de l'utérus, mais bon nombre de personnes ignorent qu'il cause aussi ces autres types de cancers et qu'il frappe également les hommes. Ce rapport révèle que seuls 35 % des cancers associés au VPH sont des cancers du col de l'utérus. En réalité, les cancers de la bouche et de la gorge associés au VPH sont aussi nombreux que ceux du col de l'utérus au Canada. Dans un cas sur trois, ces cancers associés au VPH sont diagnostiqués chez des hommes.

On sait depuis des décennies que le VPH cause le cancer du col de l'utérus, mais bon nombre de personnes ignorent qu'il cause aussi ces autres types de cancers et qu'il frappe également les hommes.

« Le mot "éradiquer" n'a jamais été employé dans le cas d'un cancer, dit le Dr Eduardo Franco, expert de réputation internationale dans le domaine du VPH et directeur du Département d'oncologie de la Faculté de médecine de l'Université McGill. Mais les futurs historiens décriront peut-être le cancer du col de l'utérus comme une maladie qui a touché seulement les générations précédentes de Canadiennes. Pour que cet objectif soit atteint, il est impératif que les Canadiens adoptent les nouvelles avancées en matière de santé publique, lesquelles améliorent de façon importante la lutte contre le cancer et sa prévention. »

La majorité des cancers associés au VPH sont dus à deux types de celui-ci (VPH16 et VPH18). La vaccination permet de prévenir presque totalement les infections par ces deux types.

Renseignements supplémentaires sur les vaccins anti-VPH

Trois vaccins anti-VPH sont offerts au Canada. Ils confèrent tous une protection très efficace contre les types de VPH qu'ils ciblent et couvrent les types à haut risque (carcinogènes) courants 16 et 18. Les vaccins ont une efficacité maximale lorsqu'ils sont administrés avant le début de la vie sexuelle, quand la probabilité d'une infection antérieure est faible. C'est pourquoi les programmes financés par l'État s'adressent aux enfants d'âge scolaire. En outre, le système immunitaire répond mieux lorsque le vaccin est reçu à un jeune âge.

Des recherches exhaustives indiquent que les vaccins sont sûrs, qu'ils sont bien tolérés et qu'ils n'augmentent pas le risque de réactions indésirables graves. Les effets secondaires les plus fréquents sont une sensibilité, une enflure, des démangeaisons et une rougeur au point d'injection de même que l'évanouissement.

Bien que le vaccin soit accessible pour les filles canadiennes par l'entremise de programmes scolaires, le nombre d'enfants vaccinés est trop bas. Les taux de vaccination vont de 43 à 91% au pays, et dépassent 80 % dans seulement deux provinces (Terre-Neuve et Île-du-Prince-Édouard). La Société exhorte les écoles et les professionnels de la santé à promouvoir le vaccin en tant que stratégie sûre et efficace de prévention du cancer, et exhorte les parents à signer le formulaire d'autorisation de vaccination que leurs enfants ramènent de l'école. La Société demande aussi aux provinces et aux territoires qui ne l'ont pas encore fait d'élargir leurs programmes de vaccination aux garçons.

Points saillants – Statistiques canadiennes sur le cancer 2016

- Le cancer demeure la première cause de mortalité au Canada : 30 % des décès y sont attribuables.
- On estime qu'il y aura 202 400 nouveaux cas de cancer – 51 900 au Québec (excluant les cas de cancer de la peau autre que le mélanome) et 78 800 décès dus au cancer au Canada (21 300 au Québec) en 2016.
- Quatre types de cancer (poumon, sein, colorectal et prostate) représentent 50 % des nouveaux cas de cancer.
- Les cancers du poumon, colorectal, du sein et du pancréas sont les principales causes de mortalité par cancer, celui du poumon représentant plus de 25 % de tous les décès dus à la maladie (30 % au Québec).
- Aujourd'hui, plus de 60 % des Canadiens atteints de cancer survivent au moins cinq ans après un diagnostic de

cancer (taux ajusté en fonction des autres causes de décès). Cependant, ce taux varie considérablement selon le type de cancer.

- Les taux de cancer (ajustés en fonction de l'âge) sont relativement stables pour les nouveaux cas et diminuent pour les décès. Cependant, le nombre de nouveaux cas de cancer et de décès par cancer continue de grimper à mesure que la population canadienne s'accroît et vieillit.
- On estime que 2 Canadiens sur 5 pourraient recevoir un diagnostic de cancer au cours de leur vie, et que 1 Canadien sur 4 sera emporté par la maladie.
- Depuis les 30 dernières années, le taux de mortalité pour tous les cancers confondus est en baisse chez les hommes et chez les femmes sauf pour le cancer de l'utérus chez les femmes et le cancer du foie chez les deux sexes.

À propos des *Statistiques canadiennes sur le cancer 2016*

Le rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer 2016* a été préparé grâce à un partenariat entre la Société canadienne du cancer, l'Agence de santé publique du Canada, Statistique Canada ainsi que les registres du cancer provinciaux et territoriaux. Pour en savoir plus sur les Statistiques canadiennes sur le cancer 2016, [visitez le cancer.ca/statistiques](http://cancer.ca/statistiques).

Fiche d'information : [VPH](#)

Fiche d'information : [Statistiques générales sur le cancer 2016](#)

Renseignements supplémentaires sur le [VPH](#) et les [vaccins anti-VPH](#).



Depuis les 30 dernières années, le taux de mortalité pour tous les cancers confondus est en baisse chez les hommes et chez les femmes sauf pour le cancer de l'utérus chez les femmes et le cancer du foie chez les deux sexes.

À propos de la Société canadienne du cancer

La Société canadienne du cancer est un organisme bénévole national, à caractère communautaire, dont la mission est l'éradication du cancer et l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées par le cancer. Grâce à nos donateurs et à nos bénévoles, la Société est l'organisme qui a le plus d'impact, sur le plus de cancers, dans le plus de collectivités au Canada. Pour plus d'information, visitez cancer.ca ou appelez sans frais notre Service bilingue d'information sur le cancer au 1 888 939-3333 (ATS : 1 866 786-3934). ■

Renseignements :

[André Beaulieu](#)

Conseiller principal, Communication

Société canadienne du cancer

Division du Québec

Téléphone : (514) 393-3444

Bon à savoir

FAIRE DE LA MUSIQUE ENFANT RENFORCE L'OUÏE

Par DR

Source : Reproduction autorisée. DR, « BON À SAVOIR. Faire de la musique enfant renforce l'ouïe ». Science & Vie, n° 1156, page 120.

Des adultes de 55 à 76 ans ayant, dans leur jeunesse, pratiqué un instrument pendant 4 à 14 ans, perçoivent mieux les sons, même dans une atmosphère bruyante et après 40 ans d'interruption. « J. Neurosci », nov. 2013 ■



VOTRE LIEN PRIVILÉGIÉ, MAINTENANT AU BOUT DES DOIGTS

Joignez-vous à La Personnelle, téléchargez l'application La Personnelle et profitez de ces avantages exclusifs :



Programme **Ajusto**^{MD} :
économisez jusqu'à 25 % sur votre prime d'assurance auto, simplement en conduisant prudemment.



Alerte :
soyez informé en temps réel si une fuite d'eau est détectée à votre résidence.



Obtenez une soumission.
Téléchargez l'application.

► 1 888 476-8737
► lapersonnelle.com/applimobile



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, limitations et exclusions peuvent s'appliquer. Ajusto est souscrit auprès de La Personnelle. ^{MD} Ajusto est une marque déposée de Desjardins Assurances générales inc., utilisée avec permission par La Personnelle. Le rabais ne s'applique pas à certains avenants et garanties supplémentaires. Il est applicable selon les conditions d'utilisation en vigueur au moment de votre adhésion au programme Ajusto. Visitez notre site Web pour plus de détails : lapersonnelle.com/applimobile.

L'INSPECTION PROFESSIONNELLE : PRÉVENTION ESSENTIELLE POUR LA PROTECTION DU PUBLIC

Source : Agathe Bergeron, HD, Responsable de l'inspection et la pratique professionnelle

En surveillant l'exercice de la profession par les membres, le Comité d'inspection professionnelle (CIP) s'acquitte de son mandat dicté par le *Code des professions* et directement lié à la protection du public. L'inspection professionnelle s'est toutefois bien transformée au fil des ans. Ce processus rigoureux vise notamment à renseigner, éduquer, clarifier, confirmer, améliorer, prévenir et à aider les membres qui ont quant à eux, le devoir de dispenser à la population des soins de qualité et sécuritaires. Il est de leur responsabilité, comme le stipule leur *Code de déontologie*, d'exercer leur pratique selon les normes les plus élevées possible en maintenant à jour et en perfectionnant leurs connaissances et compétences.

Afin de respecter les objectifs annuels du programme de surveillance générale¹, le CIP adapte régulièrement ses outils d'évaluation en s'inspirant entre autres des modèles du Conseil interprofessionnel (CIQ), ainsi que de divers ordres professionnels, pour que ses outils demeurent préventifs, constructifs et éducatifs. Bien que le Comité consulte également certains modèles provenant d'autres provinces, son rôle est tout de même bien encadré par le *Règlement sur le Comité d'inspection professionnelle* de l'Ordre et le *Code des professions*².

Protéger le public à la grandeur du Québec

Le CIP s'assure qu'entre 10 % et 15 % des membres actifs de tous les secteurs et toutes les régions du Québec soient soumis à l'inspection tout au long de l'année. Pour 2016-2017, les 847 inspections de surveillance générale effectuées représentent 13 % des membres³.

Les inspections sont planifiées par région et par code postal, en tenant compte des critères établis¹ :

- Obtention du permis il y a deux ans
- Retour à la profession après une absence de cinq ans ou plus
- Dernière visite de vérification professionnelle il y a cinq ans

Une inspection professionnelle peut également devoir être fixée sur demande du CA⁴, par la transmission du dossier par le Bureau du syndic⁵ ou suite au non-respect de la *Politique de formation continue obligatoire*⁶. D'autres facteurs en lien avec la protection du public sont aussi considérés, tels des lacunes au niveau du contrôle des infections ou autres faiblesses décelées lors d'une vérification professionnelle précédente³.

De la prévention du début à la fin

Chaque membre sélectionné est invité, dès l'appel du service d'inspection, à consulter s'il ne l'a jamais fait, la section **Inspection professionnelle** et la **Boîte à outils de l'inspection** sur le site de l'Ordre. À partir de ce moment, le processus s'enclenche :

- La consultation des diverses références qui y sont entraînée déjà une bonne réflexion sur la pratique;
- La section **Autoévaluation** du questionnaire préalable à la visite permet de confirmer dans la pratique actuelle ce qui est conforme aux normes et règles qui encadrent l'exercice de la profession. Elle permet aussi de constater les points nécessitant d'être améliorés, dont certaines modifications peuvent être amorcées dans l'immédiat;
- La rencontre avec l'inspectrice de l'Ordre sur le lieu de travail constitue un moment d'échange privilégié pour améliorer les

façons de faire, détecter tôt un problème de compétence et de méthodes ou encore un problème d'attitude, de comportement ou d'intégrité, et ce, toujours pour le bien des patients. En plus des clarifications à propos des éléments du questionnaire pré-visite et les actions et moyens d'assurer des soins de qualité optimale, la visite comprend aussi la validation des pièces justificatives des formations continues déclarées⁷⁻⁸, la tenue de dossiers⁴⁻⁹ dans la plus stricte confidentialité, ainsi que la révision complète des mesures quotidiennes de contrôle des infections¹⁰.

Le CIP s'assure qu'entre 10 % et 15 % des membres actifs de tous les secteurs et toutes les régions du Québec soient soumis à l'inspection tout au long de l'année.

Suivi rigoureux des rapports et des plans d'action par le Comité

Le Comité veille au suivi des inspections, outillé de grille d'appréciation, de tableaux de suivis et de statistiques. Ceci lui permet parfois de déceler des besoins en formations, des sujets d'articles scientifiques ou des situations pour lesquelles des recommandations ou suggestions requièrent d'être transmises à un ou l'autre des comités de l'Ordre. En application de l'article 7.1 de la *Politique de formation continue obligatoire*, le suivi des dossiers des membres transmis au CIP fait également partie des priorités du Comité. Ainsi, chaque dossier d'inspection est fermé uniquement que lorsqu'il est conforme et que le dossier de formation continue est également en règle.

Le CIP a bien à cœur la protection du public et ses membres, nommés par le Conseil d'administration¹¹, exercent la profession depuis plus de dix ans dans des régions et secteurs différents et, tout comme les inspectrices, ont de nombreuses années d'expérience de travail diversifiées et complémentaires.

Le Comité se considère comme doté d'un programme d'inspection professionnelle évolutif et performant, mais surtout préventif. Il constate aussi que le professionnalisme et la conscience professionnelle dont font preuve les membres de l'Ordre par leur collaboration lors des visites de vérification contribuent aussi à la prévention, pour une meilleure protection du public!

Références

1. *Programme de surveillance générale 2017-2018 de l'OHDQ*
2. *Code des professions*, art. 55, 90, 109 à 116, 190.1, 192 à 196, 122.1, 123 et 123.5
3. *Rapport annuel 2016-2017 de l'OHDQ*
4. *Code des professions*, art. 112
5. *Code des professions*, art. 122.1
6. *Politique de formation obligatoire de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, art. 7.1
7. *Politique de formation obligatoire de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, art. 6.3
8. *Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, art. 9
9. *Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, art. 1
10. ODQ - OHDQ, *Document d'information sur le contrôle des infections - Médecine dentaire*, édition 2009
11. *Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, art.2

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

Joëlle Mbang, HD, adjointe administrative
514 284-7639 ou 1 800-361-2996, poste 204
inspection@ohdq.com

Comité d'inspection professionnelle

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

Inspectrice

Carolle Bujold, HD, inspectrice
Manon L'Abbée, HD, inspectrice

COMMENT FAIRE UN BON INVESTISSEMENT IMMOBILIER AUJOURD'HUI

Par L'équipe de rédaction de la Banque Nationale

Le marché immobilier n'est pas imperméable aux bulles spéculatives. Voici quelques conseils pour bien investir dans l'immobilier...

« C'est encore une fois une question d'offre et de demande, dit Paul Cardinal, économiste à la Fédération des chambres immobilières du Québec (FCIQ). Aussi, plus une propriété est désirée, et son inventaire limité, plus sa valeur grimpe sur le marché. »

« Il faut toujours considérer la revente, ajoute Patrick Juanéda. C'est bien beau, un coup de cœur pour un petit nid d'amour pour sa famille, mais il faut aussi penser aux bassins d'acheteurs qui pourraient éventuellement être intéressés à le racheter. » Dans un marché d'acheteurs, une copropriété de deux chambres à coucher dans un sous-sol pourrait, par exemple, mettre du temps à se vendre. « Qui recherchera exactement ça ? » demande M. Juanéda.

Éviter les bulles grâce à l'étude des comparables

Afin de faire un bon investissement, il faut payer le juste prix.

Et le meilleur moyen d'éviter de payer trop cher reste encore l'étude des comparables et l'accompagnement d'un courtier chevronné dans le secteur convoité. Patrick Juanéda propose d'analyser les transactions des trois derniers mois et de se méfier de toute augmentation en apparence débridée : « Est-ce le fruit d'une réelle rareté dans l'inventaire ou d'une surévaluation sans fondement ? »

Paul Cardinal, de son côté, met en garde les investisseurs contre les comparaisons extrêmes. « Chaque marché vit sa propre réalité, explique-t-il. On ne peut pas, par exemple, regarder le marché de Vancouver et présumer que ce qui s'y déroule se répétera à Montréal. L'économie locale, l'immigration, l'offre de terrains... tout se distingue. »

Établir son taux d'effort

L'inaccessibilité des propriétés au Canada, illustrée par la croissance de leur prix, fait régulièrement les manchettes. Or, pour trancher sur une telle réalité, il faut surtout analyser le taux d'effort, c'est-à-dire les mensualités hypothécaires (qui tiennent compte du taux d'intérêt) comparées au revenu brut.

Cela dit, on devrait tous commencer à magasiner une propriété avec une hypothèque pré-approuvée dont le montant a été établi après une réelle analyse financière, selon M. Juanéda : « C'est la base pour faire un bon investissement : quelle est ma capacité financière ? »

Investir à long terme

Un horizon à long terme est aussi la clé en investissement, et l'immobilier n'y fait pas exception. « Ceux qui ont vendu à Toronto en 1991, alors que le marché affichait sa plus grande baisse (-8 %) n'ont probablement pas fait une bonne affaire... mais si on regarde la variation annuelle moyenne du prix des propriétés de la Ville Reine depuis 25 ans, on remarque une croissance de 7% », donne en exemple Paul Cardinal.

Par ailleurs, revendre après un ou deux ans est rarement rentable, à moins de se trouver dans une année record. Même en pareil cas, les coûts liés à l'achat d'une nouvelle résidence (droits de mutation, taxes, rénovations, etc.) ventilés sur une si courte période influencent radicalement le gain potentiel.

Ainsi, si on souhaite faire une bonne affaire, il est plus sage d'acheter en visant une possession pendant au moins cinq ans, voire 10 ans et plus.

Aller sur place

Avant d'investir, il est impératif de « respirer » d'abord le quartier. Le voisinage influence grandement la valeur d'une propriété, lui conférant même une valeur plafond.

L'économiste Paul Cardinal est de cet avis : « Ce n'est pas dans un bureau à regarder des statistiques que l'on prend les bonnes décisions. Il n'y a pas de chiffres qui révèlent les prochains quartiers prometteurs : c'est une question de pif et d'instinct. »

Sources : FCIQ par le système Centris et ACI, calculs FCIQ

Fière partenaire de



Nupro Freedom®

Système à prophylaxie sans fil avec la technologie SmartMode®

Faites l'expérience d'une prise de contrôle complète dans la paume de votre main.

Ce design sans fil révolutionnaire possède la technologie SmartMode® qui ajuste automatiquement la vitesse et l'alimentation lorsque vous pesez contre la dent, ce qui élimine le besoin d'une pédale ou de boutons. L'avenir du polissage est maintenant à votre portée.



Pour obtenir plus d'informations ou une démonstration gratuite, appelez au **1.877.393.3687** ou visitez le **www.dentsplysirona.com**

© DENTSPLY International, 2016.

Nupro Freedom® et SmartMode® sont des marques déposées de DENTSPLY International et/ou ses filiales. Importé et distribué au Canada par Dentsply Sirona Canada, Woodbridge, Ontario, L4L 4A3. 800.263.1437 NUP08-0716-3 Rev. 2

3 INNOVATIONS À DÉCOUVRIR

Advantage Arrest™

FLUORURE DIAMINE D'ARGENT

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



FluoriMax™

NOUVELLE GÉNÉRATION DE VERNIS

MEILLEURE ABSORPTION, FACILE À UTILISER,
PLUS CONFORTABLE ET COÛT RÉDUIT

PLAQUE HD™

DENTIFRICE
INDICATEUR DE PLAQUE

LE 1ER DENTIFRICE PROFESSIONNEL
INDIQUANT LA PLAQUE



1 888 442.7070
www.oralscience.com