

l'inhalo

automne 2021

DOSSIER

SAINES HABITUDES DE VIE

RESPIRATEUR OU VENTILATEUR ? TELLE EST LA QUESTION !

 **opiq**
Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec

volume numéro

38.2

Wixela^{MD} Inhub^{MD}

(propionate de fluticasone
et salmétérol en poudre
pour inhalation, USP)



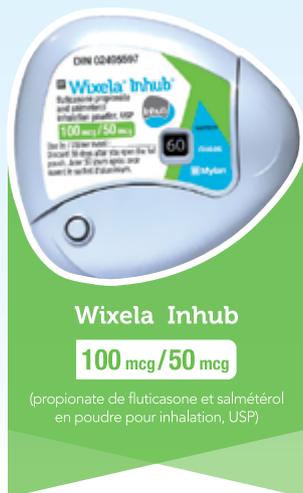
100 mcg / 50 mcg

250 mcg / 50 mcg

500 mcg / 50 mcg



La solution de remplacement
bioéquivalente
d'ADVAIR^{MD} DISKUS^{MD}
pour les patients
appropriés atteints
d'asthme ou de MPOC



Wixela Inhub

100 mcg / 50 mcg

(propionate de fluticasone et salmétérol
en poudre pour inhalation, USP)

Compteur de
doses à grande
fenêtre



Wixela Inhub

250 mcg / 50 mcg

(propionate de fluticasone et salmétérol
en poudre pour inhalation, USP)

Dispositif verrouillé
après la dose finale



Wixela Inhub

500 mcg / 50 mcg

(propionate de fluticasone et salmétérol
en poudre pour inhalation, USP)

Étapes semblables
à celles
d'ADVAIR DISKUS

Couvert par la RAMQ et par les assureurs privés.

Visionnez la vidéo de démonstration à l'adresse WIXELA.CA

Wixela^{MD} Inhub^{MD} (propionate de fluticasone et salmétérol), une association d'un corticostéroïde en inhalation (CSI) et d'un bêta₂-agoniste à longue durée d'action (BALA), est indiqué pour le traitement d'entretien de l'asthme chez les patients atteints d'une maladie obstructive réversible des voies respiratoires. Wixela^{MD} Inhub^{MD} doit être prescrit aux patients dont l'asthme n'est pas maîtrisé de manière satisfaisante par un médicament de prévention au long cours, comme un CSI, ou dont la gravité de la maladie justifie clairement un traitement par un CSI et un BALA.

Wixela^{MD} Inhub^{MD} 250 mcg/50 mcg et Wixela^{MD} Inhub^{MD} 500 mcg/50 mcg sont indiqués pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), y compris l'emphysème et la bronchite chronique, lorsque l'utilisation d'une association médicamenteuse est jugée appropriée.

Consultez la monographie de produit à <https://produits-sante.canada.ca/dpd-bdpp/index-fra.jsp> afin d'en savoir plus sur :

- Les contre-indications relatives aux réactions allergiques au lactose ou au lait à médiation par les IgE, à la tachyarythmie, aux infections des voies respiratoires non traitées de nature fongique, bactérienne ou tuberculeuse et au traitement principal de l'état de mal asthmatique ou d'autres crises d'asthme aiguës
- Les autres mises en garde et précautions pertinentes relatives aux événements graves liés à l'asthme (hospitalisations, intubations, décès), au traitement des symptômes aigus de l'asthme ou de la MPOC, à l'emploi excessif et à l'emploi avec d'autres médicaments renfermant un BALA, à l'arrêt brusque du traitement, à la prudence nécessaire chez les patients qui souffrent de troubles cardiovasculaires, aux effets sur le système nerveux central, aux symptômes de spasmes, d'irritation ou d'enflure laryngés, à la prudence nécessaire lors du passage d'une corticothérapie à action systémique à une corticothérapie en inhalation, aux effets endocriniens systémiques, aux changements métaboliques réversibles, aux troubles éosinophiliques, à l'effet plus marqué des corticostéroïdes en présence de cirrhose, aux réactions d'hypersensibilité immédiates, à la candidose, au masquage de certains signes d'infection et de nouvelles infections, aux répercussions plus graves de la varicelle et de la rougeole, au glaucome, aux cataractes, à la chorioretinopathie séreuse centrale, aux bronchospasmes paradoxaux, à la pneumonie (patients atteints de MPOC) et à la surveillance active durant le traitement prolongé
- Les conditions d'usage clinique, les réactions indésirables, les interactions médicamenteuses et les instructions posologiques

La monographie de produit peut également être obtenue en téléphonant au 1 844 596-9526.

WIXELA^{MD} et INHUB^{MD} sont des marques déposées de Mylan Pharmaceuticals ULC, une société de Viatrix. ADVAIR et DISKUS sont des marques déposées de Glaxo Group Limited. VIATRIS et VIATRIS & Design sont des marques de commerce de Mylan Inc., utilisées avec la permission de Mylan Pharmaceuticals ULC, une entreprise de Viatrix. ©2021 Viatrix Inc. Tous droits réservés. WIX-2021-0001F – JA2021.



VIATRIS^{MC}



ÉDITORIAL

Le Lion et le Rat (Jean de la Fontaine, 1668)

Ces derniers mois, vous êtes nombreux à témoigner de votre découragement, de votre désarroi, de votre frustration et de vos inquiétudes quant à l'avenir de la profession. À cela s'ajoute votre incompréhension devant l'indifférence et l'inertie des institutions, du gouvernement et des médias au regard de la situation que vous vivez au quotidien : pandémie qui s'éternise, délestage, TSO, manque d'effectifs, de ressources, de reconnaissance.

Si vous saviez à quel point je vous comprends... nous vous comprenons.

J'avoue qu'avec la conjoncture professionnelle, garder le moral est loin d'être évident. Vous vous questionnez sur les actions de l'Ordre... Eh bien, nous tentons, tant bien que mal avec les moyens et les ressources dont nous disposons, de sensibiliser les politiciens et les médias — et qui veut bien nous entendre! — au fait que la situation qui prévaut en inhalothérapie au Québec est tout aussi préoccupante, sinon plus, toute proportion gardée, que celle des infirmières. Malheureusement, la tendance est aux données factuelles et l'attention se porte toujours sur les chiffres... qui parlent d'eux-mêmes : 88 000 infirmières c. 4500 inhalothérapeutes. De toute évidence, on ne fait pas le poids, médiatiquement parlant.

Mais nous savons pertinemment que le réseau ne peut fonctionner de façon sécuritaire et optimale sans les inhalothérapeutes, qui jouent un rôle crucial, en soins critiques notamment (urgence, unités de soins, anesthésie, réanimation). Alors, penser réduire les listes d'attente en chirurgie, maintenir les ainé(e)s à domicile le plus longtemps possible et limiter les consultations à l'urgence des patient(e)s MPOC, réduire les séjours aux soins intensifs, etc., sans nous considérer comme un important maillon de la chaîne relève de l'utopie.

D'où le titre de mon éditorial, car la morale de la [célèbre fable](#) de La Fontaine se résume en deux phrases :

*Il faut, autant qu'on peut, obliger tout le monde :
On a souvent besoin d'un plus petit que soi
(en nombre bien sûr, dans le cas qui nous occupe).*

La profession affronte une crise majeure, aggravée par la pandémie. Sachez que le ministère de la Santé et des Services sociaux est bien au fait de la situation puisqu'il a formé, à notre demande, un groupe de travail national pour aborder les problématiques et chercher des solutions. Des décisions doivent être prises et des actions entreprises à court terme. Mais nous devons aussi penser à moyen et à long terme, afin que les inhalothérapeutes occupent pleinement leur champ d'exercice et obtiennent enfin la reconnaissance qu'ils méritent amplement. Soyez assurés que nous y mettons toute notre énergie.

Ma mère disait toujours qu'«ensemble, on est plus fort». Dans les moments les plus difficiles de ma vie, tant personnelle que professionnelle, ces mots résonnent. On doit se soutenir les uns les autres pour faire face à cette crise.

Gardez le moral, car s'il est vrai que nous ne bénéficions pas de l'influence du plus grand nombre, nous ne sommes pas une «donnée négligeable». Votre engagement et votre détermination des derniers mois forcent l'admiration de vos collègues et de toute une population, qui a pris conscience de votre existence ! On ne peut plus ignorer les inhalothérapeutes. J'espère avoir l'occasion de vous «voir» lors de notre colloque virtuel. 🍌

Josée Prud'Homme



Directrice générale et Secrétaire

| | |
|--|----------|
| Éditorial | 3 |
| Avant-propos | 4 |
| Mot du président | 6 |
| Dossier Saines habitudes de vie | |
| Les saines habitudes de vie... plus nécessaires que jamais! | 12 |
| Abandon du tabagisme : intervenir auprès des personnes fumeuses | 13 |
| Les nouveaux visages de la nicotine | 17 |
| Abandon des produits de vapotage : intervenir auprès des adolescents | 21 |
| Le vapotage, guide du clinicien | 23 |
| Hygiène du sommeil et temps d'écran : intervenir auprès des adultes, des adolescents et des enfants | 26 |
| Les médias numériques, guide du clinicien | 29 |
| Pour prévenir les maladies cardiovasculaires, les médicaments ne devraient pas être des substituts à une amélioration des habitudes de vie | 30 |

Dossier **Saines habitudes de vie** suite

Alimentation et dépistage nutritionnel : intervenir auprès des adultes **33**

Activité physique : intervenir en faveur d'un comportement physiquement actif **35**

Actualités
Respirateur ou ventilateur ? Telle est la question! **37**

Dossier innovation
Les bienfaits de la nature sur la santé globale **40**

Assurances **45**

Finances **46**

Baïllard **48**

Questionnaire **49**



sommaire



AVANT-PROPOS



Le programme En santé cardiorespiratoire fête ses 5 ans!

Guidé par un mouvement croissant où la promotion de la santé et la prévention de la maladie se sont élevées au rang des priorités, l'OPIQ a proposé en octobre 2016 un programme mobilisateur. Ce dernier invitait les [inhalothérapeutes cliniciens](#) à intégrer ces deux axes à leurs interventions auprès de la population en général et en particulier, des personnes vivant avec une maladie cardiorespiratoire.

La pandémie de la COVID-19 nous a conscientisés à l'importance de la santé; la nôtre et celle de nos proches. Pour souligner les 5 ans du programme, cette édition automnale vous propose donc un état des faits quant à l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Les différents textes du dossier abordent les plus récentes données québécoises, les tendances qui s'en dégagent et les interventions possibles de l'inhalothérapeute clinicien auprès de sa patientèle.

La chronique *Innovation* demeure près de notre programme avec un article du D^r Louis Bherer tiré du rapport rédigé pour la Société des établissements de plein air du Québec (Sépaq) sur les bienfaits de la nature sur la santé globale.

Enfin, pour répondre à une question que tous les inhalothérapeutes se posent un jour ou l'autre, j'ai laissé le clavier à ma collègue Line Prévost, pour savoir quel terme il convient d'utiliser lorsque l'on parle d'un appareil qui fournit une assistance respiratoire.

Prenez aussi note que pour des raisons hors de notre contrôle, il n'y aura pas de chronique *Déontologie/inh.*: 3 lettres responsables pour cette édition.

Bonne lecture et au plaisir de vous compter parmi nous à l'occasion du colloque virtuel de l'OPIQ le 13 novembre prochain! 🍷

Marise Tétreault

Marise Tétreault, inh., M.A. (communication et santé)



Coordonnatrice aux communications

VERSION INTERACTIVE

Repérez ces icônes qui indiquent des liens



courriel



texte hyperlié



page hyperliée



l'inhalo

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

Président

Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.

Administrateurs

Mélanie Bergeron, inh., Sylviane Landry, inh. (trésorière), Nathalie Lehoux, inh., Cédric Mailloux, inh., Annie Quenneville, inh., B. Sc., Gabrielle St-Pierre, inh., Darlène Tremblay, inh., Isabelle Truchon, inh. (vice-présidente)

Administrateurs nommés par l'Office des professions

Anne-Marie Hébert, Lucie LaFontaine, Alain Martineau, Jean-Pierre Tremblay

PERMANENCE

Directrice générale et Secrétaire
Josée Prud'Homme, Adm. A., M.A.P.

Directrice des affaires juridiques
M^{re} Andréanne LeBel

Syndic

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

Coordonnatrice à l'inspection professionnelle
Sandra Di Palma, inh.

Inspecteur professionnel
Daniel Jorgic, inh.

Coordonnatrice aux communications
Marise Tétreault, inh., M.A.

Coordonnateur au développement professionnel
Pascal Rioux, inh.

Secrétaire adjointe et coordonnatrice aux technologies de l'information
Francine Beaudoin

Rédactrice agréée
Line Prévost, inh., B.A.

Inhalothérapeute-conseil à l'admission
Pierrette Morin, inh., DESS en enseignement

Adjointe de direction
Ophélie Dréau

Adjointe administrative aux affaires juridiques
Anie Grätton

Adjointe administrative à l'inspection professionnelle
Sonia Dusseaux

Adjointe administrative au Tableau des membres
Marie-Andrée Cova

Ce document a été révisé et corrigé selon l'orthographe rectifiée de 1990 (aussi appelée « nouvelle orthographe recommandée »).

COMMUNICATIONS

Responsable
Marise Tétreault, inh., M.A.

Collaborateurs et collaboratrices
Anick Labelle, Observatoire de la prévention de l'Institut de cardiologie de Montréal, Line Prévost, inh., B.A., réd. a., Josée Prud'Homme, inh., Adm. A., M.A.P., Société canadienne de pédiatrie, Rita Troini, inh., M.A. (Éd.), Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2021

Tous droits de reproduction réservés.
Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.
Bibliothèque et Archives Canada
ISSN 2368-3112

Conception graphique, réalisation, révision, correction et traduction Fusion Communications et Design inc.

Photos des membres de l'OPIQ
Andrés Guerra

Publicité
CPS Média
43, avenue Filion, Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R0
Tél.: (450) 227-8414 poste 310 • Téléc.: (450) 227-8995
Normand Lalonde, gestionnaire de compte
Courriel: n.lalonde@cpsmedia.ca

Publication de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 721
Montréal (Québec) H3G 1R8
Tél.: (514) 931-2900 • 1 800 561-0029
Téléc.: (514) 931-3621
Courriel: info@opiq.qc.ca

Envoi de publication: contrat n° 400 647 98

Le genre masculin employé dans ces textes désigne aussi bien les femmes que les hommes.

l'inhalo n'est associé à aucune publicité apparaissant dans ses pages.



Transformez la façon dont vous réchauffez vos patients.

Notre couverture haut de corps à positions multiples se plie et se moule tout en maximisant le transfert thermique pour bien réchauffer vos patients.

La couverture pour le haut du corps multipositions Bair Hugger^{MC} 3M^{MC} est une innovation qui a été inspirée par nos clients afin de maximiser la thermorégulation des patients grâce à une solution de réchauffement facile à utiliser.

Sa polyvalence permet aux cliniciens d'adapter la couverture à de multiples positions et procédures chirurgicales afin de maintenir la normothermie.

Apprenez-en davantage sur le site bairhugger.com, communiquez avec votre représentant 3M ou appelez la ligne d'aide de Soins de santé 3M au 1 800 364-3577.

3M Science. Au service de la Vie.^{MC}





MOT DU PRÉSIDENT

Un 13^e round



Comme vous le savez, en aout 2020, l'Ordre déposait un mémoire auprès de l'Office des professions du Québec (OPQ) en soutien à sa demande de rehaussement de la formation initiale en inhalothérapie vers un baccalauréat. Rappelons que ce mémoire était écrit en collaboration avec le Collège des médecins du Québec (CMQ), qui appuie pleinement notre demande.

Le 21 juin dernier, une rencontre s'est tenue avec les instances gouvernementales (OPQ, ministère de l'Enseignement supérieur [MES], ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] et le Secrétariat du Conseil du trésor [SCT]) pour nous transmettre les conclusions auxquelles en était arrivé le comité mandaté pour étudier notre demande. Voici les grandes lignes :

- d'entrée de jeu, ils admettent que le programme d'études collégiales, dans sa forme actuelle, ne répond pas entièrement aux besoins du marché du travail et qu'il nécessite une mise à jour;
- cependant, ils sont d'avis que le rehaussement au niveau universitaire du diplôme donnant ouverture au permis de pratique en inhalothérapie n'apparaît pas comme la meilleure solution. Selon eux, une formation initiale collégiale révisée permettrait aux inhalothérapeutes d'acquérir les connaissances exigées afin d'occuper pleinement le champ d'exercice à l'entrée dans la profession;
- ils reconnaissent les problèmes mis en exergue dans notre mémoire; le statu quo n'est pas considéré. Ils nous retournent donc à un comité de travail sur les effectifs en inhalothérapie, pour déterminer les compétences nécessaires à la formation d'un(e) inhalothérapeute et le niveau de formation requis pour les développer.

Ces conclusions, pour lesquelles aucune justification ou explication nous a d'abord été communiquée par les autorités gouvernementales, nous ont beaucoup surpris, mais surtout consternés. Devant notre mémoire extrêmement bien documenté, le gouvernement se borne à une plate réponse, sans éclaircissements, tout en nous renvoyant vers un énième comité de travail.

L'uppercut reçu nous a certes sonnés, mais il ne nous a certainement pas mis K.O.

Nous avons fait des demandes d'accès à l'information pour suivre le raisonnement gouvernemental, ce qui nous a permis de saisir que tous les ministères concernés reconnaissent que l'actuelle formation est inadéquate, mais craignent les répercussions d'un rehaussement sur les enjeux organisationnels et les ressources humaines et financières du réseau.

Pour l'heure, aux yeux du gouvernement, il semble que les considérations pécuniaires priment sur la protection adéquate du public.

Groupe de travail national

Le groupe de travail national sur l'organisation des soins et les effectifs en inhalothérapie (ci-après « groupe de travail national ») s'est vu confier deux mandats. Il doit d'abord revoir l'optimisation de l'utilisation des ressources en inhalothérapie en période de pénurie criante. Ces travaux sont déjà en cours.

Vers la mi-octobre, le groupe de travail national sera ensuite appelé à analyser le contenu actuel de la formation initiale en adéquation avec les compétences requises pour exercer la profession d'inhalothérapeute au Québec. Ces travaux devraient s'échelonner d'ici la fin de l'année. Après cela, il faudra attendre de 18 à 24 mois avant l'implantation du nouveau programme de formation dans les maisons d'enseignement.

MOT DU PRÉSIDENT



L'OPIQ en action

Entretiens, hors de question pour nous de rester les bras croisés ! Voici un aperçu des différentes actions entreprises ou en cours.

- Demande de rencontre au ministre de la Santé et des Services sociaux et à la ministre de l'Enseignement supérieur, pour obtenir des explications détaillées sur cette décision et pour leur présenter notre point de vue. Le ministre de la Santé et des Services sociaux a décliné notre requête, mais une réunion avec la ministre de l'Enseignement supérieur est prévue sous peu.
- Transmission de nos conditions de participation aux rencontres du groupe de travail national, dans l'optique d'assurer des travaux efficaces et utiles à la profession.
- 6 rencontres virtuelles avec les inhalothérapeutes pour échanger sur les conclusions des instances et pour les informer des prochaines étapes.
- Travaux en cours pour établir les stratégies de positionnement des inhalothérapeutes dans les débats politiques et publics et les actions à envisager.
- 4 rencontres avec le groupe de travail national pour chercher des solutions à la pénurie d'inhalothérapeutes.
- Rencontres avec les porte-paroles des partis de l'opposition en matière d'enseignement supérieur et de santé, pour positionner nos demandes.
- Rencontre avec nos partenaires pour leur communiquer les conclusions de notre demande et connaître leur intention quant à leur appui dans ce dossier.

Concernant ce dernier point, sachez que le Collège des médecins du Québec, l'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec et les universités se sont déclarés solidaires et soutiennent notre démarche.

Les prochains mois seront cruciaux quant à l'avenir de la formation initiale en inhalothérapie et nous sommes à établir une stratégie pour le futur de la profession. L'OPIQ mettra toutes ses énergies pour s'assurer que le programme de formation initiale permet aux inhalothérapeutes d'acquiescer toutes les compétences requises à la pratique contemporaine de la profession. Peu importe l'issue de ces travaux, nous comptons faire tout ce qui est en notre pouvoir pour donner aux inhalothérapeutes l'accès à une formation universitaire, obligatoire ou non.

Je vous souhaite un bel automne. Au plaisir de vous « voir » virtuellement lors de l'assemblée générale annuelle le 12 novembre et lors du colloque le 13 novembre 2021. 🍂



Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.
Président

| | |
|------------------------|----|
| 3M Canada | 5 |
| Aerogen | 8 |
| Air Liquide Healthcare | 20 |
| Banque Nationale | 47 |
| FIQ | 15 |

| | |
|--|--------|
| GSK | 16 |
| La Capitale Assurance et services financiers | 32 |
| Masimo | 11, 25 |
| Mylan Canada | 2 |
| Service corporation international (Canada) | 36 |



index des annonceurs

Aerogen®

Pioneering Aerosol Drug Delivery



Aerogen est le seul système d'administration de médicaments par aérosol à circuit fermé qui atténue la transmission par les particules aérosolisées infectées des patients^{1,2,3} et permet d'administrer un traitement efficace par aérosol.

/ Discover Better
aerogen.com

References: 1. Aerogen Solo System Instruction Manual. Aerogen Ltd. 2. Ari, A. (2020). Practical strategies for a safe and effective delivery of aerosolized medications to patients with COVID-19. In Respiratory Medicine (Vol. 167), W.B. Saunders Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2020.105987> 3. Fink JB, Ehrmann S, Li Jie, Dailey P, et al. Reducing aerosol-related risk of transmission in the Era of COVID-19: An interim guidance endorsed by the International Society of Aerosols in Medicine. Journal of Aerosol Medicine and Pulmonary Drug Delivery 2020; 33(0): <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jamp.2020.1615> (accessed 14 August 2020) 4. Dugernier J, Reyckler G, Wittebole X, Roeseler J, Depoortere V, Sottiaux T, et al. Aerosol delivery with two ventilation modes during mechanical ventilation: a randomized study. Ann Intensive Care [Internet]. 2016/07/23. 2016 Dec [cited 2018 Oct 5];6(1):73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27447788> 5. MacIntyre NR, Silver RM, Miller CW, Schuler F, Coleman RE. Aerosol delivery in intubated, mechanically ventilated patients. Crit Care Med [Internet]. 1985/02/01. 1985 Feb [cited 2019 Apr 17];13(2):81-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/39675081>



A WORD FROM THE PRESIDENT



As you know, in August 2020, the *Ordre* presented a memorandum to the *Office des professions (OPQ)* to support its request in raising the initial training level in respiratory therapy to a bachelor's degree. Recall that this memorandum was written in collaboration with the *Collège des médecins du Québec (CMQ)* that supports our request.

On June 21st, a meeting was held with governmental authorities (*OPQ*, the *ministère de l'Enseignement supérieur [MES]*, the *ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]*, and the *Secrétariat du Conseil du trésor [SCT]*) to inform us of the conclusions reached by the committee mandated to examine our request. Here are the main points:

- from the outset, they admit that the collegiate study program, as it stands now, does not entirely meet labour market requirements and that it needs to be updated;
- however, they consider that raising the level to a university diploma to get a permit to practice respiratory therapy does not appear to be the best solution. According to them, a revised initial training at the college level would allow respiratory therapists to acquire the necessary knowledge to fully occupy the field of practice when entering the profession;
- they acknowledge the problems underlined in our memorandum; the status quo is not considered. Thus, they send us back to a work committee on the respiratory therapy workforce to determine the skills required to train a respiratory therapist and the level of training needed to develop these skills.

These conclusions, for which neither justification nor explanation was initially communicated to us by the governmental authorities, were a big surprise but, above all, filled us with dismay. Considering our extremely well-documented memorandum, the government is content with a dull answer, without any clarifications, while sending us back to yet another umpteenth work committee.

Receiving this uppercut made us stagger, but it certainly did not knock us out.

Access of information requests were made to follow the Government's reasoning. This allowed us to understand that the inadequacy of the actual training level is recognized by all concerned ministries, but they fear raising the training level will have repercussions on the organizational stakes and the human and financial resources of the network.

For now, in the eyes of the government, it seems financial considerations take precedent over the adequate protection of the public.

National work group

The national work group on the organization of care and the respiratory therapy workforce (thereafter « national work group ») has been entrusted with two mandates. First, it must revisit the optimal use of resources in respiratory therapy during a period of blatant labour shortage. This work is already in progress.

Around mid-October, the national work group will then be called upon to analyze the actual content of the initial training in relation with the required skills to practice the profession of respiratory therapy in the province of Québec. This work should be spread out through the end of the year. After that, a waiting period of 18 to 24 months will be required before implementation of the new training program by the schools.

A WORD FROM THE PRESIDENT



OPIQ in action

In the meantime, standing idly is simply out of the question for us! Here are some of the actions already taken or ongoing.

- Meeting request with the minister for Health and Social Services and with the minister for Higher Education to obtain detailed explanations on this decision and to present our point of view to them. The minister for Health and Social Services has declined our request, but a meeting with the minister for Higher Education is planned soon.
- Passing on our conditions for taking part in the national work group meetings, so as to ensure that these work sessions are efficient and helpful to the profession.
- 6 virtual meetings with respiratory therapists to exchange on the proceedings' conclusions and inform them of our upcoming steps.
- Work in progress to establish the strategic positioning of respiratory therapists in political and public debates and the actions to plan.
- 4 meetings with the national work group to find solutions to the shortage in respiratory therapists.
- Meetings with the spokespersons of opposition parties in terms of higher education and health to position our demands.
- Meeting with our partners to communicate the conclusions of our request and know their intention regarding their backing on this issue.

Regarding this last point, understand that the *Collège des médecins du Québec*, the *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, the *Ordre des pharmaciens du Québec* and universities have all shown their solidarity and support our approach.

The upcoming months will be crucial for the future of the initial training level in respiratory therapy and we are setting up a strategy for the profession's future. The OPIQ will focus all its energy on making sure the initial training program allows respiratory therapists to acquire all the knowledge required for the contemporary practice of the profession. Whatever the outcome of this work, we will do all in our power to provide respiratory therapists an access to a university level training, be it mandatory or not.

I wish you a beautiful fall season. Looking forward to « seeing » you virtually at the annual general assembly on November 12 and during our convention on November 13, 2021. 🍂



Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.
President



C'est sous le thème **Ensemble, on sauve des vies** que nous avons imaginé nos retrouvailles en présentiel, mais qu'à cela ne tienne, il convient fort bien à ce rendez-vous virtuel!

Plusieurs de nos conférenciers et conférencières chouchous sont au programme (samedi AM, samedi PM)

Information et inscription

6 heures de formation continue seront reconnues aux participant(e)s.



Masimo softFlow™

Thérapie à haut débit nasal

Le softFlow offre une assistance respiratoire grâce à une canule nasale souple, délivrant un flux constant et précis pendant l'inspiration et l'expiration afin d'améliorer les bénéfices de la thérapie.

- > Débit réglable de 10 à 60 L/min par incrément de 0,5 L/min pour répondre au débit inspiratoire spécifique de chaque patient
- > L'oxygène et l'air sont humidifiés et réchauffés pour aider à fournir un confort thérapeutique tout en favorisant l'élimination du mucus^{1,2}
- > Possibilité d'administrer entre 0-60 L/min d'oxygène et jusqu'à 100 % de FiO₂ selon les besoins spécifiques du patient
- > La conception unique de la tubulure et de la canule en une seule pièce permet au fil chauffant de se déployer jusqu'à la canule nasale afin de réduire la condensation

Consulter [masimo.ca/products/ventilator/masimo-softflow](https://www.masimo.ca/products/ventilator/masimo-softflow) pour en apprendre davantage.

¹Hasani A et al. *Chron Respir Dis*. 2008;5(2):81-86. ² Roca O et al. *Respir Care*. 2010;55(4):408-413.

Pour usage professionnel. Voir les instructions d'utilisation pour les informations de prescription complètes, y compris les indications, les contre-indications, les avertissements et les précautions.



Les saines habitudes de vie... plus nécessaires que jamais!



par **Marise Tétreault**, inh., M.A., coordonnatrice aux communications, OPIQ.

Introduction

La pandémie et les mesures de confinement instaurées ont bouleversé notre mode de vie, entraînant, entre autres, des changements dans les habitudes de vie. Un récent [sondage québécois \(février 2021\)](#) rapportait un recul dans cinq des six habitudes de vie par rapport à avant la pandémie : augmentation du temps consacré aux écrans, préoccupation à l'égard du poids et de la consommation de malbouffe, diminution de la qualité du sommeil et de la pratique d'activité physique*. Or, cette détérioration ne peut être passée sous silence en raison des impacts éventuels sur la santé mentale et sur l'apparition ou l'évolution de certaines maladies chroniques.

De nombreuses interventions demeurent à la portée des inhalothérapeutes cliniciens afin d'encourager l'adoption (ou le maintien) de saines habitudes de vie par la population en général et par nos patient(e)s en particulier. 🍌

NDLR Compte tenu de l'ampleur du programme En santé cardiorespiratoire et de l'impossibilité d'aborder ici tout ce qui le concerne, nous discuterons des principales habitudes de vie (illustration 1).

* Note de l'INSPQ : afin d'alléger le texte, les six thématiques sont regroupées sous l'expression « habitudes de vie » même si la préoccupation à l'égard du poids et la qualité du sommeil ne sont pas des habitudes de vie au sens traditionnel du terme.

ENSEMBLE, poursuivront nos actions en faveur des saines habitudes de vie!

Illustration 1. Principales habitudes de vie.



Tabagisme



Vapotage chez la clientèle adolescente



Hygiène du sommeil



Temps d'écran chez les jeunes



Comportement physiquement actif



Alimentation saine et équilibrée

Abandon du tabagisme : intervenir auprès des personnes fumeuses



par **Marise Tétrault**, inh., M.A., coordonnatrice aux communications, OPIQ.

Les gens sont plus susceptibles de cesser de fumer si un professionnel le leur conseille.

Or, vous êtes ce professionnel!

Cesser de fumer ce n'est pas « juste » une question de volonté, c'est aussi, et surtout, une question de dépendance ! Cela dit, si ce n'est pas une « mauvaise habitude » en soi, fumer s'associe parfaitement aux habitudes de vie ! En effet, dans leur quotidien, les personnes qui fument développent des habitudes, comme fumer au réveil, fumer en buvant un café, après le repas ou en voiture, fumer avec des amis, en sirotant un verre de vin ou fumer en réponse à un stress ou à une contrariété, pour ne nommer que celles-ci¹.

La dynamique du renoncement au tabac est complexe. La route vers la cessation tabagique peut être longue pour tous ceux qui font usage du tabac, à un moment ou à un autre de leur vie. De même, plusieurs tentatives peuvent s'avérer nécessaires avant de parvenir (ou non) à cesser de fumer pour de bon².

Usage du tabac au Québec : que disent les faits ?

Adultes québécois : pandémie et consommation de tabac au Québec³

De nombreuses études (revues systématiques et métaanalyses) ont démontré que les fumeurs ayant contracté la COVID-19 étaient plus à risque de complications que les non-fumeurs. Pour certaines personnes fumeuses, le contexte pandémique représente un incitatif à cesser de fumer, alors que pour d'autres, le stress induit rend la démarche de renoncement plus difficile ou les incite à fumer davantage.

en santé
cardi-respiratoire
5 ans

Les figures 1 et 2 représentent la répartition (%) des adultes québécois fumeurs de cigarettes selon qu'ils ont augmenté (de façon importante ou légèrement), diminué (de façon importante ou légèrement) ou maintenu leur consommation de cigarettes par rapport à celle d'avant la pandémie, selon le sexe et l'âge des répondants, le type de fumeur et leur inquiétude à l'idée d'attraper la COVID-19 (août 2021).

Figure 1. Répartition (%) selon le sexe et l'âge.

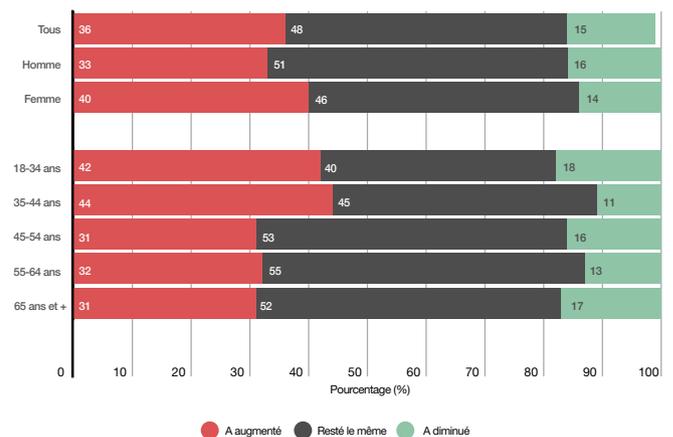
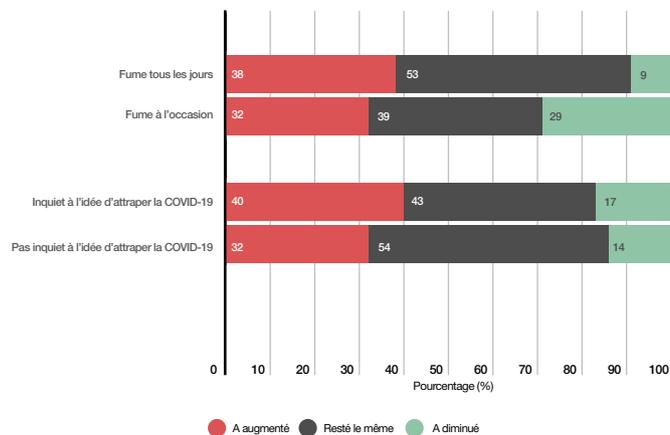
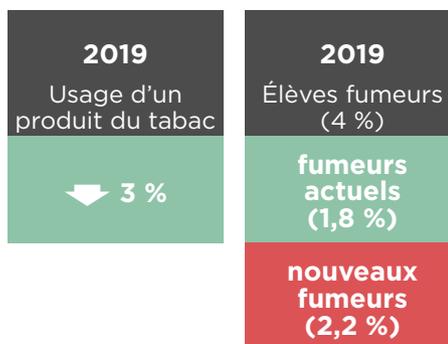


Figure 2. Répartition (%) selon le type de fumeur et inquiétude.



Élèves du secondaire : usage des produits du tabac (entre 2013 et 2019)⁴



Marquizz show
Posez-lui votre question!

Depuis le premier jour de la pandémie, D^r François Marquis a répondu à des centaines des questions dans de nombreux médias parlés et écrits. Aujourd'hui, il vous offre la possibilité de lui poser **vosre question!**

Vos collègues et vous avez une question dont la réponse intéressera l'ensemble des inhalothérapeutes (p. ex. : soins critiques, assistance ventilatoire, réanimation cardiorespiratoire, COVID-19)?

Posez votre question et courez la chance qu'elle soit répondue en direct du **Marquizz show** le 13 novembre prochain.

DOSSIER

Saines habitudes de vie

2

- En 2019, 9 % des élèves du secondaire ont consommé au moins un produit du tabac au cours des 30 derniers jours (cigarette, cigarillo ou petit cigare ou autres produits du tabac). Entre 2013 et 2019, l'usage de produits du tabac a poursuivi sa décroissance (12 % c. 9 %), et ce, tant chez les garçons que chez les filles.
- La proportion d'élèves fumeurs, c'est-à-dire ceux ayant fumé la cigarette au cours des 30 derniers jours, était d'environ 4 % en 2019, soit 1,8 % de fumeurs actuels et 2,2 % de fumeurs débutants. Entre 2013 et 2019, la proportion d'élèves fumeurs de cigarettes continue donc de baisser (6 % c. 4 %).
- Un élève sur 10 est exposé chaque jour ou presque à la fumée de cigarette des autres à la maison (10 %) ; environ 4,5 % dans un véhicule automobile et un sur 10 sur le terrain de l'école (11 %).
- La grande majorité des élèves du secondaire associent un risque modéré ou élevé pour la santé à la consommation régulière de cigarettes (96 %). Cette proportion est de 59 % pour la consommation occasionnelle.

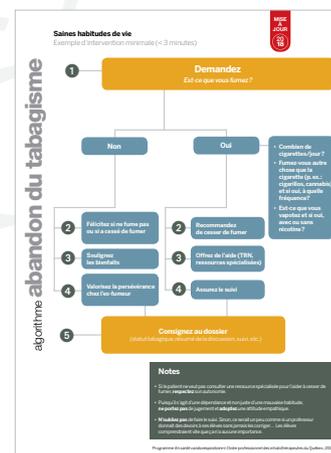
Note méthodologique : au total, 5 192 jeunes, de la 1^{re} à la 5^e année du secondaire, répartis dans 165 écoles du Québec ont participé à l'enquête de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) publiée en mai 2021.



Intervenir efficacement et systématiquement

Chaque rencontre clinique qui s'y prête est une occasion à saisir pour intervenir, même minimalement, auprès d'une personne qui fume. En pratique clinique, un processus d'identification des patients fumeurs est en place (ou en projet) au sein de plusieurs établissements de santé afin d'offrir une prise en charge systématique dans le cadre, notamment, des soins courants prodigués (hospitalisation ou consultations externes).

Exemple d'intervention minimale en faveur de l'abandon du tabagisme [OPIQ, MàJ 2018]



INFIRMIÈRES

INFIRMIÈRES
AUXILIAIRES

PERFUSIONNISTES
CLINIQUES

INHALOTHÉRAPEUTES

NOUS SOMMES LA SOLUTION.



fiqsante.qc.ca

Depuis 2018, les inhalothérapeutes sont autorisés à prescrire des médicaments pour la cessation tabagique par le Collège des médecins du Québec (CMQ). Cette autorisation vient reconnaître les compétences de l'inhalothérapeute dans le domaine de la santé publique⁵. Cette activité autorisée permet de faire équipe avec les médecins, les infirmières et les pharmaciens dans la lutte contre le tabagisme, tout en militant pour une meilleure santé cardiorespiratoire.



Ressources utiles liées à l'activité de prescrire un médicament pour la cessation tabagique :

- Page Web (OPIQ) : [Prescription de médicaments pour la cessation tabagique](#)
- Guide de pratique clinique (OPIQ) : *Prescription de médicaments pour la cessation tabagique* (mis à jour 2020)
- Formation OPIQ-3003 : *La prescription de médicaments pour la cessation tabagique*, ([Campus OPIQ](#))
- Cadre de référence (CMQ-OIIQ-OPQ-OPIQ) : *Pratique professionnelle en abandon du tabac* (2020)

Vous manquez de temps pour intervenir efficacement? Pas de soucis...

Plusieurs services spécialisés sont accessibles pour soutenir les personnes fumeuses qui souhaitent arrêter de fumer. Il en existe à l'échelle locale — il y en peut-être un dans votre organisation —, régionale ou provinciale, comme les [Services J'ARRÊTE](#) (ou [I quit now!](#)) qui sont déployés au Québec depuis des années. Ces derniers comprennent une ligne téléphonique, une aide en personne ou par téléphone dans l'un des nombreux centres d'abandon du tabagisme (CAT), un site Web ainsi qu'une aide par texto (SMAT). Ce sont des services complets, confidentiels et gratuits qui ont déjà démontré leur efficacité à aider les fumeurs à cesser de fumer. 🍌

J'ARRÊTE



Québec sans tabac

<https://quebecsanstabac.ca/jarrete>

Le saviez-vous ?

Tout inhalothérapeute peut utiliser le [formulaire de référence et de suivi par télécopieur \(réservé à l'usage des professionnels de la santé du Québec\)](#) pour faire une demande de suivi téléphonique **auprès d'un patient fumeur**. Ce service, offert par la ligne J'ARRÊTE, s'effectue dans les trois jours ouvrables suivant la réception du formulaire.



Références

- 1 JUTRAS, C. Janvier 2017. «[Quelques trois minutes pour changer une vie](#)». *l'inhalo*, vol. 34, n° 3, p. 8-12.
- 2 SHIELDS, M., GARNER, R. E., WILKINS, K. Février 2013. [Dynamique du renoncement au tabac et qualité de vie liée à la santé chez les Canadiens](#). Statistiques Canada.
- 3 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). Aout 2021. *COVID-19 – Sondages sur les attitudes et comportements des adultes québécois: Pandémie et consommation de cannabis, de tabac et d'alcool – 24 aout 2021*.
- 4 INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. Mai 2021. [Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire 2019. Principaux résultats de l'enquête et évolution des phénomènes](#), 194 p.
- 5 Le concept de santé publique a évolué au fil du temps et les définitions sont nombreuses et variées. Tous s'entendent pour le définir minimalement comme un ensemble d'actions en vue d'améliorer la santé de la population

TRELEGY ELLIPTA A OBTENU UN CODE DE MÉDICAMENT D'EXCEPTION DE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ™)*



TRELEGY ELLIPTA

furoate de fluticasone, umécliclidinium et vilantérol

MEMBRE DE
MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA

* Marque officielle de la Régie de l'assurance maladie du Québec
Les marques de commerce sont détenues ou utilisées sous licence
par le groupe de sociétés GSK.
TRELEGY ELLIPTA a été mis au point en collaboration avec INNOVIVA.
©2021 Groupe de sociétés GSK ou son concédant de licence.

09645
07/21

Les nouveaux visages de la nicotine

par Anick Labelle

Source : LABELLE, A. Juin 2021. « Les nouveaux visages de la nicotine ». *info-tabac*, n° 151. Reproduction autorisée.

La consommation de la nicotine change : le taux de tabagisme diminue peu à peu, alors que celui du vapotage augmente en flèche. Pis encore, ces nouveaux produits attirent proportionnellement plus de jeunes que d'adultes.

Les appareils de vapotage, avec leur pile, leur élément chauffant et leurs liquides aromatisés, transforment la consommation de la nicotine. Les dernières données sur l'usage du tabac et des produits de vapotage de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et de Statistique Canada le confirment. Si l'usage du tabac combustible poursuit sa lente décroissance, celui des produits de vapotage s'élève ou se maintient, surtout parmi les adolescents et les jeunes adultes.

En parallèle, de nouveaux outils cliniques permettent d'accompagner les vapoteurs souhaitant se libérer de leur dépendance à la nicotine (voir l'article [Comment renoncer aux produits de vapotage ?](#)). Il reste toutefois à créer des corridors de services et à mieux coordonner les professionnels concernés par ce dossier, que ce soit dans le réseau scolaire ou celui de la santé. Le temps presse, car les jeunes qui vapotent [quadrupleraient leur risque de s'initier au tabagisme](#).

LES ÉLÈVES DU SECONDAIRE QUI VAPOTENT

90 %

utilisent
des liquides
contenant
de la nicotine

85 %

vapotent
principalement
des liquides
à saveur de fruits

30 %

vapotent
tous les jours
ou presque

1. L'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES)

En novembre et décembre 2019, l'ISQ a questionné 5100 élèves québécois de la 1^{re} à la 5^e secondaire dans le cadre de son [ETADJES](#). L'édition précédente de cette enquête datait de 2013.

Notons d'abord la bonne nouvelle : en six ans, la proportion de jeunes qui ont fumé un produit du tabac combustible au cours des 30 derniers jours est descendue de 12 % à 9 %. La proportion de fumeurs parmi les élèves de 5^e secondaire demeure toutefois beaucoup plus élevée, à 15 %.

L'autre bonne nouvelle, c'est que les adolescents commencent plus tardivement à fumer une cigarette entière. En 2013, 2 % d'entre eux l'avaient fait avant l'âge de 12 ans ; en 2019, cette proportion avait diminué de plus de la moitié, à 0,6 %.



Explosion du vapotage



Entre-temps, l'usage des produits de vapotage a explosé, ce qui inquiète les milieux scolaire et politique, ainsi que celui de la santé. En six ans, la proportion d'adolescents québécois qui ont vapoté au cours des 30 derniers jours a crû de 4 % à 21 %. En 5^e secondaire, il s'agit de plus d'un élève sur trois (35 %).

En dernière analyse, l'ISQ conclut que **23 % des jeunes consomment de la nicotine aujourd'hui**, puisqu'il ne compte qu'une seule fois les doubles utilisateurs, c'est-à-dire ceux qui fument et qui vapotent (7 %).

Une dépendance méconnue

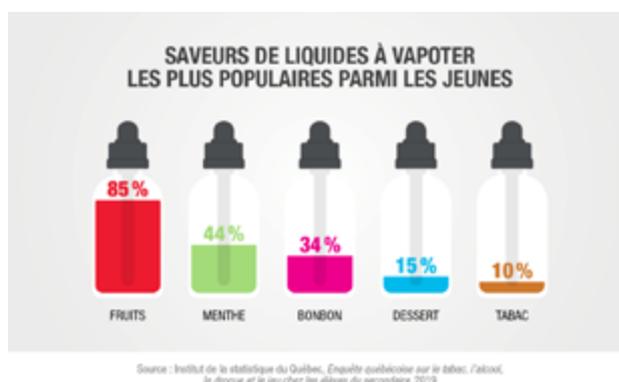
Les élèves qui vapotent — ou qui se *dosent*, comme certains le disent eux-mêmes — présentent une forte probabilité de devenir dépendants à la nicotine. Non seulement 90 % d'entre eux choisissent-ils des liquides à vapoter avec de la nicotine, mais leur cerveau en développement est particulièrement sensible à cette substance hautement toxicomanogène. Pour les auteurs de l'*ETADJES*, le vapotage pourrait donc « augmenter les risques [qu'un] jeune passe à la cigarette plus tard ».

À l'heure actuelle, plusieurs adolescents ayant vapoté au cours des 30 derniers jours semblent souffrir d'une dépendance à leur insu. Parmi eux, seulement un sur six (16 %) s'estime assez ou très dépendant.

Pourtant, près de 30 % des jeunes vapoteurs aspirent des bouffées de leur appareil tous les jours ou presque.

De plus, on devine qu'une bonne partie des jeunes vapoteurs se *dosent* vraisemblablement sur le terrain de l'école, puisque 21 % de tous les élèves respirent des aérosols secondaires de façon quotidienne ou quasi quotidienne. En 5^e secondaire, cette exposition aux aérosols touche 32 % des élèves.

Un risque sous-estimé



Une autre donnée inquiétante se dégage : si 90 % des adolescents croient que vapoter tous les jours présente un risque modéré ou élevé, seulement 44 % d'entre eux estiment que c'est aussi le cas du vapotage occasionnel. Or, si la fréquence de consommation d'un produit influe sur son niveau de dangerosité, c'est également le cas de la durée de cette consommation et des quantités consommées. En somme, les méfaits du vapotage sur la santé demeurent indéniables, qu'un vapoteur se *dose* chaque jour ou à l'occasion.

Enfin, mentionnons que les élèves qui vapotent consomment surtout des liquides à saveur de fruits (85 %), de menthe (44 %), de bonbon (34 %), de dessert (15 %) ou de tabac (10 %).

Facteurs de risque communs aux vapoteurs et aux fumeurs

Les adolescents qui vapotent présentent plusieurs points communs avec ceux qui fument la cigarette. Par exemple, ils se procurent essentiellement de la même façon leur produit nicotiné : celui-ci leur est donné par un ami (chez 72 % des vapoteurs et 63 % des fumeurs) ou l'achat est effectué par une autre personne (chez environ 40 % d'entre eux).

De plus, parmi les jeunes qui vapotent ou qui fument, environ un sur six trouve en magasin son nécessaire à vapoter (13 %) ou son tabac (18 %), bien que la *Loi concernant la lutte contre le tabagisme* interdise la vente aux mineurs. Enfin, si 8 % des jeunes vapoteurs s'approvisionnent sur Internet, l'ISQ ignore quelle proportion de jeunes fumeurs se procure du tabac en ligne.

Les élèves qui ont vapoté ou fumé au cours des 30 derniers jours partagent également de nombreux facteurs de risque. Ils sont tous plus susceptibles :

- de provenir d'une famille monoparentale ou reconstituée, plutôt que d'une famille biparentale ou en garde partagée ;
- d'avoir des parents sans diplôme d'études secondaires, plutôt que des parents diplômés de l'université ;

- de recevoir une allocation hebdomadaire de 51 \$ ou plus, plutôt que de 10 \$ ou moins;
- de compter, respectivement, beaucoup d'amis et de parents qui vapotent ou qui fument la cigarette.

Enfin, de manière étonnante, l'*ETADJES* signale que la probabilité qu'un jeune vapote ou fume ne dépendrait pas du milieu socioéconomique de son école.

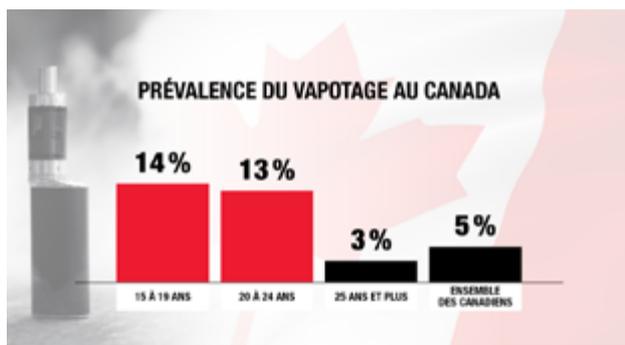
2. L'Enquête canadienne sur le tabac et la nicotine (ECTN)

En 2019, Statistique Canada a remplacé l'*Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD)* par l'*ECTN*. L'*ECTN* est moins représentative que l'*ECTAD*, puisqu'elle sonde environ deux fois moins de Canadiens. Plus précisément, [l'édition 2020 de l'enquête](#) s'appuie sur des données récoltées auprès de quelque 8100 Canadiens âgés de 15 ans et plus, entre décembre 2020 et janvier 2021.

À l'instar de l'*ETADJES*, l'*ECTN* révèle un déclin de la prévalence du tabagisme, qui a chuté de 14 % à 12 % [depuis 2019](#) pour l'ensemble des produits tabagiques, selon [les statistiques détaillées obtenues par Info-tabac](#).

Le portrait que l'enquête dresse des jeunes est plus contrasté. Le recul relevé chez les 20 à 24 ans est marqué (de 18 % à 13 %), alors qu'il est à peine perceptible chez ceux de 15 à 19 ans (de 7 % à 6 %).

Le vapotage, une affaire de jeunes



Contrairement au taux de tabagisme, celui du vapotage est resté stable. En 2020, comme en 2019, 5 % des Canadiens ont aspiré ces aérosols chimiques au cours des 30 derniers jours. En outre, ce comportement demeure surtout populaire chez les jeunes. Ainsi, parmi les Canadiens de 15 à 19 ans, un sur sept vapote (14 %). Chez les 25 ans et plus, c'est moins d'une personne sur vingt (3 %).

Mentionnons aussi que, si les saveurs de fruits obtiennent la préférence de tous les vapoteurs, elles restent [plus populaires auprès des jeunes de 15 à 19 ans \(63 %\) qu'auprès des adultes de 25 ans et plus \(38 %\)](#). [Les raisons de vapoter changent également selon le groupe d'âge](#). Les trois quarts des jeunes de 15 à 19 ans se *dosent* par plaisir, par curiosité ou pour diminuer leur stress. À l'inverse, un peu plus de la moitié des adultes de 25 ans et plus utilisent une cigarette électronique pour cesser de fumer, réduire leur usage de la cigarette ou éviter de recommencer.

Qui plus est, une moins grande proportion de fumeurs a choisi le vapotage pour se libérer du tabac en 2020 (27 %) qu'en 2019 (36 %). En 2020, parmi ceux qui ont essayé d'arrêter de fumer :

- 65 % ont tenté d'y arriver par eux-mêmes, sans aide;
- 49 % ont réduit leur consommation de cigarettes;
- 32 % ont opté pour une thérapie de remplacement de la nicotine;
- 27 % ont utilisé un produit de vapotage.

Les Services J'ARRÊTE n'ont attiré que 2 % des fumeurs et ex-fumeurs, leur popularité se classant derrière celle du pacte avec un ami ou un proche (13 %) et celle des applications pour téléphone intelligent (6 %).

3. L'Enquête québécoise sur le tabac et les produits de vapotage (EQTPV)



La première *EQTPV* a été lancée en 2020, pour remplacer l'*Enquête sur les habitudes tabagiques des Québécois*. Pour sa première édition, elle a sondé 13 500 Québécois de 15 ans et plus entre juillet et novembre 2020.

Comme l'*ECTN*, cette enquête québécoise confirme de nettes différences générationnelles dans l'usage des produits du tabac et de vapotage. Parmi les répondants qui ont fumé ou vapoté au cours des 30 derniers jours, 21 % des personnes de 15 à 24 ans ont fumé et vapoté. Parmi les répondants de 25 ans et plus, c'est « à peine » 8 %.

L'*EQTPV* signale aussi que les fumeurs ayant tenté de se libérer du tabac au cours des deux dernières années ont moins eu recours au vapotage (21 %) qu'à une aide pharmacologique (38 %). Enfin, parmi les vapoteurs, non moins de 43 % souhaitent se libérer de leur dépendance à la nicotine. Pour y arriver, 17 % d'entre eux songent à se tourner vers... une aide pharmacologique.

Il n'y a aucun doute: les utilisateurs de nicotine changent, de même que leurs modes de consommation, mais leur dépendance, elle, demeure! 🍷

**Si vous avez aimé cet article,
abonnez-vous gratuitement à l'infolettre d'Info-tabac.**

info-tabac.ca
Revue pour un Québec sans fumée

Évoluer pour inspirer de meilleurs soins

SoKINOX^{MC} fait passer le traitement par inhalation au monoxyde d'azote à un niveau supérieur

Assistance clinique 24/7

- Notre équipe interne des affaires cliniques est expérimentée et dévouée aux professionnels canadiens de la santé. Elle soutient l'administration de monoxyde d'azote avec le SoKINOX en s'appuyant sur son expertise relative aux applications cliniques et en offrant de la formation.

Amélioration continue

- SoKINOX a été conçu et développé en intégrant d'importants tests et principes relatifs aux facteurs humains. L'équipe de développement améliore en continu le dispositif et son interface utilisateur afin de dépasser les exigences cliniques et d'acuité des besoins du patient, qui évoluent sans cesse.

Offrir l'excellence

- SoKINOX propose un dispositif novateur et intuitif de dosage et de surveillance du traitement iNO associé à un modèle d'affaires simplifié. Nous offrons ainsi aux cliniciens un dispositif fiable, précis et facile à utiliser dans un environnement de soins de santé en constante évolution.



Grand écran tactile couleur doté d'une interface facile d'utilisation. Comprend un contrôle avant utilisation convivial qui favorise une réponse rapide et sans erreur en cas d'urgence



Le remplacement automatique des bouteilles assure la continuité du traitement, tout en réduisant au minimum les manipulations par l'utilisateur

airliquidehealthcare.ca

Air Liquide Healthcare est un chef de file mondial des gaz médicaux et des soins de santé à domicile. Notre objectif est de fournir à nos clients, dans la continuité des soins de l'hôpital jusqu'à la maison, des gaz médicaux et des produits de soins respiratoires qui contribuent à protéger les vies vulnérables.

**Changer la santé.
Avec vous.**

Abandon des produits de vapotage : intervenir auprès des adolescents



par **Marise Tétrault**, inh., M.A., coordonnatrice aux communications, OPIQ.

L'usage de produits de vapotage chez les adolescents et les jeunes adultes a connu une croissance exponentielle dans le monde et les adolescents d'ici n'y font pas exception¹. Or, le vapotage chez les jeunes est notamment associé à un risque accru de pneumopathie, de cardiopathie et de blessures accidentelles².

Par ailleurs, l'introduction de cigarettes électroniques à capsules (p. ex. *JUUL*) sur le marché est généralement associée à une croissance rapide du vapotage chez les jeunes. Celles-ci, plus faciles à utiliser et plus discrètes, peuvent contenir du cannabis ou de la nicotine à forte concentration³. De ce fait, les adolescents qui vapotent (ou qui se *dosent*) sont à risque de développer une dépendance à la nicotine et d'expérimenter la cigarette de tabac. Qui plus est, les jeunes sont particulièrement sensibles aux effets néfastes de la nicotine, car elle altère le développement du cerveau et peut nuire à la mémoire et à la concentration chez les jeunes⁴.

Usage des produits de vapotage chez les élèves du secondaire : que disent les faits ?*5

| Vapoteuse avec nicotine | Vapotent au quotidien |
|-------------------------|-----------------------|
| 90 % | ~ 30 % |

- L'utilisation de la cigarette électronique (au cours des 30 jours précédant l'enquête) a augmenté considérablement, de 4 % à 21 %, tant chez les garçons que les filles.
- La grande majorité a utilisé des cigarettes électroniques qui contenaient de la nicotine (90 %).
- Environ 3 élèves vapoteurs sur 10 (30 %) vapotent tous les jours ou presque.

- Un peu plus d'un élève sur 10 est exposé à l'aérosol de cigarette électronique chaque jour ou presque à la maison (13 %) ; près d'un sur cinq dans un véhicule automobile (19 %) et plus d'un sur deux sur le terrain de l'école (57 %).
- La grande majorité des élèves du secondaire associent un risque modéré ou élevé pour la santé à l'utilisation régulière de la cigarette électronique (90 %). La proportion est de 43 % pour l'utilisation occasionnelle.

* Entre 2013 et 2019.

Note méthodologique : au total, 5 192 jeunes, de la 1^{re} à la 5^e année du secondaire, répartis dans 165 écoles du Québec ont participé à l'enquête de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) publiée en mai 2021.

Le saviez-vous ?

- Si la cigarette électronique représente un outil de renoncement pour certains fumeurs dépendants à la nicotine, ce sont plus de 30 % des vapoteurs quotidiens (âgés de 15 ans et plus) qui rapportaient en 2019 avoir fait au moins une tentative de renoncement au cours de l'année précédente, ce qui témoigne d'une volonté à cesser l'usage de la vapoteuse⁶.
- Pour l'heure, la Société canadienne de pédiatrie ne recommande pas le vapotage comme outil d'abandon du tabagisme chez les jeunes.

Plus récemment (2021), la Société canadienne de pédiatrie (SCP) recommande que les professionnels de la santé qui travaillent en milieu pédiatrique⁷:

1. Discutent des méfaits du vapotage avec les adolescents qui les consultent.
2. Évaluent l'usage de la vapoteuse en utilisant un outil de dépistage fondé sur les données scientifiques. À cet égard, certains outils de dépistage standardisés utilisés pour échanger sur les comportements d'usage d'alcool et de substances psychoactives peuvent être adaptés pour discuter de vapotage. Voici deux outils recommandés et qui peuvent être adaptés si besoin :
 - **S2BI**: dépistage pour une brève intervention (*Screening to Brief Intervention*)
 - **CRAFTT**: voiture, détente, solitude, oubli, amis et problèmes (*Car-Relax-Along-Forget-Friends-Trouble*).
NDLR La version 2.12+N de cet outil comprend des questions spécifiques sur l'utilisation de dispositifs de vapotage contenant de la nicotine ou des arômes ou l'utilisation de produits de tabac. L'outil est accessible gratuitement en plusieurs langues, donc le français.
3. Informent les jeunes et les familles quant aux risques encourus :
 - d'exposition directe ou secondaire aux aérosols du vapotage ;
 - d'ingestion des substances à vapoter ;
 - de défectuosité des dispositifs de vapotage ;
 - liés à l'utilisation de produits de vapotage non réglementés.
4. Utilisent des stratégies comportementales dont l'efficacité est démontrée pour le contrôle d'un usage inapproprié ou abusif d'autres substances, comme l'entrevue motivationnelle, le counseling individuel ou en groupe, les démarches à partir d'applications mobiles ou de ressources en ligne.
5. Envisagent d'offrir aux jeunes dépendants à la nicotine ou qui éprouvent des symptômes de sevrage, une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN).

Pour plus d'informations sur les recommandations de la SCP, veuillez consulter le guide du clinicien reproduit avec autorisation en pages 23 et 24. Ce document offre des conseils pour les jeunes et les parents. Un outil d'évaluation des jeunes qui déclarent utiliser un produit ou un dispositif de vapotage est aussi présenté.

Tout cela dit, la problématique du vapotage chez les jeunes est en évolution continue. Pour cette raison, l'INSPQ soutient la pertinence pour les cliniciens de s'assurer que les interventions sont toujours conformes aux tendances d'usage, aux perceptions de la population ciblée, ainsi qu'aux connaissances scientifiques les plus récentes⁸.

Lectures/ressources complémentaires:

INSPQ: [Interventions efficaces ou prometteuses de renoncement aux produits de vapotage](#) (avril 2021)

SCP: [Des stratégies pour promouvoir l'abandon du tabac chez les adolescents](#)

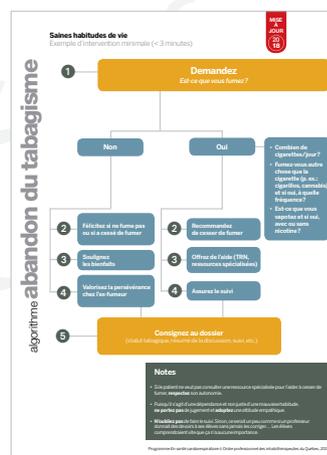
Anick Labelle pour *info-tabac* | Société canadienne du cancer: [Comment renoncer aux produits de vapotage](#) (juin 2021, n° 151)



Intervenir efficacement

Chaque rencontre clinique qui s'y prête est une occasion à saisir pour intervenir, même minimalement, en abandon des produits de vapotage auprès des jeunes dépendants à la nicotine. Dans l'attente d'outils validés propres au vapotage, la méthode des 5 A (*Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange*) peut être utilisée.

Exemple d'intervention minimale en faveur de l'abandon des produits de vapotage (adaptation requise) [OPIQ, MàJ 2018]



Références

- 1 GAMACHE, L., HAMILTON-LEAVITT, E. R. Mars 2021. [La prévention du vapotage chez les jeunes : un état des connaissances](#), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 60 p.
- 2 CHADI, N., VYVER, E., BÉLANGER, R. E. Avril 2021. [La protection des enfants et des adolescents contre les risques du vapotage](#). Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé de l'adolescent.
- 3 GAMACHE, HAMILTON-LEAVITT, *op. cit.*
- 4 SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. MàJ mai 2020. [Parler de vapotage avec votre adolescent](#).
- 5 INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. Mai 2021. [Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire 2019. Principaux résultats de l'enquête et évolution des phénomènes](#), 194 p.
- 6 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). Avril 2021. [Interventions efficaces ou prometteuses de renoncement aux produits de vapotage](#), 40 p.
- 7 CHADI, VYVER, BÉLANGER, *op. cit.*
- 8 GAMACHE, HAMILTON-LEAVITT, *op. cit.*

Source : CHADI, N. et coll.; Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé de l'adolescent. *La protection des enfants et des adolescents contre les risques du vapotage*. Avril 2021. Accessible à www.cps.ca/uploads/clinical/VapingTool-FR.pdf.
Reproduction autorisée.



Le vapotage

Guide du clinicien sur les conseils à donner aux jeunes et aux parents

Le vapotage comporte des risques importants pour la santé et la sécurité des enfants et des adolescents canadiens. Il est associé à un risque accru d'usage de tabac et de substances psychoactives, de troubles de santé mentale, de pneumopathie, de cardiopathie et de blessures accidentelles.

En 2019, 36 % des adolescents âgés de 15 à 19 ans ont déclaré avoir déjà essayé le vapotage, et 15 % avaient vapoté dans les 30 jours précédents.

La méthode en 5 étapes pour donner des conseils efficaces

Demander au jeune s'il vapote et quelles sont ses pratiques.

Conseiller au jeune de ne pas commencer et l'informer des risques pour la santé, comme la maladie pulmonaire associée au vapotage (MPAV). Lorsque la situation l'indique, lui conseiller de réduire ou d'abandonner le vapotage.

Évaluer sa motivation à réduire ou à abandonner le vapotage (s'il y a lieu). Au moyen d'une échelle sur 10, explorer plus attentivement son point de vue sur les raisons pour lesquelles il vapote (« Sur une échelle de un à dix, à quel point es-tu motivé à réduire ou à abandonner le vapotage? »)

Aider le jeune dans ses efforts pour s'abstenir, réduire sa consommation ou arrêter de vapoter, grâce à des stratégies et des mesures de soutien comportementales ou pharmacologiques (si la situation l'indique).

Prévoir un plan de suivi approprié, auquel participeront les membres de la famille ou des spécialistes, au besoin.

Dépister et intervenir

En toute confidentialité, vérifier auprès de tous les jeunes s'ils utilisent des produits de vapotage, et ce dès l'âge de 12 ans (ou plus tôt si la situation l'indique), à l'aide d'outils de dépistage fondés sur des données probantes comme les outils S2BI et CRAFFT, qui peuvent être adaptés en vue des échanges sur le vapotage.

Les stratégies d'abandon du vapotage

Pour aider le jeune à abandonner ou réduire sa consommation, utiliser des stratégies comportementales efficaces pour traiter les comportements de dépendance à d'autres substances psychoactives. L'entrevue motivationnelle, le counseling individuel ou en groupe et les ressources en ligne font partie de ces stratégies.

Chez les jeunes qui présentent une dépendance marquée à la nicotine ou des symptômes de sevrage à cause de produits de vapotage contenant de la nicotine, envisager de combiner des substituts nicotiques (ou traitements de remplacement de la nicotine, comme le timbre, la gomme ou les pastilles) aux stratégies comportementales.

Le vapotage ne doit pas servir d'outil d'abandon du tabac chez les jeunes, en raison de son manque d'efficacité et des données probantes sur les méfaits qu'il occasionne.

Source : CHADI, N. et coll.; Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé de l'adolescent. *La protection des enfants et des adolescents contre les risques du vapotage*. Avril 2021. Accessible à www.cps.ca/uploads/clinical/VapingTool-FR.pdf.
Reproduction autorisée.



L'évaluation des jeunes qui déclarent utiliser un produit ou un dispositif de vapotage

| Questions | Motif |
|--|---|
| Information sur le produit <ul style="list-style-type: none"> • Quel type et quelle marque de produit de vapotage utilises-tu? • Où et comment obtiens-tu tes cartouches, tes capsules (pods) ou ton liquide à vapoter? • Ces produits proviennent-ils d'un vendeur légitime (un magasin) ou pourrait-il s'agir de produits issus du marché noir? | <p>Selon des données préliminaires, les produits issus du marché illégal sont liés davantage aux MPAV et à d'autres méfaits du vapotage. En cas de lésion ou de maladie liée au vapotage, il faut transmettre l'information sur les produits utilisés aux autorités sanitaires.</p> |
| Les substances à vapoter <ul style="list-style-type: none"> • Quel type de cartouche ou de liquide as-tu l'habitude d'utiliser? En utilises-tu d'autres parfois? • Contiennent-ils de la nicotine? Du THC? Des saveurs? • Connais-tu la concentration de nicotine ou de THC (ou leur volume en milligrammes) contenue dans la cartouche ou le liquide que tu utilises? | <p>Le vapotage de nicotine et de THC rend les jeunes vulnérables aux troubles liés à la nicotine ou au cannabis, et les produits qui en contiennent des concentrations élevées semblent comporter un plus fort risque de MPAV.</p> |
| Les motifs <ul style="list-style-type: none"> • Quel âge avais-tu quand tu as commencé à vapoter? • Pourquoi as-tu commencé? • Pourquoi continues-tu de vapoter? Quels inconvénients du vapotage as-tu ressentis? | <p>L'usage précoce de substances psychoactives est lié à un plus grand risque de troubles de l'usage de substances au cours de la vie. En examinant les raisons du vapotage, on peut éclairer l'entrevue motivationnelle et les conseils sur l'abandon du vapotage.</p> |
| Le contexte <ul style="list-style-type: none"> • Combien de temps après le réveil commences-tu à vapoter? • Vapotes-tu à la maison, à l'école ou au travail? • Vapotes-tu régulièrement tout au long de la journée? • Vapotes-tu en solitaire ou avec des amis ou des membres de la famille? | <p>Le contexte peut éclairer les conseils pour favoriser l'abandon du vapotage.</p> |
| La fréquence et l'intensité <ul style="list-style-type: none"> • Combien de jours par semaine ou de fois par jour vapotes-tu? • Combien de temps dure une cartouche? Combien de cartouches utilises-tu dans une semaine normale ou combien de liquide consommes-tu dans une journée ou une semaine normale? | <p>Un usage fréquent rend les jeunes vulnérables aux symptômes de sevrage, ce dont il faut leur parler. Certains ont besoin d'un soutien supplémentaire.</p> |
| Les méfaits liés au vapotage <ul style="list-style-type: none"> • As-tu déjà essayé d'arrêter par tes propres moyens? • Pendant combien de temps as-tu pu te passer de vapoter? • Que se passe-t-il quand tu arrêtes? Ressens-tu des envies irrésistibles ou d'autres sentiments négatifs? • Nicotine : Éprouves-tu des symptômes de sevrage de la nicotine (irritabilité, humeur dépressive, problèmes de concentration, agitation, augmentation de l'appétit)? • THC : Éprouves-tu des conséquences négatives de l'usage du cannabis ou des symptômes de sevrage (anxiété, hostilité, troubles du sommeil, manque d'appétit, humeur dépressive)? As-tu déjà vécu des épisodes de vomissements persistants? As-tu déjà ressenti des symptômes de paranoïa, entendu des voix ou vu des choses qui n'existaient pas vraiment? | <p>Les tentatives d'abandon peuvent être entravées par des envies irrésistibles et d'autres symptômes de sevrage.</p> <p>Dans le cas de la nicotine, une pharmacothérapie peut réduire les symptômes.</p> |

Note : Il est conseillé d'utiliser des termes que les jeunes connaissent.

MPAV : maladie pulmonaire associée au vapotage, THC : tétrahydrocannabinol

Traduit et adapté de Hadland SE, Chadi N. Through the Haze: What Clinicians Can Do to Address Youth Vaping. *J Adol Health* 66:1;10-4.

Source : Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé de l'adolescent (auteur principal : docteur Nicholas Chadi). *La protection des enfants et des adolescents contre les risques du vapotage*. Avril 2021. Disponible à www.cps.ca.

Rad-97® CO-Oxymètre de pouls avec capnographie Nomoline®



Lignes d'échantillonnage Nomoline

Technologie avancée d'évacuation de l'humidité pour une surveillance respiratoire par capnographie efficace

Une représentation plus complète de l'état respiratoire du patient



Oxymétrie de pouls en continu et surveillance par capnographie



CO-Oxymétrie de pouls rehaussable Rainbow SET®



Monitoring en continu de plusieurs patients depuis une station de visualisation centrale avec notifications



Connectivité avancée et enregistrements électroniques automatisés vers dossier patient informatique (DPI)

Pour de plus amples informations, consulter www.masimo.ca

Pour usage professionnel. Voir les instructions d'utilisation pour les informations de prescription complètes, y compris les indications, les contre-indications, les avertissements et les précautions.

© 2021 Masimo. All rights reserved.



Hygiène du sommeil et temps d'écran : intervenir auprès des adultes, des adolescents et des enfants



par **Marise Tétreault**, inh., M.A., coordonnatrice aux communications, OPIQ.

Depuis toujours, la quantité et la qualité de sommeil ont une réelle incidence sur la santé globale de toute personne. Plus récemment, le temps de loisir passé devant l'écran d'un média numérique s'est ajouté aux habitudes de vie associées à la santé et au sommeil. Pour ces raisons, il est de bonne pratique de promouvoir auprès de la patientèle de tout âge l'adoption de saines habitudes du sommeil et la réduction du temps de loisir passé devant l'écran.

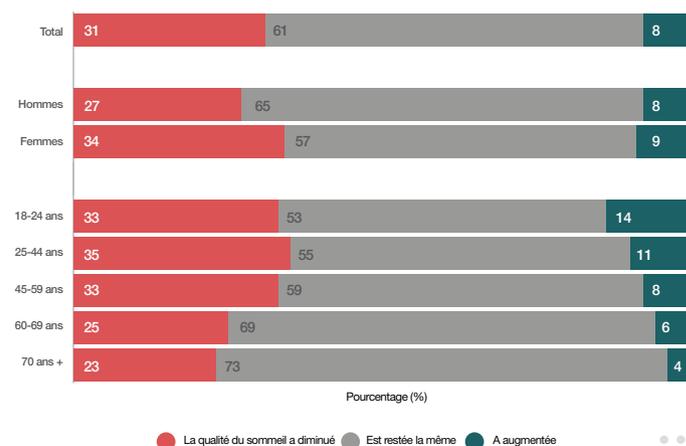
Que ce soit le téléphone intelligent, la tablette, la télévision, l'ordinateur ou la console de jeu, les médias numériques font aujourd'hui partie du quotidien de la plupart des familles. Sans surprise, la pandémie causée par la COVID-19 a eu un impact important sur les habitudes numériques des adultes québécois. À preuve, 63 % reconnaissent avoir passé plus de temps devant les écrans pendant la pandémie¹. Or, cette nouvelle habitude peut s'accompagner de nombreux méfaits pour la santé et le bien-être, dont la sédentarité, la dépression et les troubles du sommeil². Cela dit, le temps passé devant l'écran n'est toutefois pas le seul indicateur à considérer puisque la littérature scientifique souligne que la diversité des usages et des usagers appelle à la nuance. Ainsi, le contenu et le contexte d'utilisation, le stade de développement et les caractéristiques de l'utilisateur sont aussi des paramètres à considérer dans l'identification d'une utilisation des médias numériques à risque pour la santé³.

Qualité du sommeil et temps consacré aux écrans : que disent les faits ?

Adultes québécois : pandémie et qualité du sommeil^{4,5}

- Les figures 1 et 2 représentent la répartition (%) des changements observés par les adultes québécois concernant la qualité de leur sommeil dans le dernier mois comparativement à avant la pandémie :

Figure 1. Répartition (%) selon le sexe et l'âge (17 au 29 septembre 2021)

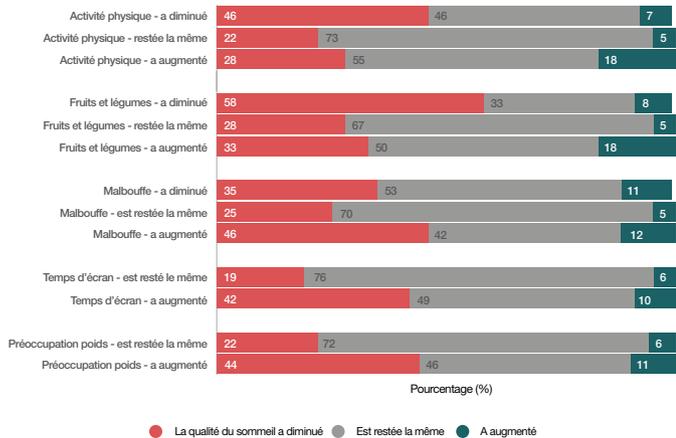


DOSSIER

Saines habitudes de vie

6

Figure 2. Répartition (%) selon les autres habitudes de vie (28 mai au 9 juin 2021).



- Les deux figures qui suivent représentent les changements observés par les adultes québécois concernant le temps consacré aux écrans dans le dernier mois comparativement à avant la pandémie

Figure 3. Répartition (%) selon le sexe et l'âge (17 au 29 septembre 2021).

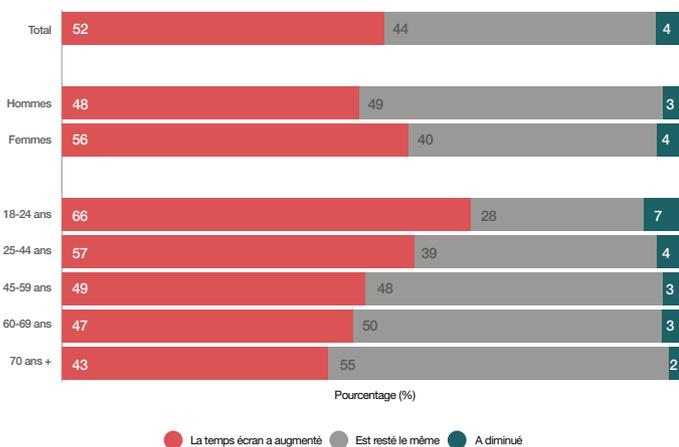
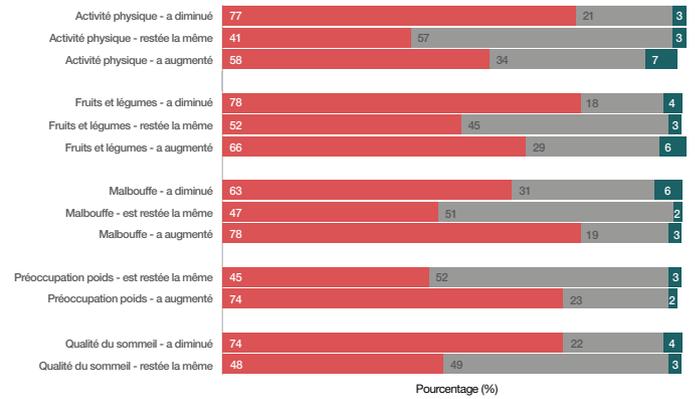
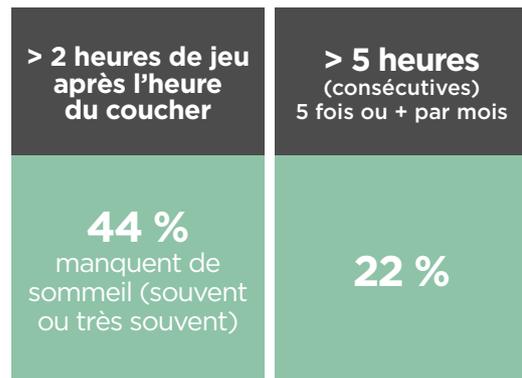


Figure 4. Répartition (%) selon les autres habitudes de vie (28 mai au 9 juin 2021).

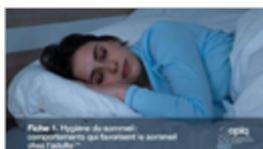


Élèves du secondaire: temps d'écran et quantité de sommeil⁶

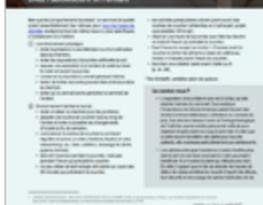


- Les élèves qui, après l'heure du coucher, passent plus de 2 heures à jouer à des jeux vidéo, à clavier, à texter et à naviguer sur Internet sont plus nombreux à déclarer qu'ils manquent souvent ou très souvent de sommeil à cause d'Internet que ceux qui le font pendant moins de 2 heures (44 % c. 15 %).
- Les garçons sont plus nombreux que les filles à passer plus de 2 heures sur les écrans après l'heure du coucher (10 % c. 7 %).
- Près du quart des élèves du secondaire (22 %) ont passé plus de 5 heures consécutives devant un écran 5 fois ou plus (au cours des 30 derniers jours précédents l'enquête). Les garçons sont plus nombreux que les filles, toutes proportions gardées, à avoir ce comportement (26 % c. 18 %).

En pratique clinique, des mesures — éprouvées par la recherche scientifique — peuvent être proposées selon l'âge de la patientèle.



Fiche 1.
[Hygiène du sommeil: comportements qui favorisent le sommeil chez l'adulte](#)



Fiche 2.
[Hygiène du sommeil: comportements qui favorisent le sommeil chez l'adolescent et l'enfant](#)



Fiche 3.
[Hygiène du sommeil: comportements qui favorisent le sommeil chez le jeune enfant](#)

Temps d'écran

Recommandations de la Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE)⁷:

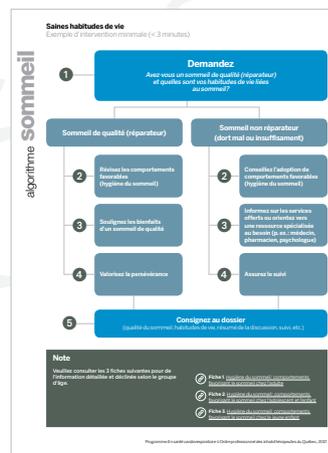
- **0 à 4 ans**: passer du temps devant un écran n'est pas recommandé;
- **5 à 17 ans**: un maximum de 2 heures par jour de temps de loisir devant un écran;
- **18 et +**: un maximum de 3 heures de temps de loisir devant un écran.



Intervenir efficacement

Tout en reconnaissant la présence essentielle des médias numériques, chaque rencontre clinique qui s'y prête est une occasion à saisir pour intervenir, même minimalement, auprès des patients afin de favoriser un meilleur sommeil et d'encourager une utilisation raisonnable des médias numériques.

Hygiène du sommeil
Exemple d'intervention minimale en faveur d'une bonne hygiène du sommeil (OPIQ, 2017)



Références

- 1 ACADÉMIE DE LA TRANSFORMATION NUMÉRIQUE (ATN). 2020. *Enquête NETendances 2020 — Portrait numérique des foyers québécois*, vol. 11, n° 3, 20 p.
- 2 SULTANA, A., SAMIA, T. et collab. 2020. *Digital Screen Time During COVID-19 Pandemic: A Public Health Concern*, 20 p.
- 3 BIRON J.-F., FOURNIER, M. et collab. 2019. *Les écrans et la santé de la population à Montréal*. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 15. p.
- 4 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). Juin 2021. *Pandémie, habitudes de vie, qualité du sommeil et préoccupation à l'égard du poids – Résultats du 15 juin 2021*.
- 5 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). Octobre 2021. *Pandémie, habitudes de vie, qualité du sommeil et préoccupation à l'égard du poids – Résultats du 5 octobre 2021*.
- 6 INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. Mai 2021. *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire*, 2019.
- 7 SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE (SCPE). 2017. *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures*.

Source : Groupe de travail sur la santé numérique, Société canadienne de pédiatrie.
Les médias numériques : la promotion d'une utilisation saine des écrans chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents. Juin 2019. Accessible à www.cps.ca/uploads/tools/CPS_DigitalMediaTool-FR.pdf. **Reproduction autorisée.**

Les médias numériques

Un guide pour le clinicien qui conseille les parents d'enfants d'âge scolaire et d'adolescents

Les médias numériques : la promotion d'une utilisation saine des écrans chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents est un document de principes de la Société canadienne de pédiatrie qui passe en revue les données probantes relatives aux effets cognitifs, psychosociaux et physiques des médias numériques sur les enfants d'âge scolaire et les adolescents¹.

Par les conseils suivants, faites la promotion d'une saine utilisation des médias numériques chez vos patients et leur famille.

GÉREZ l'utilisation des écrans par des plans, des règles et des limites.

- Faites un plan médiatique familial qui inclut des limites de temps et de contenu pour chaque membre de la famille.
- Soyez présent et participez lorsque vos enfants et adolescents utilisent des écrans.
- Dans la mesure du possible, regardez le contenu ensemble et discutez-en.
- Découragez la multiplication des activités médiatiques, particulièrement pendant la période des devoirs.
- Suivez les profils de vos enfants ou de vos adolescents dans les médias sociaux.
- Parlez régulièrement à vos enfants des comportements acceptables et inacceptables en ligne.

Favorisez une utilisation CONSTRUCTIVE des médias, afin que le temps passé en ligne serve à quelque chose.

- Assurez-vous que les activités quotidiennes ont la priorité : interactions personnelles, sommeil, activité physique, repas.
- Choisissez des activités à l'écran qui sont utiles pour l'activité, la socialisation ou l'éducation.
- Aidez vos enfants et vos adolescents à reconnaître et à choisir un contenu adapté à leur âge et à l'étape de leur vie.
- Jouez à des jeux vidéo avec vos enfants. Informez-vous de leurs expériences et de leurs rencontres en ligne.

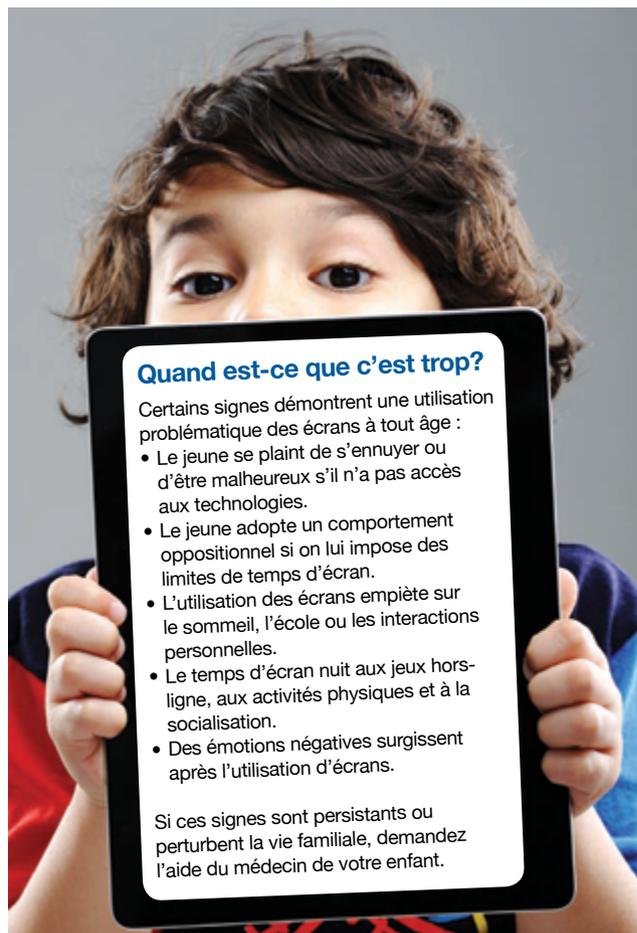
DONNEZ L'EXEMPLE d'une saine utilisation des écrans, parce que vos enfants vous observent.

- Examinez vos propres habitudes d'utilisation des médias et assurez-vous d'avoir du temps pour les loisirs et les activités extérieures.
- Évitez de texter ou d'utiliser des appareils portatifs en tout temps lorsque vous conduisez.
- Prévoyez des périodes quotidiennes sans écran pour toute la famille, particulièrement aux repas.
- Éteignez les écrans lorsque personne ne les utilise, y compris la télévision en arrière-plan.
- Maintenez les écrans hors des chambres à coucher.

SURVEILLEZ les signes d'utilisation problématique des écrans.

- Demandez l'aide du médecin de votre enfant si vous vous inquiétez.

1. Groupe de travail sur la santé numérique, Société canadienne de pédiatrie. Les médias numériques : la promotion d'une utilisation saine des écrans chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents. Juin 2019. Disponible à www.cps.ca.



Pour en savoir plus :

www.soinsdenosenfants.cps.ca



Société
canadienne
de pédiatrie

Financé par une subvention sans restrictions de :

TELUS[®] Averti

Pour prévenir les maladies cardiovasculaires, les médicaments ne devraient pas être des substituts à une amélioration des habitudes de vie

par **D^r Martin Juneau**, M.D., FRCP, cardiologue et directeur de la prévention, Institut de cardiologie de Montréal.
Professeur titulaire de clinique, Faculté de médecine de l'Université de Montréal. 28 mai 2020

Source : site Internet [Observatoire de la prévention de l'Institut de cardiologie de Montréal](#). Reproduction autorisée.

EN BREF

- Les maladies cardiovasculaires augmentent considérablement le risque de développer des complications graves de la COVID-19, soulignant encore une fois l'importance de prévenir ces maladies pour vivre longtemps et en bonne santé.
- Et c'est chose possible! De nombreuses études montrent clairement que plus de 80 % des maladies cardiovasculaires peuvent être prévenues en adoptant simplement 5 habitudes de vie (ne pas fumer, maintenir un poids normal, manger beaucoup de végétaux, faire régulièrement de l'activité physique et boire modérément de l'alcool).

La pandémie actuelle de COVID-19 a révélé au grand jour deux grandes vulnérabilités de notre société. La première est bien entendu la fragilité de notre système de santé, en particulier tout ce qui touche les soins aux personnes âgées en perte d'autonomie. La pandémie a mis en lumière de graves lacunes dans la façon dont ces soins sont prodigués dans plusieurs établissements et qui ont directement contribué au nombre élevé de personnes âgées qui ont succombé à la maladie. Il faut espérer que cette situation déplorable aura des répercussions positives sur les façons de traiter cette population dans le futur.

Une deuxième vulnérabilité mise en lumière par la pandémie, mais dont on parle beaucoup moins, est que la COVID-19 affecte préférentiellement les personnes qui présentent des pathologies préexistantes au moment de l'infection, en particulier les maladies cardiovasculaires, l'obésité et le diabète de type 2. Ces comorbidités ont un impact dévastateur sur l'évolution de la maladie, avec des augmentations du taux de mortalité de **5 à 10 fois** comparativement aux personnes qui ne présentent pas de pathologies préexistantes. Autrement dit, non seulement une mauvaise santé métabolique a des répercussions désastreuses sur l'espérance de vie en bonne santé, mais elle représente également un

important facteur de risque de complications de maladies infectieuses comme la COVID-19. Nous ne sommes donc pas aussi démunis qu'on peut le penser face à des agents infectieux comme le coronavirus SARS-CoV-2: en adoptant un mode de vie sain qui permet de prévenir le développement des maladies chroniques et de leurs complications, on améliore du même coup grandement la probabilité de combattre efficacement l'infection par ce type de virus.

Prévenir les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont l'une des principales comorbidités associées aux formes sévères de la COVID-19 et la prévention de ces maladies peut donc grandement atténuer l'impact de cette maladie infectieuse sur la mortalité. Il est maintenant bien établi que [l'hypertension](#) et [l'excès de cholestérol sanguin](#) représentent deux importants facteurs de risque de maladies cardiovasculaires. En conséquence, l'approche médicale standard pour prévenir ces maladies consiste habituellement à abaisser la tension artérielle et les taux de cholestérol sanguins à l'aide de médicaments, soit les antihypertenseurs et les hypocholestérolémiants (statines). Ces médicaments sont particulièrement importants en prévention secondaire, c'est-à-dire pour réduire les risques d'infarctus chez les patients qui ont des antécédents de maladies cardiovasculaires, mais il sont aussi très fréquemment utilisés en prévention primaire, pour réduire les risques d'accidents cardiovasculaires dans la population en général.

Les médicaments parviennent effectivement à normaliser le cholestérol et la tension artérielle chez la majorité des patients, ce qui peut laisser croire que la situation est maîtrisée et qu'ils n'ont plus besoin de « faire attention » à ce qu'ils mangent ou encore de faire régulièrement de l'activité physique. Ce faux sentiment de sécurité associé à la prise de médicaments est bien illustré par les résultats d'une [étude récente](#), réalisée auprès de 41 225 Finlandais âgés de 40 ans et plus: en examinant le mode de vie de cette cohorte, les chercheurs ont observé que les personnes qui avaient débuté une médication avec des statines ou des antihypertenseurs avaient pris plus de poids au cours des 13 années suivantes, un poids excédentaire associé à une augmentation du risque d'obésité de 82 % comparativement aux personnes qui ne prenaient pas

de médicaments. En parallèle, les personnes médicamentées ont rapporté une légère diminution de leur niveau d'activité physique quotidien, avec un risque de sédentarité augmenté de 8 %.

Ces observations sont en accord avec des [études antérieures](#) montrant que les utilisateurs de statines mangent plus de calories, présentent un indice de masse corporelle plus élevé que ceux qui ne prennent pas cette classe de médicaments et font moins d'activité physique (possiblement en raison de [l'impact négatif des statines sur les muscles](#) chez certaines personnes). Mon expérience clinique personnelle va dans le même sens : je ne compte plus les occasions où des patients me disent qu'ils n'ont plus à se soucier de ce qu'ils mangent ou de faire régulièrement de l'exercice, car leurs taux de cholestérol-LDL sont devenus normaux depuis qu'ils prennent une statine. Ces patients se sentent d'une certaine façon « protégés » par la médication et croient, à tort, qu'ils ne sont plus à risque d'être touchés par une maladie cardiovasculaire. Ce qui n'est malheureusement pas le cas : maintenir un taux de cholestérol normal est bien entendu important, mais d'autres facteurs comme le tabagisme, le surpoids, la sédentarité et les antécédents familiaux jouent également un rôle dans le risque de maladies cardiovasculaires. Plusieurs études ont d'ailleurs montré qu'entre [le tiers et la moitié des infarctus](#) touchent des personnes qui présentent un taux de cholestérol-LDL considéré comme normal. Même chose pour l'hypertension : les patients traités avec des médicaments antihypertenseurs ont tout de même [2,5 fois plus de risques](#) de subir un infarctus que les personnes naturellement normotendues (dont la tension artérielle est normale sans aucun traitement pharmacologique) et qui présentent la même tension artérielle.

En d'autres mots, même si les médicaments antihypertenseurs et hypocholestérolémiants sont très utiles, en particulier pour les patients à haut risque d'événements cardiovasculaires, il faut demeurer conscient de leurs limites et éviter de les considérer comme l'unique façon de réduire le risque d'événements cardiovasculaires.

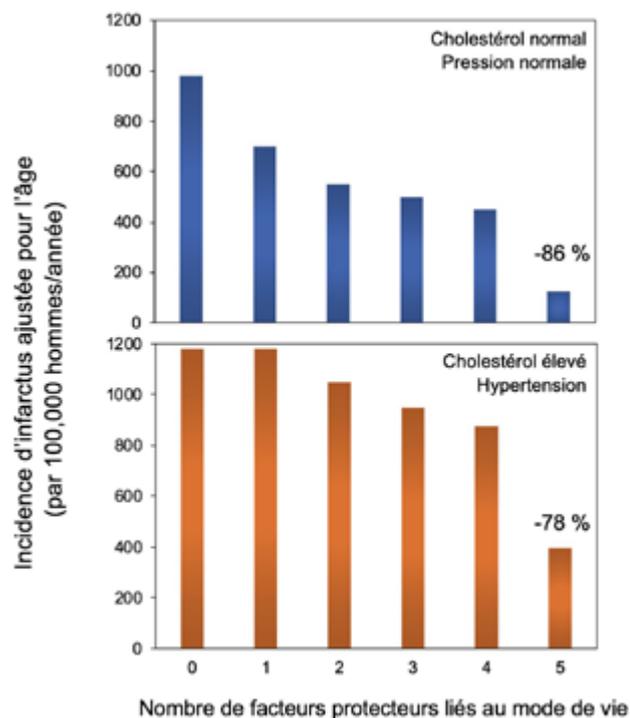
Supériorité du mode de vie

En termes de prévention, on peut faire beaucoup mieux en s'attaquant aux causes profondes des maladies cardiovasculaires, qui sont dans la très grande majorité des cas directement liés au mode de vie. Un très grand nombre d'études ont en effet clairement prouvé que seulement cinq modifications aux habitudes de vie peuvent diminuer de façon très importante le risque de développer ces maladies (voir le tableau ci-dessous).

Facteurs du mode de vie associées à une réduction du risque d'infarctus du myocarde (Åkesson, 2014).

| | |
|---|---|
| 1 | Avoir une saine alimentation (plus de végétaux et de grains entiers, moins de sucres ajoutés, moins d'aliments transformés, moins de charcuteries et de viandes rouges) |
| 2 | Maintenir un poids corporel normal (tour de taille : < 100 cm pour les hommes et < 88 cm pour les femmes) |
| 3 | Ne pas fumer |
| 4 | Pratiquer une activité physique régulièrement (30 minutes par jour de marche ou de vélo, par exemple) |
| 5 | Consommer de l'alcool de façon modérée (de 10 à 30 g par jour) |

Figure 1. Diminution de l'incidence d'infarctus du myocarde chez les hommes combinant un ou plusieurs facteurs protecteurs liés au mode de vie.



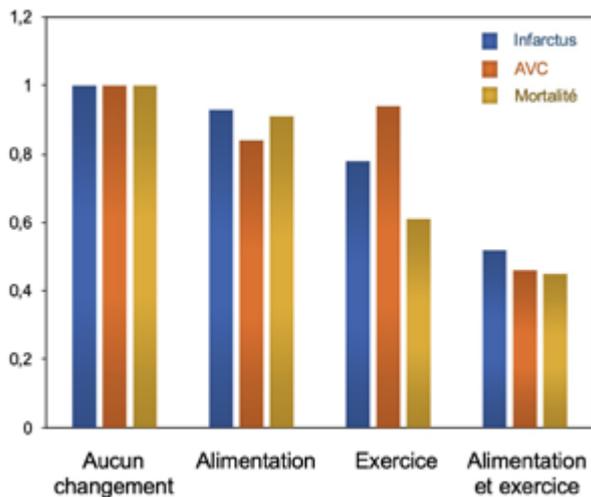
L'efficacité de ces habitudes de vie pour prévenir l'infarctus du myocarde est tout à fait remarquable, avec une baisse du risque absolu aux environs de 85 % (figure 1). Cette protection est observée autant chez les personnes qui présentent des taux de cholestérol adéquats et une pression artérielle normale que chez ceux qui sont plus à risque de maladies cardiovasculaires en raison d'un cholestérol élevé et d'une hypertension.

La comparaison des incidences d'infarctus a été réalisée chez des hommes qui ne présentaient pas d'anomalies de cholestérol ou de pression artérielle (figure supérieure, en bleu) ou chez des hommes présentant des taux élevés de cholestérol et une hypertension (figure inférieure, en orange). Notez la baisse drastique de l'incidence d'infarctus chez les hommes qui avaient adopté les 5 facteurs protecteurs liés au mode de vie, même chez ceux qui étaient hypertendus et hypercholestérolémiques, adapté de Åkesson (2014).

Même les personnes qui ont déjà subi un infarctus et qui sont traitées par médication peuvent profiter des bénéfices apportés par un mode de vie sain. Par exemple, une étude réalisée par le groupe du cardiologue canadien Salim Yusuf a montré que les patients qui modifient leur alimentation et adhèrent à un programme régulier d'activité physique après un

Figure 2. Effet de l'alimentation et de l'exercice sur le risque d'infarctus, d'AVC et de mortalité chez des patients ayant déjà subi un accident coronarien.

Adapté de Chow et coll. (2010).



infarctus voient leur risque d'infarctus, d'AVC et de mortalité diminuer de moitié comparativement à ceux qui ne changent pas leurs habitudes (figure 2). Puisque tous ces patients étaient traités avec l'ensemble des médicaments habituels (bêta-bloqueurs, statines, aspirine, etc.), ces résultats illustrent à quel point le mode de vie peut influencer le risque de récurrence.

En somme, plus des trois quarts des maladies cardiovasculaires peuvent être prévenues en adoptant un mode de vie sain, une protection qui dépasse largement celle procurée par les médicaments. Ceux-ci doivent donc être vus comme des compléments, et non des substituts au mode de vie : le développement de l'athérosclérose est un phénomène d'une grande complexité qui fait intervenir un grand nombre de phénomènes distincts (notamment l'inflammation chronique) et aucun médicament, aussi efficace soit-il, ne pourra jamais offrir une protection comparable à celle procurée par une saine alimentation, une activité physique régulière et le maintien d'un poids corporel normal. 🍌

GAGNEZ
25 000 \$

avec La Capitale

Participez maintenant !

partenaires.lacapitale.com/opiq

1 855 441-6015

Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec

La Capitale

Assurance et services financiers

La Capitale Assurance et services financiers désigne La Capitale assurances générales inc. en sa qualité d'assureur et d'agence en assurance de dommages. Détails et règlement disponibles au partenaires.lacapitale.com/opiq. Le concours se termine le 9 janvier 2022. Le prix à tirer est un chèque de 25 000 \$. Aucun achat requis. Le gagnant devra répondre à une question d'habileté mathématique.

Alimentation et dépistage nutritionnel : intervenir auprès des adultes



par **Marise Tétreault**, inh., M.A., coordonnatrice aux communications, OPIQ.

L'actuelle pandémie et ses règles de santé publique en constante évolution ont fait émerger de nouvelles habitudes alimentaires (p. ex. confinement, fermeture des restaurants). Or, contrairement à ce que certains sondages laissaient craindre, ces nouvelles habitudes ne sont pas toutes néfastes pour les Québécois. En effet, les plus récentes données démontrent que si pour certaines personnes, il y a eu une détérioration en ce qui a trait aux saines habitudes alimentaires (p. ex. consommation accrue de malbouffe), pour d'autres, on parle plutôt d'une amélioration comme cuisiner davantage à la maison et partager le repas en famille^{1,2}.

Pandémie et habitudes alimentaires des adultes québécois : que disent les faits ?

Consommation de malbouffe

Les figures 1 et 2 représentent la répartition (%) des changements observés par les adultes québécois concernant leur consommation de malbouffe dans le dernier mois comparativement à avant la pandémie.

Figure 1. Consommation de malbouffe: répartition (%) selon le sexe et l'âge (17 au 29 septembre 2021)

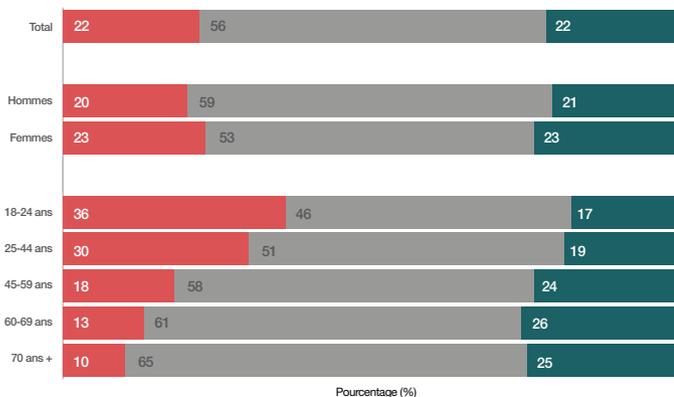
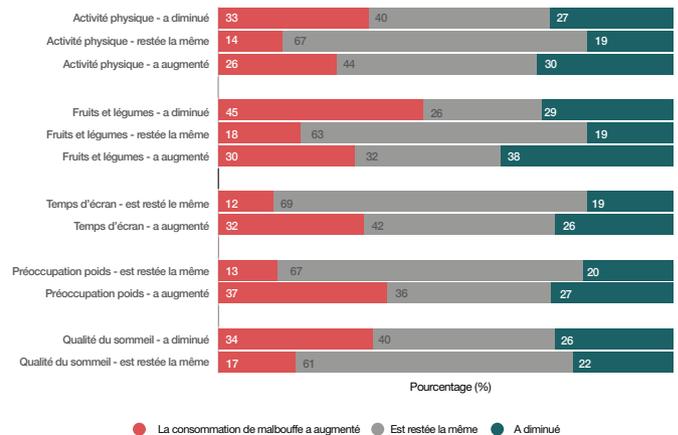


Figure 2. Consommation de malbouffe: répartition (%) selon les autres habitudes de vie (28 mai au 9 juin 2021)



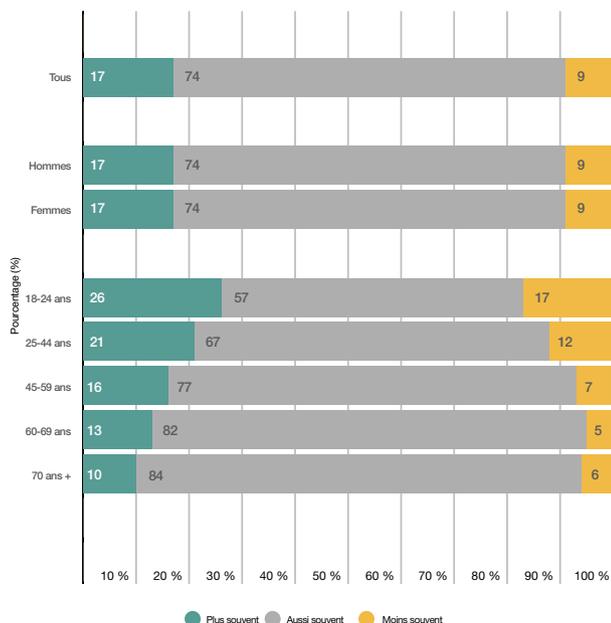
Repas santé cuisinés à la maison

La figure suivante représente la répartition (%) des changements observés dans le dernier mois comparativement au même moment l'an dernier en ce qui a trait aux habitudes alimentaires des adultes québécois de préparer ou cuisiner des repas maison, à partir d'ingrédients de base sains (période du 20 août au 1^{er} septembre 2021)³.



Intervenir efficacement

Figure 3. Préparer ou cuisiner à la maison: répartition (%) selon le sexe et l'âge.

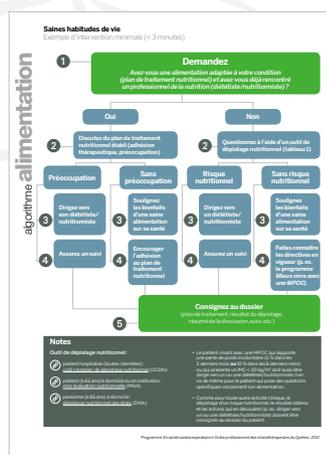


Chaque rencontre clinique qui s'y prête est une occasion à saisir pour intervenir minimalement en faveur de saines habitudes alimentaires. En pratique clinique, un outil de dépistage nutritionnel peut être utilisé selon la patientèle:

- **patient hospitalisé (toutes clientèles)**
[outil canadien de dépistage nutritionnel \(OCDN\)](#);
- **patient (≥ 65 ans) à domicile ou en institution**
[mini évaluation nutritionnelle \(MNA\)](#);
- **personne (≥ 65 ans) à domicile**
[dépistage nutritionnel des aînés \(DNA\)](#).

Alimentation

Exemple d'intervention minimale en faveur de bonnes habitudes alimentaires (OPIQ, MàJ 2018)



Le saviez-vous?

Dans ses interventions cliniques liées à la **prévention de la maladie**:

- L'inhalothérapeute **ne se substitue pas** aux professionnels reconnus dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition humaine, tels que les diététistes/nutritionnistes. Au besoin, l'inhalothérapeute dirige les personnes vers l'un de ces professionnels.
- L'intervention minimale (< 3 minutes) consiste à **dépister (prévention secondaire)** un risque nutritionnel **et non pas** à réaliser une évaluation de l'état nutritionnel **ni** à mettre en place un plan de traitement nutritionnel individualisé (**prévention primaire en nutrition**) lesquels seront faits par un ou une diététiste/nutritionniste.

Références

- 1 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). Juin 2021. *Pandémie, habitudes de vie, qualité du sommeil et préoccupation à l'égard du poids – Résultats du 15 juin 2021.*
- 2 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). Octobre 2021. *Pandémie, habitudes de vie, qualité du sommeil et préoccupation à l'égard du poids – Résultats du 5 octobre 2021.*
- 3 INSPQ. Septembre 2021. *Pandémie et habitudes alimentaires – Résultats du 7 septembre 2021.*

Activité physique: intervenir en faveur d'un comportement physiquement actif



par **Marise Tétreault**, inh., M.A., coordonnatrice aux communications, OPIQ.

Outre l'atteinte ou le maintien d'un poids santé et la prévention de maladies chroniques, comme certains cancers, le diabète de type 2, les maladies du cœur, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et l'ostéoporose, le principal bénéfice de l'activité physique s'avère une meilleure santé globale ou, à tout le moins, une meilleure qualité de vie. En tant qu'élément d'un mode de vie sain, un comportement physiquement actif apporte une multitude de bienfaits, et ce, peu importe l'âge ou la maladie en cause.

Pandémie et activité physique chez les adultes québécois: que disent les faits?

Les figures 1 et 2 représentent la répartition (%) des changements observés par les adultes québécois concernant leur pratique d'activité physique dans le dernier mois comparativement à avant la pandémie^{1,2}.

Figure 1. Répartition (%) selon le sexe et l'âge (17 au 29 septembre 2021).

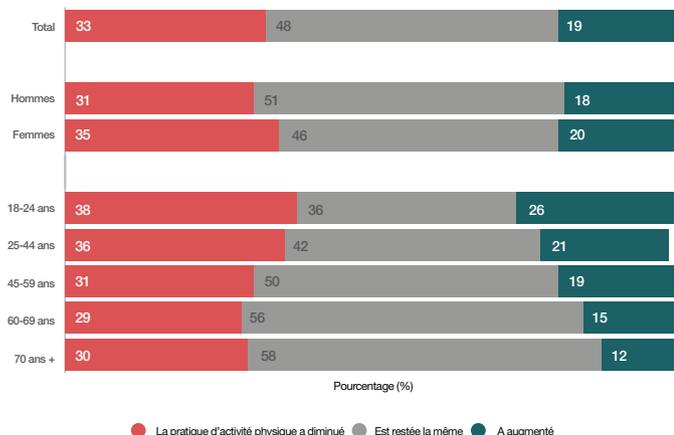
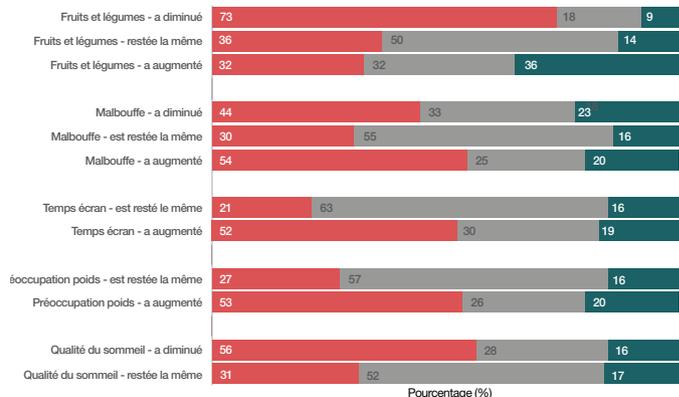


Figure 2. Répartition (%) selon les autres habitudes de vie (28 mai au 9 juin 2021).



DOSSIER

Saines habitudes de vie

10

Pour plus d'informations, veuillez consulter les [Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures](#) de la Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE). Ces directives, qui se déclinent selon les groupes d'âge, militent en faveur de trois comportements (activité physique, sédentarité et sommeil) à adopter pour un mode de vie sain. 🍌



Références

- 1 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). Juin 2021. [Pandémie, habitudes de vie, qualité du sommeil et préoccupation à l'égard du poids - Résultats du 15 juin 2021.](#)
- 2 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). Octobre 2021. [Pandémie, habitudes de vie, qualité du sommeil et préoccupation à l'égard du poids - Résultats du 5 octobre 2021.](#)

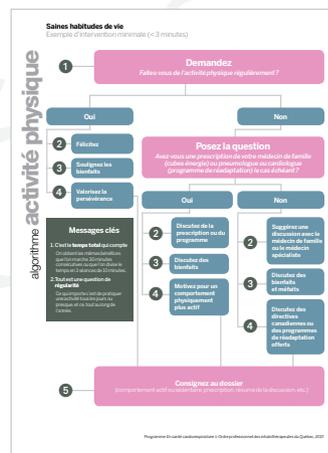


Intervenir efficacement

Tout en considérant les limites physiques ou physiologiques induites par une maladie cardiorespiratoire ou celles propres à chaque patient, toute rencontre clinique qui s'y prête est une occasion à saisir pour intervenir, même minimalement, afin de favoriser un comportement physiquement actif.

Activité physique

Exemple d'intervention minimale en faveur d'un comportement physiquement actif (OPIQ, 2017)



Votre vie. Votre héritage. Planifiez pour bien faire les choses.

Joignez-vous à nous pour un séminaire de préplanification.

- > Les préarrangements, une décision sécurisante pour tous
- > Le dossier planification personnelle gratuit

Contact pour plus d'information:

Plus de 40 salons funéraires au Québec. Josée Dubé : 514-871-2020

Chaque détail compte™ | Dignité™

Centre funéraire Côte-Des-Neiges Inc. | 4525 ch. de la Côte-des-Neiges | Montréal, QC H3V1E7
Une division de Service Corporation Internationale (Canada), ULC.

Respirateur ou ventilateur ? Telle est la question !



par **Line Prévost**, inh., B.A., réd. a., avec l'aimable collaboration de **Rita Troini**, inh., M.A. (Éd.),
conseillère en gestion, éducation et développement des soins de santé, ÉDUSANTÉ.

Introduction

Elle refait surface quelques fois par année, cette fameuse question. Elle nous est adressée par des inhalothérapeutes qui rédigent des procédures, des protocoles, des ordonnances collectives, etc. Quel est le meilleur choix pour parler d'un appareil servant à la ventilation artificielle des personnes qui nécessitent une assistance respiratoire ? Ces deux termes sont-ils synonymes et interchangeables ?

La pandémie de COVID-19, avec sa propagation fulgurante par aérosol et son importante atteinte respiratoire, ayant ramené ces deux mots à l'avant-plan, qu'en est-il aujourd'hui ? L'OPIQ s'est posé la question... pour la deuxième fois de son histoire.

Historique

Il y a plus de 20 ans, en préparation pour la publication des normes de pratiques de l'inhalothérapeute, le comité d'inspection professionnelle (CIP) s'est questionné à ce sujet. À cette époque, Rita Troini, membre du comité passionnée de français et de l'emploi du mot juste, a effectué la recherche. Elle raconte que « le terme *ventilateur* était en effet un anglicisme provenant du mot *ventilator* qui était le terme le plus communément utilisé aux États-Unis. Toutefois, on trouvait les deux termes *ventilateur/respirateur* partout dans la littérature soit anglaise ou française, souvent utilisés de façon interchangeable. Donc, le CIP a décidé à ce moment-là d'y aller avec le terme *respirateur*... un terme qui nous semblait plus lié à notre expertise — la respiration. »

Considérations étymologiques

L'étymologie raconte l'histoire des mots, elle s'intéresse à leur évolution dans une langue. Ainsi, les mots changent de forme et de sens au cours des siècles, le plus ancien sens étant considéré comme le « vrai sens » ou sens premier du mot [9].

Le terme « respirateur » est formé de la racine latine classique *respirare* (renvoyer en soufflant) et du suffixe latin *-ator/-atorem* (-ateur), qui indique un lien avec une machine, un appareil, un instrument, etc. [1] [2] [8] [12]. Il s'avère aussi un emprunt au latin tardif *respiratio*, « action de respirer ». Sa première attestation (*respirateur antiméphitique*) remonte à l'année 1802 (XIX^e siècle), dans le *Dictionnaire de l'Académie française* édition augmentée (additions de [Jean-Charles Laveaux](#) [1749-1827]) [4] [10].

Le terme « ventilateur » est quant à lui un emprunt à l'anglais moderne *ventilator*. On peut aussi l'analyser avec *ventiler* (+ suffixe *-eur*) de la racine du latin classique *ventus* qui veut dire « vent » [1] [2] [12]. Sa première attestation remonte à 1744 (XVIII^e siècle), rapportée par [M. Demours](#), *Description du ventilateur*, trad. de Hales, *A Description of Ventilators* [17].

Choix des ouvrages consultés et méthodologie

D'entrée de jeu, il faut distinguer les ouvrages de référence généraux des ouvrages de référence spécialisés, car, selon l'objet de la recherche, tous ne s'équivalent pas.

Pour les mots du vocabulaire courant, les dictionnaires généraux de langue française (*Le Petit Robert*, *Usito*, *Larousse*, etc.), de traduction et les principales banques de données terminologiques et linguistiques bilingues (*Le grand dictionnaire terminologique [GDT]* de l'OQLF et *Termium Plus*[®] du gouvernement du Canada) peuvent nous renseigner. Nous les avons consultés dans un premier temps pour obtenir une vue d'ensemble des notions de sens de ces deux termes.

Pour les recherches plus pointues et approfondies, on consulte des ouvrages terminologiques ou des lexiques spécialisés qui analysent le

vocabulaire propre à une profession (jargon) ou à une discipline précise. Puisque l'inhalothérapie est une profession médicale spécialisée, il s'agit d'ouvrages français, anglais, bilingues (de traduction) du domaine de la médecine. Vous trouverez la liste de tous les ouvrages consultés dans la bibliographie.

Résultats de la recherche

NDLR Pour connaître toute la démarche, poursuivez votre lecture. Pour connaître la réponse à la question posée en titre, allez directement à la conclusion!

Dans le *Multidictionnaire de la langue française*, Marie-Éva de Villers, linguiste et lexicographe québécoise, établit une nette distinction en spécifiant que le terme «respirateur» relève du domaine médical et qu'il s'agit d'un appareil qui sert à la ventilation artificielle des malades.

Pour l'entrée «ventilateur», elle donne ces deux seules définitions :
1. Appareil servant à renouveler l'air d'un lieu. 2. Appareil assurant le refroidissement d'un moteur.

Le *Dictionnaire de traduction/Translation Dictionary* propose les termes de traduction générale à privilégier. Curieusement, si l'ouvrage distingue, dans la section française, l'appareil servant à mobiliser l'air (ventilateur) de celui utilisé pour assister la respiration (respirateur), cette nuance n'apparaît pas dans la section anglaise :

- «respirateur» = «*life-support system, ventilator*»
- «ventilateur» = «*blower, cooling fan, fan, ventilator*»
- «ventilator» = «aérateur, masque à air, poumon artificiel, **respirateur, ventilateur**»
- «respirator (*full facepiece*)» = «masque filtrant couvrant le visage».

Ouvrages généraux

La plupart des ouvrages généraux français et des banques linguistiques de données fournissent deux ou trois définitions pour ces deux termes :

| Terme | Définition | Larousse | Le Petit Robert | Le Grand Robert | Usito | Dictionnaire de l'Académie française | Le Trésor de la langue française informatisé | GDT* | Termium† |
|-------------|--|----------|-----------------|-----------------|-------|--------------------------------------|--|------|----------|
| Respirateur | Appareil de protection respiratoire, masque qui filtre l'air | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| | Appareil permettant la respiration artificielle ou assistée | — | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Ventilateur | Appareil mettant l'air en mouvement, soit dans une ambiance, soit dans un circuit aéraulique | ● | ● | ● | ● | — | ● | ● | ● |
| | Appareil permettant la respiration artificielle | — | ●** | ●** | — | — | — | ● | ● |

* Il est à noter que dans [ses fiches et articles liés à la COVID-19](#), le *Grand dictionnaire terminologique* a une entrée pour «respirateur», mais aucune entrée pour «ventilateur».

† À contrario, dans son [lexique sur la pandémie de COVID-19](#), *Termium* donne la définition d'«appareil médical visant à assurer une ventilation artificielle chez les patients qui ont de la difficulté à respirer» à l'entrée «ventilateur», en ajoutant «respirateur» et «ventilateur pulmonaire» comme autres désignations. Une note précise que les termes «ventilateur» et «ventilateur pulmonaire» sont à privilégier et que «le terme «respirateur» est très répandu dans l'usage, en particulier dans les textes non techniques»...

** Comme synonyme de respirateur.

Le dictionnaire français-anglais *Robert & Collins* va dans le même sens :

- «respirateur» = «*respirator*; (pour malade dans le coma) **ventilator**»
- «ventilateur» = «*fan, ventilator*; (ciné) *wind machine*»
- «*ventilator*»: «(Med) **respirateur**; (in room) **ventilateur**»
- «*respirator*» = «(Med) **respirateur**; (mil) masque à gaz».

Ouvrages spécialisés bilingues ou unilingues français

Dans la section anglaise du *Dictionnaire médical bilingue Dorland* pour l'entrée «*ventilator*», on donne la traduction «respirateur»; pour «*respirator*» on trouve «respirateur». Dans la section française, pour l'entrée «respirateur» *Dorland* donne «*respirator, ventilator*»; il n'y a aucune entrée pour «ventilateur».

Dans le *Larousse médical* en ligne, on trouve «respirateur : appareil insufflant un mélange d'air et d'oxygène dans les poumons d'un patient qui ne peut plus par lui-même inspirer suffisamment l'air extérieur en raison d'une insuffisance respiratoire». Aucune entrée pour «ventilateur».

Dans le *Dictionnaire médical de l'Académie nationale de médecine* de France (2021), l'entrée «respirateur» propose la définition suivante: appareil assurant la ventilation mécanique des poumons» et ajoute «ventilateur» comme synonyme. L'entrée «ventilateur» nous ramène à l'entrée «respirateur».

Le *Manuel Merck* en ligne, dans la version pour le grand public, donne une définition vulgarisée du terme «[respirateur](#)» et explique son utilité: «La ventilation est synonyme de respiration. [...] Un respirateur est une machine qui respire à la place de la personne. Ce processus est appelé ventilation.» On établit ici une distinction entre l'appareil (respirateur) et le processus (ventilation, ventiler). Une recherche dans les divers articles proposés dans la [section dédiée aux professionnels](#) montre que «ventilateur» (8 occurrences) et «respirateur» (22 occurrences) sont employés comme synonymes, mais près de 30 % plus souvent pour ce dernier.

L'Organisation internationale de normalisation (ISO)¹, dans un document dédié à la sémantique et au vocabulaire associés à la ventilation [14] «déconseille» l'utilisation de *respirateur* favorisant plutôt *ventilateur pulmonaire* dans la normalisation de termes liés à la ventilation artificielle. Ce «conseil» rejoint la banque de données terminologiques et linguistiques du Canada.

Conclusion

La langue française est vivante et mouvante. Elle est façonnée par l'usage; elle évolue, s'améliore, se raffine. Si l'on a déjà souligné une distinction entre «respirateur» et «ventilateur», elle s'est estompée au fil du temps avec l'ajout d'autres définitions à chacun de ses termes, si bien qu'ils sont maintenant considérés comme des synonymes dans bien des ouvrages français. Une recherche rapide en ligne montre qu'en France, les deux termes se substituent l'un à l'autre dans la littérature médicale liée à la ventilation artificielle, qu'elle soit effractive ou non. Au Québec, on utilise plus souvent «respirateur». Avec raison dirons-nous, puisque les dictionnaires médicaux consultés indiquent une préférence pour ce mot.

Le choix de l'un ou de l'autre n'est donc pas fautif, l'important étant que le lecteur comprenne sans équivoque de quoi l'on parle. À ce sujet, l'ajout d'une note explicative dans les documents administratifs et éducatifs peut s'avérer judicieux.

Cela dit, parce que l'essence même de notre profession repose sur le maintien physiologique de la respiration et que le sens du terme «respirateur» est conforme à l'étymologie latine tardive *respiratio* «action de respirer», l'Ordre continuera de préconiser son emploi dans ses communications et dans ses documents. 🙏

Nous remercions madame Rita Troini pour le partage d'informations, pour sa disponibilité et sa précieuse collaboration.



Bibliographie

- [1] *Antidote 10 bilingue*. 2021. Version V6.1, entrées «respirateur» et «ventilateur».
- [2] CAJOLET-LAGANIÈRE, H., MARTEL, P., MASSON C.-É. MâJ juin 2021. *Usito*, entrées «[respirateur](#)» et «[ventilateur](#)».
- [3] DE VILLERS, M.-É. 2015. *Le Multidictionnaire de la langue française*. 6^e édition, Québec Amérique, p. 1542 et 1803.
- [4] *Dictionnaire de l'Académie française*, 8^e et 9^e éditions. Entrées «[respirateur](#)» et «[ventilateur](#)».
- [5] *Dorland Dictionnaire médical bilingue français-anglais* (traduction de la 28^e édition), 2009 © Elsevier Masson SAS, p. 777, 1704 et 1884.
- [6] DUBUC, R. 2002. *Manuel pratique de terminologie*. 4^e édition, Linguatex éditeur inc., p. 33-45.
- [7] FRÉCHETTE, D. 2006. *Dictionnaire de traduction/Translation Dictionary – Entrées «respirateur», «ventilateur», «respirator» et «ventilator»*. Les Éditions Olographes – Olograph Publishings, p. 389, 466, 791 et 918.
- [8] GAFFIOT, F. 1934. *Dictionnaire latin français*. Paris, Hachette. Accessible via [Lexilogos](#).
- [9] INCORVAIA, D. 2010. *L'étymologie ou la «Caverne aux mots» d'Alî Baba – de l'intérêt de l'étymologie pour les enfants ayant un retard de langage*. Mémoire présenté pour l'obtention du certificat d'orthophoniste, Université de Nice Sophia-Antipolis faculté de médecine, École d'orthophonie, p. 5.
- [10] LAVEAUX, J.-C. 1820. *Nouveau dictionnaire de la langue française*. Entrée «[respirateur antiméphitique](#)», volume 2, p. 642. Consulté via [The Internet Archives](#).
- [11] [Le grand dictionnaire terminologique](#) en ligne (GDT), fiches «respirateur» et «ventilateur».
- [12] *Le Grand Robert* en ligne (abonnement requis). S. d. Entrées «respirateur» et «ventilateur». © Le Robert.
- [13] [Le Larousse](#) en ligne. S. d. Entrées «[respirateur](#)» et «[ventilateur](#)».
- [14] *Le Petit Robert* en ligne (abonnement requis). S. d. Entrées «respirateur» et «ventilateur». © Le Robert.
- [15] *Le Robert & Collins Senior*. 2010. Entrées «respirateur», «ventilateur». 9^e édition, © HarperCollins Publishers et Dictionnaires Le Robert-SEJER, p. 833, 1010, 1845 et 2117.
- [16] ORGANISATION INTERNATIONALE DE NORMALISATION (ISO). 2019. *Ventilateurs pulmonaires et équipement associé – Vocabulaire et sémantique, section 3.1 Terminologie générale de la ventilation artificielle*. Plateforme de consultation en ligne (OBP).
- [17] RICHELET, P. 1759. *Dictionnaire de la langue française et moderne*. Entrée «[ventilateur](#)», éditeur Pierre Bruyset-Ponthus, volume 3, numérisé le 22 décembre 2009.
- [18] [TERMIUM PLUS](#)[®]. Dernière modification aout 2021. Entrées «[respirateur](#)» et «[ventilateur](#)».

1 L'Organisation internationale de normalisation est un organisme international de normalisation composé de représentants d'organisations nationales de normalisation de 164 pays.



Les bienfaits de la nature sur la santé globale

par **D^r Louis Bherer**, Ph. D. Professeur titulaire au Département de médecine de l'Université de Montréal et chercheur à l'Institut de cardiologie de Montréal.

Source : site Internet [Observatoire de la prévention de l'Institut de cardiologie de Montréal](#). Reproduction autorisée.

Voici un rapport rédigé pour le compte de la Société des établissements de plein air du Québec (Sépaq) sur les bienfaits de la nature sur la santé globale, produit en collaboration avec l'équipe de l'Observatoire de la prévention.

Le rapport peut être téléchargé sous format PDF [ici](#).

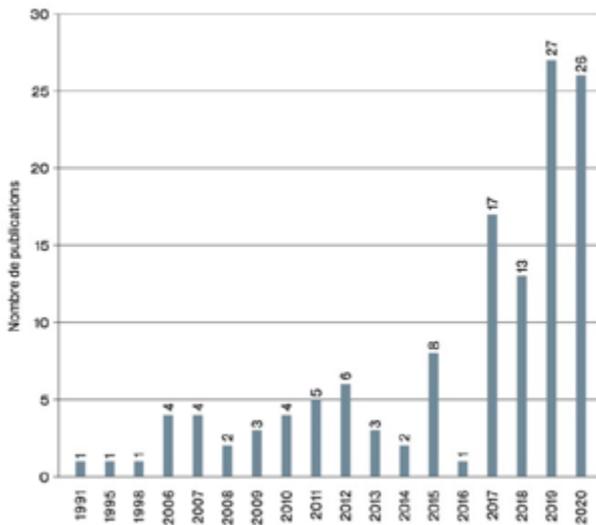
1. Introduction

Tout au long de son évolution, l'être humain a toujours vécu en étroite symbiose avec la nature qui l'entoure, y puisant les ressources indispensables à sa survie. La révolution industrielle et les progrès technologiques des derniers siècles ont cependant transformé en profondeur cette relation privilégiée de l'homme avec son environnement naturel, notamment en entraînant une migration importante des populations des campagnes vers les villes. On estime que 54 % de la population mondiale habite présentement dans les centres urbains, une proportion qui pourrait atteindre [66 % d'ici 2050](#), et cette urbanisation

croissante de la société cause une diminution drastique de la quantité et la qualité des contacts avec la nature. Cette carence pourrait engendrer plusieurs conséquences néfastes sur le bien-être de la population, car une multitude d'études ont montré que l'interaction des humains avec la nature génère plusieurs effets positifs sur la santé, autant du point de vue physique que psychologique. Si les bienfaits de la nature sur la santé sont reconnus intuitivement par la plupart des gens, l'intérêt des chercheurs et des professionnels de la santé à cet égard a connu un engouement récent. En effet, au cours des six dernières années, un nombre impressionnant de documents scientifiques divers ont été produits sur le sujet. La figure 1 illustre l'évolution des publications scientifiques portant sur les bienfaits de la nature pour la santé humaine au cours des trente dernières années.

Ce rapport vise à faire le point sur les connaissances actuelles en ce qui a trait aux effets de la nature sur la santé globale, c'est-à-dire physique et psychologique, en tenant compte de la littérature scientifique. La perspective de ce rapport est de tenter d'identifier les effets du milieu naturel, au-delà des effets propres à une activité, par exemple une activité physique comme la course, qui serait pratiquée en nature vs en milieu urbain. Tous les bienfaits concernant la santé globale d'un individu, tels que les bienfaits cognitifs, développementaux et comportementaux, ont été considérés comme pertinents. Le rapport fait également état des informations pertinentes quant à l'étendue des recherches démontrant

Figure 1. Évolution du nombre de publications depuis 1991. Selon une recherche sur MEDLINE/PubMed avec les mots-clés [«forest bathing» OU «shinrin-yoku» OU «forest therapy» OU «nature therapy»], février 2021.



ces bénéfices ainsi que les indicateurs mesurés. De plus, ce rapport tente d'ordonner les bénéfices de la nature en fonction de la qualité des preuves scientifiques publiées à ce jour. Pour le lecteur désirant approfondir ses connaissances sur la question, les annexes présentent une bibliographie dynamique afin de permettre une mise en relation rapide entre les conclusions et les sources premières d'informations.

2. Méthode

2.1 Recherche de la littérature

La base de données MEDLINE/PubMed a été consultée entre septembre et décembre 2020 pour identifier les études scientifiques portant sur les bienfaits de la nature pour la santé humaine. MEDLINE est une base de données bibliographique en sciences biomédicales qui contient plus de 30 millions de références. Une recherche booléenne avec les mots-clés [«forest bathing» OU «forest walking» OU «shinrin-yoku» OU «forest therapy» OU «nature therapy»] a trouvé 126 articles en langue anglaise et française. Une autre interrogation avec le mot-clé «phytoncides» a trouvé 38 articles. Plusieurs autres publications ont été identifiées dans les articles retenus à partir de l'interrogation des bases de données, couvrant les thèmes plus larges des bienfaits et bénéfices de la nature sur la santé, particulièrement dans les articles de synthèse, revues systématiques et métaanalyses publiés récemment.

Les publications ont été classées en deux listes selon le type d'étude, soient les études d'observation et les études d'intervention. Par leur nature, les études d'intervention génèrent dans la plupart des cas un niveau de preuve plus élevé que les études d'observation, d'où l'utilité de cette classification pour une appréciation générale du niveau de preuve.

Tableau 1. Niveau de preuve scientifique et grades de recommandation.

| Niveau de preuve scientifique | Grade des recommandations |
|---|---|
| Niveau 1: <ul style="list-style-type: none"> essais comparatifs randomisés de forte puissance; métaanalyse d'essais comparatifs randomisés; analyse de décision basée sur des études bien menées. | Grade A Preuve scientifique établie |
| Niveau 2: <ul style="list-style-type: none"> essais comparatifs randomisés de faible puissance; études comparatives non randomisées bien menées; études de cohortes. | Grade B Présomption scientifique |
| Niveau 3: <ul style="list-style-type: none"> études de cas témoins | Grade C Faible niveau de preuve scientifique |
| Niveau 4: <ul style="list-style-type: none"> études comparatives avec biais; études rétrospectives; série de cas; études épidémiologiques descriptives (transversales, longitudinales). | |

Dans un deuxième temps, nous avons procédé à l'évaluation du niveau de preuve scientifique pour chacune des études citées et indiqué les bienfaits physiologiques et psychologiques rapportés. Les deux listes se retrouvent sous forme de tableaux en annexe.

2.2 Appréciation du niveau de preuve scientifique

Le niveau de preuve scientifique a été apprécié à l'aide d'une grille d'évaluation où l'on distingue quatre niveaux de preuve et trois grades de recommandations. Le tableau 1 présente la grille d'évaluation utilisée dans ce rapport. Cette grille est largement utilisée dans divers domaines de la médecine et des sciences de la vie pour l'évaluation de la qualité de la preuve scientifique.

3. Résultats

Nous avons effectué une revue de la littérature des études sur les bienfaits de l'interaction avec la nature sur la santé globale. Environ la moitié des études retenues sont des études d'observation (voir le tableau 1 en annexe) et l'autre moitié sont des études d'intervention (voir le tableau 2 en annexe). Par leur nature, le premier type d'études n'apporte pas un niveau de preuve suffisant pour établir une relation causale, mais des études d'observation bien menées peuvent permettre d'identifier des associations significatives entre l'interaction avec la nature et un bienfait pour la santé (niveau 2 de preuve scientifique, présomption scientifique). Les études d'intervention dans lesquelles les participants sont assignés



aléatoirement à différentes conditions expérimentales, comme une exposition ou une interaction dans un milieu naturel, comparativement à un milieu urbain, permettent de mieux documenter les relations causales entre l'exposition à la nature et la santé. Ce type d'étude devrait être priorisé pour établir une preuve scientifique solide.

Un grand nombre d'études d'intervention ont été réalisées au Japon où le « *shinrin-yoku* (森林浴) », qui se traduit littéralement par « bain de forêt », est devenu une activité populaire pour relaxer et contrôler le stress. Le bain de forêt a été introduit et promu par l'Agence des forêts du Japon au début des années 1980, mais ce n'est qu'à partir de la fin des années 1990 que les premières études scientifiques sur les effets physiologiques de ce type d'intervention ont été réalisées. Depuis, les chercheurs japonais ont fait de nombreuses études scientifiques sur les bienfaits du bain de forêt, la plupart étant des études d'interventions bien menées, mais généralement auprès d'un nombre peu élevé de participants. Le fait que la plupart des études aient été réalisées au Japon comporte des risques de biais, on ne peut donc être certain que les bienfaits observés au Japon le seront aussi sur les populations d'autres pays. Outre le fait que les Japonais constituent un groupe ethnique distinct et homogène, il y a un possible biais culturel puisque la forêt est considérée par les Japonais non seulement comme un lieu de ressourcement par le contact avec la nature, mais aussi comme un lieu sacré qui abrite des divinités (*kami*) et l'âme de défunts, selon les croyances de la religion shintoïste. Il y a donc un réel besoin de réaliser davantage d'études en Amérique du Nord et en Europe, dans un contexte géographique et ethnique différent de celui, unique, du Japon.

3.1 Bienfaits physiologiques

D'après notre évaluation, les bienfaits physiologiques de l'interaction avec la nature qui sont établis (Grade A, preuve scientifique établie) sont :

- Réduction de la fréquence cardiaque
- Réduction de la pression artérielle
- Diminution de l'activité nerveuse sympathique
- Augmentation de l'activité nerveuse parasympathique
- Réduction des niveaux de cortisol (indicateur de stress)

Une métaanalyse ([Ideno et coll., 2017](#)) de 20 études auprès de 732 participants montre que la pression artérielle est significativement réduite lors d'un court séjour en forêt par rapport à un environnement non forestier. Selon une métaanalyse de 13 études auprès de 563 participants, le séjour en forêt réduit aussi significativement la fréquence cardiaque. Ces observations découlent d'un effet sur le système nerveux autonome. En effet, des études de bonne qualité montrent que lors d'un séjour en forêt, une diminution de l'activité nerveuse sympathique (impliquée dans la réponse au stress) et une augmentation de l'activité nerveuse parasympathique (impliquée dans la relaxation) sont observées chez les participants. Selon une métaanalyse ([Antonelli et coll., 2019](#)) de 8 études auprès de 99 participants, le niveau de cortisol salivaire est significativement moins élevé chez les participants après un séjour en forêt par comparaison avec un séjour dans un environnement urbain, une autre indication d'une réduction du stress physiologique par l'intervention. Le cortisol, une hormone sécrétée par les glandes corticosurrénales, est un régulateur métabolique agissant sur plusieurs organes du corps humain et est impliqué dans la réponse au stress.

3.2 Bienfaits psychologiques

D'après notre évaluation, le seul bienfait psychologique de l'interaction avec la nature qui est bien établi (Grade A, preuve scientifique établie) est :

- Réduction de l'anxiété
- Une métaanalyse récente ([Kotera et coll., 2020](#)) de 20 études sur les effets des bains de forêt sur la santé mentale montre une réduction significative de l'anxiété mesurée avant et après l'intervention. Il y a plusieurs bienfaits psychologiques présumés de l'expérience en forêt, mais avec un niveau de preuve moins élevé que pour la réduction de l'anxiété (Grade B, présomption scientifique) :
- Sensation réparatrice (« *perceived restorativeness* »)
 - Diminution de la dépression et d'émotions négatives
 - Amélioration de l'humeur
 - Augmentation de la vitalité, diminution de la fatigue

Certaines études, considérées individuellement, suggèrent un effet favorable de la nature sur la dépression, mais il s'agit d'un effet beaucoup plus modeste que pour l'anxiété. Parmi les quelques études bien menées sur l'association entre le contact avec la nature et la dépression, il y a cette étude australienne ([Shanahan et coll., 2016](#)). Le contact des participants avec la nature durant 30 minutes ou plus par semaine était associé à une diminution significative de 7 % de la dépression par comparaison aux participants qui avaient peu de contact avec la nature, c.-à-d. de 0 à 30 minutes par semaine. Cet effet favorable sur la dépression augmente avec la durée de l'exposition, jusqu'à 75 minutes par semaine.



3.3 Bienfaits cognitifs

Il y a relativement peu d'études sur les effets de l'interaction avec la nature sur la cognition, mais quelques-unes d'entre elles, bien faites, suggèrent des effets favorables sur :

- Amélioration de la fonction cognitive
- Restauration de l'attention
- Réduction de la fatigue mentale et de la confusion

Parmi les études bien menées sur les effets de la nature sur la cognition, il y a celles du groupe de recherche dirigé par Marc G. Berman de l'Université de Chicago. Une analyse des données provenant de 13 expériences, menées par ces chercheurs auprès de 528 participants, montre que l'exposition à la nature a un effet bénéfique significatif sur la cognition, comparativement à l'exposition à un milieu urbain (Stenfors et coll., 2019). Toutes les études incluses dans l'analyse utilisaient un protocole de type essai randomisé et contrôlé (ERC) et le même test cognitif (tâche d'empan de chiffres inversé) pour évaluer les effets sur l'attention et la mémoire de travail. L'amélioration de la performance cognitive était en grande partie indépendante des changements d'affects positifs ou négatifs, ce qui suggère que les mécanismes d'action impliqués devraient faire l'objet d'investigations futures.

La [théorie de la restauration de l'attention](#) prédit que l'exposition à la nature pourrait mener à une amélioration de la fonction cognitive. Les métaanalyses les plus récentes montrent que la mémoire de travail, la souplesse cognitive et, à un moindre degré, le contrôle attentionnel sont améliorés après une exposition à un environnement naturel (Stevenson et coll., 2018). Des études d'intervention bien contrôlées devront être réalisées dans l'avenir pour établir scientifiquement que l'interaction avec la nature améliore la fonction cognitive. Avec le vieillissement de la population et la hausse d'incidence de déclin cognitif associée, il serait important d'établir hors de tout doute cet effet bénéfique sur le fonctionnement du cerveau. Après la prescription de l'exercice, prescrira-t-on un jour des visites dans la nature pour atténuer le déclin des fonctions cognitives ?

3.4 Autres bienfaits

L'interaction avec la nature a d'autres bienfaits allégués au niveau social, spirituel et culturel, mais le niveau de preuve scientifique des publications sur ces aspects peut être jugé plutôt faible (Grade C).

- Amélioration du bien-être spirituel
- Renforcement de la cohésion sociale et du soutien social
- Sensibilisation et comportement positif en matière d'environnement et de durabilité

Par exemple, une étude d'observation réalisée aux Pays-Bas auprès de 10 089 résidents de ce pays a voulu savoir si les contacts sociaux ne pouvaient pas être un des facteurs expliquant les bienfaits de la nature sur la santé perçue (Maas et coll., 2009b). Après des ajustements pour prendre en compte les facteurs sociaux économiques et démographiques, les résultats indiquent que les résidents qui vivent dans un environnement où l'on retrouve moins d'espaces verts expérimentent davantage le sentiment de solitude et perçoivent un manque de soutien social. C'est un aspect intéressant, mais des études d'intervention seront requises pour établir si les contacts sociaux sont un facteur causal de l'effet favorable de la nature sur la santé perçue.

3.5 Relation dose-réponse de l'exposition à la nature

À la lumière des résultats rapportés ci-haut, il paraît relativement bien établi que l'exposition à la nature puisse engendrer un certain nombre de bienfaits sur la santé. Toutefois, plusieurs questions méritent d'être approfondies davantage. Par exemple, quelle est la durée d'exposition à la nature optimale pour obtenir des bienfaits pour la santé ? Existe-t-il une relation dose-réponse entre la quantité (fréquence et durée) des séjours dans la nature et les bienfaits physiologiques et psychologiques qu'elle procure ? Ce sont des questions importantes sur lesquelles relativement peu de chercheurs se sont penchés.

Dans [une étude](#) d'observation réalisée auprès de 19 806 participants au Royaume-Uni, les personnes qui ont été en contact avec la nature ≥ 120 minutes chaque semaine ont été 59 % plus nombreuses à déclarer être en bonne santé et 23 % plus nombreuses à ressentir du bien-être que les participants qui n'ont eu aucun contact avec la nature. Une exposition à la nature de 60 à 90 minutes par semaine n'a pas eu d'effet significatif sur la santé et le bien-être perçus par les participants. L'association favorable plafonne entre 200 et 300 minutes de contact avec la nature par semaine.

Dans une [étude d'observation australienne](#) auprès de 1538 résidents de Brisbane âgés de 18 à 70 ans, les participants qui ont fait de longs séjours dans les espaces verts étaient significativement moins nombreux à souffrir de dépression et à avoir une pression artérielle élevée. Des niveaux plus élevés d'activité physique et de perception de la cohésion sociale étaient associés à une fréquence et une durée plus élevées des séjours dans les espaces verts. L'analyse dose-réponse pour la dépression et la pression artérielle élevée suggère que des séjours dans les espaces verts de 30 minutes ou plus durant la semaine pourraient réduire la prévalence de ces maladies dans la population de 7 % et 9 %, respectivement.

Une [synthèse exploratoire](#) («scoping review») des études sur la quantité d'expositions à la nature et les bienfaits pour la santé mentale des collégiens (< 20 ans) a recensé 14 études (10 au Japon, 3 aux États-Unis et 1 en Suède). Par comparaison à une exposition d'une durée égale dans un milieu urbain, aussi peu que 10 minutes passées assis ou à marcher dans un

milieu naturel ont eu un impact positif significatif sur des marqueurs physiologiques et psychologiques de la santé mentale des jeunes participants.

Ces études sont intéressantes, mais le niveau de preuve scientifique des deux premières études d'observation de type transversal est plutôt faible. Nous sommes d'avis que des études d'intervention avec des protocoles rigoureux et un nombre suffisant de participants devraient être réalisées dans l'avenir pour mieux préciser la relation dose-réponse et ainsi déterminer quelle est la durée optimale des séjours dans la nature pour obtenir tous les bienfaits pour la santé.

4. Conclusion

4.1 Résumé des observations

Cette revue de la littérature scientifique portant sur les effets de l'exposition ou l'interaction avec un milieu naturel sur la santé globale a permis de dégager certaines conclusions. D'abord, les études scientifiques supportent l'idée selon laquelle l'interaction avec la nature favoriserait une réduction de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle. Les études rapportent également une diminution de l'activité nerveuse sympathique et une augmentation de l'activité nerveuse parasympathique, qui joue un rôle essentiel pour ralentir les fonctions de l'organisme. Les recherches supportent aussi de façon convaincante l'impact de la nature pour diminuer l'anxiété et pour réduire le taux de cortisol, une hormone connue pour son association avec le stress.

Les recherches permettent de tirer des conclusions plus modestes, qui doivent être considérées avec plus de prudence quant aux impacts de la nature sur certains autres aspects de la santé psychologique, comme une sensation réparatrice («*perceived restorativeness*»), une diminution de la dépression et des émotions négatives, une amélioration de l'humeur et une diminution de la fatigue. Une métaanalyse appuie aussi certains bienfaits sur le plan cognitif, notamment sur les performances en mémoire de travail, une composante de la cognition qui permet de manipuler consciemment l'information à court terme. Toutefois, les bienfaits sur la cognition devraient faire l'objet d'études plus poussées pour permettre des conclusions plus soutenues.

Enfin, les études publiées à ce jour appellent à la prudence quant aux liens entre les expositions à la nature et l'amélioration du bien-être spirituel, le renforcement de la cohésion sociale et du soutien social, ainsi qu'à la sensibilisation et aux comportements positifs en matière d'environnement et de durabilité. Les recherches sur ces déterminants de la santé devront être poursuivies pour permettre de tirer des conclusions satisfaisantes au regard des critères scientifiques utilisés dans le présent rapport.

4.2 Une expérience multisensorielle

Bien que les études publiées à ce jour ne permettent pas d'identifier les mécanismes biologiques impliqués dans la relation entre l'exposition à la nature et la santé globale, certaines pistes de recherche peuvent être considérées. De plus, il semble évident que les effets bénéfiques de la nature sur la santé physique et psychologique proviennent vraisemblablement des multiples stimulations sensorielles qui découlent de l'interaction avec les environnements naturels.

Par exemple, on a observé qu'un simple contact visuel avec la nature est associé à [plusieurs effets positifs sur la santé](#), incluant une diminution de l'anxiété, une baisse du rythme cardiaque, une réduction du stress et même [une récupération plus rapide après une intervention chirurgicale](#). Les couleurs naturelles pourraient contribuer à ces effets positifs, puisque le bleu et le vert, qui prédominent dans les environnements naturels, auraient des effets [anxiolytiques](#).

Le calme régnant dans la nature pourrait également jouer un rôle positif, car il est clairement établi que le bruit chronique généré par les environnements urbains contribue au stress, à une diminution de la qualité du sommeil et à une [hausse du risque de maladies cardiovasculaires](#). À l'inverse, notre physiologie est mieux adaptée aux sons émanant de la nature, comme ceux associés au vent ou aux mouvements de l'eau, et il a été suggéré que ces sons [peuvent réduire le stress](#).

Les odeurs de la nature peuvent également induire de puissants effets sur le bien-être. Le système olfactif est étroitement lié au système limbique, la région du cerveau impliquée dans les réponses émotionnelles. Les études montrent que certaines odeurs naturelles plaisantes (l'air d'été ou les parfums des fleurs, par exemple) peuvent effectivement [améliorer l'humeur et diminuer l'agressivité](#).

Mentionnons aussi qu'en plus de stimuler positivement notre odorat, certaines molécules relâchées par la végétation peuvent être inhalées et s'accumuler dans le corps des personnes lors du contact avec la nature, par exemple [lors d'une promenade en forêt](#). C'est notamment le cas des phytoncides, une classe de molécules organiques (monoterpènes) fabriquées par les plantes pour se protéger des parasites et des herbivores. Les études suggèrent que l'exposition à ces molécules lors d'un séjour dans la nature est associée à plusieurs effets positifs, notamment une [réduction de l'inflammation](#) et du [stress oxydatif](#), une [diminution des taux d'hormones de stress](#) (adrénaline) ainsi qu'une [stimulation du système immunitaire](#). Ces molécules pourraient donc contribuer à la diminution du stress et de l'anxiété associée à l'exposition aux milieux naturels observée dans plusieurs études.

En somme, les études publiées à ce jour permettent d'identifier des effets importants et clairement démontrés de l'exposition ou de l'interaction avec la nature sur la santé, notamment sur plusieurs aspects de la santé physique, ainsi que sur la santé psychologique. Les mécanismes d'action demeurent à ce jour peu connus, et les études futures permettront assurément de mieux documenter les effets complexes de la nature sur le corps afin de mieux comprendre comment l'exposition au milieu naturel engendre des effets bénéfiques sur la santé physique et psychologique. Une meilleure compréhension de ces effets permettrait de développer et d'optimiser des traitements utilisant l'exposition en milieu naturel comme approche thérapeutique ou préventive dans une perspective de santé globale. 🍌

Annexe: suivez ce lien pour consulter les deux tableaux suivants, à la fin de l'article

Tableau 1. Études observationnelles rapportant les principaux bienfaits pour la santé de l'interaction avec la nature.

Tableau 2. Études d'interventions supportant les principaux bienfaits pour la santé de l'interaction avec la nature.

Chauffage au bois : 3 conseils préventifs

par le service de rédaction, La Capitale Assurance et services financiers.

À la maison, rien de tel qu'un feu de foyer pour chasser le froid et créer de l'ambiance!

Vous pensez faire installer un appareil de chauffage au bois chez vous? Voici des conseils pour accroître votre protection et celle prévue par votre assurance habitation.

1. Soyez vigilant à l'achat d'un appareil de chauffage ou d'une maison qui en est dotée

- Avant tout, consultez le règlement de votre municipalité. Certaines villes, dont Montréal, interdisent par exemple d'installer des appareils de chauffage au bois dans les nouvelles constructions.
- Si vous achetez un appareil pour votre domicile, choisissez-en un approuvé par un laboratoire indépendant; recherchez notamment les certifications CSA ou ULC.
- Avant d'acheter une maison munie d'un foyer (ou d'un poêle) au bois, contactez un membre de l'Association des professionnels du chauffage (APC); il pourra vérifier la conformité de votre installation. Un conseil: par sureté, c'est aussi un technicien de l'APC qui devrait installer un nouvel appareil chez vous.

2. Avisez votre assureur de la présence ou de l'ajout d'un appareil de chauffage

Votre assureur voudra à son tour vérifier si votre installation est sécuritaire. En général, il se demandera si votre poêle à bois (par exemple) est relié à un type de cheminée qui minimise les risques. Il examinera d'autres mesures de sécurité: absence de matériau combustible trop près de l'appareil, état des raccords de conduits, etc.

Après sa vérification, votre assureur ajoutera une mention à votre contrat pour que vous soyez bien protégé en cas de sinistre. S'il constate des problèmes de conformité, il pourrait plutôt exiger des modifications, voire refuser de couvrir une installation hors normes.

3. Réduisez les risques d'incendie avec un entretien et un usage adéquats

Les appareils de chauffage viennent avec une part de risques. Prévenez ceux-ci à l'aide de bonnes pratiques:

- Brûlez seulement du bois sec (jamais de déchets ou de bois traité, peint ou souillé).
- Faites ramoner votre cheminée périodiquement.

Bref, chauffez votre domicile en toute sécurité! Vous avez besoin de conseils en prévention des incendies? Votre assureur fait partie des ressources qui peuvent vous renseigner. 🍂

Six avantages d'acheter une voiture électrique

par le service de rédaction, Banque Nationale.

Les voitures électriques gagnent en popularité. Peut-être que l'idée d'en avoir une vous a traversé l'esprit? Voici les six avantages d'acheter une voiture électrique.

1. Économies sur le cout de recharge

L'un des grands avantages de la voiture électrique, c'est que ça vous permet de faire des économies. Ça pourrait même coûter jusqu'à quatre fois moins cher par kilomètre parcouru, selon *Ressources naturelles Canada*.

Les économies que vous pourriez faire par année? Rouler 20 000 km dans une voiture compacte électrique pourrait vous faire économiser entre environ 1 500 \$ et 1 700 \$, selon *BC Hydro* et *Hydro-Québec*.

Le montant économisé dépend de plusieurs facteurs, comme le prix de l'essence et de l'électricité, le nombre de kilomètres parcourus, le modèle de voiture et la technologie utilisée.

Pour avoir une idée des couts par kilomètre des différents marques et modèles de voitures, *Ressources naturelles Canada* offre un outil de recherche des cotes de consommation d'énergie par véhicule.

2. Économies sur le cout d'entretien

Les véhicules électriques coûtent moins cher d'entretien que les véhicules à essence. Selon le type de voiture (entièrement électrique ou hybride rechargeable), on retrouve des avantages comme :

- l'absence ou la diminution des changements d'huile;
- la durabilité des freins (il y a un système de freinage par récupération d'énergie qui use moins les disques et les plaquettes de frein);
- la structure du moteur électrique plus simple, donc qui nécessite moins de changements de pièces et de visites au garage.

3. Subventions gouvernementales à l'achat ou à la location

Même si les voitures électriques coûtent moins cher en énergie et en entretien, leur prix de vente et de location reste souvent plus élevé que les véhicules à essence. Le gouvernement fédéral offre des subventions aux particuliers et aux entreprises.

Plusieurs provinces ajoutent aussi leurs propres incitatifs. Ils s'appliquent sur l'achat ou la location de véhicules admissibles, le remplacement d'un vieux véhicule ou même sur l'acquisition et l'installation d'une borne de recharge.

4. Offres avantageuses sur les prêts et les assurances

Certains assureurs offrent des rabais sur les assurances auto pour certains modèles. Il y a aussi des institutions financières qui ont mis en place des prêts-autos avantageux sur les voitures électriques et hybrides. Ça vaut le coup de s'informer.

5. Privilèges sur les routes

Le Québec et l'Ontario offrent des plaques d'immatriculation vertes aux détenteurs de voitures électriques ou hybrides rechargeables admissibles. Selon la région, elles donnent accès à certains privilèges, comme :

- la possibilité de circuler sur des voies réservées;
- les stationnements gratuits et réservés à plusieurs endroits;
- l'accès gratuit à des routes à péages ou à des traversiers.

6. Avantages pour l'environnement

La voiture électrique n'émet pas de gaz à effet de serre quand elle roule. Selon *Hydro-Québec*, si l'on tient compte du cycle de vie d'une voiture (incluant les matériaux pour la construire), une voiture électrique émettra 65 % moins de gaz à effet de serre qu'une voiture à essence pour 150 000 km parcourus. De plus, elle réduit aussi la pollution sonore créée par les moteurs à combustion. Choisir la voiture électrique, ça peut être avantageux pour vos finances et pour l'environnement. Ça vaut aussi la peine d'évaluer vos besoins et de vous informer sur ce que ça implique avant de passer à l'action. 🍏

Découvrez l'offre de la Banque Nationale pour les inhalothérapeutes à bnc.ca/professionnel-sante.

Dossier de la formation initiale

- Rencontre avec le comité consultatif (Office des professions, MSSS, MES et Conseil du trésor) pour la transmission de la décision des instances gouvernementales sur la *Demande de rehaussement du diplôme qui donne ouverture au permis d'inhalothérapeute*
- Rencontres virtuelles (6) avec les inhalothérapeutes
- Rencontres avec les universités
- Rencontres avec le CMQ, l'OIIQ, l'OPQ, l'AAQ, l'APPQ, la FIQ

Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)

- Forum de l'admission
- Forum des conseillers juridiques
- Forum des secrétaires de conseils de discipline
- Forum des syndicats
- Comités de travail sur les valeurs des syndicats
- Deux assemblées des membres

Pandémie

- Rencontres des ordres de la santé sur le dépistage
- Comité ministériel sur la vaccination

CMQ

- Pratique professionnelle des kinésiologues et des sages-femmes
- Dossier sur le rappel des appareils de Philips

Table de collaboration interordres de la santé et des services sociaux

- Comité de pilotage

MSSS

- Groupe de travail national sur l'organisation des soins et les effectifs en inhalothérapie (3 rencontres)

Notre offre pour les inhalothérapeutes devient encore plus avantageuse

Découvrez vos nouveaux avantages et privilèges à bnc.ca/professionnel-sante

Fière partenaire de



Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Mastercard^{MD} Platine, World Mastercard^{MD}, World Elite^{MD} de la Banque Nationale. Certaines restrictions s'appliquent. Pour plus de détails, visitez bnc.ca/professionnel-sante. MD MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International inc. La Banque Nationale du Canada est un usager autorisé. MD BANQUE NATIONALE et le logo de la BANQUE NATIONALE sont des marques de commerce déposées de Banque Nationale du Canada. © 2021 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés. Toute reproduction totale ou partielle est strictement interdite sans l'autorisation préalable écrite de la Banque Nationale du Canada.





Formation continue

Durant la pandémie de COVID-19, l'Ordre a décidé d'appliquer une réduction de 50 % sur les **forfaits institutionnels**, et ce, peu importe le nombre de personnes à inscrire. Les formations sont disponibles sur le *Campus OPIQ*.

Suivez-nous sur nos médias sociaux et surveillez notre infolettre pour rester informés au sujet des activités de formation du *Campus OPIQ*. Suivez ce lien pour connaître les activités de formation externes à l'OPIQ: [Activités de formation externes à l'OPIQ](#)

Les activités de formation sont, en partie, possibles grâce à la participation financière de **La Capitale Assurance et services financiers**, de **Medtronic**, de **Philips** et de **VitalAire** (partenaire Or) ainsi que de la **Banque Nationale** (partenaires Argent) du *Campus OPIQ*.



Vous souhaitez être informé par courriel quand l'OPIQ propose une activité, publie un nouveau document, une nouvelle édition de la revue ou lorsqu'une nouvelle formation est mise en ligne sur le *Campus OPIQ*?

Rien de plus simple... Abonnez-vous aux communications de l'OPIQ!

Connectez-vous à [votre dossier en ligne](#). De là, il vous sera possible de modifier vos informations à partir de la section **Tableau des membres** ▶ **Modifier vos renseignements**.

L'équipe OPIQ, fier ambassadeur des saines habitudes de vie!

Pour plus d'information, visitez nos pages Web dédiées au programme *En santé cardiorespiratoire* et suivez-nous sur



questionnaire de **formation continue**

Veillez prendre note que nous n'acceptons plus de questionnaire en format papier, vous devez le remplir sur le **Campus OPIQ** pour obtenir votre heure de formation continue.



La lecture des trois textes suivants est requise pour remplir le questionnaire de formation continue en ligne sur le Campus OPIQ.

- *Les nouveaux visages de la nicotine* (p. 17)
- *Abandon des produits de vapotage : intervenir auprès des adolescents* (p. 21)
- *Le vapotage. Guide du clinicien sur les conseils à donner aux jeunes et aux parents* (p. 23)

01 **VRAI ou FAUX**

Les adolescents qui vapotent ne sont pas nécessairement plus à risque que d'autres d'expérimenter la cigarette de tabac plus tard.

02 Parmi les données de l'INSPQ (2019) suivantes, laquelle est vraie?

1. 10 % des jeunes utilisent des liquides contenant de la nicotine dans leur cigarette électronique.
2. Un peu plus d'un élève sur deux est exposé à l'aérosol de cigarette électronique chaque jour ou presque sur le terrain de l'école.

03 **VRAI ou FAUX**

Le vapotage chez les jeunes est associé à un risque accru de pneumopathie.

04 **VRAI ou FAUX**

En 2020, les jeunes fumeurs ont été plus nombreux qu'en 2019 à choisir le vapotage pour se libérer de leur consommation de tabac.

05 Parmi les stratégies d'intervention suivantes, laquelle ou lesquelles peuvent être utilisée(s) pour aider un jeune vapoteur qui souhaite cesser sa consommation de produits de vapotage?

1. Utiliser la méthode des 5A (*Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange*) pour donner de l'information et des conseils efficaces.
2. Évaluer l'usage de la vapoteuse en utilisant l'outil de dépistage pour une brève intervention (S2BI).
3. Utiliser des stratégies comportementales dont l'efficacité est démontrée pour le contrôle d'un usage inapproprié ou abusif d'autres substances.
4. Informer les jeunes et les familles quant aux risques d'exposition directe ou secondaire aux aérosols du vapotage.

- a) 1 et 3
- b) 2 et 4
- c) 1, 2 et 3
- d) 4 seulement
- e) 1, 2, 3 et 4

06 Parmi les données de l'INSPQ (2019) suivantes, laquelle est vraie?

1. Environ trois élèves vapoteurs sur dix vapotent tous les jours ou presque.
2. En six ans, la proportion d'adolescents québécois qui ont vapoté (au cours des 30 derniers jours) a diminué de 21 % à 4 %.

07 **VRAI ou FAUX**

Le vapotage de nicotine et de cannabis à concentration élevée semble comporter un plus grand risque de maladies pulmonaires associées au vapotage (MPAV).

08 Parmi les deux énoncés suivants, lequel est vrai?

1. La Société canadienne de pédiatrie recommande d'envisager une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) pour les jeunes dépendants à la nicotine ou qui éprouvent des symptômes de sevrage.
2. La Société canadienne de pédiatrie recommande les produits de vapotage comme outil d'abandon du tabagisme chez les jeunes.

09 **VRAI ou FAUX**

Selon l'*ECTN (2020)*, parmi les jeunes fumeurs qui ont essayé d'arrêter de fumer, 65 % d'entre eux ont utilisé un produit de vapotage.

10 **VRAI ou FAUX**

Selon des données préliminaires, les produits issus du marché illégal sont davantage liés aux maladies pulmonaires associées au vapotage (MPAV) et à d'autres méfaits du vapotage.

Veillez noter que vous devez obtenir une note de 80 % pour la reconnaissance d'une heure de formation qui sera inscrite à votre dossier.