

SODIUM UN PAS VERS UNE JUSTE MESURE.

PAR MARIE CLARK

L'apport moyen en sodium des Canadiens est d'environ 3 400 mg par jour. Aïe! C'est bien au-dessus de l'apport recommandé de 1 500 mg établi par l'Institute of Medicine of the National Academies des États-Unis et entériné par l'Organisation mondiale de la Santé. Quand on sait qu'il existe un lien de causalité entre l'apport élevé en sodium et l'hypertension artérielle, le principal facteur de risque des maladies cardiovasculaires, il y a de quoi s'inquiéter. Quand on sait également qu'une diminution de l'apport moyen en sodium d'environ 1 800 mg par jour préviendrait 23 500 cas de maladies cardiovasculaires par an, ce qui représente des économies annuelles directes d'au moins 1,38 milliard de dollars en soins de santé, on comprend les autorités de vouloir agir.

De 3 400 mg à
2 300 mg par jour
pour l'ensemble de la
population canadienne
d'ici 2016.

PROPOSITIONS DU GTS

- > Tous les paliers gouvernementaux, toutes les organisations de professionnels de la santé et non gouvernementales, tous les médias et l'ensemble de l'industrie alimentaire et du milieu universitaire collaborent à la mise en œuvre de la stratégie en adoptant une démarche coordonnée, systématique et opportune.
- > Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux fournissent un financement adéquat pour appuyer cette mise en œuvre.
- > Tous les paliers gouvernementaux et tous les intervenants intègrent la réduction du sodium dans leurs programmes, lignes directrices et politiques en matière de nutrition.
- > Tous les Canadiens prennent personnellement des mesures pour réduire leur consommation de sodium.



Voilà pourquoi Santé Canada a formé un Groupe de travail sur le sodium (GTS) qui réunit notamment divers représentants du secteur de la fabrication et des services alimentaires, de la communauté scientifique et d'organisations de professionnels de la santé. Son mandat: élaborer une stratégie visant à réduire l'apport quotidien en sodium de la population canadienne et en surveiller la mise en œuvre.

Dans son rapport intitulé *Stratégie de réduction du sodium pour le Canada* rendu public en juillet dernier, le GTS dit viser un objectif intermédiaire d'apport moyen de 2 300 mg par jour pour l'ensemble de la population canadienne d'ici 2016, cette quantité correspondant à l'apport le plus élevé ne comportant pas de risques pour la santé.

L'objectif ultime est évidemment d'abaisser la consommation de sel des Canadiens le plus près possible de l'apport suffisant de 1 500 mg par jour.

UNE DÉMARCHÉ

Ces recommandations s'appuient sur une démarche comportant trois volets: une **réduction volontaire** de la teneur en sodium des produits alimentaires transformés et des aliments vendus dans les établissements de services alimentaires; l'**éducation** et la **sensibilisation** des consommateurs, de l'industrie, des professionnels de la santé et d'autres parties intéressées; et enfin, la **recherche**. Un quatrième volet, soit la **surveillance et l'évaluation**, touche les trois volets précédents.

Bref, ce rapport propose une stratégie sérieuse, structurée, bien documentée et dûment supportée par des mécanismes de surveillance et d'évaluation. Reste à voir si la volonté politique sera au rendez-vous, si l'industrie alimentaire suivra, mais surtout, si la première concernée, la population, emboîtera le pas. ■

LE TNCC EN FRANÇAIS

Depuis octobre dernier, le Centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke offre aux infirmières un cours en traumatologie.

Le Trauma Nursing Core Course (TNCC) est une formation reconnue d'une durée de trois jours, qui a été adaptée en français. Elle a pour objectif de transmettre aux participants les habiletés qui leur permettront de contribuer signifi-

cativement à l'évaluation et à la stabilisation de patients blessés par suite de traumatismes.

Ce cours s'adresse particulièrement aux infirmières et infirmiers des services des urgences ou travaillant en région isolée.

Pour plus de détails, visitez: www.usherbrooke.ca/cfc/activites-de-formation/cours-de-reanimation/tncc/

PRÉVENTION DU SUICIDE DES AÎNÉS

75 % des aînés qui se sont enlevé la vie ont vu un médecin dans le mois précédant leur suicide. Une statistique importante pour les 200 personnes réunies le 23 septembre dernier à Trois-Rivières dans le cadre de la journée organisée par l'Association québécoise de prévention du suicide. Cette rencontre avait pour objectif de susciter des échanges sur les enjeux liés au phénomène du suicide chez les aînés et les mesures de prévention. Les participants provenaient

principalement de regroupements d'aînés, d'organismes communautaires et du réseau de la santé.

Autre constatation discutée dans le cadre de cette journée : les hommes demandent moins d'aide que les femmes et les veufs sont particulièrement vulnérables. Et contrairement à certaines croyances, les recherches démontrent que les aînés souffrant de dépression bénéficient des effets de la médication et de la thérapie. Or, malheureusement, cette clientèle utilise peu les services de santé mentale.

PRÉVENTION

Parmi les pistes d'action à mettre de l'avant, il faut appuyer les initiatives visant le dépistage et le traitement de la dépression, le renforcement des réseaux sociaux ainsi que



le développement des habiletés à résoudre des problèmes.

Quant à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, les aînés qui y ont référé ont dit souhaiter avant tout de vivre dans la dignité et d'être écoutés.

Soucieux de soutenir l'engagement des infirmières pour la prévention du suicide chez les aînés, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a collaboré à l'organisation de cette journée. ■ E.L.

Visitez le site de l'événement : www.aqps.info

MYTHES ET RÉALITÉS

À PROPOS DU SOMMEIL

PAR JOËL BRODEUR, INF., M.S.C. RÉPONSES EN PAGE 44

Au cours de sa vie, l'être humain passe en moyenne plus de temps à dormir qu'à faire quoi que ce soit d'autre. Voyons si vous pourrez départager le vrai du faux dans les quatre affirmations suivantes.

VRAI ou FAUX

1. Si je suis privé de cinq heures de sommeil, je vais compenser en dormant plus longtemps dans les jours suivants pour les récupérer.
2. Avec l'âge, les besoins en sommeil diminuent.
3. Le sommeil avant minuit est le meilleur.
4. Un décalage horaire affecte davantage dans le cas d'un déplacement vers l'est que vers l'ouest.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre *outil clinique* au quotidien



36\$
Taxe en sus

2^e édition

Pour commander votre exemplaire

www.oiiq.org

POUR UN DÉPISTAGE PRÉNATAL DE LA TRISOMIE 21



Le dépistage prénatal de la trisomie 21 permet aux femmes enceintes de connaître leur risque de porter un fœtus ayant cette anomalie chromosomique. Pour offrir le « Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21 », l'infirmière doit en connaître les principales caractéristiques, d'où l'idée de cette formation offerte en ligne par la TÉLUQ à l'initiative du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Il suffit de s'inscrire sur le site <http://formation-depistage-prenatal.teluq.uqam.ca> pour suivre la formation à son rythme. L'infirmière acquiert ainsi les connaissances et les habiletés nécessaires pour conseiller et soutenir adéquatement les femmes enceintes et les couples.

Le programme explique entre autres: le consentement libre et éclairé, les enjeux éthiques soulevés par le dépistage prénatal, les notions théoriques sur le dépistage et la communication des informations, et les outils logistiques comme les formulaires et les requêtes de laboratoire. L'accès à une personne-ressource et à des références d'appoint fait également partie de la formation.

Au Québec, le dépistage prénatal est offert depuis les années 1970 mais seulement aux femmes de plus de 35 ans. Or, avec la découverte de marqueurs biochimiques et échographiques mesurables durant la grossesse, un test de dépistage non invasif peut maintenant être proposé à toutes les femmes enceintes présentant un risque. ■ M.L.

EN TOUTE VÉRITÉ L'EXPÉRIENCE DU CANCER EN VIDÉO.

L'organisme Partenariat canadien contre le cancer vient de lancer *En toute vérité*, une série de vidéos dans laquelle une trentaine de personnes témoignent de leur expérience. Elles ont entre 20 et 73 ans et sont toutes atteintes d'un cancer.

Chaque personne réagit différemment au diagnostic. En livrant son expérience, elle met en perspective toute la gamme des émotions ressenties par ceux et celles qui viennent d'apprendre la nouvelle. Nombreux aussi sont les thèmes qui reviennent d'une personne



à l'autre, par exemple informer les enfants, la famille et les amis.

Ces vidéos, en français et en anglais, sont en ligne

pour guider et soutenir les personnes qui traversent la même épreuve. Cette initiative entend aussi aider les professionnels de la santé à mieux comprendre le point de vue de leurs patients. Le site propose également une communauté virtuelle présentant différentes ressources et services concernant le cancer :

www.vuesurlecancer.ca/entouteverite. ■ L.S.

MPOC OU BPOC ?

Doit-on dire « maladie pulmonaire obstructive chronique » (MPOC) ou « broncho-pneumopathie obstructive chronique » (BPOC) ?

Il existe de nombreux arguments, tant cliniques que juridiques, en faveur de l'utilisation du terme MPOC.

Sur le plan clinique, les organismes phares que sont l'Organisation mondiale de la Santé, l'Association pulmonaire du Canada, la Société canadienne de thoracologie, l'Association pulmonaire du Québec et le Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC utilisent tous « maladie pulmonaire obstructive chronique » et son acronyme « MPOC ». Par souci d'uniformité et de cohérence dans la terminologie professionnelle, cette expression a été adoptée car elle facilite les échanges professionnels tout en évitant de confondre le client malade.

Au Québec, d'un point de vue juridique, les établissements de santé sont soumis à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) et aux règlements correspondants, dont le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (c. S-5, r.3.01). L'article 57 du règlement précise : « Un centre hospitalier doit tenir à son Service des archives un index des bénéficiaires et coder les maladies et les interventions chirurgicales selon la classification internationale des maladies (CIM) ». La CIM, qui est utilisée notamment aux États-Unis et partout au Canada, emploie l'expression « maladie pulmonaire obstructive chronique » et son acronyme « MPOC ».

Vous pouvez consulter la CIM-10 sur le site de l'Institut canadien d'information sur la santé : www.cihi.ca. ■ J.B.