



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec

L'EXPLO RATEUR

Le magazine de l'Ordre
des hygiénistes dentaires
du Québec

La peau,
le plus vaste
organe du corps

DOSSIER

La prévention
des dermatoses
professionnelles

ACTUALITÉ

Emploi de produits
d'anesthésie locale
non injectables en
dentisterie: analyse
et étude de cas

PROFIL

La profession
d'hygiéniste dentaire
vécue par... Sylvie
de Grandmont

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

Une carrière chez Centres dentaires Lapointe vous offre de multiples avantages dont certains sont exclusifs dans le domaine dentaire :

AVANTAGES

• RÉGIME DE RETRAITE (avec participation de l'employeur)

- Plan d'assurances collectives
- Formations*
- Remboursement de la cotisation professionnelle*
- Remboursement des frais d'inscription aux journées dentaires
- Plan de traitements de soins dentaires
- Rabais de divers partenaires corporatifs
- Primes de fin de semaine
- Activités diverses organisées par le Club social
- Possibilité de transfert dans une autre clinique à travers le Québec

*Certaines conditions s'appliquent.

Joignez le plus grand réseau du domaine dentaire au Québec

Montréal (3) • LaSalle • Laval • Rosemère • Longueuil (2) • St-Hyacinthe
Cap Rouge • Québec • St-Romuald • St-Sauveur • Gatineau • Hull • Jonquière

Communiquez avec :
Kathy Guillemette, conseillère en recrutement
(450) 679-2300 poste 2289 | cv@centreslapointe.com

Lapointe
RESSOURCES HUMAINES



L'EXPLORATEUR

Le magazine de l'Ordre
des hygiénistes dentaires
du Québec

- 5 **Avant-propos**
- 6 **MOT DE LA PRÉSIDENTE**
- 8 **A word from the President**

L'EXPLORATEUR VIRTUEL

- 10 De la lumière S.V.P. !



DOSSIER : LA PEAU

- 12 La peau, un organe protecteur
- 13 Les principales dermatoses
- 13 Prévenir les maladies de peau
- 14 Guérir une maladie de peau par les traitements classiques
- 14 Soigner sa dermatose au naturel
- 15 Qui est concerné ?
- 16 La muqueuse buccale

Liste des annonceurs

Banque Nationale
Centres dentaires Lapointe
Colgate-Palmolive Canada inc.
Crest Oral B – P&G Santé buccodentaire
Fasken Martineau
GlaxoSmithKline
La Personnelle, Assureur de groupe auto, habitation et entreprise
Novalab Canada
Oral Science
Passeportsante.net
Sunstar Americas, inc. Canada
Université de Montréal

- 22 La prévention des dermatoses professionnelles
- 28 Substances ciblant la xérostomie
- 34 **PROMOTION DE LA PROFESSION**

PROFIL

- 36 La profession d'hygiéniste dentaire vécue par...
Sylvie de Grandmont
- 40 **Calendrier de formation continue 2013-2014**

ACTUALITÉ

- 46 L'adaptation musculaire aux changements occlusaux
- 50 Bactéries, champignons et mycobactéries: des défis de taille pour les patients fibro-kystiques et leur équipe soignante
- 52 Emploi de produits d'anesthésie locale non injectables en dentisterie: analyse et étude de cas

NUTRITION

- 58 Le sucre, ce n'est pas du gâteau

- 60 **Présentation des administrateurs**

SÉLECTION DE PRESSE

- 64 Cellules de rechange
- 64 Test maison pour le VIH

VU LU ENTENDU

- 64 Livre: Ondotologie et médecine du sommeil

CAPSULE ÉCOLOGIQUE

- 65 Revêtement antibactérien

66 Offres d'emploi

RÉFLEXION

- 67 La cigarette électronique... pour le meilleur ou pour le pire ?

SERVICES FINANCIERS

- 70 Unions de fait

L'Explorateur est une source d'information fiable et crédible qui contribue depuis plus de 23 ans à l'avancement de notre profession. Il a pour mission de vous donner l'heure juste sur des enjeux importants touchant de près ou de loin l'hygiéniste dentaire. Avec justesse et objectivité, son contenu à saveur scientifique fait le point sur une variété de sujets d'actualité.

Numéros à paraître

Thèmes	Date de parution	Date de tombée pour les textes
Les comportements	Janvier 2014	11 octobre 2013
La prévention	Avril 2014	10 janvier 2014
Les hormones	Juillet 2014	11 avril 2014

Pour aider à mettre en lumière vos patients atteints d'érosion par acide.

L'IDENTIFICATEUR
D'ÉROSION PAR ACIDE
ProActif[™]
Activé par BEWE



PRO-EMAIL

Le nouvel outil ProActif[™] de Pro-Email[®] se base sur l'indice publié de BEWE (examen de base de l'usure par érosion) afin d'aider les professionnels des soins dentaires du Canada à identifier l'érosion par acide et l'usure par érosion, à prendre les patients en charge au fil du temps et à les conseiller quant aux défis que représentent les aliments acides et l'hygiène buccale. Tout cela dans le but de vous aider à mettre davantage en lumière vos patients atteints d'érosion par acide¹.



gsk
GlaxoSmithKline
Soins de santé
aux consommateurs Inc.

MC/® ou licencié GlaxoSmithKline Soins de santé aux consommateurs Inc.
Mississauga, Ontario L5N 6L4 © 2013 GlaxoSmithKline

www.ProNameI.ca/dentalprofessional/fr

1. Bartlett D, et al. *Clin Oral Invest.* 2008;12(Suppl 1):S65-S68.

L'EXPLORATEUR, VOL. 23, n° 3, OCTOBRE 2013

Comité des publications

Caroline Boudreault, HD
 Lucie Gagné, HD
 Bibiane Gagnon, HD
 Martine Plante, HD
 Johanne Côté, HD, ASC, Adm.A, directrice générale
 et personne-ressource

Ont collaboré

Shawn Aaron, M.D., M.Sc., FRCPC
 Mélissa Archambault, www.passeportsante.net
 Louane Arsenaault, HD
 Jean Philippe Artaud, www.officiel-prevention.com
 Agathe Bergeron, HD
 Elaine Bertrand, HD
 Nadine Caron, adjointe administrative
 Marie-Claude Dorval, HD
 Linda Douglas, HD, B. Sc.
 Diane Duval, HD, présidente
 Dominique Forget, journaliste
 Catherine Girard
 Dr David Isen, B. Sc., D.D.S.
 Dr Christian Knellesen
 Dr Gilles J. Lavigne
 Elizabeth McDermott, secrétaire de direction
 Marise Parent, commis secrétaire
 Julie Préfontaine, Ph. B. Sc., MOPPP
 Christine Thibault, B. Sc., HD
 Catherine Zemelka, agencein

Comité exécutif

Présidente, Diane Duval, HD
 Vice-présidente, Josée Tessier, HD
 Trésorière, Nancy Tremblay, HD
 Administrateur, Franck Giverne, HD
 Administratrice nommée, Francine Boivin, Dt.p. Map

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Administrateurs élus par les membres

Régions
 05 et 16 Danielle Bonenfant, HD
 05 et 16 Carole Desroches, HD
 14 et 15 Lina Duguay, HD
 01, 09 et 11 Francine Demeules, HD
 03 et 12 Josée Desgagné, HD
 06 et 13 Franck Giverne, HD
 06 et 13 Johanne Landry, HD
 03 et 12 France Lavoie, HD
 04 et 17 Maryse Lessard, HD
 07 et 08 Sylvain Provencher, HD
 05 et 16 Diane Routhier, HD
 06 et 13 Josée Tessier, HD
 02 et 10 Nancy Tremblay, HD

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

Francine Boivin, Dt.p. MAP
 Monique L. Bégin, MAP, ASC
 Sylvie Hertrich
 Carole Lemire, inf., Ph. D.(c)

Direction de l'Ordre

Directrice générale, Johanne Côté, HD, ASC, Adm. A
 Secrétaire de l'Ordre, M^e Janique Ste-Marie, notaire

Révision OHDQ

Publicité OHDQ

Graphisme G branding & design

Photo couverture iStockPhoto

Impression F.L. Chicoine

Tirage 6 100 exemplaires

Abonnement

Gratuit pour les membres inscrits au tableau de l'OHDQ

Étudiants : 30 \$ plus taxes par année

Associés : 80 \$ plus taxes par année

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 1^{er} trimestre 1992

Bibliothèque nationale du Canada, ISSN : 1183-4307

Convention poste publication N° 40009269

Politique publicitaire de l'OHDQ

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

Nos publications.

Droits d'auteur

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

Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

1155, rue University, bureau 1212
 Montréal (Québec) H3B 3A7
 Téléphone : 514 284-7639 ou 1 800 361-2996
 Télécopieur : 514 284-3147
info@ohdq.com www.ohdq.com



Chers membres,

Après s'être accordé des vacances bien méritées et avoir profité pleinement de la belle saison estivale, les membres du comité des publications sont heureux de vous présenter l'édition automnale de votre magazine scientifique *L'Explorateur* lequel a pour thème « La peau ».

Sachant que la peau est le plus vaste de nos organes et que son rôle est de protéger l'organisme, il s'agit d'un sujet qui nous concerne tous. En raison du rythme effréné auquel plusieurs d'entre nous devons faire face, du stress et d'autres facteurs environnementaux, nous remarquons depuis quelques années que nous sommes confrontés à différents types de dermatoses.

De plus, avec le port de gants de latex obligatoires et le lavage des mains plus que fréquent, les hygiénistes dentaires sont aux prises avec des réactions cutanées telles que la sécheresse des mains, les gerçures, la réaction au latex, etc.

Ceci dit, la rubrique « DOSSIER » est composée d'une panoplie d'articles qui vous informeront davantage sur les principales dermatoses, comment les soigner, et comment les guérir au naturel et par des traitements classiques. Aussi, vous pourrez lire un article sur « La muqueuse buccale » et « Les substances ciblant la xérostomie ».

De plus, les différentes rubriques sont composées d'articles tout aussi intéressants les uns que les autres. Nous profitons de l'occasion pour vous présenter une toute nouvelle rubrique qui s'intitule « PROFIL » qui est en fait une sorte d'entrevue effectuée avec un membre qui nous parle du parcours effectué tout au long de sa carrière comme hygiéniste dentaire.

Enfin, il est déjà temps d'inscrire à votre agenda les dates du congrès 2014 de l'OHDQ qui se tiendra les 17, 18 et 19 octobre 2014 au Centre des congrès de Québec.

En terminant, profitez pleinement des belles journées aux couleurs époustouflantes que nous offre la saison automnale!

Le Comité des publications,

Caroline Boudreault, HD

Lucie Gagné, HD

Bibiane Gagnon, HD

Martine Plante, HD

Johanne Côté, HD, ASC, Adm.A, directrice générale et personne-ressource

MISSION DE L'OHDQ

- Assure la **protection du public** en veillant à la **qualité** de l'exercice de la profession.
- Contribue sans cesse à l'**amélioration de la santé buccodentaire des Québécois** en s'assurant que les hygiénistes dentaires possèdent les **compétences pertinentes**.
- Soutient le leadership de ses membres en matière de **prévention et d'éducation** et encourage l'atteinte de l'**excellence** dans l'exercice de la profession.

VISION DE L'OHDQ

- L'amélioration continue de la santé buccodentaire de toute la population en agissant en partenariat avec les autres professionnels de la santé.
- L'accroissement de l'accessibilité aux soins préventifs en hygiène dentaire auprès des personnes à besoins particuliers.
- Le leadership des hygiénistes dentaires en matière d'éducation et de prévention en santé buccodentaire.
- La sensibilisation du public à l'importance de la qualité des actes posés par les hygiénistes dentaires et ses effets bénéfiques sur la santé générale des personnes.

LES VALEURS PRIVILÉGIÉES POUR LA PROFESSION D'HYGIÉNISTE DENTAIRE

Rigueur – Empathie – Engagement – Interdisciplinarité – Cohérence – Respect



Partenaires en santé buccodentaire pour LA PROTECTION DU PUBLIC



Chers membres,

J'invite ceux et celles qui n'ont pas encore lu les commentaires de l'Ordre (*Commentaires de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* concer-

nant le Rapport du Comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire – Mars 2013) à la suite du Rapport Bernier (*Rapport du Comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire* – Octobre 2012) à consulter ce document important sur le site de l'OHDQ.

Les commentaires et recommandations qu'il renferme confirment la compétence professionnelle et l'autorité de l'hygiéniste dentaire comme prescripteur et dispensateur des soins d'hygiène dentaire au Québec.

Depuis 40 ans, le Québec forme des hygiénistes dentaires dont l'expertise et l'autonomie professionnelles sont reconnues partout au Canada sauf au Québec où un règlement de la Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3, s. 19 par. a) ne permet pas à la population un accès direct aux soins et traitements préventifs de l'hygiéniste dentaire. La subordination de notre ordre professionnel à celui des dentistes ne trouve d'équivalent dans aucun autre ordre professionnel au Canada.

La société québécoise ne peut plus tolérer cet isolement de nos professionnels de la santé au seul bénéfice de l'entreprise privée.

L'obligation de protection du public contenue dans le *Code des professions* oblige les divers ordres à assurer un accès adéquat à l'ensemble de la population qui désire recourir aux services de leurs membres. En matière de santé, on ne peut plus éviter

L'hygiène dentaire
est un besoin
fondamental
en santé

de répondre aux besoins réels de la population québécoise. Les services d'hygiène dentaire et de prévention buccodentaire doivent être accessibles à toute la communauté, tant en centres d'accueil et en CHSLD qu'en résidences pour aînés et tant pour les riches que pour les plus démunis. L'hygiène dentaire est un besoin fondamental en santé.

L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec est conscient que pour remédier aux problèmes buccodentaires des personnes ou des collectivités les plus démunies, tant physiquement que finan-

cièrement (résidences pour aînés, CHSLD, foyers d'accueil en déficience mentale, etc.), l'hygiéniste dentaire devra travailler en collaboration avec les autres professionnels de la santé, en équipe avec le personnel infirmier et les préposés dans les ressources gouvernementales ainsi qu'avec les ressources et le personnel de la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ). C'est seulement à cette condition que les écarts en matière de santé buccodentaire pourront être comblés.

Pour le mieux-être de la population du Québec, il est impératif que le législateur reconnaisse à l'hygiéniste dentaire toute l'autonomie professionnelle qui lui est due, comme dans les autres provinces, et lui permette l'exercice complet de toutes ses compétences, même en dehors du cabinet dentaire.

Une approche préventive en matière de protection du public

L'Office des professions du Québec vient de publier un rapport d'étude sur la notion actualisée de la protection du public laquelle va bien au-delà du contrôle de l'exercice et du traitement des plaintes des citoyens qui se sont sentis lésés. Ce rapport insiste sur le développement d'approches préventives pour mieux assurer la gestion des risques dans chacune des professions, particulièrement dans le domaine de la santé.

« Le rôle sociétal des ordres peut se traduire par des interventions portant sur l'éthique ou les questions d'intégrité; lorsqu'un problème d'éthique se répand ou prend une tendance systémique, l'ordre doit agir de façon collective auprès de ses membres. »¹

À cet effet, l'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* compte sur la collaboration de l'Ordre des dentistes du Québec comme partenaire dans le domaine de la protection du public en santé buccodentaire en s'assurant de la compétence de tous les intervenants et du respect des normes de pratique par chacun et en ne tolérant pas d'exercice illégal.

Un sondage CROP mené à l'automne 2012 à la demande du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) révèle que 80 % des répondants font tout à fait ou assez confiance aux professionnels québécois, 39 % pensent que les ordres protègent leurs membres, **et seulement 11 % croient que les ordres protègent le public**², ce qui a fait réagir le président de l'Office des professions du Québec, Me Jean Paul Dutrisac, dans une allocution aux 44 ordres professionnels : « Quarante ans après la création du système professionnel, ce paradoxe ne peut nous laisser indifférents. Pendant les cinq prochaines années, je ne me contenterai pas de m'interroger sur ce phénomène. Attendez-vous à ce que le regard de l'Office sur vos actions ou vos façons de faire soit très sensible, très aiguisé, à tout ce qui pourrait nourrir ce paradoxe, si dangereux pour la crédibilité de vos organismes et pour la nôtre »².

Pour l'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, le débat public sur la question de la reconnaissance des compétences de l'hygiéniste dentaire, laquelle n'est pas encore réglée après 38 années d'existence de notre ordre, concourt à entretenir la confusion chez le public. Le gouvernement et l'Office des professions du Québec ont aussi un rôle déterminant à jouer dans la perception et la confiance du public à l'égard du système professionnel québécois.

L'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* presse les instances gouvernementales d'agir afin de dissiper la perception bien ancrée chez le public du corporatisme professionnel. ■



Diane Duval, HD
Présidente

Pour tout commentaire: dduval@ohdq.com

Références

1. *Le rôle de surveillance de l'Office des professions du Québec: Un tournant guidé par l'actualisation de la notion de protection du public*. Rapport du Groupe de travail sur le rôle de surveillance de l'Office. Octobre 2012.
2. « *Notre vision, notre culture: de nouveaux horizons* ». Notes pour l'allocution prononcée par M^e Jean Paul Dutrisac, président de l'Office des professions du Québec. Décembre 2012.

Partners in oral health for

THE PROTECTION OF THE PUBLIC



Dear members:

I invite those of you who have not already read the comments made by the OHDQ in March 2013 with respect to the *Rapport Bernier*

(*Rapport du Comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire* [Report of the expert committee on modernizing professional practices in the dental field] – October 2012) to review this important document on the OHDQ website.

The comments and recommendations it contains affirm the professional competence and authority of dental hygienists to prescribe and dispense dental hygiene care in Québec.

For 40 years, Québec has been training dental hygienists whose professional expertise and autonomy are recognized everywhere in Canada except Québec, where a regulation of the Dental Act (R.S.Q., c. D-3, s. 19 par. a) does not allow the population to directly access preventive care and treatment from dental hygienists. Nowhere in the rest of Canada is a professional order subordinate to another the way ours is to the dentists' professional order.

Québec society can no longer tolerate the isolation of healthcare professionals to the sole benefit of private companies.

The obligation to protect the public contained in the *Professional Code* requires the various orders to ensure adequate access to all people wishing to obtain the services provided by their members. In terms of healthcare, we can no longer avoid meeting the pressing needs of the Québec population. Dental hygiene services and oral prevention care should be accessible to the

Dental hygiene
is a fundamental
health need

entire community; in nursing homes and seniors' residences and available to the rich and poor alike. Dental hygiene is a fundamental healthcare need.

The *Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* is aware that to address the oral health problems of the individuals or groups that are at the greatest disadvantage, both physically and financially (seniors' residences, nursing homes, foster homes for the mentally disabled, etc.), dental hygienists will have to work alongside other healthcare professionals, as a team with nursing staff and agents

from government resources as well as resources and staff from the *Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec* (FCSDSQ). This is the only way to bridge the gaps in oral healthcare.

For the well-being of the Québec population, it is critical that legislators grant dental hygienists the professional autonomy that is their due, as they have in other provinces, and enable them to fully exercise their profession, even outside of a dentist office.

A preventive approach for public protection

The *Office des professions du Québec* recently published a study on the updated notion of public protection that goes well beyond controlling the exercise of the profession and processing the complaints of the public who felt aggrieved. This report emphasizes developing preventive approaches to better ensure risk management in each profession, particularly in the healthcare industry.

“The role that orders play in society can involve actions that touch on ethics or questions of integrity: when an ethical problem spreads or develops into a systemic trend, the order must act as a whole on behalf of its members.”¹ [translation]

As such, the *Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* is counting on the cooperation of the *Ordre des dentistes du Québec* as a partner in public protection in the area of oral health by ensuring the competence of all those involved and seeing that they all comply with practice standards and do not tolerate illegal practices.

A CROP survey conducted in the fall of 2012 at the request of the *Conseil interprofessionnel du Québec* (Québec Interprofessional Council) showed that 80% of respondents fully or somewhat trust Québec professionals, 39% think the orders protect their members, and **only 11% believe that the orders protect the public**², which led the President of the *Office des professions du Québec*, Me Jean Paul Dutrisac, to state in a speech to 44 professional orders: “Forty years after the creation of the professional system, we cannot be indifferent toward this paradox. I will not be content to spend the next five years wondering about this state of affairs. You should expect that the Office will be watching your actions and methods very closely, being sensitive to anything that could sustain this paradox that is so dangerous for the credibility of your organizations and ours.”² [translation]

For the *Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, the public debate on the question of recognizing the skills of dental hygienists, which has still not been settled after 38 years of our order’s existence, contributes to maintaining confusion among the public. The government and the *Office des professions du Québec* also have a key role to play in the public’s perception and trust in the Québec professional system.

The *Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* implores the decision makers to take action to dispel the public’s deeply held perception of professional corporatism. ■



Diane Duval, DH
President

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

References

1. *Le rôle de surveillance de l’Office des professions du Québec : Un tournant guidé par l’actualisation de la notion de protection du public*. Rapport du Groupe de travail sur le rôle de surveillance de l’Office. [*The monitoring role of the Office des professions du Québec: A turning point guided by updating the notion of public protection*. Report of the working group on the Office’s monitoring role.] October 2012.
2. « *Notre vision, notre culture: de nouveaux horizons* ». [*Our vision, our culture: new horizons*] Notes for the speech given by Me Jean Paul Dutrisac, President of the *Office des professions du Québec*. December 2012.

DE LA LUMIÈRE S.V.P.!

Par Marie-Claude Dorval, HD



Les saisons s'enchaînent et nous voici déjà aux portes de la grisaille automnale. Malgré tout, quelques belles journées seront égayées cette saison et j'espère que ces suggestions de sites sauront aussi vous réchauffer. Un peu de luminothérapie et d'entraînement cérébral pour commencer. Ensuite, regard sur l'Office des personnes handicapées du Québec et sur la fondation *Canada'stoothfairy*. Enfin, formation continue sur les produits de santé naturels.

Bonne navigation!



Luminothérapie

Lorsque les journées se font plus courtes, la lumière plus rare, plusieurs personnes éprouvent des symptômes physiques et psychologiques désagréables. La dépression saisonnière affecterait environ vingt pour cent de la population. La luminothérapie se présente comme une solution pour combattre le « blues de l'hiver » de même que le manque de sommeil. *Nova Mega Forme* propose ses services pour vous guider dans vos démarches si vous recherchez les effets bénéfiques de la lumière. Fort de plus de trente ans d'expérience, *Nova Mega Forme* propose sur son site plusieurs articles portant sur la qualité du sommeil, la dépression et bien entendu la luminothérapie. À consulter si vous êtes à la recherche d'une approche non médicale pour soigner vos symptômes.

<https://novamegaforme.com/>

Poids et haltères pour cerveau!

L'activité physique, une bonne alimentation, de bonnes heures de sommeil, voici les ingrédients bien connus pour garder notre corps en santé. Mais qu'en est-il de notre cerveau, ce miracle d'ingénierie, cet ordinateur vital! Il mérite aussi d'être « musclé » afin de devenir plus performant et de garder ses capacités à mesure que passent les années. Voici quelques sites Internet qui proposent des exercices afin de stimuler différentes sphères de notre cerveau. Plusieurs de ces adresses proposent des rapports d'activités vous permettant de suivre l'évolution de vos performances. Dans la langue de Shakespeare ou de Molière, amusez-vous à entraîner votre « disque dur »!

<http://about.lumosity.com/overview>

<http://www.happyneuron.fr/travail-de-la-memoire.html>

http://www.muscler-votre-cerveau.com/entrainement_cerebral.php

Office des personnes handicapées

L'Office des personnes handicapées est un organisme gouvernemental provincial, qui, de par ses actions d'évaluation, de conseil, de coordination et de concertation, cherche à accroître la participation sociale des personnes handicapées. À leur adresse, on retrouve une liste exhaustive des ressources mises à la disposition des personnes vivant avec un handicap, que ce soit en regard du logement, du travail, du transport, des loisirs, du maintien à domicile, etc. Plusieurs publications sont aussi disponibles, mais « *Adapter sa pratique professionnelle à l'égard des personnes handicapées* » est un article qui pourrait certainement vous intéresser. Bonne lecture.

http://www.ophq.gouv.qc.ca/accueil.html?no_cache=1



America'stoothfairy/ Canada'stoothfairy

Cette fondation, née aux États-Unis en 2006 maintenant développée au Canada, s'est donnée comme mission d'éliminer les douleurs causées par la carie dentaire, en faisant de la prévention, de l'éducation et des traitements auprès des enfants les plus vulnérables. Les différents programmes fournissent, entre autres choses, du matériel pour soutenir les efforts dans les différentes communautés. À ce sujet, madame Esther Wilkins, RDH, a son propre programme. Sous promesse d'effectuer au moins quatre activités de prévention et d'éducation dans sa communauté, le « RDH Esther Wilkins Education Program » fournit le matériel nécessaire à la réalisation de ses activités. Vous pouvez aussi vous impliquer en faisant un don à la fondation. Pour plus de détails, consultez leur adresse.

<http://www.ncohf.org/>



Académie de l'Apothicaire

L'Académie de l'Apothicaire a pour mission d'offrir une ressource de formation indépendante, crédible, accréditée et basée sur les données probantes actuelles pour que les professionnels de la santé et autres praticiens aient accès à une information validée sur les produits de santé naturels. L'équipe de l'Académie, avec à sa tête, monsieur Jean-Yves Dionne, pharmacien reconnu comme expert en produits de santé naturels, offre actuellement trois formations en ligne ainsi que deux conférences entre autres sur le diabète, la glucosamine, l'arthrose et la santé à tout âge. Indépendantes de contenu, ces formations sauront certainement vous outiller sur les produits de santé naturels.

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

Gérez le risque.

Vos affaires sont exigeantes, complexes et diversifiées. Pour faire les meilleurs choix, vous avez besoin des meilleurs conseils. Rapidement. Notre équipe d'experts peut vous guider dans vos opérations, des plus simples aux plus ambitieuses.

Fasken Martineau,
partenaire de vos décisions d'affaires.

**FASKEN
MARTINEAU** 
www.fasken.com

VANCOUVER CALGARY TORONTO OTTAWA MONTRÉAL QUÉBEC LONDRES PARIS JOHANNESBURG

LA PEAU, un organe protecteur...



Source : Reproduit avec permission. [www.passeportsante.net](http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=maladies_de_peau_page1_1_do). http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=maladies_de_peau_page1_1_do



Il est difficile de se sentir bien dans sa peau quand celle-ci présente des imperfections. Réactions cutanées, petits boutons, rougeurs... La peau est le miroir de nos émotions.

La peau est le plus vaste de nos organes : elle représente environ 1,73 m² de surface et 15 % de notre poids corporel. Elle est constituée de trois couches superposées : l'épiderme, le derme et l'hypoderme. Leur rôle est de protéger l'organisme des radiations solaires et de l'environnement.

L'épiderme est composé de kératinocytes (couche cornée) et de mélanocytes (pigmentation). La strate germinative donne naissance à la couche cornée, la plus superficielle et la plus épaisse des couches de la peau.

Le derme abrite les fibres collagènes ainsi que le follicule pileux. Son épaisseur varie en fonction de sa localisation.

Quant à l'hypoderme, il contient des tissus adipeux (gras) et cellulaires. Il se situe en dessous du derme, lui-même situé en dessous de l'épiderme. ■

Les principales DERMATOSES

Source: Reproduit avec permission. www.passeportsante.net.
http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=maladies_de_peau_page1_2_do

L'acné concerne essentiellement les adolescents et se manifeste par des comédons (points noirs ou blancs), situés sur le visage et sur le haut du corps.

L'herpès, couramment appelé « bouton de fièvre », est extrêmement contagieux et se distingue par un bouquet de vésicules situé le plus souvent autour des lèvres.

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire qui se caractérise par d'épaisses plaques et des squames blanches (lamelles de peau qui se détachent de l'épiderme).

La rosacée se manifeste par des rougeurs permanentes et des vaisseaux dilatés, qui sont aussi des symptômes de la couperose. Des boutons peuvent également apparaître.

Le vitiligo est une dermatose qui se distingue par l'apparition de taches blanches localisées sur les pieds, les mains, le visage, les lèvres ou toute autre partie du corps.

Le zona, déclenché par le même virus que la varicelle, entraîne une éruption douloureuse de boutons sur tout le corps.

À noter: Il existe d'autres dermatoses comme l'urticaire, les candidoses, la lécite, l'érysipèle, les verrues, les mycoses, les aphtes... ■



PRÉVENIR LES MALADIES DE PEAU

Source: Reproduit avec permission. www.passeportsante.net.
http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=maladies_de_peau_page1_3_do



Des gestes simples peuvent être adoptés au quotidien pour prévenir l'apparition des maladies de peau :

1 - Une bonne hygiène cutanée

L'objectif est d'ôter l'excès de sébum qui protège la peau, sans pour autant la « décaper » en la lavant trop souvent. Utilisez de l'eau tiède et un savon au PH neutre, voire légèrement acide, pour les peaux sèches. Il faut ensuite penser à l'hydrater en utilisant une crème adaptée à son type de peau.

2 - Une alimentation saine

Privilégier une alimentation variée et riche en fruits et légumes aide à prévenir les maladies de peau. Les vitamines, oligo-éléments et nutriments seront les alliés d'une belle peau. La vitamine A, riche en bêta-carotène, est notamment reconnue pour ses bienfaits.

3 - Changer ses habitudes de vie

Pour avoir une belle peau, il est important de dormir suffisamment. En effet, c'est pendant la nuit que la peau se régénère, la multiplication des cellules étant à sa capacité maximale vers 1 h du matin. Les spécialistes recommandent aussi la pratique d'une activité physique. Associée à une alimentation saine, elle favorise l'élimination des toxines, contenues par exemple dans le tabac ou l'alcool, et permet de limiter le stress. ■

GUÉRIR UNE MALADIE DE PEAU

par les traitements classiques

Source: Reproduit avec permission. www.passeportsante.net.
http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=maladies_de_peau_page1_4_do

Pour lutter contre les dermatoses, le dermatologue peut choisir d'administrer au patient un traitement par voie locale ou orale. Il faut savoir cependant que la plupart des médecins commencent par prescrire le traitement local afin d'éviter au maximum la prise de médicaments par voie orale.

Précautions particulières :

- Certains traitements par voie locale ou orale photosensibilisent, ils nécessitent de ne pas s'exposer au soleil pendant la durée du traitement.
- Certains médicaments ne doivent pas être utilisés en cas de grossesse. ■

Traitements locaux	Indications
Désinfectants	Désinfection locale
Antifongiques	Traitement des mycoses
Anti-acnéiques	Acné faible ou modérée
Dermocorticoïdes	Anti-inflammatoire (eczéma)
Antiviraux	Herpès et/ou zona
Antibiotiques	Dermatoses infectieuses

Traitements oraux	Indications
Antifongiques	Traitement des mycoses
Corticoïdes	Dermatoses inflammatoires
Anti-acnéiques	Acné sévère et résistante
Oestrogènes	Acné sévère et résistante
Antiviraux	Herpès et/ou zona
Antibiotiques	Dermatoses infectieuses

SOIGNER SA DERMATOSE

au naturel

Source: Reproduit avec permission. www.passeportsante.net.
http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=maladies_de_peau_page1_5_do

Des thérapies alternatives peuvent également être envisagées dans le traitement des dermatoses. Parmi les plus connues figurent :

L'aromathérapie, c'est-à-dire le recours aux huiles essentielles. Elles peuvent être utilisées par voie cutanée, orale (diluées avec une huile) ou par diffusion. L'huile essentielle de mauve diluée est souvent recommandée dans le traitement local de l'eczéma et du psoriasis. L'HE de tea-tree permet, quant à elle, de lutter contre l'acné. Une goutte sur un coton tige appliquée directement sur le bouton suffira.

L'homéopathie agit sur la dermatose grâce une substance d'origine naturelle fortement diluée qui crée un symptôme identique à celui provoqué par la dermatose, soit en traitant le « mal par le mal ».

L'oligothérapie requiert l'utilisation d'oligo-éléments d'origine minérale en quantité très faible. Le cuivre-or-argent donne de bons résultats sur le zona et le psoriasis, et le zinc, sur l'acné.

La phytothérapie consiste à soigner par les plantes médicinales, qui peuvent avoir sur la peau, un effet émollient, désinfectant, anti-inflammatoire ou cicatrisant.

À noter : les médecines alternatives peuvent également être utilisées contre le stress et l'anxiété, responsables de nombreuses dermatoses. ■

QUI EST CONCERNÉ ?

Source: Reproduit avec permission. www.passeportsante.net.

http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=maladies_de_peau_page1_6_do

1 - L'hérédité

Il existe des prédispositions génétiques pour certaines maladies de peau comme la rosacée, l'alopecie ou l'acné.

2 - Le stress et l'anxiété

Les maladies de peaux sont le reflet de désagréments conscients ou inconscients comme le stress et l'anxiété. Il s'agit d'une réponse physiologique: le corps doit extérioriser les émotions d'une façon ou d'une autre. Certains traitements proposent donc d'agir directement sur les troubles anxieux afin de soigner la dermatose.

3 - Les facteurs externes

Des facteurs comme la chaleur, le froid, l'humidité, la sécheresse, la pollution, les produits chimiques, ou le soleil peuvent être directement responsables de dermatoses sur les peaux les plus sensibles. ■



LA FAÇON FUTÉE DE ROULER ET D'ÉCONOMISER

1

BRANCHEZ



2

CONDUISEZ



3

ÉCONOMISEZ



L'outil intelligent qui vous permet d'**économiser jusqu'à 25 %** sur votre assurance auto, en plus de vos tarifs de groupe exclusifs
Intelauto^{MC} est un programme d'assurance basé sur l'usage, qui fonctionne grâce à un dispositif **gratuit** branché dans le votre véhicule.



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec



laPersonnelle
Assureur de groupe auto et habitation

Commencez à économiser !
Visitez intelauto.ca 1 855 801-8830

La bonne combinaison.

Certaines conditions s'appliquent. Intelauto est souscrit auprès de La Personnelle, assurances générales inc. au Québec et auprès de La Personnelle, compagnie d'assurances en Ontario. ^{MC} Intelauto est une marque de commerce de La Personnelle, compagnie d'assurances, utilisée avec permission par La Personnelle, assurances générales inc. La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. au Québec et La Personnelle, compagnie d'assurances en Ontario. Intelauto est offert en Ontario et au Québec seulement.

LA MUQUEUSE BUCCALE

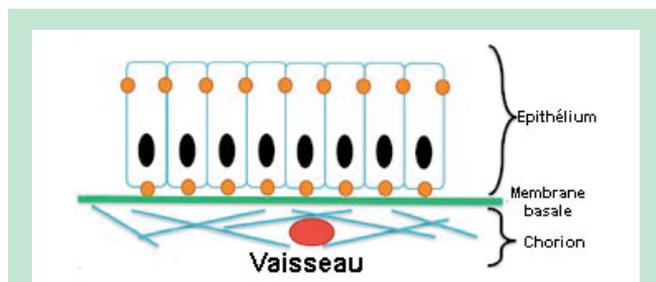
Par **Elaine Bertrand, HD**



La muqueuse buccale, membrane protectrice richement vascularisée et innervée débute à la jonction rouge vermeil de la face externe des lèvres, revêt la paroi interne de celle-ci pour se terminer à l'arrière, par les piliers du voile du palais et les amygdales.

Son anatomie se divise en deux portions :

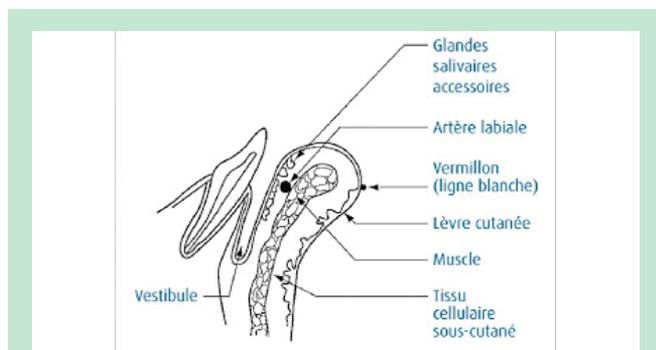
- **le vestibule externe** (la face interne des joues et des lèvres);
- **la cavité buccale** (la langue, le plancher lingual, les gencives, le palais dur et le palais mou jusqu'à la muqueuse oropharyngée).



<http://www.docteurcluc.com/encyclopedie/muqueuse.aspx>

En fait, l'épithélium de la muqueuse buccale repose sur un tissu collagène appelé chorion (*lamina propria*). En fonction de son voisinage avec les structures osseuses ou musculaires sous-jacentes, on lui attribue sept régions morphologiques :

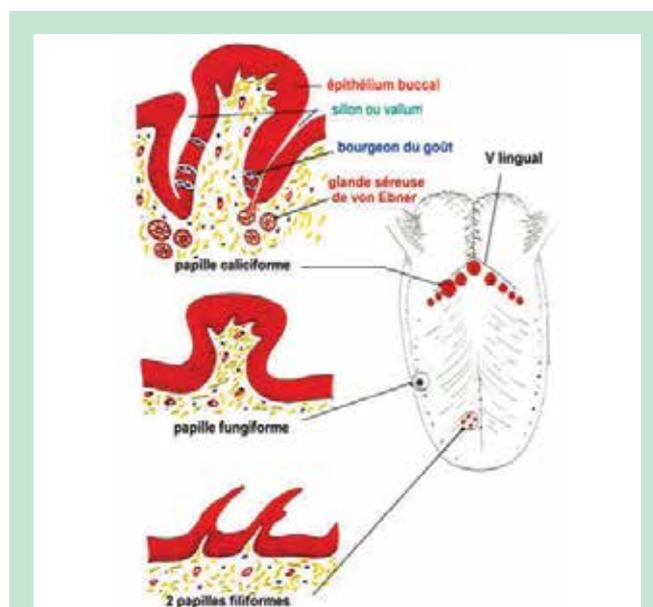
- **les lèvres** délimitent la jonction entre la peau et la muqueuse buccale par une zone rouge transitionnelle appelée zone de



http://medicfall.blogspot.ca/2011_06_01_archive.html

Klein. Leur muqueuse interne est riche en glandes salivaires accessoires. Leur mobilité est assurée par les muscles striés, dont l'orbiculaire;

- **la muqueuse jugale** est séparée du muscle buccinateur par un tissu conjonctif et adipeux où siègent de nombreuses petites glandes salivaires accessoires séreuses et des muqueuses logées dans la sous-muqueuse;
- **la langue** joue un rôle important dans la phonation, le goût, la mastication et la déglutition. Sur cet organe, la muqueuse buccale repose sur une structure musculaire très complexe, constituée de faisceaux entrecroisés en tous sens. Sur son dos, on distingue quatre variétés de papilles :
 - les *papilles filiformes* qui donnent un aspect râpeux au dos de la langue;
 - les *papilles fongiformes* sont plus grosses et prédominent sur le bord de la langue;
 - les *papilles caliciformes* sont très apparentes et alignées le long du *sulcus terminalis*. Elles forment un V lingual et délimitent le *foramen caecal*;
 - les *papilles foliées* sont situées à l'arrière et sur les bords de la langue. Elles sont de forme irrégulière et constituées de tissus lymphoïdes;



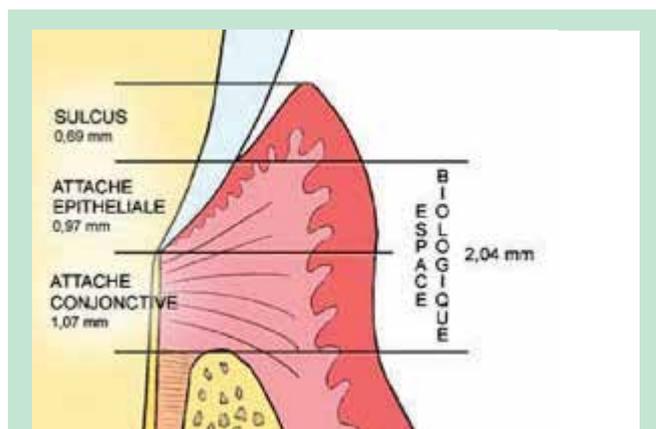
<http://histoblog.joueb.com/>

La muqueuse de la face ventrale de la langue est lisse et dépourvue de papilles. La langue est reliée au plancher de la bouche par le frein labial;

- **Le plancher lingual** est une zone très mobile. Dans cette région de la bouche, le chorion est relié aux muscles sous-jacents par un tissu conjonctif lâche sous-muqueux où siègent les glandes salivaires sublinguales;

Ces glandes salivaires forment deux saillies, les caroncules sublinguales, qui dessinent un V de l'arrière vers l'avant du plancher de la bouche. Sur ces saillies, de nombreux canaux excréteurs permettent à la salive de s'écouler;

- **Les gencives** étant un point de friction à l'intérieur de la bouche, la muqueuse buccale tend alors à se kératiniser. Elle surmonte également l'os; le chorion est alors intimement lié au périoste alvéolaire par une sous-muqueuse fibreuse relativement dense et non élastique, dénommée mucopérioste. Elle entoure les dents, en créant avec elles une jonction étanche, au niveau du *sulcus*, via une attache épithélio-conjonctive. Entre la face externe de la gencive et la muqueuse jugale se creuse le sillon vestibulaire;



<http://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/lelongation-coronaire-chirurgicale.html>

- **Le palais dur** a lui aussi une muqueuse fortement kératinisée. À cet endroit, la muqueuse buccale est étroitement attachée aux tissus conjonctifs et osseux sous-jacents et est sillonnée de plis transversaux;
- **Le palais mou**, situé à l'arrière du précédent, est revêtu d'une muqueuse lisse et très mince.

Au fond de la cavité buccale, on observe le cercle amygdalien de Waldeyer, formé par les amygdales linguales, palatines et pharyngiennes. De petits nodules ubiquitaires sont aussi observés sur le palais mou, le plancher et la face ventrale de la langue. Ces organes et ces nodules de tissus lymphoïdes dispersés dans la muqueuse buccale interviennent dans diverses réactions immunologiques.

Une experte spécialisée

La muqueuse buccale est constituée d'un épithélium malpighien spécialisé. Il lui est possible d'avoir une humidification permanente grâce à la présence de nombreuses petites glandes salivaires accessoires. Ses nombreux récepteurs nerveux lui permettent de détecter la température, le toucher et la douleur. De plus, les cellules de cet épithélium ont la possibilité de se renouveler en 25 jours, ce qui est très rapide comparativement à l'épiderme de la peau (50 à 75 jours).

La littérature scientifique décrit trois types de muqueuse buccale ayant chacune différents rôles :

- **la muqueuse masticatrice** protège les tissus profonds contre les forces mécaniques lors de la préhension des aliments et de leur mastication. Kératinisée en surface, elle tapisse les gencives et le palais dur sans interposition de sous-muqueuse. Attachée aux structures osseuses du palais et de l'os alvéolaire, elle présente des crêtes épithéliales qui s'invaginent profondément dans un tissu conjonctif très riche en collagène;
- **la muqueuse bordante** protège contre les micro-organismes pathogènes par un système immunitaire local (les organes lymphoïdes, les lymphocytes et les plasmocytes) qui capte, par la production d'anticorps, le matériel étranger sous forme de complexes immuns. Cette fonction est également assurée par les sécrétions salivaires constituées d'immunoglobulines (IgA, IgG et IgM) et de facteurs bactériostatiques (lysozyme, lactoferrine), qui humidifient en permanence la bouche. Ce type de muqueuse constitue la plus large portion de la muqueuse buccale. Elle recouvre les lèvres, l'intérieur des joues, le plancher de la bouche, la face ventrale de la langue et le palais mou. Très flexible, elle se laisse distendre par les aliments. Non kératinisée en surface, cette muqueuse présente des crêtes épithéliales basales à peine ébauchées. Son chorion très vascularisé est connecté par une sous-muqueuse de texture lâche aux muscles sous-jacents;
- **la muqueuse spécialisée** a une fonction gustative associée à ces nombreuses papilles situées sur la muqueuse linguale dorsale. Cette muqueuse cantonnée au dos de la langue est fortement kératinisée comme les muqueuses masticatrices.

Une véritable barrière

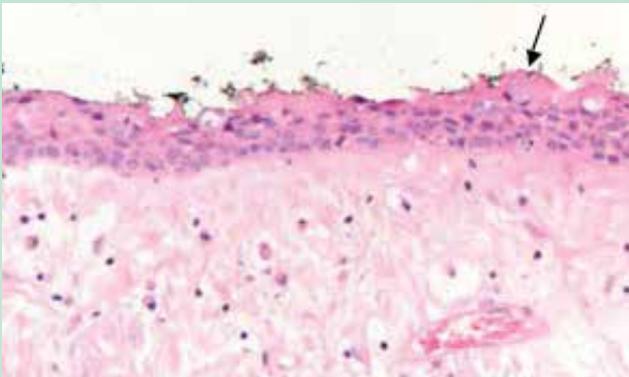
Véritable barrière entre la cavité buccale et les tissus profonds. L'épithélium de type malpighien est essentiellement constitué de kératinocytes. Ces couches de cellules sont étroitement attachées les unes aux autres par des desmosomes. Tout comme la peau, elles se renouvellent en permanence grâce aux divisions mitotiques de l'assise basale et de la migration de ces nouvelles cellules vers les couches superficielles, où elles assurent le remplacement des cellules vieillies et desquamées.

Ainsi, dans l'épithélium, on peut distinguer une double population de cellules :

- **les cellules germinales** qui sont capables de se diviser et de produire constamment de nouvelles cellules;
- **les cellules en maturation** qui se différencient progressivement vers la surface.

On trouve également des cellules dendritiques particulières (mélanocytes et cellules de Langerhans) ainsi que quelques cellules de Merkel.

Photomicrographie montrant une mince couche de tissu épithélial non kératinisé composé de 2 à 3 couches de cellules épithéliales cubiques et d'une paroi de tissu conjonctif fibreux lâche. La flèche indique la couche cornée.



<http://www.jcda.ca/fr/article/c59/>

Les kératinocytes ou cellules épithéliales

Ces cellules de l'épithélium buccal se déposent en quatre couches et varient selon que se produise à la surface de la muqueuse une kératinisation ou non :

- **la couche germinative** ou basale (*stratum germinatum*) repose directement sur la membrane basale. Elle est composée d'une ou deux couches de cellules cubiques ou cylindriques. Ces cellules possèdent un gros noyau très chromophile qui assure la prolifération cellulaire et le renouvellement des cellules épithéliales. Cette couche cellulaire est le siège de nombreuses mitoses;
- **la couche squameuse** (*stratum spinosum*) est constituée de cellules polygonales ou arrondies reliées les unes aux autres par des ponts linéaires correspondant aux desmosomes;
- **la couche granuleuse** (*stratum granulosum*) est formée de cellules aplaties renfermant dans leur cytoplasme de fines granulations de kératohyaline;
- **la couche cornée** (*stratum corneum*) est composée de cellules aplaties en bandes opaques entièrement kératinisées, avec la disparition des organites, du noyau et une rupture des ponts desmosiques.

Les cellules non kératinocytes

Les mélanocytes

Ces cellules dendritiques nées de la crête neurale ectodermique migrent dans l'épithélium buccal ainsi que dans l'épiderme dès la 11^e semaine de l'embryogenèse. Elles siègent dans l'assise basale de l'épithélium et sécrètent un pigment brunâtre, la mélanine;

Les cellules de Langerhans

Proches parentes des macrophages, elles naissent dans la moelle osseuse et migrent dans l'épithélium également vers la 11^e semaine de la vie embryonnaire. Dépourvues de desmosomes, elles ont de multiples prolongements arborescents qui s'insinuent entre les kératinocytes et contractent des rapports avec les lymphocytes T. Elles ont un rôle immunologique fondamental;

Les cellules de Merkel

Dérivées de la crête neurale, elles sont logées dans l'assise basale de l'épithélium. Elles sont surtout situées dans la gencive et le palais. Ce sont des cellules rondes, sans prolongements dendritiques. Elles peuvent posséder quelques desmosomes. Elles jouent un rôle sensoriel en libérant un transmetteur aux fibres nerveuses adjacentes;

Les lymphocytes

Ils sont habituellement de type T. Ils pénètrent dans l'épithélium et leur nombre augmente dans les inflammations de la muqueuse.

La jonction épithélium-chorion

Cette membrane où alternent les papilles conjonctives avec les crêtes épithéliales joue un rôle fondamental dans les échanges épithélioconjonctifs. La microscopie électronique révèle les détails complexes de cette lame basale (*basal lamina*) :

- **la lamina densa** est une couche de matériel granulo-filamenteux de 50 nm d'épaisseur contenant du collagène IV. Elle est parallèle à la membrane basale cellulaire épithéliale, dont elle est séparée par la *lamina lucida*;
- **la lamina lucida** est une zone claire de 45 nm d'épaisseur, avec de légères condensations en regard des hémidesmosomes de la membrane cellulaire. Elle renferme une glycoprotéine, la laminine;
- **les fibrilles d'ancrage** sont insérées dans la *lamina densa*. Ces houppes de petites fibrilles collagènes s'entremêlent à la *lamina densa* pour former une attache flexible.

La jonction épithélium-chorion sert d'attache aux kératinocytes et contrôle leur différenciation et leur renouvellement. Elle intervient également comme un filtre sélectif. Cette barrière peut cependant se modifier dans diverses circonstances pathologiques telles que le diabète. Sa rupture est un facteur important dans l'invasion du cancer buccal.

Le chorion ou lamina propria

Ce tissu conjonctif sert de support à l'épithélium. Il se divise en deux zones :

- **une zone superficielle** ou papillaire; dans cette zone, les fibres collagènes sont fines et entourées d'anses capillaires. Elles comblent les papilles conjonctives entre les crêtes épithéliales;
- **une zone profonde** ou couche réticulaire, qui contient des faisceaux de fibres collagènes denses et épais, tendant à se disposer parallèlement à la surface.

Le chorion renferme des fibroblastes, des mastocytes, des cellules immunocompétentes, des fibrilles et leur substance fondamentale, des vaisseaux sanguins et des nerfs.

- **les fibroblastes** sont très nombreux, ils élaborent à la fois la substance fondamentale et les fibrilles collagènes. Au microscope électronique, ils ont un appareil de synthèse très développé (ergastoplasme, appareil de Golgi). Ils possèdent des filaments intermédiaires de vimentine et synthétisent divers types de collagène (I, III, IV). Les fibroblastes jouent un rôle fondamental dans le maintien de l'intégrité de la muqueuse buccale. Ils interviennent dans la cicatrisation où ils se multiplient par division. Ils ont la possibilité d'acquérir des fonctions « contractiles » dans certaines cicatrisations et dans certaines hypertrophies gingivales;
- **les mastocytes** sont de grandes cellules rondes et ovales à petit noyau central avec de nombreux grains foncés intracytoplasmiques contenant de l'héparine et de l'histamine;

- **les cellules immunocompétentes** sont principalement des macrophages associés aux lymphocytes B et aux lymphocytes T et leurs sous-groupes T4 et T8, ainsi que des plasmocytes. Les macrophages assurent la phagocytose des tissus nécrosés, accroissent l'antigénicité avant présentation aux lymphocytes et stimulent la prolifération fibroblastique dans la cicatrisation. Les plasmocytes sécrètent des immunoglobulines IgA, IgG et IgM;
- **les deux types de fibrilles** collagènes et élastiques. Le collagène est essentiellement de type I avec du collagène de type IV dans la lame basale. Les fibres élastiques sont enrobées dans une élastine formée de glycoprotéines et de microfibrilles;
- **la substance fondamentale** riche en protéoglycanes, acide hyaluronique, protéines dérivées du sérum enrobe les deux types de fibrilles;
- **les vaisseaux sanguins** sont entourés d'une membrane basale à travers laquelle se font des échanges entre le tissu conjonctif et les cellules endothéliales, ils participent activement à la cicatrisation. Dans certaines conditions, ils peuvent se multiplier sous l'influence d'un facteur angiogénique, en particulier dans les cancers buccaux où ils contribuent à l'édification du stroma.
- **les nerfs** sont de type sensitif et pénètrent dans l'épithélium par leurs terminaisons.



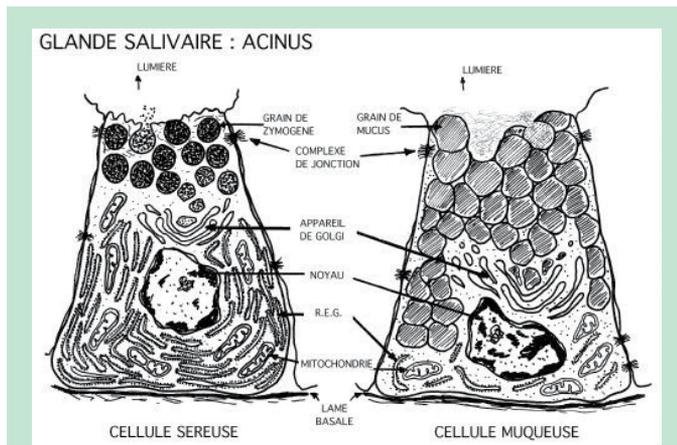
Les glandes salivaires accessoires

Très nombreuses, elles sont les seules annexes de la muqueuse buccale. Réparties dans toute la muqueuse buccale, leur rôle est d'assurer l'humidification permanente de la cavité buccale. La salive secrétée en permanence par ces glandes contient le lysozyme, la lactoferrine et les Ig (IgA, IgG et IgM) afin de prévenir les infections de la muqueuse buccale.

Elles sont constituées de grappes d'acinus (lobules sécréteurs) formées de cellules muqueuses, séreuses ou mixtes. Une couche de cellules myoépithéliales, douées d'une activité musculaire contractile, circonscrit ces acinus, qui déversent leurs excréments dans des canaux excréteurs.

Ces derniers sont constitués par :

- **une pièce intercalaire** à bordure cellulaire cubique jeune, capable dans des conditions pathologiques de régénérer à la fois les cellules acineuses et les cellules myoépithéliales périphériques;
- **un canal strié** dont les cellules sont très riches en mitochondries. Leur rôle est de concentrer le flux salivaire et de permettre le transport des électrolytes du sang vers la salive et inversement;
- **les canaux excréteurs, intra et extra lobulaires** sont revêtus d'un épithélium cylindrique riche en mitochondries. Au niveau de leur abouchement dans la muqueuse, leur bordure épithéliale devient malpighienne.



http://www.db-gersite.com/HISTOLOGIE/EPITHDIG/cbgsoe/cbgsoe.htm#V_LES_GLANDES_SALIVAIRES

La muqueuse buccale, à l'exception de l'épithélium de la langue, est, dans sa constitution très proche de la peau. Par contre, elle se différencie de celle-ci par ses cellules qui se renouvellent très rapidement. Une agression bactérienne ou virale, un champignon, une ulcération traumatique peuvent entraîner une modification de sa structure. La plupart des lésions rencontrées sont bénignes, mais certaines peuvent être beaucoup plus graves. L'hygiéniste dentaire est un professionnel de première ligne, la moindre

anomalie détectée en bouche devrait déclencher des démarches diagnostiques et initier une action thérapeutique. La muqueuse buccale peut être le siège de nombreuses pathologies. ■

Références :

- *Ten Cate's Oral Histologie: Développement, structure and function*, Antonio Nanci, 2008, p. 319
- *Histologie fonctionnel*, Paul Richard Wheeler, Barbara Young, John W. Heath, 2000, p. 237-238
- *Histologie de la muqueuse buccale et des maxillaires*, MM Auriol, Y Le Charpentier,
- www.belbachadental.com/upload/pdf/paro/Histologie-de-la-muqueuse-buccale.pdf

ERRATUM

L'Explorateur – Édition de juillet 2013

Nous désirons vous informer que deux erreurs se sont glissées dans les sources de deux articles publiés dans l'édition citée ci-dessus de *L'Explorateur*.

En effet, pour l'article intitulé « *Le client a-t-il toujours raison ?* » en page 19 :

La source est citée de la manière suivante :

Source : Texte reproduit avec permission. CGA Magazine, Novembre-Décembre 2012, page 29

Alors qu'elle aurait dû être citée de la façon suivante :

Source : « Reproduit en partie avec la permission de CGA-Canada. Cet article a initialement été publié dans le numéro de novembre-décembre 2012 de CGA Magazine. » <http://www.fr.cgamagazine.ca/le-client-a-t-il-toujours-raison>.

Et pour l'article intitulé « *Les MP3 et les ados* » en page 54 :

La source est citée de la manière suivante :

Source : Texte reproduit avec permission. LOBE Magazine, volume 7, numéro 2, 2012, page 9

Alors qu'elle aurait dû être citée de la façon suivante :

Source : Article du *Magazine Lobe*, volume 7, numéro 3, 2012, page 9. Reproduction autorisée par *Les Publications Lobe* : 1 866 302-5623.

Nous sommes désolés des incon vénients que ces erreurs ont pu occasionner.



La brosette Proxabrush^{MD} une fois par jour éloigne la plaque pour toujours!



Les nouvelles brosettes Proxabrush^{MD} Go-Betweens^{MD} G•U•M^{MD} (auparavant Trav-Ler) sont plus que jamais les brosettes de choix pour vos patients. Seulement GUM^{MD} offre les nouveaux filaments triangulaires, démontrés pour un enlèvement supérieur du biofilm entre les dents comparativement aux filaments ronds conventionnels.¹

- Les nouveaux filaments triangulaires **enlèvent 25% plus de biofilm**¹
- Les tiges de métal sont maintenant **toutes recouvertes de nylon** et préviennent les chocs galvaniques
- Nettoie facilement les dents postérieures grâce au **col pliable**
- Le **manche flexible** offre meilleur prise, contrôle et confort
- **L'enduit d'agent antibactérien** garde la brosette plus propre entre les utilisations²
- **Capuchon** protecteur inclus



Les nouveaux filaments triangulaires sont plus efficaces pour l'enlèvement du biofilm



Les filaments ronds conventionnels peuvent laisser des résidus de biofilm

NOUVEAU FORMAT

TRÈS PETIT



● Cylindrique 1314

PETIT



● Conique 1414

MOYEN



● Conique 1514

LARGE



● Conique 1614

COMMANDEZ DÈS MAINTENANT!

Appelez Sunstar au **1-800-265-7203** ou visitez **GUMbrand.ca** pour plus d'informations

1-Données sous archives 2-Les soies sont enduites d'un agent antibactérien qui réduit la prolifération des bactéries pour une protection constante des soies. L'enduit antibactérien ne vous protège pas des maladies. Toujours rincer la brosette avant et après l'utilisation.

SUNSTAR



La prévention des DERMATOSES PROFESSIONNELLES

Source: Reproduit avec permission. www.official-prevention.com. Officiel prévention santé et sécurité au travail. http://www.official-prevention.com/protections-collectives-organisation-ergonomie/risque-chimique/detail_dossier_CHSCT.php?rub=38&ssrub=69&dossier=259

L'essentiel

Les dermatoses professionnelles sont des affections cutanées causées le plus souvent par contact de la peau avec des substances chimiques manipulées sur le lieu de travail, ou plus rarement à des agressions d'agents physiques, biologiques ou radiologiques subies dans l'exercice d'une profession.

Les dermatoses professionnelles figurent parmi les maladies professionnelles les plus fréquentes et touchent la plupart des professions manuelles, avec en premier lieu les métiers du nettoyage, de bâtiment, les travaux de peinture, la coiffure, les soins infirmiers, la métallurgie, l'imprimerie, l'élevage et l'agriculture, etc.

Les dermatoses peuvent être d'origine totalement professionnelle lorsque les analyses épidémiologiques, toxicologiques et des tests épicutanés attestent une présomption d'imputabilité manifeste de l'apparition de la dermatose aux conditions de travail, mais il peut s'agir aussi de dermatoses aggravées par l'activité professionnelle, qui, de fait, sont alors rarement déclarées et reconnues comme maladie professionnelle dans ce cas.

Les dermatoses professionnelles sont à la fois très fréquentes et parfois difficiles à traiter, ce qui rend leur prévention d'autant plus importante.

La prévention des dermatoses professionnelles repose sur des mesures destinées

à éviter le contact cutané des travailleurs aux agents allergènes ou irritants par substitution des substances ou adoption de procédés en circuit fermé, et, à défaut, d'exiger le port de gants adaptés et de vêtements de protection répondant à des normes de référence, de préconiser une hygiène des mains rigoureuse et une utilisation de savons et crèmes protectrices adéquates.

Les différentes dermatoses professionnelles

Les dermatoses professionnelles peuvent relever de causes multiples, mais les dermatites de contact avec des produits chimiques représentent la plus grande partie des dermatoses professionnelles.

La dermatite de contact comporte deux formes :

- **La dermatite de contact allergique** est due aux substances allergènes tels le ciment, les résines, le nickel, les antiseptiques et désinfectants, le latex, les accélérateurs de vulcanisation... Le travailleur se sensibilise progressivement aux produits de façon spécifique du fait de la multiplicité des contacts cutanés non protégés. Le diagnostic est d'abord clinique, sur les caractères de la dermatose, couplé à une enquête professionnelle qui oriente vers les produits suspects. Dans un second temps, les tests cutanés adaptés au cas de chaque patient peuvent permettre d'identifier l'allergène ou les substances responsables de la dermatose.

L'eczéma de contact siège au début sur les zones de contact avec les produits responsables, mais peut ensuite s'étendre au-delà : faces dorsales et latérales des doigts et des mains, face interne des poignets.

Les atteintes cutanées sont érythémateuses avec lésions prurigineuses, vésiculeuses suivies d'une phase de suintement, de formation de croûtes et de desquamation, et l'eczéma peut se surinfecter.

La dermatite urticarienne de contact se traduit par des lésions avec prurit, brûlures, parfois douleurs.

La déclaration en maladie professionnelle correspond au n°65 (allergies cutanées) du tableau des maladies professionnelles.

- **La dermatite de contact irritant**, plus fréquente, est consécutive à une agression chimique de la peau par des acides, bases, solvants, détergents, ... souvent aggravée par des frictions mécaniques répétées (nettoyage), ces facteurs n'entraînant pas l'intervention de mécanismes immunologiques. À noter que certains symptômes cutanés semblables sont plus de type irritatifs qu'allergiques et le traitement dépend donc d'un diagnostic correct. Toutefois, une dermatite d'irritation, due à des contacts excessifs avec des produits irritants (caustiques, détergents, solvants...) peut créer une prédisposition à un eczéma d'où l'importance de la prévention.

Le travail en milieu humide, à température élevée, favorise le développement de ces dermatoses professionnelles et l'irritation favorise souvent l'apparition de l'eczéma allergique, et des affections endogènes sont aggravées par le travail (psoriasis des mains, dyshidrose...). Les irritations cutanées se traduisent par des rougeurs (sur le dos des mains et entre les doigts), des démangeaisons (prurit), des sensations de brûlure, des fissures, desquamations et des crevasses, lésions plus au moins importantes de l'épiderme et par réaction inflammatoire au niveau du derme. L'apparition peut être rapide (juste après l'exposition à une substance irritante) ou progressive.

- **Les autres dermatoses** sont causées par :
 - La pénétration de corps étrangers sous la peau (particules de fer, de charbon, de fibres de verre, de cheveux...), provoquant des granulomes, petites tumeurs bénignes, mais douloureuses et souvent purulentes.
 - L'exposition à une chaleur ou un froid excessif : brûlures, dermite des chaufferettes due aux rayons infrarouges, gelures, engelures, syndrome de Raynaud (doigts blancs et douloureux par vasoconstriction).
 - L'action d'agents biologiques provoquant des infections cutanées, telles les mycoses, les pyodermatites, l'herpès cutané...
 - Le contact répété avec les huiles industrielles donnant une acné professionnelle (les « boutons d'huile »).
 - L'exposition aux rayons ultra-violets ou aux radiations ionisantes provoquant des radiodermatites : fissures et ulcérations autour des ongles ou sur la face dorsale des doigts, pouvant être à l'origine de cancer cutané.
 - L'action de produits cancérogènes induisant des cancers cutanés, dus par exemple à l'exposition aux goudrons, à l'arsenic, aux huiles de coupe...

Il faut noter que dans un petit nombre de cas, le facteur pathogène de la dermatose professionnelle n'est pas connu.

Les dermatoses professionnelles concernent essentiellement les mains et les avant-bras, mais aussi parfois le visage, dont les paupières (dermite aéroportée pour certains allergènes volatils), les cuisses (maçons), voire tout le corps dans le cas de l'urticaire géante due au contact avec du caoutchouc naturel (latex). L'eczéma des mains est le plus fréquent et probablement le plus difficile des eczémas professionnels à traiter et prévenir.

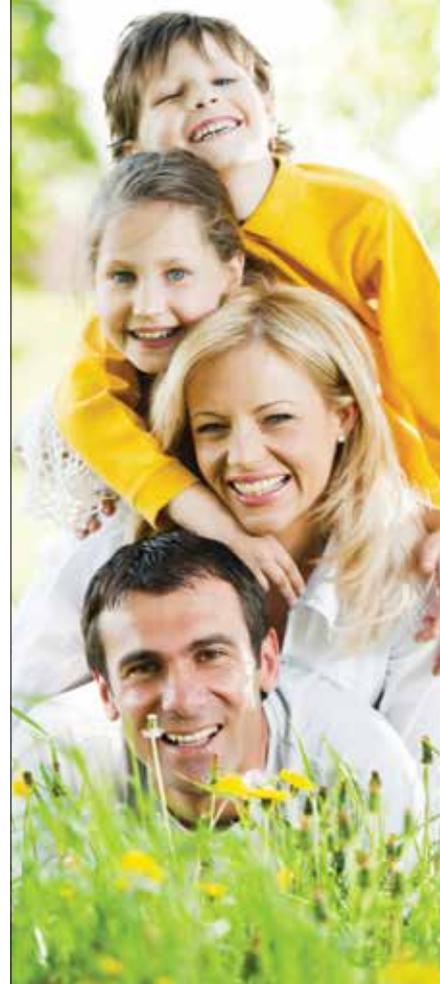
De très nombreux métiers induisent des dermatoses professionnelles, dont la réparation est reconnue si elles figurent dans l'un des 45 tableaux des maladies professionnelles concernant les affections cutanées :

- Coiffeurs (produits de teinture, persulfates des décolorations)
- Femmes de ménage (produits caustiques et détergents...)
- Peintres (peintures, vernis, adhésifs...)
- Usineurs de métaux (huile de coupe...)
- Maçons (ciments...)
- Éleveurs et cultivateurs (pesticides...)
- Personnels soignants (latex des gants, antiseptiques et désinfectants)
- Salariés de l'industrie plastique et du caoutchouc...



PASSEPORT **SANTÉ**.NET

*Chaque visite
fait du bien !*



Retrouvez
toute l'information
santé de qualité
professionnelle sur
www.passeportsante.net

LES MESURES DE PRÉVENTION

des dermatoses professionnelles

Pour réduire le risque d'apparition d'une dermatose professionnelle, deux options sont possibles :

- la prévention primaire qui vise à éviter la survenue du risque en supprimant les causes (par exemple éviter l'exposition des travailleurs à des agents allergènes), à promouvoir des méthodes de travail sûres par une bonne formation professionnelle, c'est-à-dire à agir sur les facteurs de risque avant la maladie.
- La prévention secondaire qui accepte l'apparition du risque, mais cherche à éviter la création d'un dommage ou à en diminuer sa gravité. (dépistage, aménagement du poste ou reclassement).

Les mesures de prévention des dermatoses professionnelles peuvent être :

- collectives, en cherchant à protéger tous les travailleurs du danger potentiel de manière régulière ou occasionnelle, en supprimant ou en réduisant les situations dangereuses pour tout un atelier, chantier... par exemple travail en circuit fermé ou utilisation systématique d'outils de préhension afin d'éviter tout contact cutané.
- individuelles, en cherchant à protéger uniquement l'opérateur par des équipements de protection (exemples : gants, vêtements de travail...), mais aussi l'apprentissage de gestes professionnels corrects et une bonne hygiène des mains.

La protection individuelle est mise en place lorsque les mesures d'élimination ou de réduction des risques par la prévention collective sont insuffisantes ou impossibles à mettre en œuvre. En effet, la protection individuelle est parfois la seule possible, comme dans certaines opérations d'entretien, de maintenance ou d'intervention d'urgence.

La prévention primaire des dermatoses professionnelles.

La grande fréquence des dermatoses professionnelles et la multiplication des

produits chimiques utilisés entraînant l'augmentation de la sensibilisation aux allergènes de contact cutané nécessitent une vigilance accrue quant au risque induit : cela rend les mesures de prévention primaire indispensables, car ce sont les plus efficaces, puisqu'il s'agit de combattre les risques à la source.

Assurer une bonne hygiène des lieux et plans de travail, pour éviter le contact cutané intempestif avec des produits souillant les surfaces.

Substitution des produits les plus dangereux.

Il faut d'abord une connaissance approfondie des facteurs de risque, et pour cela, disposer d'informations statistiques et données factuelles de retour d'expérience, d'études de poste afin d'identifier les gestes et substances chimiques à risques cutanés : conditions d'exposition par l'analyse des tâches du travailleur, examen de la liste des produits chimiques utilisés ainsi qu'une description détaillée des procédés employés. La première étape consiste donc à repérer les agents et procédés toxiques pour la peau, allergènes, cancérigènes dans le cadre de l'évaluation des risques du Document Unique de Sécurité (DUS). Les Fiches de Données de Sécurité (FDS), obligatoires pour tout produit chimique dangereux, comportent ces renseignements.

Leur retrait et leur remplacement par des produits pas ou moins dangereux s'avère alors une solution radicale et durable.

Par exemple, l'utilisation de résine à haut poids moléculaire doit être encouragée, de même que celles des huiles de coupe ne contenant pas d'hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) cancérigènes par contact cutané.

Par ailleurs, un même produit se présente parfois sous des formes différentes, dont certaines moins dangereuses : il convient d'utiliser les produits les moins volatils, les granulés sont habituellement moins irritants que la poudre fine, les formes en gels, crèmes sont à privilégier quand elles existent (par exemple pour les produits de coiffure).

Suppression des contacts cutanés.

La substitution n'est envisageable que lorsqu'il existe un produit aussi efficace, tout en ne présentant pas par ailleurs d'autres risques, comme l'inflammabilité par exemple.

Si la substitution des substances se révèle techniquement impossible, cas fréquent, les mesures préventives primaires visent à supprimer ou à réduire autant que possible le risque, en supprimant ou réduisant les contacts cutanés des travailleurs avec les produits irritants ou allergisants.

- Travailler en installations fermées, en isolant les procédés de fabrication faisant intervenir des substances dangereuses par des enceintes. Par exemple, capotage et écrans de protection des machines-outils contre les projections de fluides d'usinage pour réduire les risques d'éclaboussures et éviter le contact cutané. Toutefois, l'utilisation en systèmes clos, assurant le confinement maximal, évitant tout contact entre les opérateurs et les produits utilisés, nécessite une vigilance renforcée lorsqu'il y a rupture du confinement (opérations de maintenance, de réparation et d'essais...).
- Utiliser des outils de préhension, évitant le contact direct des mains (pinces...)

- Installer des systèmes de ventilation par aspiration à la source, par l'aération des lieux de travail, ce qui joue un rôle essentiel de protection collective pour limiter la concentration de l'ensemble des substances nocives dans l'air ambiant et le temps d'exposition, et diminue considérablement les risques de dermatoses aéroportées.
- Assurer une bonne hygiène des lieux et plans de travail, pour éviter le contact cutané intempestif avec des produits souillant les surfaces.
- Respecter des procédures de stockage adaptées pour ne pas entraîner une fragilisation des emballages à l'origine de fuites et de déversements de produits dangereux, avec des consignes de stockage indiquant clairement les risques et les mesures de nettoyage à prendre en cas d'accidents.

Formation du personnel

Elle repose tout d'abord sur l'apprentissage de gestes professionnels corrects, qui interdit certains managements dangereux, comme se rincer les mains dans les solvants (garagistes) ou de plonger les mains dans des produits caustiques sans protection (agents d'entretien de surface).

Les employeurs doivent informer les travailleurs des dangers que présentent les substances auxquelles ils sont exposés et les renseigner sur la manière d'utiliser ces substances sans danger, informant les travailleurs des risques d'allergie et d'irritation cutanées sur l'environnement de travail, éduquant les comportements de travail d'éviction des substances irritantes ou allergisantes.

Mais c'est aussi dès l'apprentissage que l'information sur les risques et la formation à la prévention doivent être intégrées aux programmes au même titre que les gestes techniques du métier. Pour les métiers présentant une épreuve pour la peau, si à ce stade précoce de professionnalisation, la personne présente un risque élevé de développer une dermatite d'irritation (hyperirritabilité cutanée) ou si une sensibilisation allergique se révèle, il vaut mieux envisager une réorientation vers un

autre métier qui sera moins traumatisante qu'après avoir commencé sa carrière, car il s'agit d'une inaptitude qui impose de ne pas affecter la personne à certains gestes techniques essentiels. En effet, une fois une allergie à une substance déclarée, tout contact même minime avec celle-ci peut provoquer une réaction cutanée.

La prévention secondaire des dermatoses professionnelles.

La prévention secondaire vise la détection au plus tôt et l'intervention, c'est-à-dire l'identification des travailleurs souffrant de maladies cutanées professionnelles et le retraitement de l'exposition afin de prévenir une maladie chronique.

- Dépistage et traitement des irritations cutanées qui prédisposent à l'allergie.
- Dépistage précoce des allergies cutanées pour limiter les formes graves, éviter la survenue de complications, les séquelles, les récurrences, les incapacités professionnelles.
- Changement de poste pour une éviction totale de l'allergène cutané.

C'est lors de la visite d'embauche que les candidats présentant des antécédents ou présentant actuellement un eczéma seront écartés des postes exposant au contact avec des substances connues pour leur pouvoir allergisant; et c'est lors des visites périodiques que le médecin du travail cherchera les signes d'intolérance cutanée avec écartement ou aménagement du poste dangereux chaque fois que cela est possible : conformément à l'article L241-10-1 du Code du Travail, le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives à l'état de santé physique des travailleurs qui ne correspondent plus au travail exigé.

La prévention individuelle des dermatoses professionnelles.

Elle repose sur des équipements individuels de protection des mains et du corps, et une bonne hygiène individuelle de la peau des mains.

Les gants de protection

Le port de gants adéquats est primordial dans la prévention des dermatoses professionnelles. Le port de gants permet de se protéger de toutes les agressions mécaniques ou chimiques et de limiter le contact avec des agents allergisants ou infectieux et leur portage.



Les exigences générales des gants de protection sont définies par la norme EN 420. Ensuite, à chaque risque correspond une norme dont les principales sont :

- EN 388 : risques mécaniques
- EN 374 : risques chimiques et microbiologiques
- EN 407 : risques thermiques

Il n'existe pas de gant universel. Le choix des gants est spécifique de chaque type de tâche et sur les étiquettes des gants, des pictogrammes et des indications de risque renseignent l'utilisateur sur les caractéristiques techniques des gants en fonction de leur utilisation.

Ainsi, chaque gant devra être adapté au travail à effectuer. Avant toute manipulation, il convient de vérifier la compatibilité entre les substances utilisées et les matériaux constitutifs des gants : les Fiches de Données de Sécurité (FDS) précisent la nature des gants à employer.

Il existe différents matériaux de fabrication, différents types suivant la protection

et l'usage désirés, depuis ceux contre les risques minimales (produits d'entretien peu nocifs, solutions détergentes diluées, etc.) jusqu'à ceux utilisés lors de manipulations de produits agressifs (bases et acides forts, oxydants puissants, composés pénétrant facilement à travers la peau comme les dérivés nitrés, amines aromatiques).

La résistance chimique des gants de protection est définie à partir des caractéristiques suivantes (les niveaux de performance sont classés dans un ordre croissant) :

- Étanchéité (3 niveaux)
- Résistance à la perméation (6 niveaux)

Les gants en néoprène sont utilisés lors de la manipulation d'hydrocarbures et de solvants, les gants en vinyle présentent une bonne résistance chimique surtout contre les acides et les gants en nitrile ont un confort et sensations similaires au latex, tout en éliminant les risques allergiques du caoutchouc (peintures, vernis...).

Les gants doivent être enlevés après la manipulation à risque et avant tout contact avec du matériel « propre » afin d'éviter de contaminer ce dernier. En particulier, il faut éviter le contact des gants contaminés avec :

- la peau, les muqueuses,
- le matériel personnel (crayon, cahier...),
- le matériel commun (poignée de porte, clavier...).

Les vêtements de protection

Il s'agit d'éviter le contact cutané avec projections, les éclaboussures de produits chimiques, avec les pièces, les parties des machines ou vêtements imprégnés de substances nocives.

C'est particulièrement évident pour les avant-bras, et il faut proscrire les manches courtes, utiliser une blouse et un tablier et éventuellement des manchettes de protection.

Ainsi, par exemple, les travailleurs soumis à de fréquentes éclaboussures d'huiles minérales doivent être munis de

vêtements de travail imperméables aux huiles pour éviter l'apparition de folliculites et de boutons d'huile.

Les vêtements de travail doivent être lavés fréquemment pour éviter la salissure et l'imprégnation par les produits manipulés et rangés séparément des tenues de ville.

Plusieurs types de vêtements de protection chimique existent en fonction de l'état physique du produit (gaz, liquide, solide) et répondent à des normes :

- Type 1 Étanchéité au gaz
- Type 2 Étanchéité limitée aux gaz
- Type 3 Étanchéité aux projections de liquides
- Type 4 Étanchéité aux aérosols, aux pulvérisations
- Type 5 Étanchéité aux particules solides transportées par l'air.
- Type 6 Étanchéité limitée aux éclaboussures de liquides

- Articles d'habillement offrant une protection contre les produits chimiques liquides à certaines parties du corps (tabliers, pantalons) (*NF EN 467, EN 1513*)
- vêtements contre les produits chimiques liquides avec liaisons étanches aux pulvérisations (*NF EN 465*)
- vêtements contre les produits chimiques liquides avec liaisons étanches aux liquides (*NF EN 466*)
- vêtements contre les produits chimiques liquides et gazeux, y compris les aérosols liquides ou solides (*EN 943-1*)

Hygiène individuelle de la peau

Le port de gants ne remplace pas le lavage des mains et éventuellement leur protection dermique.

Les gants doivent être utilisés avec des mains sèches et propres.

Il faut noter que le port prolongé de gants de protection, en particulier en période chaude et/ou humide, peut provoquer un phénomène de transpiration et/ou d'allergie. Il est donc conseillé de retirer les gants de temps à autre pour laisser respirer les mains à l'air libre et de changer les gants

sales ou usagés. Il est également conseillé à l'utilisateur de se laver les mains à l'eau claire, sans détergent, éventuellement avec un savon neutre ou surgras (jamais de savons alcalins), après chaque utilisation des gants et se sécher avec une serviette sèche en tamponnant (sans frotter).

Le port de gants ne remplace pas le lavage des mains et éventuellement leur protection dermique.

L'utilisation de solvants organiques (essence, white-spirit...) doit être strictement limitée aux rares cas de taches rebelles d'huile et de graisse sur la peau des mains et des bras, et alors, plutôt employer un savon abrasif qui ne présente pas le même caractère toxique et desséchant.

Crèmes protectrices adaptées pour les mains

L'application de produits appropriés permet de régler la teneur en eau et en corps gras de la couche superficielle de la peau.

Dans le cas de contact temporaire et non prolongé avec un produit non caustique ou non irritant, l'usage d'une crème protectrice peut être envisagé : si le produit est soluble dans l'eau ou si le travail se fait en milieu aqueux, la crème sera hydrosoluble, si le produit est insoluble dans l'eau, la crème sera hydrosoluble.

Lorsque la peau a été nettoyée après le travail, il convient de rendre à la peau humidité et souplesse nécessaires au moyen de préparations réhydratantes et adoucissantes. ■

Voici Sensodyne® Répare et Protège

Activé par NovaMin®

Sensodyne Répare et Protège est le premier dentifrice au fluorure à exploiter la technologie du calcium et du phosphate NovaMin® brevetée pour faire plus que traiter la douleur liée à l'hypersensibilité dentinaire.

- **Répare la dentine exposée*** : Crée une solide couche semblable à l'hydroxylapatite sur la dentine exposée et dans les tubules dentinaires¹⁻⁵.
- **Protège les patients de la douleur liée à la sensibilité future*** : La couche semblable à l'hydroxylapatite est jusqu'à 50 % plus dure que la dentine sous-jacente⁶ et elle résiste aux attaques mécaniques et chimiques quotidiennes^{1,6-8}.

* Avec un brossage deux fois par jour.



Pensez au-delà du soulagement de la douleur et recommandez Sensodyne Répare et Protège.



GlaxoSmithKline
Soins de santé
aux consommateurs Inc.

™/® ou licencié GlaxoSmithKline
Soins de santé aux consommateurs Inc.
Mississauga, Ontario L5N 6L4
©2013 GlaxoSmithKline

1. Burwell A, et al. *J Clin Dent.* 2010;21 (numéro spécial):66-71. 2. LaTorre G, et al. *J Clin Dent.* 2010;21(3):72-76. 3. West NX, et al. *J Clin Dent.* 2011;22 (numéro spécial):82-89. 4. Earl J, et al. *J Clin Dent.* 2011;22 (numéro spécial):62-67. 5. Efflant SE, et al. *J Mater Sci Mater Med.* 2002;26(6):557-565. 6. Parkinson C, et al. *J Clin Dent.* 2011;22 (numéro spécial):74-81. 7. Earl J, et al. *J Clin Dent.* 2011;22 (numéro spécial):68-73. 8. Wang Z, et al. *J Dent.* 2010;38:400-410.

Substances ciblant LA XÉROSTOMIE

Par Linda Douglas, HD, B.Sc.

Source: Reproduit avec permission. Hygienetown, February 2013, p. 7-10. Traduit de l'article original intitulé « *Substances for Targeting Xerostomia* ».

De nos jours, les cliniciens traitent de plus en plus de personnes ayant des problèmes liés à la xérostomie. En effet, selon un sondage mené récemment par Hygienetown, 73 % des répondants ont vu augmenter depuis un an le nombre de patients présentant une xérostomie.

Les propriétés lubrifiantes, réparatrices, antimicrobiennes, d'irrigation et de protection « tampon » de la salive contribuent considérablement au maintien de l'intégrité des tissus durs et mous de la bouche¹. Par ailleurs, la salive hydrate et lubrifie le bol alimentaire et l'œsophage. Le fait d'avoir la bouche sèche peut donc entraîner plusieurs complications² telles que lèvres fendillées, chéilite commissurale, langue fissurée, hypersensibilité dentaire, caries au niveau des racines et des cuspidés et infections opportunistes comme la candidose. La sécheresse de la bouche peut également altérer l'élocution, le goût, la mastication et la déglutition. Un problème de déglutition (dysphagie) peut aussi endommager l'œsophage et nuire à l'absorption des nutriments. La dysphagie pourrait aussi poser un risque d'étouffement, entraînant l'aspiration de nourriture dans les poumons et, de ce fait, une pneumonie. Le traitement de ces types de problèmes nécessite une approche multiple.

Pour y parvenir, la prise en charge de l'hypofonction des glandes salivaires (HGS) et de la xérostomie peut avoir sept principaux objectifs, soit :

1. l'hydratation (la consommation adéquate d'eau est essentielle);
2. la stimulation de la production salivaire;

3. la substitution salivaire;
4. la réduction de la perte de tissus fonctionnels des glandes salivaires;
5. la prévention des caries et l'activation de la reminéralisation;
6. la prévention des lésions et des infections des tissus mous;
7. l'amélioration du confort.

Il existe diverses préparations pour le soulagement de la xérostomie pouvant contribuer à l'atteinte de ces objectifs. Cet article traite des ingrédients de ces types de préparation et des raisons de les utiliser.

Stimulation de la production salivaire

Selon la *Commission on Oral Health, Research and Epidemiology*, la stimulation de la sécrétion salivaire a l'avantage de procurer les bienfaits de la salive naturelle³. Les glandes salivaires sont très sensibles à la stimulation des papilles gustatives, des muscles masticateurs ainsi que des nerfs sensitifs de la muqueuse buccale et du ligament parodontal (desmodonte). La stimulation de la production salivaire est utile chez les personnes qui y répondent et dont les glandes salivaires conservent une certaine activité. Notons que la plupart des cas d'HGS y répondent.

La **stimulation masticatoire** s'effectue en mâchant de la gomme sans sucre, mais qui contient de préférence du xylitol. La mastication régulière de gomme entraîne également une augmentation prolongée de la production salivaire non stimulée⁴.

Pour la **stimulation gustative**⁵, on utilise des aromatisants, des succédanés du sucre et des acides de fruit à pH stabilisé.

Des **sialagogues à action générale**⁶ pourraient être prescrits s'ils ne sont pas contre-indiqués. Les options non médicamenteuses pouvant être utilisées **pour stimuler la production salivaire** sont l'acupuncture⁷, l'électrostimulation⁸ et l'hypnose⁹.

L'augmentation de la sécrétion salivaire favorise la digestion gastrique. En effet, la salive avalée stimule la sécrétion gastrique.

Substitution salivaire

Les substituts salivaires sont généralement des préparations visant à reproduire la composition et les fonctions de la salive naturelle ou à s'en rapprocher, afin de protéger les tissus durs et mous de la bouche, d'améliorer le confort et de faciliter l'élocution, la mastication et la déglutition.

Ingrédients des préparations pour le soulagement de la sécheresse buccale

La plupart de ces préparations contiennent une combinaison d'ingrédients¹⁰ qui agissent conjointement pour atteindre les objectifs de prise en charge de la xérostomie.

- Les produits à base d'eau sont idéaux puisque le pourcentage d'eau de la salive naturelle est de 99%.
- Les protéines du lait et les dérivés d'acides aminés, comme la bétaine (triméthylglycine), s'apparentent au contenu protéique¹¹ de la salive : ils forment une couche protectrice sur les tissus durs et mous de la bouche, laquelle lubrifie et retient l'humidité. Les préparations à base de mucine restent dans la bouche plus longtemps que les autres substances protégeant la muqueuse. On doit donc les utiliser moins souvent.

- Les huiles, par exemple, l'huile d'onagre, les triesters de glycol oxygéné et l'huile d'olive, ont aussi des propriétés soulageant la bouche sèche : formation d'une couche, lubrification et protection de la muqueuse buccale; les polyphénols de l'olive auraient également des propriétés anti-plaque.
- L'acide folique contribue à la guérison des traumatismes et des ulcères aphteux. L'acide hyaluronique¹² augmente l'hydratation et pourrait être bénéfique dans le traitement des ulcères aphteux¹³. Quant aux produits à base de lanoline, de cire d'abeille ou d'huile végétale, ils lubrifient les lèvres sèches.
- Le bicarbonate, le calcium et le phosphate exercent un effet tampon sur l'acidité. La combinaison du calcium et du phosphate, comme dans Recaldent, associée au fluorure favorise la reminéralisation. Le fluorure et Recaldent, tout comme le nitrate de potassium et Pro-Argin (un complexe d'arginine et de carbonate de calcium), sont également de bons agents désensibilisants.
- Les édulcorants, tels que le maltose cristallin anhydre¹⁴, les acides de fruit à pH stabilisé et divers aromatisants, excitent les papilles gustatives, ce qui stimule la salivation. Le xylitol¹⁵, un édulcorant, élément important de tout protocole favorisant la production de salive saine, est un sucre alcool non fermentescible extrait de l'écorce de bouleau. En plus de stimuler la salivation, il réduit la population buccale de streptococcus mutans. L'ingestion de xylitol par streptococcus mutans favorise l'inanition de la bactérie qui ne peut donc plus se répliquer. Par ailleurs, des études sur l'utilisation à long terme du xylitol comme supplément ont démontré que le xylitol inhibe la prolifération de *Porphyromonas gingivalis* et l'empêche d'induire l'expression de cytokines inflammatoires¹⁶. De plus, le xylitol possède un faible indice glycémique (7) et a peu d'effet sur la glycémie.
- Le thé de camomille stimule la salivation et diminue l'inconfort dû à la sécheresse buccale. La feuille de jaborandi¹⁷ provient d'une plante utilisée en Amérique du Sud et en Amérique centrale pour

favoriser la production de salive. Quant aux polyphénols du thé vert, ils réduiraient les lésions des glandes salivaires causées par les radicaux libres¹⁷.

- Les substances hydrophiles lénifiantes (souvent avec mucilage), telles que l'aloès et la carraghénine, améliorent le confort. Elles hydratent, forment une couche protectrice sur la muqueuse de la bouche et ont une texture « glissante », reproduisant ainsi la viscosité de la salive.
- Le lysozyme et la lactoperoxydase (des enzymes) ainsi que la lactoferrine (une protéine qui se lie au fer) imitent les propriétés antimicrobiennes de la salive naturelle. La peroxydase augmente la production d'hypothiocyanite, un anion antimicrobien présent dans la salive naturelle.

- Les peptides synthétiques tels que Histatine/P-113 ont été évalués comme ingrédients antimicrobien des gels buccaux¹⁸.

Préparations sur ordonnance

Le chirurgien ou médecin dentiste pourrait prescrire les préparations suivantes :

- Les sialagogues à action générale tels que la pilocarpine et la céviméline stimulent la production de salive et ralentissent la perte de tissus fonctionnels des glandes salivaires. Toutefois, ces médicaments ont leurs limites. En effet, vu leurs contre-indications et leurs effets secondaires, notamment les bouffées de chaleur, la transpiration, la rhinorrhée et la diarrhée, ils sont contre-indiqués chez les personnes atteintes d'asthme, d'iritis aiguë, de glaucome à angle fermé, d'une maladie cardiovasculaire ou ayant des antécédents de calculs rénaux

Fig. 1 : Composition de la salive naturelle

Eau	Pourcentage d'eau : 99 %	
	La salive est hypotonique par rapport au plasma, ce qui lui permet d'hydrater le bol alimentaire de sorte que son osmolalité corresponde à celle du plasma.	
Protéines	Peptides (p. ex., histatines, crystatines, cystatines)	
	Anticorps Immunoglobulines Mucines (glycoprotéines) Gustines (anhydrase carbonique) Lactoferrine Facteurs de croissance (cellules épidermiques, fibroblastes, cellules nerveuses)	
Enzymes	Amylase salivaire Lipase linguale Lysozymes Peroxydase salivaire Phosphatase Ribonucléases, protéases	
	Minéraux	Électrolytes Sodium Magnésium Potassium
Contient également du zinc, du fluorure*, du glucose, de l'urée et de l'ammoniaque.		
* La concentration de fluorure dans la salive est liée à la quantité consommée.		

- ou biliaires. Par ailleurs, les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique et ceux qui prennent des bêtabloquants ne peuvent pas prendre de la pilocarpine.
- Les premiers résultats de recherche sur le bain de bouche à base de céviméline¹⁹ étaient variables.
 - Des études sur les rince-bouches à base de pilocarpine sont en cours²⁰. Le chlorhydrate de pilocarpine s'est révélé efficace lorsqu'il est utilisé comme rince-bouche durant une minute chez des personnes en bonne santé. Certains

cliniciens ont également prescrit des sucettes de pilocarpine à 5 mg devant être sucées pendant 20 à 30 secondes environ toutes les deux heures.

- L'amifostine²¹ est un médicament chimioprotecteur et radioprotecteur administré par voie intraveineuse. Elle agit en éliminant les radicaux libres des tissus afin de réduire l'incidence de la xérostomie et de la mucosite dues à la chimiothérapie ou à la radiothérapie.
- Les rince-bouches sans alcool à base de chlorhexidine réduisent la population

buccale d'agents pathogènes, de bactéries cariogènes et de micro-organismes opportunistes.

- Le rince-bouche à base d'allopurinol est utilisé pour le traitement de la mucosite induite par la chimiothérapie. Il neutralise l'acide urique produit en raison d'un syndrome associé au facteur de nécrose tumorale.
- Caphosol est utilisé pour le traitement de la xérostomie et de la mucosite. Il s'agit d'une solution électrolytique contenant des ions calcium et phosphate. C'est un anti-inflammatoire

Fig. 2: Ingrédients utilisés dans les préparations pour le soulagement de la sécheresse buccale

Acides aminés et huiles: forment une couche, lubrifiant et protègent	Bétaïne (triméthylglycine) – dérivé d'acide aminé présent dans les betteraves, le brocoli et les épinards	
	Huile de ricin Huile de coton Huile d'onagre Glycérine	Triesters de glycérol oxygéné Protéines du lait Mucine Huile d'olive
Tampons, reminéralisants, désensibilisants	Bicarbonate de sodium Calcium Phosphate Recaldent	Fluorure d'ammonium Nitrate de potassium – désensibilisant Arginine et carbonate de calcium (Pro-Argin)
Édulcorants et aromatisants pour la stimulation gustative de la production salivaire	Xylitol – réduit la quantité de bactéries cariogènes Maltose cristallin anhydre Sorbitol (est aussi un humectant)	Acide citrique à pH stabilisé Citrate de sodium Acide malique
Hydrophiles et lénifiants (souvent avec mucilage): hydratent, forment une couche et protègent	Aloès (plante grasse) Nopal (figuier de Barbarie) Orme rouge Carraghénine Graine de lin Gomme de xanthane	Carboxyméthylcellulose Hydroxyléthylcellulose
Guérison et protection des tissus mous	Acide folique – pour les ulcères aphteux Acide hyaluronique – pour les ulcères aphteux et l'hydratation Lanoline, cire d'abeille, huile de noix de coco, huile d'amande ou beurre de karité – pour les lèvres	
Antibactérien	Lysozyme Lactoperoxydase Lactoferrine Peptides synthétiques (histatine/P-113)	Les huiles essentielles, la menthe poivrée, l'eucalyptol, le thymol et le thé des bois dissolvent les glycosaminoglycanes en biofilm
Autres extraits de plantes	Thé vert – antioxydant qui pourrait réduire les lésions des glandes salivaires Camomille, gingembre, feuille de jaborandi, rhubarbe – favorisent la salivation	

qui favorise la réparation des surfaces muqueuses lésées, en diffusant dans les compartiments intracellulaires de l'épithélium et en imprégnant les lésions de la muqueuse.

- Le complexe de sucrose-sulfate et d'aluminium adhère aux tissus ulcérés. Il sert aussi de tampon et d'agent cytoprotecteur.

Candidose chronique

La candidose chronique est une complication courante de la sécheresse buccale. On peut la traiter avec les produits suivants :

- Antifongiques à action générale – fluconazole à 200 mg pendant trois jours, une fois par mois; cette dose permet de diminuer le risque de résistance au médicament. La nystatine n'est pas aussi efficace contre la candidose chronique.
- Rince-bouches pour les sensations de brûlure buccale – certains cliniciens prescrivent des rince-bouches à base de prednisone à 5 mg/5 mL par jour aux patients souffrant de brûlures buccales associées à la candidose chronique.

Cela peut sembler contre-intuitif, mais ce traitement permet de maîtriser la rougeur et la douleur causées par la candidose chronique.

- Flucinomide à 0,05 % (ou à diverses concentrations)
- Clobétasol à 0,05 %
- Dipropionate de bétaméthasone à 0,05 %
- Tacrolimus à 0,01-0,1 %
- Prednisolone à 15 mg par 5 mL
- Dexaméthasone (0,5 mg/5 ml) – elle est associée à des problèmes d'absorption dans l'organisme

Selon la revue systématique des traitements topiques utilisés pour la prise en charge de la sécheresse buccale effectuée par Cochrane en 2011, il n'existe pas de données probantes indiquant que les traitements topiques sont efficaces pour le soulagement de la xérostomie. D'autres recherches fondées sur des études bien conçues et contrôlées avec répartition aléatoire sont nécessaires afin d'obtenir des données permettant d'orienter la

pratique clinique. Cependant, les systèmes de soins buccaux intégrés, par exemple, combinant un dentifrice, un gel et un rince-bouche, ont donné des résultats prometteurs. Par ailleurs, la gomme à mâcher semble augmenter la production de salive chez les personnes présentant une capacité sécrétoire résiduelle²². Une approche multiple combinant les stratégies et les substances mentionnées ci-dessus pourrait s'avérer utile pour garder une bonne santé buccale et une bonne qualité de vie. Aujourd'hui, nous disposons de nombreuses préparations. Ainsi, l'information fournie dans le présent article pourrait aider les cliniciens et les patients à faire des choix éclairés.

Biographie de l'auteure

Linda Douglas est originaire de Londres, en Angleterre, où elle a étudié dans le domaine de l'assistance dentaire au *Eastman Dental Hospital* et a obtenu un diplôme d'hygiène dentaire du *Royal Dental Hospital*. Elle habite et travaille à Toronto, au Canada, depuis 22 ans. Son désir d'améliorer le soutien apporté aux patients présentant une xérostomie est à l'origine d'une étude approfondie de la salive et de la prise en charge de la xérostomie.

ADDENDA à l'article «Substances ciblant la xérostomie» par Linda Douglas, HD, B.Sc.

L'article «Substances ciblant la xérostomie» est une compilation des substances utilisées pour la prise en charge de la xérostomie, présentée à titre indicatif.

L'article mentionne que la feuille de jaborandi parfois utilisée en Amérique du Sud et en Amérique centrale favorise la salivation et la transpiration; cependant, son usage n'est pas recommandé en raison de problèmes d'innocuité.

Il est DANGEREUX d'utiliser le jaborandi comme plante médicinale. En effet, une dose d'aussi peu que 5 à 10 grammes de feuille de jaborandi serait mortelle. Le jaborandi est toutefois utilisé dans

Fig. 3 : Quelques produits pour le soulagement de la xérostomie et des problèmes connexes

ACT Total Care pour bouche sèche (avec fluorure)
Biotène Oral Balance
BioXtra
Epic
CloSYS – dioxyde de chlore pour prévenir la candidose
Entertainer's Secret (vaporisateur) – avec carboxyméthylcellulose
GC – gel pour bouche sèche
KY (gelée)
MI Paste avec Recaldent
NuMoisyn
Oasis
OMNI TheraSpray, TheraMints, TheraGum
Optimoist
Orex
Oxyfresh
Salese Soft Lozenges avec technologie de libération prolongée
Salivasure
Saliva Orthana – avec mucine gastrique porcine
Spry Rain – vaporisateur avec xylitol
Xero Lub
Xerostom – dentifrice, rince-bouche, vaporisateur et gel avec xylitol, fluorure, huile d'olive et bétaine

la production de pilocarpine, un médicament sur ordonnance approuvé par la *Food & Drug Administration* des États-Unis.

Mises en garde et précautions particulières

Grossesse et allaitement : l'utilisation de jaborandi est DANGEREUSE pour tous. Par contre, d'autres préoccupations en matière d'innocuité s'ajoutent lorsqu'il

est question de grossesse et d'allaitement. Le jaborandi contient des substances chimiques pouvant provoquer des anomalies congénitales ou une fausse-couche. Si vous êtes enceinte, ne prenez pas le jaborandi par la bouche et ne l'utilisez pas au niveau des yeux. Certains craignent également que cette plante soit nuisible pour le nourrisson. Évitez d'utiliser le jaborandi si vous êtes enceinte ou si vous allaitez.

Bref, ne recommandez la feuille de jaborandi à personne. ■

Références :

- Mandel ID. *The role of saliva in maintaining oral homeostasis*. J Am Dent Assoc. 1989;119:298-304.
- Dawes C. *Physiologic factors affecting salivary flow rate, oral sugar clearance, and the sensation of dry mouth in man*. J Dent Res. 1987;66(special issue):648-653.
- Saliva: its role in health and disease*. Working Group 10 of the Commission on Oral Health, Research and Epidemiology (C.O.R.E.) Int Dent J. 1992;42(4 Suppl 2):291-394.
- Laurence J. Walsh, *Clinical Aspects of salivary biology for the dental clinician*: Minim Interv Dent 2008; 1: 7-24.
- Porter SR, Scully C, Hegarty AM. *An update of the etiology and management of xerostomia*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2004;97:28-46.
- Fox PC. *Salivary enhancement therapies*. Caries Res. 2004;38:241-246.
- Johnstone PA, Niemtow RC, Riffenburgh, RH. *Acupuncture for xerostomia: clinical update*. Cancer. 2002;94:1151-1156.
- Efficacy and Safety of an Intraoral Electrostimulation Device for Xerostomia Relief: A Multicenter, Randomized Trial*; Frank P. Strietzel, Wolff A, et al. J Rheum, Vol. 63, No. 1, January 2011, pp 180-190 DOI 10.1002/art.27766.
- J Pain Symptom Manage. 2009 Jun;37(6):1086-1092.e1. Epub 2009 Jan 31. *Hypnosis for postradiation xerostomia in head and neck cancer patients: a pilot study*. Schiff E Mogilner JG Sella E Doweck I Hershko O Ben-Arye E Yarom N Source Department of Internal Medicine B, Bnai Zion Medical Center, P.O. Box 4940, Haifa 31048, Israel. eschiff@bezeqint.net
- Ship, Mc Cutcheon, Spiivakovsky (2007) *Safety and effectiveness of topical dry mouth products containing olive oil, betaine and xylitol in reducing xerostomia for polypharmacy induced dry mouth*.
- Jensdottir et al, J Dent Res 85(3): 226-230, 2006.
- Yuan J, Tohara H, Mikushi S, et al. *The effect of "Oral Wet" for elderly people with xerostomia—the effect of oral rinse containing hialuronan*. Kokubyo Gakkai Zasshi. 2005 Mar;72(1):106-10.
- Lee JH, Jung JY, Bang D. *The efficacy of topical 0.2% hyaluronic acid gel on recurrent oral ulcers: comparison between recurrent aphthous ulcers and the oral ulcers of Behçet's disease*. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008 May;22(5):590-5.
- Fox PC, Cummins MJ, Cummins JM. *Use of orally administered anhydrous crystalline maltose for relief of dry mouth*. J Altern Complement Med. 2001;7:33-43.
- Linear response of mutans streptococci to increasing frequency of xylitol chewing gum use: a randomized controlled trial* [ISRCTN43479664] Kiet A Ly, Peter Milgrom, Marilyn C Roberts, David K Yamaguchi, Marilyn Rothen, and Greg Mueller BMC Oral Health. 2006; 6: 6. Published online 2006 March 24. doi: 10.1186/1472-6831-6-6. PMID: 1482697.
- Han SJ, Jeong SY, Nam YJ, Yang KH, Lim HS, Chung J. *Xylitol inhibits inflammatory cytokine expression induced by lipopolysaccharide from Porphyromonas gingivalis*. Clin Diagn Lab Immunol. 2005 Nov;12(11):1285-91. 11.
- Dr. Stephen Hsu, Georgia Health Sciences University College of Dental Medicine. *New lozenge clinical trial for dry mouth treatment* March 2011.
- J Clin Periodontol. 2002 Dec;29(12):1051-8. *Safety and clinical effects of topical histatin gels in humans with experimental gingivitis*. Paquette DW, Simpson DM, Friden P, Braman V, Williams RC.
- Y Takagi, Y Kimura, and T Nakamura; Ann Rheum Dis. 2004 June; 63(6): 749. doi: 10.1136/ard.2003.012633. PMID: 1755032.
- Bernardi R, Perin C, Becker FI, et al. *Effect of pilocarpine mouth wash on salivary flow*. Braz J Med Biol Res. 2002; 35(1):105-110.
- Kouvaris JR, Kouloulis VE, Vlahos LJ. *Amifostine: the first selective-target and broad-spectrum radioprotector*. Oncologist. 2007 Jun;12(6): 738-47. Review. PMID: 17602063 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Cochrane Database Syst Rev. 2011 Dec 7;(12):CD008934. doi: 10.1002/14651858.CD008934.pub2. *Interventions for the management of dry mouth: topical therapies*. Furness S, Worthington HV, Bryan G, Birchenough S, McMillan R, Source Cochrane Oral Health Group, School of Dentistry, The University of Manchester, Coupland III Building, Oxford Rd, Manchester, UK, M13 - See more at: <http://www.dentaltown.com/DentalTown/Article.aspx?i=316&aid=4315#sthash.mZ5VhMAZ.dpuf>.

NOVA Dent^{MD}

C'EST PLUS
QU'UN
NETTOYANT.
C'EST UN
MODE DE VIE.

La mauvaise hygiène des prothèses dentaires peuvent augmenter les maladies cardiaques.



Plusieurs recherches attribuent une nette augmentation des maladies vasculaires, dont l'épaississement des carotides et les risques d'infarctus, aux déséquilibres de l'écosystème oral. (Desvarieux & Al., The Oral infections and Vascular Disease Epidemiology Study, 2005).

Ce n'est pas parce que ce ne sont pas des dents naturelles qu'elles n'ont pas besoin d'être nettoyées régulièrement.

Elles peuvent avoir des taches ou du tartre, ainsi que des bactéries.

Si les prothèses dentaires sont affligées de plaque, cela peut causer des problèmes aux tissus sous-jacents, comme de l'infection, de l'irritation ou des ulcères.

Recommandez NOVADENT pour l'hygiène buccale de vos patients.



NETTOYANT POUR
PROTHÈSES SUR
IMPLANTS
ET BASE MOLLE



NETTOYANT POUR
PROTHÈSES
TOUS TYPES DE
PROTHÈSES



BAIN POUR
PROTHÈSES
DENTAIRES



BAIN POUR
PROTHÈSES
DENTAIRES

RECOMMANDÉ PAR



PARTENAIRE PRIVILÉGIÉ



NOVA Dent^{MD}

Commandez au 1 800 474-6682

novadent.com

NOUS Y ÉTIIONS

DEPUIS JUILLET 2013, L'OHDQ A PARTICIPÉ :

Aux événements suivants :

- Assemblée des membres du Conseil interprofessionnel du Québec
- Groupes de travail du Conseil interprofessionnel du Québec pour le projet de loi de type omnibus proposant des modifications au Code des professions
- Colloque des Dirigeants des ordres professionnels à Québec en septembre

Ainsi que dans ces publications :

- Magazine *Le Bel Âge* de septembre

LA SANTÉ BUCCODENTAIRE :
un investissement pour une vie de qualité!

LES 5 600 HYGIÉNISTES DENTAIRES, experts en soins buccodentaires préventifs, sont prêts à vous aider. Pour en apprendre davantage, consultez votre hygiéniste dentaire ainsi que la section Santé buccodentaire du site de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec au www.ohdq.com.

1155, rue University, Bureau 1212, Montréal (Québec) H3B 3A7
Téléphone : 514 284-7639, 1-800-361-2996
info@ohdq.com • www.ohdq.com

Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

- Magazine *Mode d'emploi* de septembre/octobre

DEVIENS HYGIÉNISTE DENTAIRE
« Fais de chaque éclat de rire un moment de fierté! »

DEVENIR HYGIÉNISTE DENTAIRE
✓ Bénéficier d'un taux de placement de près de 100 %

ÊTRE EMPLOYÉ EN QUÉBEC
✓ Profiter de conditions de travail idéales et d'un horaire flexible
✓ Évoluer avec la fine pointe de la technologie
✓ Développer une relation de confiance avec les clients

Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

1155, rue University, Bureau 1212, Montréal (Québec) H3B 3A7
Téléphone : 514 284-7639, 1-800-361-2996
info@ohdq.com • www.ohdq.com

NOUS Y SOMMES ACTUELLEMENT

Comme participant :

- Réunion annuelle de la Fédération canadienne des registraires à Toronto en octobre
- Congrès national du 50^e de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires à Toronto en octobre
- Semaine des professionnels à Montréal en octobre

Comme exposant :

- Dans le Quartier des professions du Salon national de l'éducation de Montréal en octobre

En tant qu'exposant « En vedette » :

- Dans la page d'accueil du Salon national de l'éducation de Montréal, avec une capsule vidéo de la formation des hygiénistes dentaires pouvant y être visionnée depuis mars 2013

Nouvellement, à titre de contributeur :

- Sur le site Web *Pharmablogue*

À des journées Carrières d'écoles secondaires :

- Grâce à la participation d'hygiénistes dentaires bénévoles de diverses régions

Ainsi que dans les publications suivantes :

- Guide officiel du Salon national de l'éducation, publié dans le *Journal de Montréal* et le journal *24 heures*
- Cahier Éducation & Formation du Magazine *Jobboom* d'octobre

NOUS Y SERONS PROCHAINEMENT

Aux événements suivants :

- Assemblée des membres du Conseil interprofessionnel du Québec
- Réunion annuelle de la Commission de l'Agrément dentaire du Canada à Ottawa en novembre

Et dans ces publications :

- Les carrières d'avenir, édition 2014, de *Jobboom*
- Magazine *L'Orientation* de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec de janvier 2014



PROGRAMME 2013-2014

Formation dentaire continue Faculté de médecine dentaire

Inscription en ligne sur
fdc.umontreal.ca

CONFÉRENCES NOVEMBRE 2013 À JANVIER 2014

Réservez vos places dès maintenant!

NOVEMBRE

2 NOVEMBRE

Formation en imagerie Cone beam CT avec les docteurs Matthieu Schmittbuhl, Jean-François Matern et Francis Veillon (cours théorique)

Coût: D 380 \$ / H 160 \$ / A 160 \$ / T 185 \$

Les restaurations unitaires sur implants : de la planification à la mise en bouche (théorique 2)

avec les docteurs Geneviève Guertin et Tran Volong Dao (cours théorique)

Coût: D 275 \$ / H 110 \$ / A 110 \$ / T 185 \$

9 NOVEMBRE

La conception et la fabrication assistées par ordinateur : pour un choix sans compromis

avec les docteurs Marc Robert et Khoi Ha-Ngoc (cours théorique)

Coût: D 275 \$ / H 110 \$ / A 110 \$ / T 185 \$

La douleur orofaciale : de la théorie à la pratique

avec les docteurs Gilles Lavigne, Arlette Kolta et Nathalie Rei (cours théorique)

Coût: D 380 \$ / H 160 \$ / A 160 \$ / T 185 \$

16 NOVEMBRE

Conférences clinico-pathologiques : corrélation entre la clinique, la radiologie et le traitement avec les docteurs Adel Kauzman, Matthieu Schmittbuhl et Tran Volong Dao (cours théorique)

Coût: D 275 \$ / H 110 \$ / A 110 \$ / T 185 \$

Intégration du débridement parodontal revu et corrigé

Sylvie Martel (cours pratique)

Coût: D 275 \$ / H 110 \$ / A 110 \$ / T 185 \$

23 NOVEMBRE

The Current Thinking Around Implant Maintenance: When to Intervene and When it is Too Late **Cours offert en anglais**

avec la docteure Kirsten Warrer (cours théorique)

Présenté en collaboration avec l'Université McGill

Coût: D 380 \$ / H 160 \$ / A 160 \$ / T 185 \$

30 NOVEMBRE

Orthodontie : intervenir pour prévenir de graves problèmes

avec la docteure Athena Papadakis (cours théorique)

Coût: D 275 \$ / H 110 \$ / A 110 \$ / T 185 \$

DÉCEMBRE

7 DÉCEMBRE

Réanimation cardiorespiratoire et situations d'urgence en médecine dentaire

avec la docteure Sophie Labelle (cours pratique)

Journée complète

Coût: D 380 \$ / H 380 \$ / A 380 \$ / T 380 \$
Avant midi **OU** Après-midi

Coût: D 275 \$ / H 275 \$ / A 275 \$ / T 275 \$

JANVIER

18 JANVIER

Dentifrices et rince-bouche : démarquez-vous !

Christine Thibault (cours théorique)

Coût: D 275 \$ / H 110 \$ / A 110 \$ / T 185 \$

Les restaurations unitaires sur implants : de la planification à la mise en bouche (théorique 3)

avec les docteurs Geneviève Guertin et Tran Volong Dao (cours théorique)

Coût: D 275 \$ / H 110 \$ / A 110 \$ / T 185 \$

25 JANVIER

L'expansion palatine : un remède contre les troubles du sommeil ?

avec le docteur Normand Bach (cours théorique)

Coût: D 275 \$ / H 110 \$ / A 110 \$ / T 185 \$



Du savoir à la compétence

Université 
de Montréal

La profession d'hygiéniste dentaire vécue par...

SYLVIE DE GRANDMONT

Propos recueillis par Catherine Zemelka

Bienvenue dans la toute nouvelle section de votre **Explorateur**! Chaque édition vous présentera dorénavant la profession d'hygiéniste dentaire vue à travers les yeux d'un(e) de vos collègues. Le quotidien, les raisons derrière le choix de carrière, les défis rencontrés, le sentiment d'appartenance à une spécialité en pleine ébullition... voilà quelques-uns des thèmes qui seront abordés. Les propos de vos pairs, experts en soins buccodentaires préventifs : un rendez-vous trimestriel à ne pas manquer!



Sylvie de Grandmont, B. Sc., HD

Bien rares sont les hygiénistes dentaires qui n'ont jamais entendu son nom. C'est parce que depuis trente-huit ans déjà, elle porte fièrement le titre d'hygiéniste dentaire tout en faisant avancer la cause d'une profession qui lui tient particulièrement à cœur.

Professeure et gestionnaire, elle a mis sur pied et a dirigé, pendant plusieurs années, le département d'hygiène dentaire du cégep François-Xavier-Garneau. Politicienne à ses heures, elle a également été présidente de l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec**, présidente du Conseil interprofessionnel du Québec et vice-présidente de l'Office des professions.

Tout au long de sa carrière, elle a su relever avec brio les nombreux défis inhérents à ses responsabilités professionnelles. Cela lui a d'ailleurs valu de recevoir le tout premier prix d'excellence de l'Ordre. Et comme elle était la première à le recevoir, il porte son nom depuis.

À l'aube de la soixantaine, cette grand-maman de deux jeunes enfants pétillants est toujours active dans le milieu des professions à titre de consultante. Voici donc les propos d'une visionnaire qui a participé à la naissance et à la reconnaissance de la profession d'hygiéniste dentaire.

1 | Vous portez le titre d'hygiéniste dentaire depuis trente-huit ans. Comment la profession a-t-elle évolué depuis ses débuts?

Aujourd'hui, le Québec compte plus de 5 600 hygiénistes dentaires, ce qui est énorme compte tenu du fait que cette profession n'a pas encore quarante ans. Si sa progression a été aussi fulgurante, c'est parce qu'elle répondait à un besoin et qu'elle était souhaitée par le gouvernement, en particulier par les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le Québec était alors très en retard en matière de soins dentaires préventifs et se caractérisait par une population aux prises avec un taux de caries et d'édentation très élevé. Il faut se rappeler que dans les années 1970, la soie dentaire était peu connue, qu'il y avait peu de dentifrices sur le marché, que les applications topiques de fluorure étaient pratiquement inexistantes et que presque personne ne savait ce qu'était un hygiéniste dentaire...

Depuis la naissance des programmes d'hygiène dentaire dans les cégeps, ce portrait a bien changé. Je suis fière de voir tout le chemin qu'on a parcouru ensemble et de sentir autant d'adhésion et d'intérêt pour le programme de formation et la profession d'hygiéniste dentaire.

2 | Pour souligner votre implication majeure dans l'avancement de la profession, l'OHDQ a créé en 1990 un prix honorifique que vous avez été la première à recevoir et qui porte maintenant votre nom. C'est un grand honneur...

Oui, c'est un grand honneur. La reconnaissance des hygiénistes dentaires me touche beaucoup et je comprends que pour les membres d'une jeune profession, avoir un modèle contemporain peut s'avérer utile comme source d'inspiration.

Toutefois, je me considère chanceuse d'avoir eu l'occasion de relever un défi aussi stimulant dans mon parcours professionnel, à savoir la mise au monde d'une profession en émergence.

Mon implication au sein de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec à titre de membre de comités, d'administratrice et de présidente m'a permis de vivre une expérience enrichissante à tout point de vue. Ainsi, à titre de présidente de l'Ordre, je me suis retrouvée, dans la jeune trentaine, à la table du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) et j'y ai fait mes classes. J'ai siégé au CIQ d'abord comme administratrice, puis j'ai été élue à sa présidence, un poste que j'ai occupé pendant quatre ans avant de poursuivre mon action à l'Office des professions.

Pendant près de quatorze ans, à titre de vice-présidente de l'Office, j'ai eu le privilège de participer à plusieurs réformes gouvernementales visant la modernisation du système professionnel en accord avec sa raison d'être, la protection du public.

Représenter la profession d'hygiéniste dentaire m'a amenée à m'intéresser à la place des femmes au sein du monde professionnel, à la problématique des professions à titre réservé et à la nécessité de réformer, de façon constructive, certains éléments du système professionnel.

Je suis une femme de cause, une femme de principe, et ce, en grande partie grâce à l'éducation que j'ai reçue de ma famille qui valorisait énormément l'implication sociale. Ma ténacité et ma détermination m'ont permis de faire avancer les dossiers qui me tenaient à cœur et de relever les mandats qui m'étaient confiés. Ce que j'ai réalisé, je l'ai fait par conviction. Je suis heureuse si cela peut servir de modèle.

3 | Vous avez obtenu votre baccalauréat en sciences, avec une majeure en hygiène dentaire, en 1975, soit la même année où la profession d'hygiène dentaire a été officiellement reconnue dans le Code des professions. Parlez-nous de cette époque.

Au départ, deux programmes de formation ont coexisté pendant plus d'une dizaine d'années : le programme universitaire destiné à former des enseignants en hygiène dentaire, dans lequel j'étudiais, et le programme collégial dédié à la formation des hygiénistes dentaires. Pendant les stages universitaires, mes collègues et moi allions enseigner dans les collèges. À l'époque, on manquait de tout et il fallait se débrouiller avec les moyens du bord. Il y avait peu de laboratoires et de cliniques-écoles. Je me souviens avoir souvent transporté mes propres instruments pour les mettre à la disposition des élèves lors des laboratoires de précliniques.

Il y avait donc beaucoup à faire quand nous avons commencé à enseigner l'hygiène dentaire; il fallait recruter des enseignants, élaborer les cours, faire construire les laboratoires de précliniques et autres installations, commander les équipements, les instruments et les volumes. Il fallait également convaincre la direction des établissements d'enseignement de la pertinence de nos demandes d'immobilisations.

Nous étions à bâtir cette profession. Au sein même des cégeps, il y avait une grande mobilisation pour la réussite de cette aventure. Tout le monde se donnait la main. Pour ma part, j'ai quitté Montréal, ma ville natale, pour contribuer à cette belle entreprise comme enseignante et coordonnatrice du programme au cégep François-Xavier Garneau.

L'organisation de la profession a beaucoup évolué depuis cette époque de « mise au monde ». Les programmes dans les cégeps sont bien structurés, les cliniques-écoles sont équipées adéquatement. Les hygiénistes dentaires, tant en cabinets dentaires qu'en santé dentaire publique, font rayonner leurs compétences auprès d'une population très satisfaite de leurs précieux services.

Je suis très fière du travail que mes collègues et moi avons fourni pour mettre en place les structures nécessaires à l'enseignement de l'hygiène dentaire et à la naissance de la profession.

4 | **Avez-vous eu à prendre des risques pour réaliser ce que vous avez accompli ?**

J'ai toujours agi par conviction et passion. Pour moi, ça relève davantage du défi que du risque. Ainsi, quand mes collègues et moi avons été interpellés pour structurer la coordination provinciale des programmes d'hygiène dentaire au Québec et participer à la création de l'Ordre, nous l'avons fait parce que nous y croyions.

Par ailleurs, je pourrais probablement évoquer les risques reliés à mes prises de position. Mais je trouve qu'au contraire, c'était un privilège pour moi de pouvoir discuter avec les autorités gouvernementales. J'ai ainsi eu la possibilité de proposer, de concert avec les équipes affectées aux différents dossiers, de nouvelles façons de faire sur plusieurs aspects du système professionnel.

« À l'époque, on manquait de tout et il fallait se débrouiller avec les moyens du bord. Il y avait peu de laboratoires et de cliniques-écoles. Je me souviens avoir souvent transporté mes propres instruments pour les mettre à la disposition des élèves lors des laboratoires de précliniques. »

5 | **On peut choisir son dentiste, mais comment savoir si son hygiéniste dentaire fait bien son travail? Quelles sont les qualités nécessaires pour exercer cette profession ?**

En premier lieu, je dirais que le public devrait être rassuré quant à la compétence des hygiénistes dentaires au Québec compte tenu que l'Ordre est là pour veiller à la compétence de ses membres. Pour le reste, un bon hygiéniste dentaire est une personne qui aime foncièrement sa profession, qui est heureux de l'exercer – que ce soit dans le secteur communautaire ou privé – et qui prodigue bien les services pour lesquels il a été formé.

6 | **Quelle est la réalisation professionnelle dont vous êtes la plus fière ?**

Il m'est difficile de cibler une réalisation particulière car chaque période de ma vie professionnelle a été pour moi une belle expérience. Je suis fière d'avoir contribué à l'implantation de l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec** et à la naissance d'une profession.

De façon générale, j'éprouve de la fierté d'avoir consacré plus de trente années de ma vie professionnelle à la population et au système professionnel québécois et d'avoir participé à la modernisation de ce système.

7 | **Quelle est la perception la plus fautive que vous ayez entendue sur la profession d'hygiéniste dentaire ?**

En général, les gens parlent en bien des hygiénistes dentaires et sont satisfaits de la qualité de leurs services professionnels.

Une fautive perception serait de confiner ces professionnels de la santé buccodentaire à l'aspect uniquement technique. Le détartrage fait certes partie des activités de la profession, mais il y a beaucoup plus que ça. L'hygiéniste dentaire est un spécialiste de la prévention.

8 | **Pouvez-vous résumer en quelques mots votre philosophie de travail ?**

Je pense que mes collègues vous diraient que j'aime bien travailler sur des projets novateurs : proposer des solutions aux difficultés ou aux problèmes rencontrés, c'est très stimulant pour moi car je « bouillonne » d'idées. Ils vous diraient également que le professionnalisme et la rigueur sont deux valeurs que je privilégie.

Comme je le mentionnais précédemment, je suis une femme de cause et je ne ménage pas les efforts au travail. Je sais aussi me montrer persévérante et patiente. Pour moi, l'écoute et l'empathie doivent être au rendez-vous, car je pense qu'il est très important de comprendre l'humain avant tout...

9 | **Devant son choix de carrière, une jeune personne envisage, entre autres, l'hygiène dentaire. Que lui diriez-vous pour la convaincre d'emprunter cette voie ?**

Je lui dirais tout d'abord d'écouter son cœur. Je lui parlerais également des qualités de base requises pour pratiquer cette profession, comme aimer travailler en équipe et avec le public, avoir le souci du détail, être capable de travailler dans l'infiniment petit, aimer soigner et être à l'écoute, comprendre l'importance de savoir motiver et convaincre...

Je lui ferais également valoir les nombreux avantages offerts par la profession d'hygiéniste dentaire comme les horaires flexibles, la conciliation travail/famille et la possibilité de travailler en cabinet dentaire ou d'occuper un poste en santé communautaire, car choisir une profession, c'est aussi choisir un style de vie.

10 | **En vous basant sur votre longue expérience du système professionnel, comment voyez-vous la profession d'hygiéniste dentaire dans vingt ans ?**

Je crois que c'est une profession qui continuera d'évoluer et dont la nécessité sera toujours reconnue. Il serait souhaitable que les services des hygiénistes dentaires, en plus de ceux dispensés en cabinets dentaires, soient déployés davantage dans les soins à domicile et la communauté.

D'ici vingt ans, et bien avant je crois, les hygiénistes dentaires auront développé des modèles de pratique leur permettant d'exercer leurs activités professionnelles en collaboration toujours plus étroite avec l'ensemble des professionnels de la santé. ■

SYLVIE DE GRANDMONT

APRÈS LES HEURES DE TRAVAIL

Que faites-vous pour relaxer ?

J'aime beaucoup peindre et travailler avec les couleurs, les formes, la matière. J'aime également écouter de la musique, visiter des musées... Je fais un peu de sport pour garder la forme : de la marche, du vélo en été, et du ski en hiver. Et j'adore les voyages!

Qu'est-ce qui joue sur votre iPod dans le train vers Montréal ?

De la musique classique.

Votre meilleure amie vous qualifierait de...

Elle dirait probablement que je suis généreuse et attentionnée. De plus, on me dit souvent que lorsque j'aime quelque chose, c'est contagieux. Je suis capable de vendre mes idées : c'est naturel chez moi. Mais je ne suis pas entêtée.

Je ris aux éclats quand...

Les enfants et leur spontanéité déconcertante me désarment avec leurs fous rires. En fait, je ris souvent. Je suis un bon auditoire. J'aime les imitations, j'aime être surprise.

Quel est le film que vous pourriez regarder en boucle ?

La vie est belle de Roberto Benigni. C'est un film qui m'a beaucoup touchée.

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

Politique d'inscription :

- Le nombre d'inscriptions est limité pour chaque cours (voir les détails dans le calendrier).
- Les cours sont sujets à annulation si le nombre d'inscriptions par région est inférieur à 15 participants, et ce, un mois avant la tenue du cours.
- Les cours sont réservés aux membres et aux abonnés-étudiants. Toutefois, la formation RCR est réservée aux membres de l'Ordre seulement.
- Vous pouvez vous inscrire en ligne au www.ohdq.com, par la poste ou par télécopieur. Aucune inscription ne sera prise par téléphone. Aucune inscription ne peut être effectuée sur place. Les inscriptions seront acceptées au plus tard une semaine avant la date du cours choisi.
- Pour valider votre inscription, l'OHDQ doit recevoir votre formulaire d'inscription dûment rempli accompagné d'un paiement. Les paiements par chèque seront encaissables au plus tard un mois avant la date du cours choisi. **Les paiements par carte de crédit sont encaissés à la réception.** Pour ceux qui s'inscrivent en ligne, la confirmation de votre transaction que vous recevez par courriel confirme votre place.

- Quatre à cinq semaines avant la tenue du cours choisi, l'OHDQ confirmera votre inscription par courriel si vous avez respecté les exigences décrites dans la présente politique d'inscription. Pour ceux qui s'inscrivent moins d'un mois avant un cours, la confirmation sera transmise par courriel ou par télécopieur au travail.
- **NOUVEAUTÉ! Les notes de cours ne seront plus disponibles en format papier, mais seront disponibles sur le site de l'Ordre au www.ohdq.com. Cette disponibilité est à la discrétion de chaque conférencier.**
- **NOUVEAUTÉ! Votre attestation et votre reçu seront transmis par courriel après les formations. Seulement le questionnaire d'appréciation sera remis sur place lorsque vous vous présenterez à la formation. Aucun crayon n'est fourni sur les lieux.**
- Café, thé et jus seront servis pour toutes les formations. Toutefois, aucune collation ne sera servie.
- Le dîner est inclus dans le coût de l'inscription pour la formation de monsieur Michel Nyabenda seulement.
- En ce qui concerne la formation RCR, l'attestation, le reçu et la carte de certification seront postés après chaque cours.

Politique de remboursement

Un remboursement vous sera accordé si votre **demande écrite** nous est acheminée par courriel ou parvient au siège social 30 jours avant la date du cours choisi. **Le remboursement sera assujéti à une retenue de 30% pour frais administratifs.** Votre demande devra être adressée à madame Marise Parent par courriel à mparent@ohdq.com ou par la poste à OHDQ, 1155, rue University, bureau 1212, Montréal (Québec) H3B 3A7.

Formations organisées par l'OHDQ

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

Bénévoles recherchés

L'Ordre est toujours à la recherche de bénévoles pour mener à bien ses différentes activités de formation continue. Pour chaque formation, à l'exception de la formation RCR, nous avons besoin d'un président de séance. Le rôle du président de séance consiste à présenter le conférencier avant le début de la conférence, voir au bon déroulement de la logistique (par exemple, pauses café, dîner, audiovisuel), récupérer les questionnaires d'appréciation et retourner à l'Ordre le matériel qui reste après la formation.

Si cela vous intéresse, nous vous prions de communiquer avec Marise Parent par courriel à mparent@ohdq.com ou par téléphone au 514 284-7639, poste 216. **Un membre qui est président de séance pourra assister à la formation, et ce, gratuitement.**

Les cours se dérouleront de 8 h 30 à 11 h 30.

Les précautions universelles et la prise en charge des patients porteurs de virus à transmission hémotogène

(3 heures de formation continue)

Par **Jean Barbeau**, Ph. D.

Présentation de la conférence

Bien qu'ayant été implantées en 1987, les précautions universelles (standards) sont encore fortement d'actualité. Le VIH et les hépatites sont toujours des infections relativement fréquentes, et aucune clinique ne peut affirmer ne pas avoir ces patients dans sa clientèle. Une enquête récente du COCQ-SIDA au Québec montre que plusieurs intervenants en santé dentaire ont une faible connaissance de la raison d'être et de l'application des précautions universelles. Le cours vise à bien expliquer sur quelles bases les précautions universelles ont

été mises sur pied. Les facteurs de risque de transmission des virus hémotogènes seront passés en revue. À travers un cas réel entendu en cour du Québec en 1993, nous regarderons les implications légales qui peuvent être associées à une mauvaise compréhension des précautions universelles. La prise en charge de ces patients vulnérables sera abordée. Nous regarderons aussi la question des professionnels et des professionnelles qui seraient aux prises avec le VIH, ou une hépatite virale: ressources disponibles et impact sur leur pratique. En outre, le cours permettra aux participants de revoir les notions sur la gestion de l'exposition aux fluides contaminés et les protections personnelles.

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

Date	Heure	Ville	Lieu	Maximum de participants
Vendredi 6 septembre 2013	8 h 30 à 11 h 30	Bonaventure	Hôtel Riotel	30
Vendredi 27 septembre 2013	8 h 30 à 11 h 30	Chicoutimi	Hôtel Le Montagnais	50
Vendredi 8 novembre 2013	8 h 30 à 11 h 30	Québec	Hôtel Plaza	125
Vendredi 29 novembre 2013	8 h 30 à 11 h 30	Rivière-du-Loup	Hôtel Universel	50
Vendredi 24 janvier 2014	8 h 30 à 11 h 30	Montréal	Hôtel Espresso	150
Vendredi 28 février 2014	8 h 30 à 11 h 30	Gatineau	Quality Inn et Suites	100
Vendredi 14 mars 2014	8 h 30 à 11 h 30	Saint-Hyacinthe	Vignoble Château Fontaine	100
Vendredi 11 avril 2014	8 h 30 à 11 h 30	Trois-Rivières	L'Urbania	75

Coût membre: **57,49\$ taxes incluses** (50\$ + taxes) Coût abonné-étudiant: **46,19\$ taxes incluses** (40\$ + taxes)
(Prix modifiables sans préavis)

Cette formation est commanditée par **La Capitale**:



Les cours se dérouleront de 8h à 12h, de 13h à 17h (Formation Langevin) et de 8h30 à 11h30 et de 13h à 16h (Brigitte Arends)

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

(4 heures de formation continue)

Par **Formation Langevin**

Présentation de la conférence

Objectifs de la formation:

- Chaîne d'intervention et procédure d'appel aux services d'urgence;
- Reconnaissance des problèmes cardiaques (angine, infarctus, arrêt cardio-respiratoire);
- Traitement des problèmes cardiaques (nitro, ASS);

- Prévention et facteurs de risques des problèmes cardiaques;
 - Dégagement des voies respiratoires;
 - Respiration artificielle;
 - Réanimation cardio-respiratoire;
 - Utilisation d'un DEA (défibrillation externe-automatisée);
 - Pratique de toutes les techniques sur mannequins de réanimation.
- Chaque candidat recevra une carte de réussite et un manuel aide-mémoire.

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

Date	Heure	Ville	Lieu	Maximum de participants
Samedi 21 septembre 2013 A.M.	8 h à 12 h	Québec	Auberge Sir Wilfrid	60
Samedi 21 septembre 2013 P.M.	13 h à 17 h	Québec	Auberge Sir Wilfrid	ANNULÉE
Samedi 19 octobre 2013	8 h à 12 h	Gatineau	Hôtel V	30
Samedi 25 janvier 2014 A.M.	8 h à 12 h	Laval	Salle de réception Paradis	60
Samedi 25 janvier 2014 P.M.	13 h à 17 h	Laval	Salle de réception Paradis	60
Samedi 22 février 2014	8 h à 12 h	Saint-Hyacinthe	Vignoble Château Fontaine	60
Samedi 22 mars 2014	8 h à 12 h	Trois-Rivières	Hôtel Gouverneur	30

Coût membre : **74,73 \$ taxes incluses** (65 \$ + taxes) Coût abonné-étudiant : **non applicable** (cours réservé aux membres seulement)
(Prix modifiables sans préavis)

**L'importance du rôle de l'hygiéniste dentaire
dans la prévention des allergies, mythes et réalités.**

(3 heures de formation continue)

Par **Madame Brigitte Arends, HD, BSc, M.A. Ed., DESS, Adm. éd.**

Présentation de la conférence

Selon l'Association québécoise des allergies alimentaires, au Canada 1,75 million de personnes vivent avec des allergies alimentaires, au Québec 300 000 personnes en souffrent dont 40 000 enfants à risques dans les écoles élémentaires. Ce phénomène en croissance a un impact certain sur notre pratique, mais quel est le rôle de l'hygiéniste dentaire dans la prévention des risques

d'allergies? En revoyant ensemble la littérature, l'anaphylaxie et ses autres intervenants, l'anamnèse et les précautions à prendre, nous pourrions comprendre ensemble l'importance de notre rôle, indépendamment de notre milieu de pratique. De plus, je vous propose, à l'aide d'un questionnaire de connaissances, de démystifier vos croyances avant d'en apprendre davantage sur les nouveautés. Finalement, pour faciliter le vécu de cette population lors de votre pratique, je vous présenterai une démarche pour prévenir, le plus possible, les risques de réactions allergiques.

Le parcours professionnel de la conférencière est disponible sur le site Internet de l'Ordre au www.ohdq.com

Date	Heure	Ville	Lieu	Maximum de participants
Samedi 11 janvier 2014	8 h 30 à 11 h 30	Baie-Comeau	Hôtel Hauterive	30
Samedi 25 janvier 2014	8 h 30 à 11 h 30	Gatineau	Quality Inn et Suites	100
Samedi 8 février 2014 P.M.	13 h à 16 h	Montréal	Hôtel Espresso	100
Samedi 22 février 2014	8 h 30 à 11 h 30	Rimouski	Hôtel Gouverneur	30
Samedi 29 mars 2014	8 h 30 à 11 h 30	Québec	Hôtel Plaza	100
Samedi 5 avril 2014	8 h 30 à 11 h 30	Rouyn-Noranda	Hôtel Le Noranda	30
Samedi 26 avril 2014 P.M.	13 h à 16 h	Longueuil	Hôtel Sandman	100

Coût membre : **57,49\$ taxes incluses** (50\$ + taxes) Coût abonné-étudiant : **46,19\$ taxes incluses** (40\$ + taxes) (Prix modifiables sans préavis)

Les cours se dérouleront de 8h30 à 11h30

Les normes du travail et les hygiénistes dentaires

(3 heures de formation continue)

Par **Les intervenants de La Commission des normes du travail****Présentation de la conférence****Objectifs de la formation :**

Cette séance d'information vise à informer les salariées sur la Loi sur les normes du travail, sur leurs droits et obligations et à répondre aux différentes questions des hygiénistes dentaires

1. La Commission des normes du travail;
2. La loi sur les normes du travail;
3. Les normes du travail;
4. Est-ce que j'ai droit à des congés de maladies?
5. Quels sont les absences et les congés dont les salariés ont droit?
6. Si mon employeur me congédie, quel est mon recours?
7. Le harcèlement psychologique;
8. Les recours;
9. Questions et réponses sur la Loi;
10. Analyse de cas et gestion des ressources humaines;
11. Pour en savoir plus...

Date	Heure	Ville	Lieu	Maximum de participants
Vendredi 18 octobre 2013	8 h30 à 11 h30	Saguenay	Hôtel La Saguenéenne	50
Vendredi 25 octobre 2013	8 h30 à 11 h30	Rouyn-Noranda	Hôtel Le Noranda	30
Vendredi 15 novembre 2013	8 h30 à 11 h30	Gatineau	Quality Inn et Suites	100
Vendredi 13 décembre 2013	8 h30 à 11 h30	Saint-Hyacinthe	Vignoble Château Fontaine	100
Vendredi 10 janvier 2014	8 h30 à 11 h30	Victoriaville	Hôtel Le Victorin	75
Vendredi 17 janvier 2014	8 h30 à 11 h30	Québec	Hôtel Plaza	150
Vendredi 7 février 2014	8 h30 à 11 h30	Trois-Rivières	Hôtel Gouverneur	75
Vendredi 21 février 2014	8 h30 à 11 h30	Laval	Salle de réception Paradis	100
Vendredi 21 mars 2014	8 h30 à 11 h30	Montréal	Hôtel Espresso	150
Vendredi 4 avril 2014	8 h30 à 11 h30	Rivière-du-Loup	Hôtel Universel	50
Vendredi 25 avril 2014	8 h30 à 11 h30	Sept-Îles	Hôtel Mingan	40

Coût membre : **57,49\$ taxes incluses** (50\$ + taxes) Coût abonné-étudiant : **46,19\$ taxes incluses** (40\$ + taxes)
(Prix modifiables sans préavis)

Les produits naturels et la santé buccodentaire

(3 heures de formation continue)

Par **Jean-Yves Dionne, pharmacien****Présentation de la conférence**

Thématique proposée: La vitamine D; les édulcorants non caloriques (depuis l'aspartame jusqu'au stévia); le calcium, le magnésium et les autres minéraux (lien avec le tartre et la santé buccodentaire)... tout autre sujet qui entre dans mon domaine.

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

Date	Heure	Ville	Lieu	Maximum de participants
Vendredi 20 septembre 2013	8 h30 à 11 h30	Montréal	Hôtel Espresso	150
Vendredi 31 janvier 2014	8 h30 à 11 h30	Saint-Hyacinthe	Vignoble Château Fontaine	100

Coût membre : **57,49\$ taxes incluses** (50\$ + taxes) Coût abonné-étudiant : **46,19\$ taxes incluses** (40\$ + taxes)
(Prix modifiables sans préavis)

Les cours se dérouleront de 8 h30 à 11 h30 (Rose-Ange Proteau) et de 8 h30 à 15 h30 (Michel Nyabenda)

Méthodes, équipements et environnement pour éviter et diminuer les douleurs reliées au travail de l'hygiéniste dentaire

(3 heures de formation continue)

Par Madame Rose-Ange Proteau

Présentation de la conférence

Objectifs de la formation :

- Connaître les causes des douleurs au cou, aux épaules, au haut et bas du dos, aux coudes et poignets.
- Connaître des solutions pour les diminuer ou les éliminer.
- Connaître de nouveaux exercices actifs de récupération musculaire.

Notion d'anatomie et de physiologie des muscles et des articulations du cou, des épaules, du haut et bas du dos, des coudes et des poignets. Notions de pathologies causées par les postures de travail. Exemples de positions de travail à risque et alternatives. Exemples d'environnement de travail à risque, dont la livraison arrière, et exemples de solutions. Remise en question du positionnement des bras parallèles au sol, avec angles de 90 degrés et proposition de nouvelles postures de travail. Résultats de recherche sur l'utilisation des appuie-coudes mobiles. Réduire le risque hors travail. Moyens de récupération musculaires (vidéos) et marche nordique. Vidéo témoignage d'hygiénistes dentaires ayant amélioré leur position et ayant pu demeurer ou retourner au travail.

Le parcours professionnel de la conférencière est disponible sur le site Internet de l'Ordre au www.ohdq.com

Date	Heure	Ville	Lieu	Maximum de participants
Samedi 28 septembre 2013	8 h30 à 11 h30	Rivière-du-Loup	Hôtel Universel	50
Samedi 26 octobre 2013	8 h30 à 11 h30	Sept-Îles	Hôtel Mingan	40
Samedi 9 novembre 2013	8 h30 à 11 h30	Saint-Hyacinthe	Vignoble Château Fontaine	100
Vendredi 6 décembre 2013	8 h30 à 11 h30	Gatineau	Quality Inn et Suites	100
Samedi 18 janvier 2014	8 h30 à 11 h30	Rouyn-Noranda	Hôtel Le Noranda	30
Samedi 8 février 2014	8 h30 à 11 h30	Montréal	Hôtel Espresso	100
Vendredi 28 mars 2014	8 h30 à 11 h30	Saguenay	Hôtel La Saguenéenne	50

Coût membre : **57,49\$ taxes incluses** (50\$ + taxes) Coût abonné-étudiant : **46,19\$ taxes incluses** (40\$ + taxes)
(Prix modifiables sans préavis)

Les soins dentaires au carrefour des cultures et des religions

(6 heures de formation continue)

Par Michel Nyabenda, PhD, DTh.

Présentation de la conférence

Depuis la Révolution tranquille, dans les années 1970, la population du Québec s'est beaucoup diversifiée. Par ailleurs, les professionnels de la santé au Québec reconnaissent depuis plusieurs années l'importance de voir le patient comme une personne

entière et non pas simplement comme un corps à traiter. C'est dans ce contexte que de nouveaux défis se posent pour une pratique dentaire efficace. Après avoir situé les notions générales de culture, de spiritualité, de religion et ses symboles, cette conférence vise, à partir de cas cliniques, à développer les compétences en soins interculturels adaptées à un contexte de pratique pluraliste tant au niveau des cultures que des religions.

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

Date	Heure	Ville	Lieu	Maximum de participants
Vendredi 11 octobre 2013	8 h30 à 15 h30	Montréal	Hôtel Espresso	75

Coût membre : **114,98\$ taxes et dîner inclus** (100\$ + taxes) Coût abonné-étudiant : **92,38\$ taxes et dîner inclus** (80\$ + taxes)
(Prix modifiables sans préavis)

Nom :	Prénom :	N° de permis :
Adresse :		Code postal :
N° de téléphone :	Adresse courriel :	
Signature :		Date : <u> JJ / MM / AA </u>
OHDQ 1155, rue University, bureau 1212 Montréal (Québec) H3B 3A7 ou par télécopieur : 514 284-3147		J'acquiesce les frais requis, le cas échéant, par : Chèque de \$ ci-inclus, libellé au nom de l' Ordre des hygiénistes dentaires du Québec . Le chèque postdaté doit être daté au plus tard un mois avant la date du cours choisi. Les paiements par carte de crédit sont encaissés à la réception.
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard	N° de la carte : <u> / / </u>	Date d'expiration : <u> MM / AA </u>
Nom du détenteur de la carte :		Signature :
N° enr. T.P.S. 10698 6011 RT 0001		N° enr. T.V.Q 1 006 163 498 TQ0001

Formation continue

Les précautions universelles et la prise en charge des patients porteurs de virus à transmission hémotogène

(3 heures de formation continue) – Dr Jean Barbeau, Ph. D.

Coût membre : 57,49 \$ taxes incluses.

Coût abonné-étudiant : 46,19 \$ taxes incluses.

- Bonaventure 06/09/2013 Chicoutimi 27/09/2013
- Québec 08/11/2013 Rivière-du-Loup 29/11/2013
- Montréal 24/01/2014 Gatineau 28/02/2014
- Saint-Hyacinthe 14/03/2014 Trois-Rivières 11/04/2014

Les normes du travail et les hygiénistes dentaires

(3 heures de formation continue) – La Commission des normes du travail

Coût membre : 57,49 \$ taxes incluses

Coût abonné-étudiant : 46,19 \$ taxes incluses

- Saguenay 18/10/2013 Rouyn-Noranda 25/10/2013
- Gatineau 15/11/2013 Saint-Hyacinthe 13/12/2013
- Victoriaville 10/01/2014 Québec 17/01/2014
- Trois-Rivières 07/02/2014 Laval 21/02/2014
- Montréal 21/03/2014 Rivière-du-Loup 04/04/2014
- Sept-Îles 25/04/2014

Méthodes, équipements et environnement pour éviter et diminuer les douleurs reliées au travail de l'hygiéniste dentaire

(3 heures de formation continue) – Mme Rose-Ange Proteau

Coût membre : 57,49 \$ taxes incluses

Coût abonné-étudiant : 46,19 \$ taxes incluses

- ~~Rivière-du-Loup 28/09/2013~~ Sept-Îles 26/10/2013
- Saint-Hyacinthe 09/11/2013 Gatineau 06/12/2013
- Rouyn-Noranda 18/01/2014 Montréal 08/02/2014
- Saguenay 28/03/2014

Formation en RCR – Cardio secours adultes-enfants/DEA

(4 heures de formation continue) – Formation Langevin

Coût membre : 74,73 \$ taxes incluses

- ~~Québec 21/09/2013 A.M.~~ Québec 21/09/2013 P.M. ANNULÉE
- Gatineau 19/10/2013 Laval 25/01/2014 A.M.
- Laval 25/01/2014 P.M. Saint-Hyacinthe 22/02/2014
- Trois-Rivières 22/03/2014

L'importance du rôle de l'hygiéniste dentaire dans la prévention des allergies, mythes et réalités

(3 heures de formation continue)

Brigitte Arends, HD, BSc, M.A. Ed., DESS, Adm.ed.

Coût membre : 57,49 \$ taxes incluses

Coût abonné-étudiant : 46,19 \$ taxes incluses

- Baie-Comeau 11/01/2014 Gatineau 25/01/2014
- Montréal 08/02/2014 P.M. Rimouski 22/02/2014
- Québec 29/03/2014 Rouyn-Noranda 05/04/2014
- Longueuil 26/04/2014 P.M.

Les soins dentaires au Carrefour des cultures et des religions

(6 heures de formation continue) – M. Michel Nyabenda, Ph. D., DTh

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

Coût abonné-étudiant : 91,98 \$ taxes et dîner inclus

- Montréal 11/10/2013

Les produits naturels et la santé buccodentaire

(3 heures de formation continue)

M. Jean-Yves Dionne, pharmacien

Coût membre : 57,49 \$ taxes inclus

Coût abonné-étudiant : 46,19 \$ taxes inclus

- ~~Montréal 20/09/2013~~ Saint-Hyacinthe 31/01/2014

Politique d'inscription et d'annulation

Tous les détails relatifs à la politique d'inscription et d'annulation sont disponibles en première page du calendrier de formation continue.

Pour vous inscrire en ligne



L'ADAPTATION MUSCULAIRE

aux changements occlusaux

Par **Julie Préfontaine**, *Phd, B. Sc., MOPPOQ*

La modification de l'occlusion dans le cadre d'un traitement dentaire, orthodontique ou prosthodontique, provoque nécessairement un stress musculaire. Que ce soit une diminution ou une augmentation de la dimension verticale, la mise en bouche de prothèses ou de couronnes, ou la réparation d'une carie, ces changements d'occlusion ou de contacts occlusaux modifient, entre autres, les patrons de sollicitation musculaire à la mastication. Cette dernière doit s'ajuster au déplacement des contacts dentaires.

En général, les gens ont une bonne capacité d'adaptation aux modifications des contacts. Parfois, la modification est très importante et les capacités d'adaptation sont insuffisantes, c'est à ce moment que des signes et symptômes d'atteinte ou de dysfonction temporo-mandibulaire (DTM) font leur apparition.

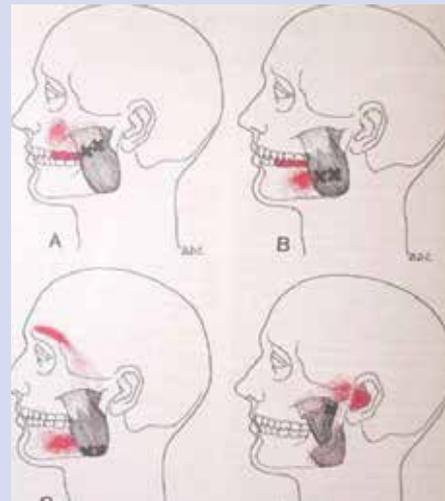
Pour qu'il y ait adaptation, il est nécessaire d'avoir une belle souplesse musculaire, ligamentaire et capsulaire de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM). L'état des surfaces articulaires est également important. Sans ces éléments, l'apparition de douleurs articulaires, musculaires et de bruits articulaires est inévitable. L'évaluation musculo-squelettique vous fournit ces informations. L'ATM fait partie du système musculo-squelettique et le travail du physiothérapeute consiste en l'évaluation et le traitement ou réadaptation de celui-ci. Préciser la cause du manque d'adaptation va permettre à l'individu et(ou) le praticien de traiter la structure en question pour retrouver un confort fonctionnel.

Lorsqu'il y a un changement occlusal, volontairement ou encore accidentellement, on peut facilement comprendre que ceci va modifier les patrons de sollicitation musculaire à la mastication et les muscles travailleront différemment. Si ces derniers étaient faibles par manque d'utilisation (ex. : mastication trop protrusive ou trop rétrusive) ou trop raccourcis (ex. : occlusion trop fermée), ces muscles auraient de la difficulté à assumer leur nouvelle tâche. Ils vont parfois s'exprimer par des patrons de douleurs particulières et même surprenantes qu'on nomme « trigger point » (TP) ou « point gâchette ». Ces patrons sont l'expression d'un syndrome de douleur myo-fasciale (SDM) et ils sont souvent le résultat d'une surcharge musculaire.

L'hygiéniste dentaire a tout intérêt à reconnaître les patrons de douleur musculaire. Ils sont souvent les premiers à recevoir les plaintes des clients en cabinet dentaire de par la nature de leur travail.

Les paragraphes suivants décriront le rôle spécifique des principaux muscles de la mastication dont le masséter, le temporal, le ptérygoïdien latéral et médial, ainsi que les digastriques. Aussi, une description des patrons de douleur référée propre à chaque muscle sera présentée. Il est important de souligner que les atteintes musculaires ne représentent qu'une classe d'atteintes parmi tant d'autres dans la classification des dysfonctions temporo-mandibulaires.

Fig. 1 : Patron de douleur référée d'un « trigger point » du masséter.



Note : Les X représentent les « trigger point ». Zone noire : douleur référée principale. Zone pointillée : douleur référée secondaire. A, B et C : couche superficielle du masséter, pôle supérieur et inférieur. D : couche profonde du masséter.

Tirés de : *Myofascial Pain and Dysfunction : The trigger point manual*. 1983.

Le muscle masséter

Le masséter est un élévateur de la mandibule (fibres superficielles du masséter) et fait de la rétraction (fibres profondes du masséter). Lorsqu'il est atteint, les signes et les symptômes sont une légère diminution de l'amplitude d'ouverture, un acouphène unilatéral (*tinnitus*) sans hypoacousie et de la douleur à la palpation des « trigger point » (**Figure 1**). La douleur est souvent décrite comme sinusale, un mal aux molaires et au maxillaire supérieur pour la portion superficielle du masséter, et un mal à la mâchoire et aux molaires mandibulaires pour la portion profonde du masséter. Il peut y avoir de l'hypersensibilité au niveau des dents lors d'un stimulus occlusal, à la percussion, à la chaleur et au froid.

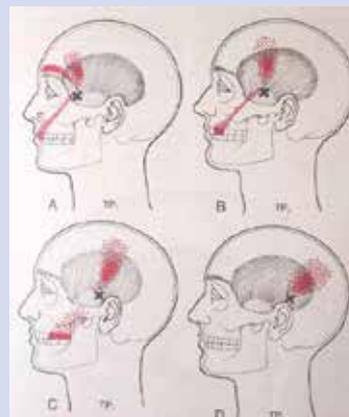
L'atteinte de ce muscle est provoquée par un geste répétitif ou une surcharge (bruxisme, mâcher de la gomme, sucer le pouce tard dans l'enfance, serrement prolongé, mastication trop forte en s'adaptant à un nouvel implant) ou par un geste brusque comme lorsqu'on broie de la glace ou des noix. Une malocclusion, en particulier dans le cas où il y a une diminution de la dimension verticale ou usure ou perte des molaires ainsi qu'une respiration buccale, est susceptible de causer des « trigger point » dans le masséter. Par ailleurs, les masséters sont les premiers muscles à se contracter lors de stress émotionnel intense. Également, un étirement excessif statique prolongé (ex. : travaux dentaires, pose de boîtiers, nettoyage de longue durée), un traumatisme du muscle lors d'un accident ou l'immobilisation prolongée de la mâchoire en position fermée (le port d'un Halter cervical, brocher les dents ensemble) peuvent tous provoquer l'apparition d'un « trigger point » (TP).

Le muscle temporal

Le rôle principal de ce muscle est l'élévation de la mandibule. Les fibres postérieures moyennes servent aussi à faire de la rétraction. Lorsqu'on utilise unilatéralement, le muscle produit une déviation de la mandibule vers le même côté. Lorsqu'il est atteint, les signes et symptômes sont une céphalée au niveau de la tempe, du sourcil et derrière l'œil. Le patient rapportera de la douleur au niveau des molaires et prémolaires, ainsi qu'au niveau des canines et incisives du maxillaire supérieur lors de la mastication. Parfois, les dents sont hypersensibles au chaud et au froid. L'amplitude d'ouverture sera parfois légèrement réduite (5-10 mm) et le patient a l'impression que ses dents ne se touchent pas normalement.

Dans la littérature, les causes possibles des TP temporaux sont multiples : une occlusion ou un contact prématuré (ex. : dent trop haute) qui surcharge les muscles de la mastication, une trop grande dimension verticale qui provoque une surcharge musculaire compensatrice, le bruxisme, le serrement, une sur utilisation (ex. : mâcher de la gomme), un traumatisme, l'impact d'un objet, une ouverture excessive prolongée (intervention dentaire de longue durée) et le port d'un collier cervical sur une longue période. Une rétraction prolongée, un coup de froid, une posture de port antérieur de la tête et par extension, la respiration buccale représentent également des causes d'hyperactivité du temporal.

Fig. 2 : Patron de douleur référée d'un « trigger point » du muscle temporal.

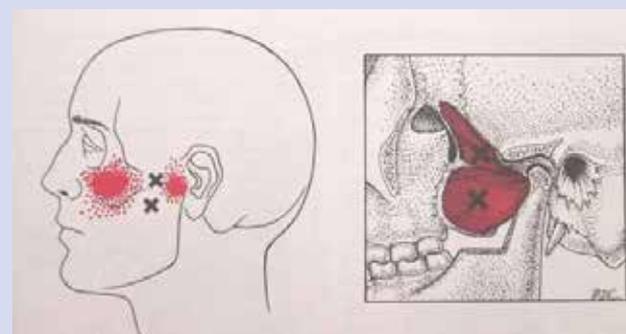


Le muscle ptérygoïdien latéral

Ce muscle est composé de deux chefs musculaires qui ont chacun une fonction distincte. Le ptérygoïdien latéral inférieur fonctionne à l'ouverture de la bouche et à la protrusion de la mandibule, lorsque les deux côtés se contractent simultanément. Lorsque la contraction est unilatérale, la latéropulsion contra-latérale en résulte. Le ptérygoïdien latéral supérieur a le rôle de contrôler le retour du ménisque de l'ATM lors de la fermeture de la mâchoire. Ce muscle est donc responsable de la relation condyle-ménisque dans les différents patrons de mouvements de la mâchoire.

Lorsqu'il y a un TP au niveau du ptérygoïdien latéral supérieur et inférieur, la douleur est ressentie profondément dans l'ATM et s'étend jusqu'aux sinus maxillaires. Aucune douleur n'est ressentie au niveau des dents. Parfois, la douleur sévère provoque une sécrétion par réflexe automatique des sinus maxillaires, donc le patient décrit sa douleur comme étant une crise sinusale. La douleur à la mastication est fréquente. Des bruits articulaires sous forme de « clic » sont possibles en raison du raccourcissement musculaire déplaçant le ménisque vers l'avant.

Fig. 3 : Patron de douleur référée d'un « trigger point » du muscle ptérygoïdien latéral.



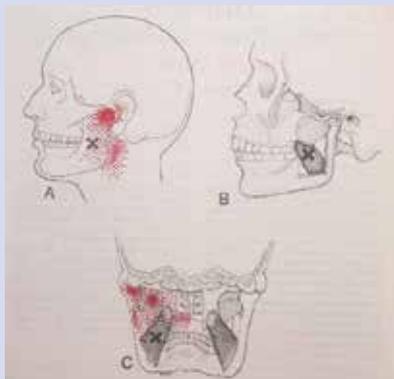
Comme pour les autres muscles de la mastication, le bruxisme, la malocclusion (contact prématuré ex : matériaux obturateurs trop hauts) et la surcharge musculaire sont les causes principales des TP dans ce muscle. Il peut subir une surcharge excessive par une mastication abusive (gomme, nouvel implant), en jouant un instrument à vent avec la mandibule fixée en protrusion et en maintenant une pression latérale sur la mandibule comme lorsqu'on joue du violon.

Le muscle ptérygoïdien médial

L'action du ptérygoïdien médial est principalement l'élévation de la mandibule ainsi que la latéropulsion contra-latérale : il contribue aussi à la protrusion du menton.

Un TP au niveau de ce muscle provoque une douleur étendue et diffuse dans la cavité buccale (langue, palais dur, pharynx), en postérieur et en inférieur à l'ATM, irradiant jusque dans l'oreille en profondeur. Il n'y a pas de douleur dentaire. La sensation « d'oreille bouchée » est fréquente à cause de la proximité du ptérygoïdien et du tensor veli palatini, muscle dilateur de la trompe d'Eustache. Les causes citées dans la littérature suggèrent encore les malocclusions, le bruxisme latéral, le serrement de dents, sucer le pouce après l'enfance, mastiquer de la gomme de façon excessive et la tension émotionnelle et l'anxiété.

Fig. 4 : Patron de douleur référée d'un « trigger point » du muscle ptérygoïdien médial.

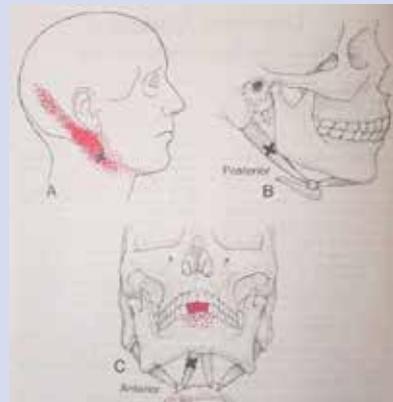


Le muscle digastrique

Le muscle digastrique est responsable de l'abaissement et de la rétraction de la mandibule, si l'os hyoïdien est fixe, et de l'élévation de l'os hyoïde, lorsque le point fixe est la mandibule (action d'avaler). Lorsque le muscle digastrique est affecté par ce syndrome, les signes et symptômes suivants sont notés : douleur à la palpation des « trigger point » (Figure 5), difficulté à avaler (dysphagie), douleur à tousser et douleur en fin d'ouverture de la mandibule. Parfois, le patient rapporte une modification du timbre de la voix secondaire à la tension musculaire sur l'os hyoïdien.

La douleur du digastrique postérieur est ressentie au niveau de l'éminence mastoïdienne derrière l'oreille et irradie le long du sterno-cléido-mastoïdien. Le digastrique antérieur réfère de la douleur typiquement au niveau des quatre incisives inférieures.

Fig. 5 : Patron de douleur référée d'un « trigger point » du digastrique.



Les causes des « trigger point » du muscle digastrique les plus souvent citées dans la littérature sont : le bruxisme par rétraction du menton, l'augmentation de la tension des muscles digastriques par un patron de respiration buccale, une posture cranio-vertébrale anormale, et l'élongation par calcification du processus styloïde comme dans le « Eagle syndrome ».

Causes des points gâchettes au niveau des muscles

L'appareil masticateur doit s'adapter à l'occlusion résultante des traitements dentaires, orthodontiques et prothodontiques lorsque ce changement est raisonnable et respecte la physiologie de l'individu. Il est également reconnu que les causes des désordres temporo-mandibulaires, et par extension les SDM, sont multifactorielles. Les facteurs précipitant ou déclenchant ont été décrits précédemment pour chacun des muscles de la mastication. Cependant, il ne faut pas sous-estimer des facteurs prédisposants tels que la condition physique, l'âge, le sexe, l'anatomie de l'ATM, la malocclusion, la posture, les parafunctions, la dysfonction cervicale, le stress, l'anxiété et la dépression, etc.

Finalement, les facteurs perpétuants sont à identifier, car ils maintiennent le problème, compliquant ainsi le traitement et limitant la guérison. Ils sont les mêmes que les facteurs prédisposants en ce qui a trait au stress mécanique (malocclusion, parafunction, bruxisme). Cependant, on doit aussi considérer les carences nutritionnelles (carence en vitamines B1, B6, B12, C et l'acide folique) et certains problèmes métaboliques telles l'hypothyroïdie, l'hyperruricémie, l'hypoglycémie, l'anémie et l'hypoxie.

Traitements

La clé du traitement d'un syndrome myo-fascial est d'abord de bien identifier les facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants énumérés ci-haut et de tenter de les corriger ou de les contrôler. Une modification ou un ajustement de l'occlusion ou des contacts dentaires, lorsque possible, peut s'avérer très pertinent à ce stade du problème.

Par la suite, il faut bien évaluer la condition musculaire pour déceler les « trigger point » et identifier les muscles affectés. Une fois ceux-ci identifiés, des modalités de traitements permettent de désactiver les « trigger point ». Le traitement du *Stretch & Spray* (fluori-méthane) est l'une des façons les plus simples et les moins douloureuses pour résoudre le syndrome myo-fascial d'un seul muscle. Le but de cette technique est d'inactiver les « trigger point » en redonnant au muscle son amplitude complète d'étirement avec le minimum d'inconfort et sans provoquer de spasme réflexe. Le jet refroidissant du fluori-méthane provoque une stimulation cutanée importante dans la zone de référence, qui bloque le spasme-réflexe et la douleur, permettant ainsi un étirement graduel et passif du muscle.

Par ailleurs, toute technique qui vise l'étirement passif d'un muscle est efficace en rétablissant la fonction normale de la contraction musculaire. On peut donc utiliser des ultrasons, des massages, des applications de chaleur, des exercices spécifiques et de la stimulation électrique.

À défaut de résultats, l'injection de corticostéroïde demeure une option à évaluer par un professionnel compétent dans le domaine. Le succès du traitement dépend également de la sensibilisation du patient aux facteurs prédisposants, de l'implication du patient à sa réhabilitation et de l'inactivation du « trigger point ».

Il est donc important de savoir reconnaître un patron de douleur musculaire puisque ceci permet de modifier ou d'ajuster la prothèse et(ou) l'occlusion rapidement et ainsi éviter que la condition ne devienne chronique. Si l'origine de la douleur musculaire n'est pas causée par une intervention dentaire quelconque (ex.: insérer et sculpter des matériaux obturateurs, poser ou enlever des attaches orthodontiques, nettoyage dentaire ou paradontique de longue durée...) quelques pistes ont été proposées plus tôt pour faciliter votre recherche quant aux autres causes possibles. ■

Références

1. Okeson J. *OROFACIAL PAIN: guidelines for assessment, diagnosis and management*. Quintessence publishing Co, Illinois. 1996.
2. Mannheimer J., Heir G. *Séminaire sur l'articulation temporo-mandibulaire et douleurs orofaciales*. Notes de cours mai 2007.
3. Travell J., Simmons D. *Myofascial Pain and Dysfunction, volume 1*. Chapters 6, 7, 8. Williams & Williams, Baltimore 1983 (pp 183-247).
4. Brown, Clark, et al. *Concurrent cervical craniofacial pain*. Oral surg, Oral med Oral Path Oral Radiol. Endod. 1998.
5. Clark, Brown, et al. *Co-activation of SCM muscles during maximal clenching*. J Dent Res. 1993.
6. Carlson, Okeson et al. *Reduction of pain & EMG activity in the masseter region by trapezius TP injection*. Pain 1993.
7. Goulet J-P. *Contemporary approach to the nonsurgical management of temporomandibular disorders*. Alpha Omegan, volume 96, number 2. July 2003.
8. McNeil. C. *Temporomandibular disorders-Guidelines for Classification, Assessment and Madagement (2)*, (1993). Illinois: Quintessence Publishing C.
9. AAOMS symposium on TMJ Disorders (1993).
10. Okeson, Jeffrey P. *Management of Temporomandibular Disorder and Occlusion* (1993) Mosby Year Book inc. St. Louis, MO.
11. Gibilisco, J.A. Mc Neil, C. Perry H. T. *Orofacial Pain Understanding Temporomandibular Disorders*. (1994) Quintessence Publishing Co. Inc. Craol stream II Chicago.
12. Lafrenière, Chantal. *Articulation temporo-mandibulaire-Cours avancé* (notes de cours) Ottawa.
13. Attanasio, R. *The Dental Clinics of North America: Temporomandibular Disorders ans Oraofacial pain*. (1991) W.V. Saunders Company, Harcourt Brace Jovanovitch, Inc.: Montréal.
14. Solberg, William K: Clark, Glenn T. *Abnomal Jaw Mechanics* (1994) Quintessence Publishing Co. Inc.: Chicago.
15. Berry, Charlene; *Évaluation et traitement des douleurs myofasciales* (1996). Notes de cours: Montréal.

BACTÉRIES, CHAMPIGNONS ET MYCOBACTÉRIES :

des défis de taille pour les patients fibro-kystiques et leur équipe soignante

Par **Shawn Aaron, M.D., M.Sc., FRCPC**

Professeur agrégé Université d'Ottawa, Chef de division, Division de pneumologie – Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario) Canada

Source: Reproduit avec permission. Comité provincial des adultes fibro-kystiques (CPAFK), Revue SVB, volume 35, 2011, p. 19-20.

La plupart des patients ayant la fibrose kystique finissent par développer une affection pulmonaire. Chez les patients fibro-kystiques, le mucus des voies respiratoires est déshydraté, plus épais et, par conséquent, plus difficile à éliminer. Ces sécrétions muqueuses restent donc dans les voies respiratoires et forment en quelque sorte un réservoir pour les infections, bactériennes et autres.

Les infections chroniques des voies respiratoires entraînent les symptômes de la maladie respiratoire fibro-kystique, tels que la toux chronique et la production chronique de flegme. De plus, les infections pulmonaires chroniques, particulièrement les infections bactériennes à *Pseudomonas aeruginosa* ou à *Burkholderia cepacia*, ont été associées à une détérioration de la fonction pulmonaire et de l'état de santé chez les patients fibro-kystiques.

Au Canada, *Pseudomonas aeruginosa* est l'une des bactéries les plus couramment contractées par les patients fibro-kystiques. En fait, plus de 60 % des adultes fibro-kystiques au pays sont infectés par cette bactérie. Plusieurs études ont démontré que les risques de décès étaient plus élevés chez les patients ayant une infection chronique à *Pseudomonas aeruginosa*, comparativement aux patients qui ne l'avaient pas contractée.

Compte tenu de son importance, de récentes recherches ont porté sur la possibilité d'éradiquer l'infection à *Pseudomonas* chez les enfants qui la

contractaient pour la première fois. Ainsi, des études ont démontré que l'acquisition de *Pseudomonas aeruginosa* chez les enfants est généralement d'origine environnementale et que, lorsque cette bactérie est contractée tôt dans la vie, elle présente une plus grande sensibilité aux antibiotiques. Dernièrement, divers traitements précoces consistant en tobramycine par inhalation, administrée seule ou en association avec des antibiotiques oraux, ont prouvé que *Pseudomonas aeruginosa* pouvait être éradiquée chez les jeunes patients.

Malheureusement, une fois que l'infection bactérienne des poumons est installée depuis de nombreux mois dans les voies respiratoires des patients fibro-kystiques, il est pratiquement impossible de l'éradiquer.

Malheureusement, une fois que l'infection bactérienne des poumons est installée depuis de nombreux mois dans les voies respiratoires des patients fibro-kystiques,

il est pratiquement impossible de l'éradiquer. En fait, les antibiotiques existants ne sont tout simplement pas en mesure d'éliminer toutes les bactéries présentes dans les poumons d'un patient typique d'âge adulte. Par conséquent, il est très important que les patients fibro-kystiques tentent d'éviter l'acquisition de bactéries telles que *Burkholderia cepacia* ou *Pseudomonas aeruginosa*. Des études portant sur *Burkholderia cepacia* ont démontré clairement que de nombreux patients développent l'infection à la suite de contacts étroits avec d'autres patients infectés. C'est pour cette raison que les procédures de prévention des infections en place présentement dans la plupart des cliniques de fibrose kystique insistent sur l'importance que les patients fibro-kystiques ne se mêlent pas les uns aux autres, afin de prévenir la propagation de l'infection entre les patients par la toux ou les éternuements.

Auparavant, on estimait que la plupart des infections à *Pseudomonas aeruginosa* au Canada étaient d'origine environnementale; nous savons maintenant que ce n'est probablement pas le cas. En effet, les résultats d'une étude récente réalisée auprès de patients fibro-kystiques en Ontario indiquent que 25% des patients étaient infectés par des souches courantes spécifiques de *Pseudomonas*. L'une de ces souches a été identifiée comme étant la souche LES (*Liverpool epidemic strain*) de *Pseudomonas*, provenant de l'Angleterre. Nous ignorons pour l'instant si l'infection à partir de ces souches de *Pseudomonas*

pourrait être associée à des résultats cliniques moins favorables. Ce qui est clair, par contre, c'est que ces souches ne sont pas d'origine environnementale; ainsi, on peut supposer que ces infections ont bel et bien été transmises d'un patient à l'autre.

Dernièrement, des chercheurs ont observé l'émergence d'autres types d'infections chroniques des voies respiratoires. Parmi elles, les infections à mycobactéries non tuberculeuses occupent une place d'importance. Les bactéries appartenant à cette classe sont également connues sous le nom de bactéries du complexe *Mycobacterium avium* (MAC). Il s'agit d'un type de bactéries qui ressemblent aux bactéries responsables de la tuberculose. Des études menées aux États-Unis ont démontré que les poumons de 13 % des patients fibro-kystiques âgés de 10 ans ou plus étaient colonisés par des mycobactéries non tuberculeuses. La bonne nouvelle toutefois, c'est que les patients ayant contracté de telles infections avaient en fait une meilleure fonction pulmonaire et étaient en général plus âgés, comparativement aux autres patients. De plus, contrairement à *Pseudomonas* ou à *Burkholderia*, les infections à mycobactéries non tuberculeuses ne semblent pas se transmettre d'une personne à l'autre, ni en milieu hospitalier.

Pour les médecins cliniciens, il est souvent difficile de déterminer les mesures à prendre dans le cas d'une infection à mycobactéries non tuberculeuses. Dans certains cas, il est malaisé de savoir si ces bactéries provoquent des symptômes d'infection, ou si elles sont simplement des bactéries inoffensives établies dans les voies respiratoires. Souvent, les médecins tenteront donc de traiter d'abord les autres infections bactériennes qui peuvent avoir colonisé les voies respiratoires du patient. Si, toutefois, l'état du patient ne s'améliore pas, on procédera en général à un traitement visant à enrayer les mycobactéries non tuberculeuses. L'éradication de ces microorganismes est difficile et nécessite la prise de plusieurs antibiotiques pendant une période d'au moins 12 mois.

Enfin, il nous reste à aborder une dernière classe de microorganismes : les champignons. Les résultats d'une étude récente réalisée à l'Hôpital pour enfants de Toronto indiquent que, parmi les 230 patients de la clinique de fibrose kystique de l'hôpital, 16 % avaient contracté une infection chronique au champignon *Aspergillus fumigatus*. En outre, les données de cette étude indiquent qu'une infection persistante à *Aspergillus fumigatus* serait associée à un risque plus élevé d'exacerbations pulmonaires nécessitant l'hospitalisation chez les patients fibro-kystiques.

À l'heure actuelle, on considère que le champignon *Aspergillus fumigatus* n'est probablement pas un organisme qui provoque des symptômes et des dommages aux poumons, mais, à vrai dire, les médecins n'en sont pas vraiment certains. Un essai clinique multicentrique est en cours au Canada, afin de déterminer

si un traitement de six mois visant à éradiquer *Aspergillus fumigatus* entraîne une amélioration de la fonction pulmonaire et des résultats cliniques chez les patients fibro-kystiques.

En résumé, bactéries, mycobactéries et champignons peuvent tous infecter les patients fibro-kystiques et coloniser de façon chronique leurs voies respiratoires. Des études récentes indiquent que si nous traitons de façon précoce certaines des infections bactériennes, nous pourrions être en mesure de prévenir les infections chroniques. Des mesures strictes de prévention des infections et des procédures visant à éviter les contacts rapprochés entre les patients fibro-kystiques contribueraient aussi vraisemblablement à diminuer le nombre de nouvelles infections. Au bout du compte, l'objectif consiste à prévenir l'apparition même des infections pulmonaires chroniques chez les patients fibro-kystiques. ■



Emploi de produits d'anesthésie locale non injectables en dentisterie :

ANALYSE ET ÉTUDE DE CAS

Par **Dr David Isen**, B.Sc., D.D.S.

Source : Reproduit avec la permission de l'auteur. Traduit du texte original intitulé «*Non-Injectable Local Anaesthesia in Dentistry: A review and Case Study*».

Les praticiens en soins dentaires comptent sur l'évolution de leur domaine pour offrir aux patients des soins de la plus haute qualité et des plus confortables grâce à des technologies de pointe. En 1884, Halsted a effectué la première anesthésie par blocage du nerf dentaire inférieur en utilisant de la cocaïne et de l'eau bouillante. Plus tôt la même année, l'ophtalmologiste Karl Koller a utilisé la cocaïne sous forme d'anesthésique topique pour pratiquer une chirurgie oculaire. Une fois que la dénomination chimique de la cocaïne a été identifiée comme étant un ester de l'acide benzoïque, il a été possible de fabriquer des préparations synthétiques de différents anesthésiques topiques et injectables. Cependant, depuis que Lofgren a inventé la lidocaïne en 1943 et que l'articaine a été introduite sur le marché canadien en 1983 (l'articaine a été commercialisée aux États-Unis en 2000), les anesthésiques locaux injectables n'ont pas changé. Par contre, les systèmes d'anesthésie intrabuccale non injectables ont évolué, c'est-à-dire les méthodes d'administration d'un anesthésique directement dans les poches parodontales sans qu'une procédure effractive d'injection soit nécessaire. Le présent article porte sur l'utilisation de l'anesthésie locale non injectable en dentisterie et comprend une étude de cas sur cette approche.

En 1993, un nouvel anesthésique topique très intéressant, appelé EMLA®, a été mis sur le marché américain. Son nom correspond à l'acronyme de «*Eutectic Mixture of Local Anesthetics*» (mélange eutectique d'anesthésiques locaux). En médecine, EMLA est indiqué lors d'interventions cutanées telles que la ponction veineuse, avant la vaccination, dans les cas d'interventions chirurgicales superficielles et de certains traitements au laser et comme anesthésique topique pour les petites chirurgies de la muqueuse génitale. À l'heure actuelle, la monographie d'EMLA ne comporte aucune indication pour des usages intrabuccaux en dentisterie¹. EMLA est une émulsion (crème) d'un mélange à parts égales de lidocaïne et de prilocaïne, c'est-à-dire à une concentration de 2,5% ou de 25 mg/mL chacune. Étant donné l'aspect cumulatif du potentiel toxique de ces anesthésiques locaux, EMLA est considéré comme une solution à 5%.



Bien qu'EMLA ne soit pas indiqué pour des usages dentaires, son potentiel anesthésiant intrabuccal est actuellement évalué dans le cadre d'études²⁻⁷. EMLA s'est révélé efficace pour diminuer la douleur pendant le sondage², le détartrage manuel^{3,4}, le détartrage ultrasonique⁵, l'application de crampons pour digue caoutchoutée⁶ et l'injection dans le palais⁷. Dans l'une de ces études, les chercheurs se sont penchés sur la capacité d'EMLA à anesthésier le sillon parodontal². Comme il n'existe aucun moyen d'administrer EMLA directement dans le sillon, le défi était d'appliquer la crème de sorte qu'elle reste autour de la gencive marginale assez longtemps pour anesthésier les tissus mous. Pour y parvenir, une attelle en résine d'acrylique a été fabriquée sur mesure pour les sujets et la crème EMLA a été appliquée à l'intérieur de l'attelle. Ensuite, l'attelle était installée par-dessus la dentition du patient. L'attelle, un dispositif semblable à une gouttière de blanchiment fabriquée sur mesure, a été conçue pour couvrir la gencive marginale et les tissus environnants. On la laissait en place durant 5 minutes. Le recours à cette méthode en pratique clinique n'est pas sans obstacle. En effet, fabriquer une attelle sur mesure et laisser l'anesthésique topique pendant 5 minutes afin

qu'il produise son effet est onéreux. Il serait donc avantageux de disposer d'un système facilitant l'application d'un anesthésique non injectable à action rapide et profonde. De plus, il est évident que l'approbation du produit pour un usage intrabuccal s'impose. Cependant, a-t-on vraiment besoin d'un tel produit?

Lors d'interventions dentaires habituelles (par exemple, restauratrices, endodontiques et chirurgicales), les anesthésiques locaux injectables permettent aux dentistes de traiter les patients sans que ceux-ci ressentent la douleur. Mais, qu'en est-il des interventions d'hygiènes, telles que le détartrage et le sondage? Selon une étude déjà mentionnée ci-dessus, les deux tiers des patients trouvent que le détartrage gingival est désagréable et douloureux³. Une autre étude laisse penser que 30 % des patients ressentent le besoin de maîtriser la douleur pendant le détartrage et le débridement parodontal⁸. Parfois, lorsqu'un patient se présente au cabinet pour des soins d'hygiène dentaire, l'intervention n'entraîne pas de douleur, à l'exception d'une ou deux zones d'inflammation dues à une gingivite ou à une parodontite localisée qui rendent douloureux le débridement complet de cette poche. La douleur liée à cette intervention localisée pourrait empêcher un nettoyage rigoureux du sillon et, de ce fait, favoriser l'évolution de l'atteinte parodontale à cause des débris que l'on aurait laissés. Par ailleurs, si les patients évitent les soins d'hygiène en cabinet en raison de la douleur qui y est associée, il est évident que la maladie parodontale dont ils sont atteints évoluera. Bon nombre de patients se présentent au cabinet dentaire de l'auteur pour un traitement après des années d'évitement. Souvent, c'est la maîtrise de la douleur requise pour recevoir des soins d'hygiène dentaire et non pas un traitement de restauration qui constitue un obstacle pour ces personnes.

Avant que le produit dont il est question ci-dessous soit offert sur le marché, les options disponibles pour la maîtrise de la douleur pendant les interventions d'hygiène dentaire étaient les anesthésiques injectables ou topiques. Naturellement, les injections n'ont pas la cote auprès de la plupart des gens.

En effet, 25 % des adultes sondés craignent les injections dentaires selon une étude⁹ et 55 % des répondants d'une autre étude ont affirmé que la dernière injection qu'ils ont eue leur a causé une douleur intense¹⁰. L'utilisation d'anesthésiques locaux injectables a aussi le désavantage de rendre les patients extrêmement inconfortables s'ils sont injectés dans les quatre quadrants lors d'un même rendez-vous, sans compter que l'anesthésie dure plus

longtemps que la séance d'hygiène. Par ailleurs, le dentiste travaillant dans un secteur où l'hygiéniste dentaire ne peut effectuer les injections doit interrompre sa tâche et se rendre dans la salle de soins d'hygiène pour administrer l'anesthésique, ce qui est coûteux en temps. Les anesthésiques topiques ont au moins ceci comme avantage : ils n'ont pas besoin d'être injectés. Cependant, lorsqu'on les applique sur un quadrant entier, il devient difficile de les y circonscrire assez longtemps pour obtenir un effet anesthésiant. C'est peut-être pour cette raison que, dans le cadre de l'étude déjà mentionnée, l'utilisation d'une attelle fabriquée sur mesure était nécessaire². En outre, une anesthésie réussie au moyen d'anesthésiques topiques, particulièrement pour les poches parodontales profondes, est pour le moins modeste.

À la lumière de cette analyse et des données présentées, on pourrait facilement avancer qu'un anesthésique local non injectable conçu spécialement pour être appliqué dans le sillon parodontal pour soulager la douleur associée au détartrage et au sondage comblerait un besoin. Or, les résultats d'une enquête menée par Matthews et ses collaborateurs, dans le cadre de laquelle on demandait aux participants d'indiquer leur préférence entre l'injection d'un anesthésique local, l'administration d'un gel anesthésique non injectable ou l'absence d'anesthésie pour leurs soins d'hygiène dentaire habituels, l'écrasante majorité a choisi le gel dentaire¹¹. Selon cette même étude, les patients étaient prêts à payer des frais de 10 à 20 \$ pour ce service, par rendez-vous.

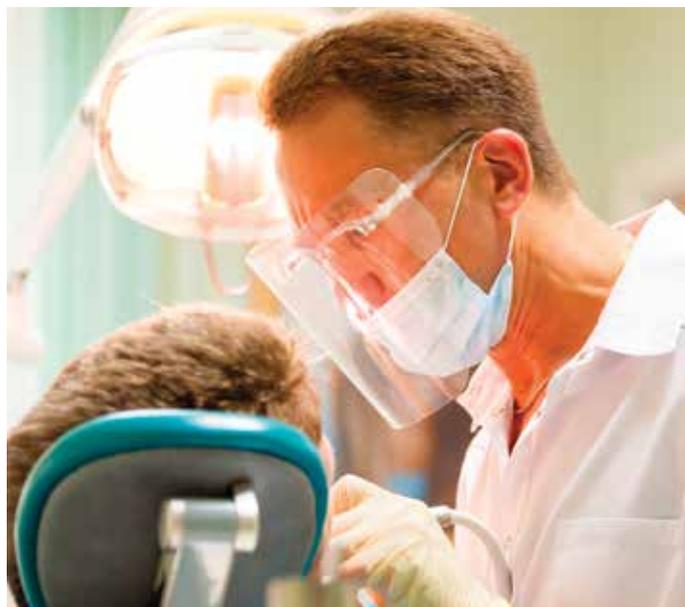
Une autre étude laisse penser que 30 % des patients ressentent le besoin de maîtriser la douleur pendant le détartrage et le débridement parodontal

Cetacaine®, bien qu'il s'agisse d'un liquide plutôt qu'un gel, est un exemple de ce type de produits. C'est un mélange de trois anesthésiques locaux : de la benzocaïne à 14 %, du butambène à 2 % et de la tétracaïne à 2 %. Le liquide est offert dans un flacon doté d'un capuchon à raccord Luer-lock permettant d'y fixer une seringue Luer-lock. Une fois les deux éléments raccordés, on peut remplir la seringue d'anesthésique, puis y fixer une aiguille. Lors d'une évaluation effectuée par la *Clinical Research Foundation* en 2009, Cetacaine s'est révélé efficace pour anesthésier les

tissus mous, mais pas adéquatement chez tous les patients. De plus, si le produit n'était pas appliqué une goutte à la fois, il était difficile de circonscrire l'anesthésique au sillon, entraînant l'anesthésie d'autres zones de tissus mous. La dose maximale recommandée de Cetacaine par rendez-vous est de 0,4 mL¹².

Il existe un autre produit plus récent, semblable à Cetacaine, appelé HurriPak™. Il est offert sous forme de liquide contenant de la benzocaïne à 20 %. HurriPak est offert en pot et est emballé avec des seringues jetables et des embouts en plastique permettant d'introduire le liquide dans le sillon parodontal. La dose maximale recommandée d'HurriPak est de 3 mL¹³. Étant donné que Cetacaine et HurriPak contiennent de la benzocaïne, ils sont classés dans la catégorie des anesthésiques à base d'ester. Par conséquent, ils sont contre-indiqués chez les personnes allergiques à l'acide 4-aminobenzoïque (PABA), un métabolite des anesthésiques estériques locaux. Étant donné que tous les anesthésiques estériques produisent le métabolite PABA, les personnes allergiques à un anesthésique estérique le sont à tous les anesthésiques de ce type. De même, il a été démontré que la benzocaïne provoque une méthémoglobinémie lorsqu'elle est utilisée à fortes doses et chez les personnes qui sont prédisposées à ce syndrome. Il convient aussi de noter que la présence de saignements ou de tissus abrasés (par exemple, le sillon parodontal chez les personnes atteintes d'une maladie parodontale) pourrait favoriser l'absorption de benzocaïne dans la circulation générale. Cela contribuerait à faire augmenter la dose dans le sang et, de ce fait, augmenter le risque de méthémoglobinémie, surtout chez les patients de très petite taille (jeunes enfants) et les personnes prédisposées au syndrome.

En ce qui concerne la benzocaïne, que contiennent la Cetacaine et HurriPak, et la grossesse, il faut noter que la benzocaïne est considérée par la *Food & Drug Administration* (FDA) des États-Unis



En 2004 aux États-Unis et en 2010 au Canada, un nouveau gel anesthésiant indiqué pour un usage intrabuccal a été commercialisé.

comme un médicament de classe C. Cela signifie que les études sur la reproduction chez les animaux démontrent que le médicament a un effet indésirable sur le fœtus et qu'aucune étude n'a été menée chez l'humain, mais que les bienfaits éventuels pourraient justifier l'emploi du médicament chez les femmes enceintes malgré le risque.

En 2004 aux États-Unis et en 2010 au Canada, un nouveau gel anesthésiant indiqué pour un usage intrabuccal a été commercialisé. Il s'agit du produit appelé Oraqix®, un gel parodontal qui anesthésie les tissus mous de la poche parodontale lorsqu'il est appliqué directement à cet endroit. Le gel est indiqué pour le détartrage et(ou) le débridement parodontal chez les adultes. Oraqix est semblable à

EMLA, c'est-à-dire qu'ils contiennent tous les deux de la lidocaïne à 2,5 % et de la prilocaïne à 2,5 % dans un mélange eutectique. De plus, contrairement à EMLA, à Cetacaine ou à HurriPak, Oraqix contient des agents thermodurcissables (poloxamère 188 purifié et poloxamère 407 purifié)¹⁴. Ces composés permettent au liquide Oraqix (à température ambiante) de s'épaissir sous forme de gel une fois qu'il est déposé dans le sillon parodontal et qu'il a atteint la température du corps. Comme le gel demeure dans la poche parodontale, il ne s'étendra pas à d'autres zones intrabuccales et restera en place assez longtemps pour anesthésier uniquement les tissus mous du sillon parodontal.

Oraqix ne contient pas de vasoconstricteur ni d'agent de conservation et a un pH basique se situant entre 7,5 et 8,0¹⁴. Cette propriété non acide pourrait rendre Oraqix plus efficace lorsqu'il est appliqué sur une partie infectée ou enflammée de la gencive. Le tissu infecté est acide et ne constitue donc pas un milieu conducteur permettant aux molécules de l'anesthésique local de produire son effet. L'utilisation d'une solution acide pour essayer d'obtenir un effet anesthésiant, tel qu'un anesthésique local injectable contenant un vasoconstricteur, peut augmenter l'acidité d'un milieu déjà acide. L'anesthésique sera donc moins susceptible d'agir efficacement. C'est pour cette raison qu'une solution au pH plus élevé, tel qu'un anesthésique local injectable sans vasoconstricteur ou Oraqix, pourrait entraîner de meilleurs résultats en cas d'infection.

Oraqix est offert dans une cartouche dentaire contenant 1,7 g de gel. La cartouche est dotée d'un collier de sécurité en plastique de sorte qu'elle ne pourra pas être fixée à une seringue dentaire. Oraqix n'est pas conçu pour les injections en raison de sa concentration et de sa viscosité plus élevées. Les cartouches Oraqix sont présentées individuellement dans des emballages-coques avec une canule de type Luer-Lock de calibre 23 à embout émoussé. L'administration d'Oraqix requiert un distributeur breveté,

réutilisable et stérilisable à l'autoclave. Le distributeur est compatible avec les cartouches Oraqix et la canule jetable de type Luer-lock. Sur le distributeur se trouve un levier qui fait sortir des gouttes de gel anesthésiant par la canule lorsqu'il est abaissé. La canule peut être pliée à un angle de 45° pour faciliter l'accès au sillon gingival autour des dents postérieures et antérieures.

Pour ce qui est de la dose maximale et des effets toxiques, de nombreux éléments doivent être pris en considération. L'anesthésique est une solution à 5 % absorbée dans la circulation générale. Une étude visant à évaluer les concentrations plasmatiques de lidocaïne, d'o-toluidine (un métabolite de la prilocaïne responsable de la méthémoglobinémie) et de prilocaïne a démontré que le fait d'administrer cinq cartouches d'Oraqix à 11 sujets sur une période de 2,6 à 3,4 heures n'a pas entraîné de concentrations dangereuses relativement à la toxicité¹⁵. La dose maximale recommandée dans la monographie d'Oraqix est de cinq cartouches. Toutefois, comme le produit a été administré sur une période de 2,6 à 3,4 heures et qu'une seule cartouche est habituellement requise pour chaque quadrant de la bouche, la dose maximale de quatre cartouches devrait suffire. Il ne devrait pas être nécessaire d'en administrer plus que cette dose même si on doit l'utiliser pour toute la bouche. L'emploi d'Oraqix est contre-indiqué chez les enfants, les personnes allergiques à la prilocaïne et (ou) à la lidocaïne et en cas de déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase congénital ou d'antécédents de méthémoglobinémie idiopathique. Comme c'est le cas avec tout médicament, il faut faire preuve de prudence lorsqu'on utilise ce produit chez les personnes âgées et celles qui sont atteintes d'une maladie hépatique en raison de la diminution possible de la dégradation métabolique et d'une éventuelle augmentation des effets toxiques de la lidocaïne et de la prilocaïne. Il convient également de garder à l'esprit que les effets toxiques des anesthésiques locaux sont cumulatifs. Ainsi, lorsque le praticien utilise Oraqix en conjonction avec des anesthésiques locaux injectables quels qu'ils soient, il doit déterminer judicieusement la quantité de chaque produit utilisé. Pour les cas de grossesse, la FDA des États-Unis a classé Oraqix dans la catégorie B. Cela signifie que les études sur la reproduction chez les animaux n'ont pas permis d'établir le risque pour le fœtus, qu'aucune étude appropriée et bien contrôlée menée auprès de femmes enceintes ou d'animaux gravides n'a mis en évidence des effets indésirables, et que des études appropriées et bien contrôlées menées auprès de femmes enceintes n'ont pas démontré de risque pour le fœtus quel que soit le trimestre. Enfin, la dernière précaution concerne les mères qui allaitent puisque la lidocaïne et possiblement la prilocaïne sont excrétées dans le lait maternel.

Oraqix est-il efficace et quels sont ses effets secondaires? Avant le lancement d'Oraqix, trois études multicentriques, contrôlées par placebo et à double insu ont été menées pour évaluer l'efficacité du produit¹⁶⁻¹⁸. Dans chaque étude, Oraqix a été associé à une douleur significativement moindre pendant le détartrage par rapport au placebo. Par ailleurs, dans une étude visant à évaluer



le délai d'action et la durée de l'anesthésie des tissus mous, il a été démontré que le délai d'action d'Oraqix était de 30 secondes. Autrement dit, la gencive marginale était insensible au contact de l'embout émoussé après 30 secondes. Il n'y avait par ailleurs aucun signe d'anesthésie au niveau de la langue, des lèvres ou des joues. La durée moyenne de l'anesthésie était de 17 à 20 minutes¹⁹.

Il a également été démontré qu'Oraqix a peu d'effets secondaires. Ces effets peu nombreux se sont révélés bénins, de courte durée et moins importants comparativement à ceux observés à la suite d'injections d'anesthésiques locaux¹⁹⁻²¹. Les effets secondaires comprennent un goût désagréable signalé par un sujet alors que la poche parodontale avait été excessivement remplie par inadvertance, et un léger inconfort au moment de l'application signalé par deux sujets²².

Sur le plan clinique, on recommande aux dentistes et aux hygiénistes dentaires de suivre la procédure d'application d'Oraqix ci-après afin d'en améliorer l'efficacité. Premièrement, chargez une cartouche d'Oraqix dans le distributeur. Introduisez ensuite le distributeur dans la bouche du patient, déposez quelques gouttes d'Oraqix sur la gencive marginale puis attendez 30 secondes. Cela permet d'anesthésier la gencive et de rendre l'introduction de la canule dans le sillon plus confortable. L'étape suivante consiste à insérer l'applicateur à embout émoussé dans la poche parodontale et à appuyer lentement sur la languette du distributeur pour remplir la poche de liquide Oraqix (la poche parodontale sera remplie lorsque le produit débordera ou sera visible au niveau de la gencive marginale). Attendez 30 secondes avant de commencer le détartrage. On peut rincer le produit Oraqix au besoin avant de commencer le débridement. Lorsque vous devez anesthésier

plusieurs sites ou quadrants avec Oraqix, gardez à l'esprit que la durée de l'anesthésie est d'environ 20 minutes et que vous devrez tenir compte du temps requis pour débrider chaque zone. Par conséquent, l'utilisateur pourrait appliquer Oraqix à un ou deux endroits ou quadrants à la fois, procéder au détartrage puis appliquer Oraqix sur le quadrant suivant.

Étude de cas

Voici une étude de cas visant à démontrer l'efficacité d'Oraqix et à montrer comment il peut être utilisé dans un contexte clinique. Une patiente (Mme W.) âgée de 59 ans, qui n'avait pas consulté un dentiste depuis 10 ans, s'est présentée récemment à la clinique dentaire de l'auteur de cet article. Un entretien initial a révélé que la patiente avait extrêmement peur des traitements d'hygiène dentaire, notamment des injections dans la bouche, et que c'est pour cette raison qu'elle s'est tenue loin si longtemps des cabinets dentaires. Mme W. a demandé un sédatif intraveineux pour toute la durée du traitement. Comme Mme W. n'avait personne pour la raccompagner (tel que requis pour les rendez-vous avec sédation), nous avons décidé d'un commun accord d'essayer de procéder au traitement d'hygiène dentaire sans sédatif pour cette visite initiale. Oraqix a été choisi spécialement pour cette

patient afin d'anesthésier les tissus mous gingivaux dans le cadre de ses visites, évitant ainsi le besoin de lui injecter un anesthésique local. Nous ne pensions pas qu'un anesthésique topique aurait procuré une anesthésie suffisamment profonde des tissus mous pour assurer le confort de Mme W. De même, comme il était nécessaire d'appliquer l'anesthésique sur toute la dentition de Mme W., nous avons choisi Oraqix en raison de l'agent thermodurcissable qu'il contient. Celui-ci a facilité la maîtrise de l'anesthésique de sorte que nous avons pu l'appliquer dans la région du sillon sans craindre qu'il se répande ou s'écoule ailleurs dans la bouche de la patiente.

Les radiographies et l'examen initiaux ont révélé que Mme W. était atteinte d'une maladie parodontale de stade avancé nécessitant des extractions au niveau de la mandibule antérieure et du premier quadrant. Vu l'importance du détartrage requis et le malaise de Mme W. vis-à-vis des interventions dentaires, il a été décidé que le détartrage et le sondage se feraient en deux visites. Pendant la première séance, on a effectué le débridement complet des quadrants maxillaire et mandibulaire gauches suivi d'un sondage. Lors de la deuxième séance, la même intervention a été effectuée au niveau des quadrants maxillaire et mandibulaire droits.

De même, comme il était nécessaire d'appliquer l'anesthésique sur toute la dentition de Mme W., nous avons choisi Oraqix en raison de l'agent thermodurcissable qu'il contient.

Oraqix a été appliqué par l'hygiéniste dentaire, dans la poche parodontale autour de toutes les dents des quadrants traités. Afin de rendre l'introduction de la canule dans la poche plus confortable, Oraqix a d'abord été déposé sur la gencive marginale, à l'extérieur de la poche, puis on l'a laissé agir pendant 30 secondes.

La canule a ensuite été introduite dans la poche que l'on a remplie de liquide Oraqix jusqu'au couronnement de la gencive marginale. Après une autre pause de 30 secondes, l'hygiéniste dentaire a entamé la procédure de détartrage.

Après le débridement, le sondage atteignait des profondeurs de 5 à 10 mm. Grâce à Oraqix, l'hygiéniste dentaire a pu détartrer les dents et sonder le sillon de Mme W. sans que celle-ci soit incommodée. Mme W. a toutefois signalé une sensibilité au niveau de quelques racines, ce qui n'est pas étonnant puisque, selon les données, Oraqix n'a pas d'effet anesthésiant sur la dentition.

En résumé, Oraqix procure efficacement une anesthésie sûre et fiable des tissus mous de la poche parodontale. Le produit agit rapidement, son action dure longtemps et il est facile à utiliser pour le dentiste et l'hygiéniste dentaire. Pour les patients qui présentent une sensibilité au

détartrage, Oraqix leur permet de recevoir des soins d'hygiène dentaire moins désagréables, qu'il s'agisse du traitement d'un site douloureux particulier lors du détartrage ou du sillon gingival autour de toutes les dents chez les patients atteints de parodontite précoce, modérée ou avancée. Comme Oraqix peut être appliqué tant par les dentistes que les hygiénistes dentaires, ce produit peut être commode et faire économiser du temps.

Le docteur David Isen exerce la dentisterie avec sédation dans sa clinique dentaire située à Toronto et vise les patients qui ont des besoins spéciaux ou des phobies dentaires. Il enseigne à l'Université Western Ontario dans le cadre du programme d'éducation permanente et a donné des conférences en Amérique du Nord et ailleurs dans le monde. Il est membre de l'Academy of Dentistry International, de l'International College of Dentists et de la Pierre Fauchard Academy. Le Dr Isen a agi à titre de conseiller auprès de diverses entreprises dentaires et pharmaceutiques. ■

Références :

1. AstraZeneca Product Monograph for EMLA Cream and EMLA Patch, 2010.
2. Donaldson, Meechan JG., *A comparison of the effects of EMLA cream and topical 5% lidocaine on discomfort during gingival probing*. Anesth Prog, 1995;42(1):7-10.

3. Svensson P, Petersen JK, Svensson H., Efficacy of a topical anesthetic on pain and unpleasantness during scaling of gingival pockets. Anesth Prog. 1994;41(2):35-9.
4. Pandit N, Gupta R, Chandoke U, Gugnani S., Comparative evaluation of topical and electronic anesthesia during scaling and root planning. J Periodontol, 2010 Jul;81(7):1035-40.
5. Chung JE, Koh SA, Kim TI, Seol YJ, Lee YM, Ku Y, Rhyu IC, Chong CP, Ku KT., Effect of eutectic mixture of local anesthesia on pain perception during scaling by ultrasonic or hand instruments: a masked randomized control trial. J Periodontol, 2011 Feb;82(2):259-66.
6. Lim S, Julliard K., Evaluating the efficacy of EMLA topical anesthetic in sealant placement with rubber dam. Pediatr Dent, 2004 Nov-Dec;26(6):497-500.
7. Al-Melh MA, Andersson L., Comparison of tropical anesthetics (EMLA/Oraqix vs. benzocaine) on pain experienced during palatal needle injection. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2007 May;103(5):e16-20.
8. Gunsolley JC., The need for pain control during scaling and root planning. Compend Contin Educ Dent. 2005 Feb;26(2 Suppl 1):3-5.
9. Milgrom P, Coldwell SE, Getz T, Weinstein P, Ramsay DS., Four dimensions of fear of dental injections. JADA 1997 128:756-66.
10. Matthew DC, Rocchi A, Gafni A., Factors affecting patients' and potential patients' choices among anaesthetics for periodontal recall visits. J Dent 2001 Mar;29(3):173-9.
11. Matthews D, Rocchi A, Gafni A., Putting your money where your mouth is: willingness to pay for dental gel. Pharmacoeco 2002;20(4):245-55.
12. Discussion with Product Representative at Cetylite Industries Inc. July 2012.
13. HurriPak Drug Facts, Product Brochure, Beutlich Pharmaceuticals, Waukegan, Illinois.
14. Dentsply, Product Monograph for Oraqix, 2010.
15. Herdevall B, Klinge B, Persson L, Huledal G, Abdel-Rehim M., Plasma levels of lidocaine, o-toluidine, and prilocaine after application of 8.5g Oraqix in patients with generalized periodontitis: effect on blood methemoglobin and tolerability. Acta Odontol Scand 2003 Aug;61(4):230-4.
16. Jeffcoat MK, Geurs NC, Magnusson I, MacNeill SR, Mickels N, Roberts E, Robinson P, Salamati A, Yukna R., Intrapocket anesthesia for scaling and root planing: results of a double-blind multicenter trial using lidocaine prilocaine dental gel. J Periodontol 2001 Jul;72(7):895-900.
17. Donaldson D, Gelskey SC, Landry RG, Matthews DC, Sandhu HS., A placebo-controlled multi-centred evaluation of an anaesthetic gel (Oraqix) for periodontal therapy. J Clin Periodontol 2003 Mar;30(3):171-5.
18. Magnusson I, Geurs NC, Harris PA, Hefti AF, Mariotti AJ, Mauriello SM, Soler L, Offenbacher S., Intrapocket anaesthesia for scaling and root planing in pain-sensitive patients. J periodontol 2003 May 74(5), 597-602.
19. Friskopp J, Nilsson M, Isacson G., The anesthetic onset and duration of a new lidocaine/prilocaine gel intra-pocket anesthetic (Oraqix) for periodontal scaling/root planing. J Clin Periodontol 2001 May;28(5):453-8.
20. Van Steenberghe D, Bercy P, De Boever J, Adriaens P, Geers L, Hendricks E, Adriaenssen C, Rompen E, Malmenas M, Ramsberg J., Patient evaluation of a novel non-injectable anesthetic gel: a multicenter crossover study comparing the gel to infiltration anesthesia during scaling and root planing. J Periodontol 2004 Nov;75(11):1471-8.
21. Winning L, Dentch D, Ioannis P, Nylund K, Kelly A, Claffey N., A placebo controlled trial to evaluate an anesthetic gel when probing in advanced periodontitis patients. J Periodontol 2012.
22. Friskopp J, Huledal G., Plasma levels of lidocaine and prilocaine after application of Oraqix, a new intrapocket anesthetic, in patients with advanced periodontitis. J Clin Periodontol 2001 May;28(5):425-9.



Brossettes interdentaires prime

POUR ORGANISER UNE FORMATION CONTINUE

1.888.442.7070



www.oralscience.com

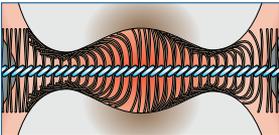




W W!

Diamètre d'insertion du fil chirurgical

Diamètre d'efficacité des filaments



LES PLUS PETITES POUR LE PLUS GRAND EFFET

W0000W #1



IDENTIFICATION EN CLINIQUE DES DIMENSIONS

W0000W #2



QUALITÉ PREMIUM SUISSE

✓ Durent jusqu'à 5 x plus longtemps que toutes autres brosselettes interdentaires

W0000W #3

Le sucre, CE N'EST PAS DU GÂTEAU

Par Catherine Girard

Source: Texte reproduit avec permission. Magazine Québec Science, Décembre 2012, p. 37-39.

Partout sur la planète, la consommation de sucre explose. Mais notre propension envers le sucre serait-elle une menace pour la santé publique, au même titre que l'alcool et le tabac ?



Bûche de Noël, biscuits de pain d'épice, galette des Rois, etc. Il n'y a pas à dire, durant le temps des fêtes, les douceurs sont à l'honneur. En dehors de cette période de l'année, ces friandises sont peut-être moins prisées, mais le sucre, lui, ne demeure pas moins omniprésent. Depuis la mayonnaise jusqu'à la sauce à spaghetti du commerce, en passant par le beurre d'arachide, les glucose, fructose et dextrose pèsent lourd dans nos assiettes. Pis, au cours des 50 dernières années, leur consommation à l'échelle de la planète a triplé. Ces substances en apparence inoffensives sont en train de devenir un enjeu de santé publique, comme le tabac ou l'alcool.

« En alimentation, nous avons longtemps cru que l'ennemi numéro un était le gras, affirme Jean-Philippe Chaput, professeur à l'École des sciences de l'activité physique de l'Université d'Ottawa. Depuis les années 1970, nous nous sommes donc efforcés de diminuer notre apport

en lipides. Le problème, c'est que, pour maintenir le goût des produits, l'industrie a remplacé le gras par le sucre.

La faute au sucre si aujourd'hui, on constate une pandémie d'obésité et d'autres maladies apparentées ? Les preuves sont déjà suffisantes aux yeux de l'endocrinologue Robert Lustig, de l'université de Californie à San Francisco, pour entamer une croisade sans merci contre les sucres maudits. En février dernier, il signait un véritable appel aux armes dans la revue britannique *Nature*. Tout comme l'alcool et le tabac, le sucre est « omniprésent, toxique, peut être consommé de manière abusive et a un impact négatif sur la société », scande-t-il. Sa conférence *Sugar: the Bitter Truth* a été visionnée près de deux millions de fois sur YouTube.

Pour la nutritionniste Nathalie Jobin, cofondatrice d'Extenso, le centre de référence sur la nutrition de l'Université de Montréal, il ne faut toutefois pas confondre les sucres ajoutés avec ceux que l'on retrouve naturellement dans les fruits, les légumes ou le lait. « Les premiers constituent des calories vides, explique-t-elle, et augmentent la densité énergétique des aliments, sans les rendre plus nourrissants ou rassasiants, ce qui nous incite à manger plus. Mais le sucre que nous consommons avec des vitamines, des minéraux, des fibres ou des protéines joue un rôle essentiel dans l'organisme puisque, en plus de constituer le carburant du cerveau, il représente la principale source d'énergie des muscles. » D'ailleurs, en cas de jeûne prolongé ou de régime faible en glucides – comme la populaire méthode Atkins –, le foie a la capacité d'en

générer à partir des acides gras, qui proviennent des lipides, ou encore à partir des acides aminés issus des protéines.

« Pour nos ancêtres, le sucre n'était disponible que sous forme de fruit durant quelques mois – à la période des récoltes – ou dans le miel, explique Robert Lustig. Mais maintenant, on ajoute du sucre à pratiquement tous les aliments transformés, et il devient difficile à éviter. » Avec comme conséquence que la consommation de sucre ajouté est devenue la principale cause du syndrome métabolique, un trouble qui se caractérise par la combinaison d'au moins quatre problèmes de santé liés à l'embonpoint abdominal: l'hyperglycémie, l'hypertension, l'hypertriglycéridémie (taux élevé de graisses dans le sang) et l'hypocholestérolémie HDL (faible taux de bon cholestérol). En

Miel trompeur

Nombreux sont ceux qui croient qu'il est préférable d'aromatiser son café avec du miel ou du sirop d'érable. Pourtant, d'après le docteur Robert Lustig, à quantité égale, ces sucres naturels ne sont pas meilleurs pour la santé. « La différence, c'est qu'ils sont plus chers, et qu'ils ont un goût distinctif. Les gens ont donc tendance à en utiliser moins », précise-t-il. La nutritionniste Nathalie Jobin ajoute que le sirop d'érable contient plus de minéraux que le sucre raffiné ou le miel, mais que « ce n'est pas une raison suffisante pour en consommer davantage ».

Dangereux pour le corps, mais bon pour... l'esprit!

D'après Alex Parker, professeur de pathologie et de biologie cellulaire à l'Université de Montréal, le sucre protégerait contre les maladies neurodégénératives, comme l'alzheimer ou le parkinson. C'est ce qu'il a remarqué sur les vers *Caenorhabditis elegans* qu'il a gavés de fortes doses de glucose. Avant cela, on supposait que la restriction calorique pouvait être dommageable pour le cerveau. Ce résultat a donc surpris. Il reste à comprendre pourquoi le sucre a un tel effet sur le cerveau. « Les neurones ont besoin de beaucoup d'énergie pour combattre la dégénérescence, et le glucose leur procure cette ressource dont ils ont besoin », suppose M. Parker.

Le sucre, une panacée? Il ne faut pas sauter aux conclusions si vite. Le chercheur précise que le sucre affecte la santé globale des vers: « Leur espérance de vie est diminuée. Leur progéniture est aussi moins nombreuse. Il nous faudrait d'abord trouver comment cibler que les neurones au moment de l'ingestion du sucre à nos vers, puis vérifier si on note des résultats similaires chez les humains. »

Amérique du Nord, le syndrome métabolique touche environ une personne sur cinq et augmente considérablement les risques de diabète de type 2 ainsi que de maladies cardiovasculaires.

D'après le docteur Lustig, le sucre serait également nocif pour le foie, puisque cet organe transforme les surplus de glucides en gras, provoquant la stéatose hépatique (communément appelée « foie gras »). Ce trouble serait principalement causé par le fructose qui, contrairement au glucose, ne peut être métabolisé que dans le foie.

Mais a-t-on toutes les preuves pour incriminer à ce point le sucre? Jean-Philippe Chaput rappelle que les effets néfastes du fructose sur le foie n'ont été démontrés que sur des souris et des rats de laboratoire. Le chercheur souligne que les tests sur ces rongeurs ont été menés avec des concentrations de fructose beaucoup plus élevées que celles qu'on retrouve dans notre alimentation.

Ce qui est néanmoins certain, c'est que la consommation d'une des formes de sucre ajouté, le fructose, nuit à la sécrétion de leptine, l'hormone qui induit le sentiment de satiété. De plus, il faut savoir que le fructose est presque toujours combiné au glucose, qui, lui, active la production de ghréline, l'hormone qui stimule l'appétit. La recette est implacable: impossible de se contenter d'un seul biscuit.

Et si encore il n'y avait que ça! Aux yeux de leur pourfendeurs, les sucres agissent à la manière d'une drogue sur le cerveau. Il est en effet établi que l'ingestion de sucre déclenche la montée de dopamine, un neurotransmetteur associé au circuit cérébral de la récompense. En 2007, des chercheurs de l'Université de Bordeaux, en France, ont découvert que, chez le rat, le pouvoir attractif du sucre est plus élevé que celui de la cocaïne. Leur expérience, qui a fait l'objet d'une publication dans la revue *PLoS One*, a consisté à offrir aux rongeurs le choix entre de l'eau sucrée ou une dose intraveineuse de cocaïne. Neuf fois sur 10, les rats ont opté pour l'eau sucrée. La préférence s'observait même chez ceux ayant déjà connu les effets de la cocaïne.

« Afin de réduire notre consommation de sucre ajouté, nous n'avons pas d'autre choix que de mettre en place des politiques publiques en ce sens », rappelle Jean-Philippe Chaput. Selon lui, il faut d'abord insister sur la prévention, comme nous l'avons fait avec le tabac et l'alcool. « À long terme, c'est là que se situe la clé. Quand le cola est moins cher que le lait, ça envoie un mauvais message », déplore-t-il. Pour dissuader les gens de consommer de tels produits, le chercheur préconise

la mise en application d'une taxe plutôt « salée ». « Un supplément sur les boissons gazeuses d'un cent l'once, comme ce qui est en vigueur dans certaines villes états-uniennes, n'a pas vraiment d'impact, juge-t-il. Si on veut diminuer la consommation d'un produit, il faudrait en doubler le prix.

Apport recommandé

D'après Santé Canada, le sucre ne devrait pas excéder 25 % de notre apport calorique quotidien. Pour un régime de 2 000 calories, cela représente 30 cuillères à thé de sucre par jour. L'Organisation mondiale de la santé est plus restrictive. Selon elle, nous ne devrions pas en consommer plus de 12 cuillères à thé par jour.

Une telle taxe alimentaire devrait permettre de faire la distinction entre les bons et les mauvais sucres. « C'est l'erreur qu'a commise le Danemark lorsqu'il a instauré, l'année dernière, un *fedtafgift* – une taxe sur le gras –, raconte Jean-Philippe Chaput. Les autorités ont mis tous les types de gras dans le même panier, alors que certains sont indispensables à la santé. Forcément, la mesure n'a pas produit les effets escomptés. »

Malgré cet échec, le Danemark s'apprête maintenant à taxer les boissons gazeuses, à l'instar de l'Irlande et de la France. C'est à suivre surtout que le Danemark est le pays d'Europe où la consommation de bonbons et de gommes à mâcher est la plus élevée. Inspirera-t-elle d'autres pays? Dans tous les cas, ce sera certainement un exemple à surveiller, soutient Jean-Philippe Chaput. C'est l'avenir des friandises qui est aussi en jeu. ■

Présentation des administrateurs

COMITÉ EXÉCUTIF



À titre de présidente de l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec**, j'ai le plaisir de vous présenter les membres du Conseil d'administration 2013-2014.

En plus de la présidente, 17 administrateurs siègent au Conseil d'administration. Parmi eux, quatre sont des représentants du public nommés par l'Office des professions du Québec.

L'Ordre s'acquitte de son mandat de protection du public d'une part en contrôlant la compétence et l'intégrité de ses membres et d'autre part en favorisant le développement de la profession. Pour ce faire, la directrice générale et le secrétariat général mettent en œuvre les décisions des administrateurs qui se réunissent au moins quatre (4) fois par année.

Au nom des membres de la profession et en mon nom personnel, je les remercie de leur dévouement et je formule le souhait qu'ils atteignent les objectifs pour lesquels ils se sont engagés.

La présidente,
Diane Duval, HD

Diane Duval, HD

Présidente

Diplômée

THD, Cégep de Saint-Hyacinthe, 1978

Formation complémentaire

Certificat en psychologie du travail, 1998

Secteurs d'activité

- Enseignement, Cégep de l'Outaouais depuis 1988
- Éducatrice et formatrice

Expérience professionnelle

Hygiéniste dentaire en santé dentaire publique, 1983 à 1989
Hygiéniste dentaire en bureau privé, 1978-1988

Rôles à l'OHDQ

- Présidente de l'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* – 1988-1991 et depuis mai 2013
- Vice-présidente de l'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* – 1987-1988
- Administratrice de l'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* – 1984-1988, 1995-1996



Josée Tessier, HD

Vice-présidente

Région administrative

Montréal/Laval

Diplômée

THD, Cégep John Abbott College, 1987

Formation complémentaire

Baccalauréat en éducation, enseignement professionnel et technique, 2011

Attestation en anesthésie dentaire, 2008

Secteur d'activité

Enseignement

Expérience professionnelle

Cabinet dentaire privé (22 ans)

Industrie dentaire (3 ans)

Rôles à l'OHDQ

- Vice-présidente – depuis mai 2013
- Présidente – mai 2012 à mai 2013
- Trésorière – mai 2009 à mai 2010
- Membre du CE – mai 2008 à mai 2010
- Administratrice – depuis mai 2007



Nancy Tremblay, HD

Trésorière

Région administrative

Saguenay/Lac-Saint-Jean/Nord-du-Québec

Diplômée

THD, Cégep de Trois-Rivières, 1983

Formation complémentaire

Certificat de perfectionnement en enseignement, 2013

Diplôme de 2^e cycle en enseignement au collégial (en cours depuis 2008)

Baccalauréat en enseignement technologique et professionnel, 1998

Secteur d'activité

Enseignement

Expérience professionnelle

Cabinet dentaire privé

Santé dentaire publique

Stage santé dentaire dans le cadre d'un projet de coopération au Sénégal

Rôles à l'OHDQ

- Trésorière – depuis mai 2013
- Vice-présidente du CE – mai 2011 à mai 2013
- Administratrice – depuis septembre 2002



Franck Giverne, HD

Administrateur

Région administrative

Montréal/Laval

Diplômé

THD, Collège de Maisonneuve, 1989

Formation complémentaire

Études universitaires en enseignement en formation professionnelle et technique (en cours)

Secteurs d'activité

Santé dentaire publique

Enseignement

Expérience professionnelle

Enseignement (2012-)

Gestion (2011-)

Santé dentaire publique (1999-2013)

Recherche (2006-2009)

Cabinet dentaire privé (1989-1999)

Rôles à l'OHDQ

- Membre du CE – depuis mai 2013
- Administrateur – depuis mai 2012



Francine Boivin, dt.p. MAP

Consultante en gestion

Administratrice nommée

depuis mai 2007 et membre

du CE depuis mai 2008.

Madame Boivin détient un baccalauréat en nutrition et une maîtrise en administration publique (MAP). Gestionnaire dans le réseau de la santé jusqu'en 2007, elle a occupé les postes de chef de service diététique, de directrice adjointe aux services techniques et directrice des ressources humaines. Administratrice dans plusieurs conseils d'administration, elle fut notamment présidente du conseil d'administration du centre jeunesse MCQ et vice-présidente du Bureau de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec. Elle recevait en 1989 le prix *Diversy Wyandotte* pour une contribution remarquable dans le domaine de la gestion des services alimentaires.

ADMINISTRATEURS



Danielle Bonenfant, HD
Administratrice

Région administrative
Estrie/Montérégie
Diplômée
THD, Cégep Saint-Hyacinthe, 1987
Formation complémentaire
Certificat en gestion d'entreprise, 1997
Secteur d'activité
Industrie dentaire
Expérience professionnelle
Cabinet dentaire privé (12 ans)
Rôle à l'OHDQ
• Administratrice – depuis janvier 2001



Francine Demeules, HD
Administratrice

Région administrative
Bas Saint-Laurent/Côte-Nord/Gaspésie/
Îles-de-la-Madeleine
Diplômée
THD, Collège d'enseignement général
de Saint-Jérôme, 1979
Formation complémentaire
Certificat de premier cycle en santé
communautaire, 1986
Secteur d'activité
Santé dentaire publique
Expérience professionnelle
Secrétaire comité exécutif pour le conseil
multidisciplinaire du CSSS de la Côte de Gaspé
(jusqu'en mai 2007)
Rôles à l'OHDQ
• Administratrice – depuis 1999
• Membre du CE – mai 2007 à mai 2008



Josée Desgagné, HD
Administratrice

Région administrative
Québec/Chaudière-Appalaches
Diplômée
THD, Collège François-Xavier-Garneau, 1992
Formation complémentaire
Certificat en santé publique, 1995
Secteur d'activité
Santé dentaire publique
Expérience professionnelle
Évaluateur pour Agrément dentaire Canada (2002)
Présidente du regroupement des intervenants
en santé dentaire publique (région 03)
Cabinet dentaire privé (1992-1994)
Rôles à l'OHDQ
• Administratrice – depuis 2001
• Déléguée au Conseil québécois d'agrément
– 2010-2012
• Membre du CE – mai 2005 à mai 2007
• Trésorière – 2006-2007



Carole Desroches, HD
Administratrice

Région administrative
Estrie/Montérégie
Diplômée
THD, Cégep Saint-Hyacinthe, 1977
Formation complémentaire
CPEC, 2005
Baccalauréat en Sciences, 1993
Secteur d'activité
Enseignement
Expérience professionnelle
Santé dentaire publique (1985)
Cabinet dentaire privé (1977 à 1985)
Rôle à l'OHDQ
• Administratrice – depuis mai 2011



Lina Duguay, HD
Administratrice

Région administrative
Lanaudière/Laurentides
Diplômée
THD, Collège de Maisonneuve, 1995
Secteurs d'activité
Cabinet dentaire privé
Enseignement
Rôle à l'OHDQ
• Administratrice – depuis mai 2012



Johanne Landry, HD
Administratrice

Région administrative
Montréal/Laval
Diplômée
THD, Cégep de Saint-Jérôme, 1979
Secteur d'activité
Cabinet dentaire privé
Expérience professionnelle
34 années en pratique généraliste et en pédodontie
Travailleuse autonome depuis mars 2010
Rôle à l'OHDQ
• Administratrice – depuis mai 2013



France Lavoie, HD
Administratrice

Région administrative
Québec/Chaudière-Appalaches
Diplômée
THD, Cégep de Trois-Rivières, 1986
Formation complémentaire
Diplôme interuniversitaire (DIU posturologie), 2006
Maîtrise en éducation, 2001
Baccalauréat ès arts, 1998
Sciences humaines, option psychologie, 1986
Secteurs d'activité
Conférencière
Enseignement
Pratique autonome
Expérience professionnelle
Bureau privé au Québec et en Suisse
Santé dentaire publique au Québec et en Suisse
OHDQ : *Prix Sylvie De Grandmont*
et plusieurs *J'ai relevé le défi de l'éducation*
Mentions d'excellence par : Ordre des dentistes
du Québec, Université du Québec à Trois-Rivières,
Cégep de Trois-Rivières, Cégep Garneau, Jeunes
entrepreneurs de la Mauricie, etc.
Rôles à l'OHDQ
• Administratrice – depuis mai 2011
• Présidente Comité inspection professionnelle – 1993-1994



Maryse Lessard, HD
Administratrice

Région administrative
Mauricie/Centre du Québec
Diplômée
THD, Cégep de Trois-Rivières, 1984
Formation complémentaire
Certificat en enseignement professionnel
et technique, 2007
Secteur d'activité
Cabinet dentaire privé
Expérience professionnelle
Vice-présidente de l'Association des
hygiénistes dentaires de la Mauricie/
Bois-Francis (2005-2006)
Rôle à l'OHDQ
• Administratrice – depuis juillet 2006



Sylvain Provencher, HD
Administrateur

Région administrative
Outaouais/Abitibi-Témiscamingue
Diplômé
THD, Cégep de l'Outaouais, 1994
Formation complémentaire
Microprogramme de 2^e cycle en
enseignement au collégial (en cours)
Certificat sur l'administration de l'anesthésie
locale par l'hygiéniste dentaire, 1997
Secteurs d'activité
Conférencier
Enseignement
Industrie dentaire
Expérience professionnelle
Cabinet dentaire privé :
(1997-2011 à Vancouver)
(1994-1997 au Québec)
Santé dentaire publique (1994-1997)
Rôle à l'OHDQ
Administrateur – depuis mai 2012



Diane Routhier, HD
Administratrice

Région administrative
Estrie/Montérégie
Diplômée
THD, Cégep François-Xavier-Garneau, 1980
Formation complémentaire
Certificat en administration des affaires (en cours)
Certificat en animation, 1984
Secteur d'activité
Cabinet dentaire privé
Expérience professionnelle
Cabinet dentaire privé (30 ans)
Santé dentaire publique (3 ans)
Rôle à l'OHDQ
• Administratrice – depuis mai 2013

ADMINISTRATEURS NOMMÉS



Sylvie Hertrich
Administratrice nommée
par l'Office des professions
du Québec depuis mai 2008.

Détentrice d'une maîtrise en Littérature comparée, Sylvie Hertrich a fait des études en Lettres et langues en France, en Allemagne, en Angleterre et au Québec. Elle complète, en 2013, une formation de 2^e cycle en Enseignement postsecondaire. Coordinatrice adjointe des cours de Communication écrite et orale, et chargée de cours à Polytechnique Montréal, elle a précédemment travaillé dans les domaines du marketing, des communications et des relations publiques, pour divers secteurs de l'industrie.



Monique L. Bégin, MAP, ASC
Administratrice nommée
par l'Office des professions
du Québec depuis mai 2011.

Actuellement administratrice de plusieurs conseils d'administration, Mme Bégin détient une licence d'infirmière et une maîtrise en administration publique (MAP). Elle est également certifiée de l'Université Laval comme administratrice de Sociétés (ASC).

Madame Bégin a fait carrière dans l'administration publique québécoise où elle a occupé de nombreux postes de gestionnaire. Directrice des services à la clientèle à la Régie de l'assurance-maladie, directrice générale de Communication Québec, sous-ministre adjointe responsable du réseau d'aide sociale, directrice générale de la Régie de la santé et des services sociaux de la région de Québec, sous-ministre en titre du ministère des Régions et Présidente-directrice générale de la Société Faune et Parc. Par la suite, elle fut vice-présidente des communications et des relations publiques à La Capitale groupe financier. Aujourd'hui retraitée, elle siège à de nombreux conseils d'administration. Deux mentions d'honneur pour Mme Bégin : en 1994, elle fut nommée Femme de carrière de l'année par l'Association des femmes de carrière et en 2002, elle se voit décerner le prix d'excellence en administration publique par l'IAPQ (Institut d'administration publique du Québec).



Carole Lemire, inf. Ph. D. (c)
Administratrice nommée
par l'Office des professions
du Québec depuis décembre 2009.

Directrice du Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Mme Lemire est détentrice d'un baccalauréat en sciences infirmières (1976), d'une maîtrise en Éducation (déontologie et éthique) (1995) et a complété sa scolarité doctorale en sciences infirmières (éthique). Ayant œuvré pendant plus de 30 ans comme professeure en soins infirmiers, Mme Lemire a acquis une vaste expérience en soins aigus et critiques au Québec, en France, en Belgique et en Suisse. Elle a été membre et présidente du comité de révision de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1998 à 2006) et membre du conseil de discipline du même ordre. Elle est l'auteure des livres de soins infirmiers suivants : Cahier de méthodes de soins 1 (2009), Soins infirmiers, Cahier de méthodes de soins 2 (2011), recueil de Méthodes de soins SASI (2013) et les chapitres en responsabilité légale des volumes « Perry et Potter » et « Forthinash & Worret » de la maison d'édition Chenelière Éducation.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ORDRE



Johanne Côté, HD, ASC, Adm.A
Directrice générale

Diplômée en techniques d'hygiène dentaire du Cégep de Trois-Rivières, madame Johanne Côté a travaillé pendant 25 années en cliniques dentaires. Son expérience au sein de l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ)** a débuté en 1995 à titre de syndique adjointe. En 1996, elle a été élue membre du Comité exécutif et du Conseil d'administration.

Le 16 juillet 2009, madame Côté a été nommée présidente et directrice générale de l'**OHDQ**, après en avoir assuré la présidence pendant 13 ans.

Madame Côté est un des membres fondateurs de la Fiducie de l'**OHDQ**, laquelle a été créée en 2006.

Au sein du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ), madame Côté a occupé les fonctions suivantes au comité exécutif : administratrice (2006-2007), vice-présidente (2007-2011) et présidente par intérim (2008).

À maintes reprises, madame Côté est invitée à participer aux tables rondes et conférences de la *Société canadienne des directeurs d'association* (SCDA).

Madame Côté est certifiée comme administratrice de Sociétés (ASC) depuis 2012.

Elle est également membre de l'*Ordre des administrateurs agréés du Québec* (Adm.A)



M^e Janique Ste-Marie, notaire
Secrétaire de l'Ordre

Secrétaire de l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec** depuis septembre 2009, madame Ste-Marie est notaire depuis 1992. Elle est détentrice d'un baccalauréat en droit et d'un diplôme de droit notarial. Elle est cofondatrice d'une étude où elle a pratiqué le droit notarial durant plus de six ans.

Par la suite, elle a œuvré au sein d'une compagnie d'assurance où elle a occupé le poste de directrice des affaires juridiques et celui de directrice de la souscription et des réclamations pendant neuf ans.

Une personne sur cinq en souffre¹.

Plusieurs l'ignorent².

Ils peuvent aussi en ignorer les
conséquences sur leur santé buccodentaire*.

Ils attendent vos conseils.



La bouche sèche est un risque pour la santé buccodentaire que bien des patients ignorent². Les patients prenant plusieurs médicaments sont le plus à risque³. Par conséquent, lorsque vous en reconnaissez les signes, abordez la question de la bouche sèche et de l'aide que peut apporter le dentifrice Biotène[®] pour maintenir une bonne hygiène buccale. Biotène[®] offre aussi une gamme de produits pour l'hydratation buccale.

Un rinç-bouche, un gel
et un vaporisateur pour
l'hydratation buccale



M^{co} ou licencié GlaxoSmithKline
Soins de santé aux consommateurs Inc.
Mississauga, Ontario L5N 6L4
©2013 GlaxoSmithKline

biotène[®]

BIOTÈNE est une marque déposée du groupe d'entreprises GlaxoSmithKline.

* La bouche sèche peut perturber l'environnement de santé buccodentaire et causer la mauvaise haleine, la déminéralisation, l'augmentation des caries, des infections et une mucosité^{4,5}. 1. Sreebny LM. A useful source for the drug-dry mouth relationship. *J Dent Educ.* 2004;68:6-7. 2. Dawes C. How much saliva is enough for avoidance of xerostomia? *Caries Res.* 2004;38:236-240. 3. Sreebny LM, Schwartz SS. A reference guide to drugs and dry mouth, 2^e édition. *Gerodontology.* 1997;14:33-47. 4. Turner MD, Ship JA. Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people. *J Am Dent Assoc.* 2007;138:155-20S. 5. Fox PC. *J Clin Dent.* 2006;17(numéro spécial):27-28.



Un dentifrice pour les personnes
affectées par la bouche sèche



TEST MAISON

pour le VIH

Par **Dominique Forget**, journaliste

Source: Reproduit avec permission. L'Actualité, 1er septembre 2012, page 59.

Aux États-Unis, il n'est plus nécessaire de consulter un médecin pour savoir si l'on est porteur du VIH. L'Agence américaine des médicaments a approuvé la vente libre d'un test de dépistage maison. Selon les essais cliniques réalisés par le fabricant, il permettrait de détecter le virus dans 92 % des cas. Il suffit, pour obtenir le résultat, de passer un coton-tige sur ses gencives, puis de mettre celui-ci en contact avec des agents réactifs pendant une vingtaine de minutes. On espère qu'en dépistant un plus grand nombre de porteurs du VIH on limitera la propagation de l'infection. La Dre Nitika Pant Pai, épidémiologiste à l'Université McGill, encourage le Canada à emboîter le pas. ■

Cellules

DE RECHANGE

Par **Dominique Forget**, journaliste

Source: Reproduit avec permission. L'Actualité, 15 décembre 2011, page 73.

Les humains pourraient un jour disposer d'une réserve de cellules souche embryonnaires personnalisées, utiles pour réparer des tissus ou des organes endommagés. Des chercheurs new-yorkais ont franchi un pas dans cette direction en perfectionnant une technique de clonage. Ils ont extrait le bagage génétique d'une cellule de la peau d'un adulte et l'ont injecté dans un ovule non fécondé. L'ovule s'est divisé pour former un embryon de quelques jours, composé d'une centaine de cellules souches. Le hic : ces cellules souches contenaient un nombre anormal de chromosomes. Elles ne pourront jamais se développer pour former des tissus sains. Les chercheurs croient qu'ils pourront un jour vaincre cet obstacle. ■

ODONTOLOGIE

ET MÉDECINE

DU SOMMEIL



Par les auteurs **Gilles J. Lavigne, Peter A. Cistulli et Michael T. Smith**

Traduction par **P. Saulue, D. Brocard et J.-F. Lалуque**

Éditeur : **Quintessence internationale, 2012**

ISBN : **2912550793, 9782912550798**

210 pages, 40 illustrations

G. Lavigne, spécialiste des troubles du sommeil, décrit pour les odontologistes leurs principales manifestations tels les SAOS, le bruxisme nocturne, les douleurs chroniques, qui peuvent interférer avec les traitements dentaires. De plus, les praticiens sont directement concernés par le diagnostic précoce ainsi que la mise en œuvre de certains traitements par orthèses. Ouvrage indispensable face à la demande croissante des patients et médecins. ■

JE PROTÈGE MES PATIENTS

Avis aux hygiénistes dentaires

Votre travail vous expose à des liquides biologiques de patients potentiellement infectés par le VIH, le VHB et le VHC.

Vous posez des actes à risque de transmission de ces infections hématogènes.

Heureusement, des mesures de protection et de prévention s'offrent à vous.

Si, malgré tout, vous contractez l'une de ces infections, communiquez sans tarder avec le SERTIH. Ses experts vous guideront.

Le SERTIH, des gens de bon conseil

www.inspq.qc.ca/sertih

1 866 680-1856

VHB

VIH

VHC

SERTIH

Service d'évaluation des risques
de transmission d'infections hématogènes

Institut national
de santé publique

Québec



CAPSULE ÉCOLOGIQUE

REVÊTEMENT ANTIBACTÉRIEN

Par **Dominique Forget**, journaliste

Source: Reproduit avec permission. L'Actualité, 1er octobre 2012, page 57.

Une équipe de l'Université Harvard a mis au point un revêtement « glissant » auquel les bactéries n'arrivent pas à s'attacher. « Nous nous sommes inspirés de la nature, plus précisément de la surface des feuilles de la **sarracénie**, une plante carnivore, explique Joanna Aizenberg, spécialiste en génie des matériaux. Les insectes glissent sur ses feuilles, pour tomber au fond d'une urne. Un piège fatal. » La surface synthétique mise au point par les scientifiques est composée d'une nanostructure poreuse sur laquelle est immobilisé un fluide lubrifiant, hyper-glissant pour les bactéries.

Ce revêtement pourrait servir à recouvrir les implants médicaux, comme les stimulateurs cardiaques, pour éviter qu'ils ne soient contaminés avant d'être placés dans le corps humain. ■







Cliniques Dentaires Suisses d'excellence

*recherchons des
hygiénistes dentaires diplômées*





Transmettre CV sur contact@lausanne-dentaire.ch

Placement Prodent

Recherche des hygiénistes dentaires pour combler des postes à temps plein, à temps partiel ainsi que pour des remplacements journaliers.

Le candidat ou la candidate doit être membre en règle de l'OHDQ. Tous les candidats et toutes les candidates seront contactés. Les dossiers sont traités dans la plus stricte confidentialité. Expérience requise pour remplacement à court terme.

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

Hygiéniste dentaire

Hygiéniste dentaire pour clinique de spécialiste en ORTHODONTIE à Montréal (St-Léonard), 3 jours/sem. menant à 4 jours/sem., bilingue, dynamique, professionnelle. Clinique complètement informatisée. Poste permanent. Automne 2013. Salaire selon expérience. Aucun soir ni weekend, 8h à 17h. Excellente opportunité d'emploi pour une personne motivée. Environnement de travail exceptionnel.

Exigences: BILINGUE, être membre en règle de l'OHDQ, minimum de 2 ans d'expérience en hygiène dentaire, avoir de l'entregent et de la courtoisie à l'égard des patients.

Veuillez transmettre votre CV par courriel à l'attention de Rosanna à dr.flavoie@gmail.com

Hygiéniste dentaire à Kuujuaq, dans le grand nord du Québec

Le centre de santé Tulattavik de l'Ungava situé à Kuujuaq est à la recherche d'une hygiéniste dentaire

Exigences: Membre en règle de l'OHDQ, deux ans d'expérience en prévention et hygiène dentaire, expérience en santé communautaire est un atout majeur, maîtrise de l'anglais et du français est essentielle.

Salaire: Min: 691,60 \$/sem. Max: 1011,50 \$/sem.
Plus primes nordiques: 15,500,00 \$/année

Plusieurs autres avantages sont offerts, consulter www.santemontreal.qc.ca (onglet Emploi/région NUNAVIK).

Acheminer votre CV par courriel:
ressourceshumaines.tulattavik@ssss.gouv.qc.ca

LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE...

pour le meilleur ou pour le pire ?

Par Christine Thibault, B.Sc., HD



L'année passée, je voyais pour la première fois une personne utiliser une cigarette électronique. Par

contre, son entourage semblait la désapprouver. Ce n'est qu'après avoir pris connaissance des caractéristiques de cette nouvelle cigarette que j'ai pu nuancer mes pensées.

J'ai été surprise d'apprendre que contrairement à l'actuelle cigarette qui utilise la même vieille technologie depuis 5 000 ans – le feu – pour délivrer la nicotine, la cigarette électronique est activée par une batterie. Cela lui permet de convertir en vapeur de la nicotine liquide, emmagasinée dans une petite cartouche. Cette nicotine est disponible en différentes concentrations et saveurs.

En fait, la cigarette électronique a été conçue pour livrer au fumeur sa nicotine, sans les produits carcinogènes. Au moins 70 des 7000 produits chimiques retrouvés dans la fumée de cigarette sont connus comme carcinogènes.¹

C'est une innovation intéressante quand on sait que :

- les effets carcinogènes de la cigarette tuent cinq millions de personnes chaque année dans le monde.¹
- au Québec, c'est chaque jour, l'équivalent d'un autobus scolaire rempli.²
- le tiers des coûts encourus par les journées d'hospitalisation sont directement attribuables au tabagisme.³

J'ai appris qu'aux États-Unis, la cigarette électronique gagne en popularité, car elle a le « look » et le « feeling » d'une vraie cigarette. Elle est publicisée comme une solution de rechange sécuritaire de la cigarette. Elle est en vente libre et n'est pas assujettie à la même législation que les produits du tabac.¹

Ici, on devrait bientôt en entendre parler davantage. Les cigarettiers canadiens s'intéressent de très près à la cigarette électronique, plusieurs s'appropriant d'ailleurs à pénétrer ce marché.⁴

Maintenant que je connais mieux ce qu'est la cigarette électronique, je constate que l'approche de l'abstinence de la nicotine reste l'idéal.

Je vais donc poursuivre ma démarche antitabagique auprès de mes patients. D'ailleurs, depuis plusieurs années déjà, les professionnels de la santé sont mobilisés et cette tendance devrait s'accroître. Je lisais que, selon Michèle Tremblay, médecin-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), les professionnels de la santé doivent être au cœur du counseling en abandon du tabac, et ce, pour deux grandes raisons :

« D'abord, la majorité des gens consulte au moins un de ces professionnels chaque année, qu'il s'agisse d'un pharmacien, d'un médecin ou d'un dentiste; ensuite, ceux qui fument les consultent fréquemment pour un problème de santé causé ou aggravé par le tabac. »⁵

Effectivement, je n'ai qu'à penser à toutes les tâches que je nettoie sur les dents, et dont les patients pensent souvent à tort que c'est causé par le café. D'ailleurs, c'est souvent le moment que je choisis pour aborder le sujet.

Je lisais aussi qu'il était important d'amener les jeunes de 18 à 24 ans à écraser, car 32 % d'entre eux sont accros au tabac, contre 20 % des Québécois, selon Statistique Canada. De plus, « C'est l'âge où l'on passe généralement de « fumeur occasionnel » à « vrai fumeur », explique Jacinthe Hovington, directrice de la Prévention du cancer et de la promotion de la santé à la Société canadienne du cancer.⁶

Je trouve cela intéressant à savoir et ça m'aide à aborder les effets nocifs du tabac avec cette clientèle.

J'aime aussi laisser ouvert et bien en évidence dans ma salle d'hygiène, le cahier sur le tabac que notre ordre professionnel nous a déjà fourni⁷. Et, quand les plus jeunes me demandent ce que c'est, je leur réponds que ce sont des dents et des gencives de fumeurs. Ils s'exclament souvent par un « dégueulasse ! » et ajoutent parfois : « Moi, je ne fumerai pas ! »

J'espère seulement qu'ils s'en souviendront le jour où on leur offrira leur première cigarette... électronique ou traditionnelle ! ■

Références :

1. Dentistryiq.com/articles/2013/06/health-effects-of-e-cigarettes.html
2. Info-tabac.ca. Revue pour un Québec sans fumée. Numéro 97, juillet-août 2013, page 1.
3. Dre Pierrette Michaud administratrice de l'Association des médecins omnipraticiens du Québec. Info-tabac.ca. Revue pour un Québec sans fumée. Numéro 97, juillet-août 2013, page 2.
4. Info-tabac.ca. Revue pour un Québec sans fumée. Numéro 97, juillet-août 2013, page 16.
5. Info-tabac.ca. Revue pour un Québec sans fumée. Numéro 97, juillet-août 2013, page 8.
6. Info-tabac.ca. Revue pour un Québec sans fumée. Numéro 97, juillet-août 2013, page 4.
7. Vous voulez vous libérer du tabac ? Parlez-en avec un membre de notre équipe dentaire. ODQ, ODDQ, INSPQ.

FAIT: LES CARIES CONSTITUENT LA MALADIE
CHRONIQUE LA PLUS COURANTE¹

COMMENT TRAITEZ-VOUS VOS PATIENTS À RISQUE?

RECOMMANDEZ-LEUR NOTRE FORMULE LA PLUS PERFECTIONNÉE POUR UNE
REMINÉRALISATION INSURPASSÉE^{2,†}

NOUVEAU ET AMÉLIORÉ

Colgate*

PreviDent* BOOSTER PLUS

Dentifrice en gel liquide contenant 5 000 ppm de fluorure

Avec
diphosphate
tricalcique



Colgate*

VOTRE PARTENAIRE EN SANTÉ BUCCODENTAIRE

1. Beaglehole R, Benzian H, Craik J, Mackay J. *The Oral Health Atlas. Mapping a Neglected Global Health Issue*. Geneva & Brighton: FDI World Dental Education Ltd. & Myriad Editions; 2009. 2. Données archivées; Colgate-Palmolive, 2012. Cycle de variation du pH in vitro après 10 et 20 jours. †C. la crème topique MI Paste PlusSM et ClinProSM 5000. Colgate-Palmolive Canada, Inc. *TM Reg'd/M.D.

Pour commander, composez le:
1-800-2COLGATE

Soyez les premiers informés.
Soyez les premiers à en profiter.

Adhérez au programme

exclusivement

pour les hygiénistes dentaires



Un programme créé exclusivement
pour les hygiénistes dentaires.

- Obtenez une trousse gratuite avec des outils éducatifs†
- Obtenez des cours d'éducation permanente gratuits 24 h sur 24, 7 jours sur 7
- Obtenez des communications exclusives
- Obtenez des livraisons régulières d'échantillons pour patients

Adhérez dès aujourd'hui!
colgatespecialiste.ca

Inscrivez-vous et recevez une trousse

gratuite

pour spécialiste en santé
buccodentaire Colgate*



Présenté par

Colgate*

UNIONS DE FAIT

Par l'Équipe de rédaction de la Banque Nationale

De nos jours, les unions de fait sont fréquentes et, pour cette raison, plusieurs croient qu'ils bénéficient désormais d'un statut équivalent à celui de personnes légalement mariées ou unies civilement. Or, cette présomption pourrait leur coûter cher...

Qu'on l'appelle « union libre », « concubinage » ou « union de fait », le statut juridique des personnes qui vivent maritalement, c'est-à-dire sans être légalement mariées ou unies civilement, n'est pas reconnu par toutes les provinces, et ce, peu importe la durée d'une union.

Par exemple, le Code civil du Québec ne reconnaît aucun droit ou obligation découlant de la seule cohabitation entre deux personnes. De fait, nulle part dans le Code civil ne fait-on allusion aux conjoints de fait, sauf dans l'article 1938, qui est une exception à portée limitée ayant trait au bail d'un logement. En principe, donc, lors de la séparation de conjoints de fait, aucun droit ou obligation ne peut être réclamé par l'un ou l'autre des partenaires, principalement en ce qui concerne les droits :

- à une pension alimentaire;
- à l'usage de la résidence familiale et des meubles;
- au partage du patrimoine familial;
- à une prestation compensatoire;
- découlant d'un régime matrimonial.

En cas de décès

Dans certaines provinces, dont celles de Québec, de la Nouvelle-Écosse, de Terre-Neuve-et-Labrador et de l'Île-du-Prince-Édouard, le conjoint de fait survivant n'a aucun droit sur la propriété du conjoint qui décéderait sans testament, que ce soit pour subvenir aux besoins des personnes à charge, pour partager des biens ou encore pour répartir le patrimoine. Ainsi, il est important que les gens vivant en union

de fait et résidant dans ces provinces prévoient la distribution de leurs biens à l'aide d'un testament et qu'ils pensent à désigner leur conjoint à titre de bénéficiaire des contrats d'assurance ou des régimes enregistrés, comme les REER, les FERR et les CELI.

Autrement dit, puisque les droits soumis aux lois provinciales ne sont pas universels, toute personne vivant en union de fait a tout intérêt à effectuer sa planification successorale afin d'assurer la protection adéquate de son conjoint en cas de décès.

Lois reconnaissant les conjoints de fait

Certaines lois reconnaissent des droits aux personnes vivant en union de fait dans le cadre bien précis de leur champ d'application. Par exemple, les conjoints de fait sont reconnus du point de vue fiscal (impôts), des régimes de pension agréés, de la Régie des rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada (incluant la Sécurité de la vieillesse), de la Société de l'assurance automobile du Québec et de l'assurance-emploi (Canada).

Certains délais s'appliquent toutefois avant que les conjoints de fait ne soient reconnus comme tels. Ces délais varient selon les lois applicables. Ainsi, un couple n'ayant pas d'enfants sera conjoint de fait après un an de vie commune seulement, tandis que la Régie des rentes du Québec exigera une cohabitation de trois ans pour cette même reconnaissance.

Contrats familiaux

Au Québec, le Code civil laisse aux conjoints de fait la liberté d'établir ou non les droits et obligations devant gouverner leur relation. Cette absence de règles peut très bien convenir à un couple si chacun des individus le composant jouit d'une

indépendance financière. C'est peut-être d'ailleurs la raison qui les a conduits à adopter ce type d'union.

Il est toutefois possible pour les conjoints de fait de conclure une entente, généralement appelée « contrat familial » ou « accord de cohabitation », qui régira les droits de répartition de la propriété en cas de rupture. Ces ententes ne sont pas exécutoires si elles tentent de limiter les droits relatifs au soutien ou à l'aide aux personnes à charge. De plus, elles doivent être conclues volontairement, avec une divulgation intégrale de leur contenu et des conseils juridiques indépendants, et peuvent être rédigées par un notaire.

Conclusion

Il est très important pour les conjoints de fait de comprendre la façon dont leur union sera reconnue en cas de rupture ou de décès, et ce, même si cela peut s'avérer fort complexe en raison du manque d'uniformité à l'échelle du Canada. Mais présumer qu'une union sera traitée de façon identique à un mariage ou, à l'inverse, qu'elle ne sera pas reconnue du tout légalement pourrait être dangereux. En agissant de la sorte, vous risquez de ne pas mettre en œuvre les actions qui vous protégeront, vous et votre conjoint.

Cela dit, certains couples désirent faire reconnaître leur union et bénéficier du droit de subvenir à leurs besoins mutuels, alors que d'autres préfèrent éviter les conséquences de cette reconnaissance. Donc, peu importe votre situation, il serait plus prudent de consulter un professionnel afin de vous assurer que vos désirs seront respectés. ■

UN REMÈDE AU BRUXISME FINANCIER

Adhérez au programme financier¹ pour hygiénistes dentaires et profitez d'avantages dont vous n'avez même pas idée.

Passez nous voir et vous verrez.

banquedelasante.ca



¹Le programme financier s'adresse aux spécialistes en sciences de la santé (audiologistes, denturologistes, ergothérapeutes, hygiénistes dentaires, opticiens, orthophonistes, pharmacologues, physiothérapeutes, psychologues, sages-femmes et technologistes médicaux), qui sont citoyens canadiens ou résidents permanents du Canada. Le programme financier constitue un avantage conféré aux détenteurs de la carte Platine MasterCard de la Banque Nationale. Une preuve de votre statut professionnel vous sera demandée.



Lisa Philp
Hygiéniste dentaire

LE SUCCÈS DU CLIENT EST VOTRE PROPRE SUCCÈS.

Une meilleure communication avec le client. Une assiduité accrue par le client.
Une plus grande contribution à la pratique. Voyez comment nos programmes
profitent à d'autres hygiénistes dentaires à bilanensante.ca

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

Crest + Oral-B

En affaires avec vous.