



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec

L'EXPLO RATEUR

Le magazine de l'Ordre
des hygiénistes dentaires
du Québec

L'orthodontie
Des traitements
à la réhabilitation...
de la petite enfance
à l'âge adulte.

Vol. 22 N° 2 Juillet 2012 PP 40009269 - Retourner toute correspondance ne pouvant être livrée au Canada à: OHDO, 1155, rue University, bureau 1212, Montréal (Québec) H3B 3A7

DOSSIER

Malocclusion :
l'importance
du dépistage et
de l'interception
précoces

ACTUALITÉ

Clientèle vulnérable,
santé buccodentaire
et le rôle de
l'hygiéniste dentaire

JOURNÉE-CONFÉRENCE 2012 EN BREF

Une présentation
de l'équipe des
diététistes des
Producteurs laitiers
du Canada

RECRUTEMENT

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

Nous valorisons une relation basée sur le respect de l'équilibre, au niveau du développement professionnel autant que personnel, permettant ainsi un environnement épanouissant.

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

- RÉGIME DE RETRAITE (avec participation de l'employeur)
- Plan d'assurances collectives
- Formations*
- Horaire flexible
- Remboursement de la cotisation professionnelle*
- Remboursement des frais d'inscription aux journées dentaires*
- Possibilité de transfert dans une autre clinique à travers le Québec
- Plan de traitements de soins dentaires
- Rabais de diverses ententes corporatives
- Primes de fin de semaine
- Activités diverses organisées par le Club social



Pour de plus amples informations, communiquez avec Kathy Guillemette, conseillère en recrutement (450) 679-2300 poste 2289 / kguillemette@centreslapointe.com ou consultez le site web www.centreslapointe.com

*Certaines conditions s'appliquent.





- 5 Avant-propos
- 6 MOT DE LA PRÉSIDENTE
- 7 A word from the President
- 8 L'Explorateur virtuel

DOSSIER : L'ORTHODONTIE



10 HISTOIRE (ABRÉGÉE) DE L'ORTHODONTIE AU CANADA

- 14 Malocclusion : l'importance du dépistage et de l'interception précoces
- 24 La réhabilitation de l'hygiène dentaire
- 28 Traitement orthodontique et prévention du risque carieux

Liste des annonceurs

America Dentaire inc.
 Association des aventuriers de Baden-Powell
 Banque Nationale groupe Financier
 Centres dentaires Lapointe
 Fasken Martineau
 Faculté de médecine dentaire / Université de Laval
 GlaxoSmithKline
 La Personnelle Assureur de groupe auto, habitation et entreprise
 Placement Prodent
 Novalab (Novadent)
 Sunstar Americas Inc (Canada)

COLLABORATION SPÉCIALE

- 34 « À l'écoute les uns des autres » : une initiative pour améliorer les relations avec les membres mal desservis de notre société
- 36 Hygiénistes dentaires recherchées en vue de procéder à l'analyse et à la description des pratiques adaptées à l'égard des personnes handicapées

PROMOTION DE LA PROFESSION

- 37 Nous sommes présents!

38 Calendrier de formation 2012-2013

- 45 Journée-conférence 2012 en bref.
 Une présentation de l'équipe des diététistes des Producteurs laitiers du Canada

ACTUALITÉ

- 61 Mois de la santé buccodentaire 2012
- 62 Clientèle vulnérable, santé buccodentaire et rôle de l'hygiéniste dentaire

À VOTRE SANTÉ

- 66 Coups de soleil. Les prévenir, certes! Et aussi les soigner.

SÉLECTION DE PRESSE

- ~~70 Infection orale avec le VPH: les hommes sont les plus touchés~~
- 71 Hématologie... notre santé se lit dans une goutte de sang
- 71 Timbré aux arachides

SERVICES FINANCIERS

- 72 Surplus budgétaires? Faire des investissements judicieux.

VU LU ENTENDU

- 74 Santé psychologique. Prévention et soutien
- 74 Victor et la dent perdue
- 74 L'art de traiter avant 6 ans.

COCASSERIE

- 75 Anthropologie : l'un de nos plus vieux cousins broutait de l'herbe
- 75 Droitiers depuis 500 000 ans

RÉFLEXION

- 76 Prise de radiographies... rassurons nos patients

78 OFFRE D'EMPLOI

L'Explorateur est une source d'information fiable et crédible qui contribue depuis plus de 22 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
Le sommeil	Octobre 2012	15 juin 2012
Nouvelles technologies	Janvier 2013	12 octobre 2012
Les bactéries	Avril 2013	11 Janvier 2013



Voici le nouveau Sensodyne[®] Soulagement Rapide^{MC}

Un soulagement **rapide*** et durable[†] de la douleur causée par l'hypersensibilité dentinaire^{1,2}

- Soulagement éprouvé en clinique. **Agit en 60 secondes seulement***^{1,2}
- **Soulagement durable** éprouvé avec un brossage deux fois par jour²
- Crée une **occlusion** profonde **résistant à l'acidité**^{3,4}
- Contient du fluorure mais pas de laurylsulfate de sodium



* Lorsque utilisé selon les directives de l'emballage. † Avec un brossage deux fois par jour².

1. Mason S, Hughes N, Sufi F, et al. *J Clin Dent* 2010;21(2):42-8. 2. Hughes N, Mason S, Jeffery P. *J Clin Dent* 2010;21(2):49-55.
3. Banfield N et Addy M. *J Clin Periodontol* 2004;31:325-335. 4. Parkinson C et Willson R. *J Clin Dent* 2011;22(1):6-10.



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

©2012 GlaxoSmithKline



L'EXPLORATEUR, VOL. 22, n° 2, JUILLET 2012**Comité des publications**

Caroline Boudreault, HD
Lucie Gagné, HD
Bibiane Gagnon, HD
Martine Plante, HD
Karyne Bédard, secrétaire du Comité

Ont collaboré

Christophe Bedos, D.C.D., Ph.D.
Agathe Bergeron, HD
Valérie Buron
Martine C. Lévesque, M. Sc.
Nadine Caron, adjointe administrative
Sylvain Chartier, M.fisc., Pl.fin.
Marie-Claude Dorval, HD
Annick Ducharme, HD
S. El Arabi
S. Fassy-Fehry
Dominique Forget, journaliste
Louise Gosemick, HD
M. Hamza
Coralie Hancock
Eloïse Layan
Elizabeth McDermott, secrétaire de direction
L. Ousehal
Marise Parent, commis secrétaire
James L. Posluns, B.Sc., DDS, D.Ortho, M.E.D., FRCD (C)
Diane St-Cyr, inf., stomathérapeute C (C), B.Sc., M.Ed.
Christine Thibault, B.Sc., HD
Jacques Véronneau, D.M.D., Ph.D.

Comité exécutif

Présidente, Josée Tessier, HD
Vice-présidente, Nancy Tremblay, HD
Trésorière, Jessica Nadon, HD
Administratrice, Kim Farrell, HD
Administratrice nommée, Francine Boivin, Dt.p.Map

Conseil d'administration

Régions
05 et 16 Danièle 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
05 et 16 Kim Farrell, HD
06 et 13 Franck Giverne, HD
03 et 12 France Lavoie, HD
04 et 17 Maryse Lessard, HD
06 et 13 Jessica Nadon, HD
07 et 08 Sylvain Provencher, 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
Secrétaire de l'Ordre, M^{me} Janique Ste-Marie, notaire

Revision OHDQ
Publicité OHDQ
Graphisme G branding & design
Photo couverture Veer
Impression F.L. Chicoine
Tirage 6 000 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 No 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 collègues,

La saison estivale est belle et bien installée. C'est la période où la nature est à son maximum avec son arc-en-ciel de couleurs et sa multitude de parfums. C'est le moment idéal pour faire des activités en plein air avec les membres de la famille ou partager de petits plaisirs avec les amis. L'été, c'est également la période des vacances qui approche à grands pas et pour certains d'entre nous, cela veut dire profiter du soleil et refaire le plein d'énergie.

Le Comité des publications est fier de vous présenter l'édition estivale de *L'Explorateur* qui a pour thème « L'orthodontie », thématique qui a connu une popularité sans précédent au cours des dernières années. En effet, plusieurs d'entre nous connaissons un membre de notre famille, un ami ou une connaissance qui suit un traitement orthodontique ou qui en suivra un éventuellement. Au fil des ans, les traitements ont beaucoup changé et évolué et plusieurs nouveautés ont vu le jour.

La rubrique DOSSIER est constituée de 4 articles tout aussi intéressants les uns que les autres, à commencer par un article d'introduction qui s'intitule « Histoire (abrégée) de l'orthodontie au Canada ». Deux articles ont été écrits par des hygiénistes dentaires et qui sont admissibles au Prix Racine. Le premier s'intitule « Malocclusion : l'importance du dépistage et de l'interception précoces » par Louise Gosemick et le deuxième s'intitule « La réhabilitation de l'hygiène dentaire » par Annick Ducharme.

On complète la rubrique par un article intitulé « Traitement orthodontique et prévention du risque carieux ».

Vous pourrez également lire d'autres articles comme « Coups de soleil. Les prévenir, certes! Et aussi, les soigner! », « La clientèle vulnérable, santé buccodentaire et rôle de l'hygiéniste dentaire », « Infection orale avec le VPH: les hommes sont les plus touchés », « Prise de radiographies... rassurons nos patients » et plus encore.

De plus, le Comité de formation continue et professionnelle est heureux de vous dévoiler le calendrier de formation continue 2012-2013. Cette année, la programmation comporte 4 cours différents. Les conférenciers André Martel, DMD, ortho, Jacques Véronneau, DMD, Ph. D., Yva Khalil, HD et Éric Langevin, maître instructeur et paramédic, sillonneront les différentes régions de la province.

En terminant, nous vous rappelons qu'il est encore temps de vous inscrire au Congrès 2012 de l'OHDQ, lequel se tiendra les 9, 10 et 11 novembre prochain au Palais des congrès de Montréal.

Nous vous souhaitons une bonne lecture et un très bel été. Profitez-en bien!

Le Comité des publications,

Caroline Boudreault, HD
Lucie Gagné, HD
Bibiane Gagnon, HD
Martine Plante, HD
Karyne Bédard, secrétaire du Comité

MISSION DE L'OHDQ

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

VISION DE L'OHDQ

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

LES VALEURS PRIVILÉGIÉES POUR LA PROFESSION D'HYGIÉNISTE DENTAIRE

Rigueur – Empathie – Engagement – Interdisciplinarité – Cohérence – Respect



Chers membres,

Avant tout, j'aimerais remercier chaleureusement madame Johanne Côté, HD pour

son travail à la présidence de l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec**. Elle a donné 14 années de dévouement à la présidence avec toute son énergie et bien sûr, son cœur. Merci Johanne!

C'est avec fierté
et joie que
j'ai accepté de
prendre la relève en
tant que présidente
de l'Ordre.

C'est avec fierté et joie que j'ai accepté de prendre la relève en tant que présidente de l'Ordre. Comme je siège au Conseil d'administration depuis quelques années, je ne suis pas en territoire inconnu. En outre, avec la connaissance et la compréhension des différents mécanismes de gestion d'un ordre professionnel que j'ai acquises au cours des dernières années, je me sens en mesure d'assurer la continuité des dossiers de l'Ordre.

Évidemment, le dossier de la modernisation de la dentisterie est celui qui nous tient tous à cœur, mais à titre de nouvelle présidente, je continuerai à consacrer toutes nos énergies à faire la promotion de la profession d'«HYGIÉNISTE DENTAIRE» dans tous les dossiers sur lesquels nous travaillons à l'Ordre.

À cet effet, nous avons créé la 1^{re} *Journée de l'hygiéniste dentaire*, initiative que nous souhaitons répéter en 2013. Je vous invite à nous faire part de vos commentaires et de vos suggestions en vue de bonifier cette activité. De plus, au cours de la dernière année, l'Ordre a modifié la politique de formation continue afin de répondre aux demandes des membres. Ces changements ont été très bien accueillis.

Je connais très bien la profession d'hygiéniste dentaire puisque je l'exerce depuis plus de 25 ans. La réalité, je la connais, car je pratique toujours en bureau privé.

La prochaine année sera à nouveau intense puisque nous devrions connaître sous peu les recommandations du Comité d'experts qui seront déposées au gouvernement. C'est à ce moment que nous serons en mesure de vous donner plus de détails sur le dossier de la modernisation et de poursuivre la réflexion avec vous tous.

J'invite les hygiénistes dentaires à travailler dans la même direction pour l'avenir de notre profession.

Bon été et au plaisir de vous rencontrer au Congrès de l'OHDQ 2012, lequel aura lieu les 9, 10 et 11 novembre 2012 au Palais des congrès de Montréal. ■

Josée Tessier, HD
Présidente

Pour tout commentaire :

jtessier@ohdq.com

Tél. : 514 284-7639, poste 217

Dear Members:

First of all, I would like to offer my warmest thanks to Ms. Johanne Côté, DH for her work as President of the **Ordre des hygiénistes dentaires du Québec**. She dedicated 14 years to the presidency with all her energy and of course her heart. Johanne, thank you!

It is with pride and joy that I have accepted to take over as **OHDQ** President. As I have been on the Board of Directors for several years, I am not in uncharted territory. Furthermore, with the knowledge and understanding of the different mechanisms of managing a professional order, which I have acquired in recent years, I feel able to ensure the continuity of the **OHDQ** records.

Obviously, the issue of the modernization of dentistry is one that we all take to heart, but as incoming President, I will continue to devote our energies to promote the "DENTAL HYGIENIST" profession in all the projects on which we will work.

To this end, we created the 1st *Dental Hygienist Day*, an initiative that we hope to repeat in 2013. I invite you to send us your comments and suggestions to improve this activity. In addition, over the past year, the **OHDQ** has changed the policy on continuing education to meet the demands of members. These changes were very well received.

I am very familiar with the dental hygienist profession since I have been practising for over 25 years. Reality, I know all about it because I still work in a private practice.

It is with pride
and joy that
I have accepted to
take over as OHDQ
President.

The next year will again be intense because we should find out shortly about the recommendations of the Expert Committee to be deposited with the government. We will then be able to give you more details on the issue of modernization and continue the reflection with you all.

I encourage dental hygienists to work in the same direction for the future of our profession.

Have a great summer and I look forward to meeting you at the **OHDQ** 2012 Convention, which will be held on November 9, 10 and 11, at the *Palais des congrès de Montréal*. ■



Josée Tessier, DH
President
For comments:
jtessier@ohdq.com
Tel.: 514 284-7639, ext. 217

C'EST L'ÉTÉ, SOURIEZ!

Par Marie-Claude Dorval, HD



Enfin la belle saison. Au moment de lire ces lignes, peut-être êtes-vous étendus sous les chauds rayons du soleil ou peut-être faites-vous faire trempette à vos orteils? Peu importe votre plaisir estival, je vous propose cette fois-ci quelques liens intéressants qui sauront occuper les tristes journées de pluie (qui seront rares je l'espère). D'abord plongez dans le monde de la radioactivité. Ensuite, petite balade dans le domaine de l'orthodontie invisible. Aussi au menu, halte à la bibliothèque scientifique et visite de la santé mondiale avec l'OMS. Pas de relâche pour la formation continue cet été avec les deux sites qui vous sont proposés en anglais et en français. Enfin, un petit détour rigolo avec l'histoire de la brosse à dents et des transformations de sourire spectaculaires.



La radioactivité

Dans le cadre de notre travail, nous utilisons les radiographies quotidiennement pour dépister les maladies buccodentaires. Ce geste qui peut sembler banal parce que routinier ne doit toutefois pas être pris à la légère. De plus, nous sommes souvent confrontés à une clientèle peu informée, mais aussi très inquiète quant à l'utilisation répétée des rayons X dans le cadre de leurs visites de suivi. Voici donc un site qui fait le tour de la question. *La radioactivité.com* est destinée à Madame et Monsieur Tout-le-Monde et touche la question de fond en comble. Même si on y fait qu'une courte allusion au domaine dentaire, ce site peut vous aider à rafraîchir, voire approfondir vos connaissances en la matière.

<http://www.laradioactivite.com>

Invisalign

Un beau sourire en santé est un objectif qu'un nombre grandissant de patients souhaite atteindre, grâce entre autres, à l'excellent travail d'éducation effectué par les hygiénistes dentaires lors des dernières décennies. Notre clientèle nécessitant des traitements d'orthodontie, que ce soit pour des considérations esthétiques ou fonctionnelles, ne désire pas nécessairement subir les inconvénients des soins d'orthodontie traditionnels. Voilà où intervient *Invisalign*. Pour ceux qui ne sont pas familiers avec cette technologie, il s'agit d'une série d'*aligners* fabriqués sur mesure et remplacés aux deux semaines, qui déplacent graduellement les dents jusqu'à la position finale prescrite par l'orthodontiste. Je vous laisse découvrir plus en détail les avantages et les limites de cette méthode en visitant leur site Web.

<http://www.invisalign.com/Pages/default.aspx>

Pubmed.com

Pourquoi pas un petit détour par la bibliothèque pour occuper vos journées d'été? *Pubmed.com* propose une bibliothèque anglophone en ligne contenant environ 21 millions de citations et d'extraits d'articles scientifiques parus dans différents médias à vocation médicale. La *US National Library of Medicine* et la *National Institutes of Health* ouvrent ainsi leurs portes sur un large éventail d'articles, disponibles en partie ou en totalité. À l'aide de quelques mots clés de votre inspiration, vous trouverez différentes références pour satisfaire votre soif intarissable de connaissances. Pour les mordus, installez l'application sur votre appareil intelligent et accédez à cette foire scientifique partout où vous allez.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>



Organisation mondiale de la santé

Si comme moi, vous aimez garder l'œil ouvert sur la planète et sur la santé de ses habitants, l'Organisation mondiale de la santé vous propose son site Internet. Très bien construit et mis à jour régulièrement, vous pourrez, en visitant ce site, avoir accès à une foule de dossiers sur les enjeux sanitaires mondiaux sans compter d'innombrables statistiques qui dressent un portrait exhaustif de la santé à l'échelle planétaire. Je vous suggère aussi de consulter le rapport sur la santé buccodentaire mondiale produit en 2003 disponible en ligne sur le site de l'OMS et dont le lien vous est fourni plus bas.

<http://www.who.int/fr/>



Navigation estivale

On dit souvent que l'été, on a besoin de lecture plus légère histoire de reposer un peu notre cerveau. Je vous propose donc deux petites visites éclair sur le Web qui sauront, je l'espère bien, vous détendre et vous faire sourire un peu. En premier lieu, prenez connaissance de la petite histoire de la brosse à dents et voyez comment le nylon a remplacé les poils de sanglier sur notre outil d'hygiène de prédilection. Enfin, constatez les transformations parfois radicales des sourires de nos vedettes hollywoodiennes avec une série de seize photos avant et après. Comme quoi, leurs sourires blancs et naturels ne sont pas si naturels que l'on croit.

<http://www.pharmaciengiphar.com/Histoire-de-la-brosse-a-dents.html>

<http://divertissement.ca.msn.com/celebrites/photos/galeriedephotos.aspx?cp-documentid=26268639>



Formation continue en français

Formation Qualitemps inc. est une entreprise de formation spécialisée en gestion et en organisation du travail. Sa mission est de favoriser le développement des compétences pour plus d'efficacité et de bien-être au travail. Sur son site, vous trouverez le calendrier de formation répartie sous quatre catégories allant des habiletés personnelles aux habiletés organisationnelles en passant par les habiletés informatiques et de gestion. Bref, de tout pour tous les goûts et accessible dans plusieurs régions du Québec. Bonne nouvelle, toutes les formations données par cette entreprise sont reconnues par l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec**.

<http://www.formations-qualitemps.ca/calendrier-formations>



Formation continue en anglais

Vous connaissez peut-être la compagnie Dentsply grâce aux différents produits ou équipements que vous utilisez dans l'exercice de vos fonctions. Je vous présente ici leur site de formation continue en ligne. Entièrement en anglais, il présente une quantité appréciable de formations en ligne sur demande et de webinaires abordant des sujets plutôt variés et qui offrent environ une unité de formation reconnue par cours. Bonne formation.

<http://dentsplylearning.com/>

Histoire (abrégée) DE L'ORTHODONTIE AU CANADA

Par **James L. Posluns, B. Sc., DDS, D.Ortho, M.ED., FRCD(C).**

Directeur de la clinique du cours supérieur en orthodontie de l'University of California, San Francisco

Source: Reproduit avec permission. www.oralhealthjournal.com, traduit du texte original "The Abridged of Orthodontics in Canada".

À compter du moment où il y a eu des enfants heureux, aux mauvaises habitudes et aux dents croches, il y a aussi eu des adultes contrariés qui ont essayé de les redresser (les dents, pas les enfants; ou peut-être pas, après tout!)

« Quand est-ce qu'on m'enlèvera mes broches? Tu avais dit que ça prendrait deux ans. Ça fait maintenant deux ans et je veux qu'on m'enlève mes broches! »

« Bien, tu as manqué un certain nombre de rendez-vous, et quand tu te présentais, la plupart du temps il fallait que je répare des attaches brisées. »

« Qu'est-ce qui prend tant de temps? »

« Eh bien, il faut du temps pour que ligament parodontal réponde aux forces et... »

« Non. Je ne parle pas de mes broches, je parle de ce que tu fais aujourd'hui! Combien de temps vais-je encore devoir passer assis ici la bouche ouverte, à me taper des choses qui goûtent comme... »

« Peut-être que si tu ne brisais pas autant d'attaches... »

« Peut-être que si tu savais ce que tu fais. Hé! Ces broches ont un drôle d'aspect. »

« Elles sont ce qu'elles sont. »

« Hé! Ça fait mal! »

« Eh bien, peut-être que si je savais ce que je fais... »

L'échange ci-dessus relève de la pure fiction; il s'agit d'une journée dans la vie d'un ou d'une orthodontiste canadien(ne) typique et

du sort qu'il/elle subit. En fait, il s'agit davantage d'un montage, fondé sur les répliques impayables échangées par un protagoniste du film *Bridesmaids* avec un client adolescent au comptoir d'une bijouterie. Pour ceux d'entre nous qui pratiquent l'orthodontie, ce dialogue pourra sembler familier. Nous l'avons tous connu. Toutes les fois qu'un jeune patient se plaint de la situation si difficile qu'il/elle doit vivre par rapport à son traitement orthodontique, je ne peux m'empêcher de penser aux propos si bien connus que mes parents et mes grands-parents me servaient dans des situations semblables.

« Quand j'étais enfant, il fallait que je marche 25 kilomètres pieds nus dans la neige pour me rendre à l'école. Et une fois rendu, il fallait allumer le feu et préparer le dîner de notre professeur. »

Une pointe d'exagération sans doute, mais on aura compris l'idée. Quand on l'examine du point de vue du progrès réalisé, le passé nous paraît toujours plus difficile. Ceci peut s'appliquer à de très nombreux aspects de la vie, mais quand on parle d'orthodontie, cette allégation est tout à fait légitime.

Retournons dans le passé, dans les bureaux des docteurs Hume (Figure 1) et Kennedy (Figure 2), respectivement professeur et professeur adjoint à l'Université de Toronto. Les brackets orthodontiques n'existaient pas. Le ciment photopolymérisable n'existait pas. Les bagues ne provenaient pas de boîtes; il fallait les façonner

Figure 1 – Plaque commémorative en hommage au Dr Guy Hume, professeur d'orthodontie à la faculté de médecine dentaire de l'Université de Totonto.



Figure 2 – Plaque commémorative en hommage au Dr C. Angus Kennedy, professeur d'orthodontie à la faculté de médecine dentaire de l'Université de Totonto.



Figure 3 – Table de laboratoire typique soutenant un arsenal thérapeutique d'orthodontie.



à la main, une à la fois, à partir d'un ruban d'acier inoxydable en rouleau. Autrefois, les orthodontistes ne passaient pas leur journée à regarder un écran. Oh ! Que non ! Ils s'échinaient dans les tranchées, à séparer des dents et à prendre des empreintes. Puis ils se dirigeaient vers le « labo » où ils sortaient leurs pistolets et leurs canons à souder. Il est facile de s'imaginer une scène sortie tout droit des romans de Dickens, où des chefs-d'œuvre d'appareils émergeaient couramment de sous-sols sombres et lugubres (Figure 3).

Aussi complexes que fussent les appareils d'antan à fabriquer et à ajuster, ils étaient superbes à contempler. Machins alambiqués fabriqués de soudures d'or et d'argent, ils semblaient plus à leur place sur la chaudière d'une ancienne locomotive que dans la bouche des enfants (Figure 4). Mais c'est bien là qu'on les installait, et ils y restaient jusqu'à ce que l'orthodontiste décide qu'il était temps de les en retirer. Les orthodontistes aimaient bien cette façon de faire les choses. Ils l'adoraient. Et ils étaient heureux.

Il n'est pas surprenant que les choses aient peu changé. Les extenseurs, quelle qu'en soit la robustesse, sont toujours des extenseurs, munis de bagues ajustables entourant des dents du segment buccal et de mécanismes de vis transversal procurant la force nécessaire (Figure 5). En l'absence de matériaux souples, offrant des possibilités d'activation plus variées, l'ingéniosité devient la mère de l'invention. Quand tout ce que vous avez sous la main est un marteau, tout devient un clou. L'usage de vérins d'expansion pour atténuer une occlusion croisée antérieure est peut-être tabou aujourd'hui, mais lorsqu'un vérin offre le résultat le plus efficace, prévisible et stable possible, alors on l'utilise toutes les fois que l'on peut (Figure 6).

Les appareils fonctionnels fixes sont arrivés à l'avant-scène il y a quelques années, pour prendre leur place bien méritée dans l'arsenal thérapeutique orthodontique. La prise des mesures et l'installation de ces dispositifs exigent un peu de temps. Il y a des broches, des tiges et des ressorts de petites dimensions, mais en moins de trente minutes, ils sont mis en place et le patient bouge sa mâchoire dans toutes les directions possibles pour évaluer la limite de tolérance à la fois de l'appareil et du praticien. Il y a de nombreux morceaux, mais la boîte à outils est bien organisée et les pièces, bien identifiées. Voyez comment les appareils fonctionnels fixes nous arrivaient à l'époque (Figures 7 et 8). Comprendre ce jeu de Meccano ne devait pas être facile, d'autant plus que les instructions fournies étaient

Figure 4 – Ancien appareil fixe.



Figure 5 – Ancien appareil d'expansion couvrant les incisives latérales maxillaires et les prémolaires.



Figure 6 – Appareil d'expansion allant d'une prémolaire maxillaire à une prémolaire controlatérale.



Figure 7 – Boîte contenant des pièces d'un régulateur utilisé dans les cas de prognathie mandibulaire.



Figure 8 – Appareil de repositionnement mandibulaire.



Figure 9 – Twin wire two-by-four.



en gaélique. L'assemblage devait exiger de passer une journée dans la chaise de l'orthodontiste. Il suffit de sortir le « régulateur » pour voir les enfants partir en coup de vent !

L'une des caractéristiques les plus commercialisables du boîtier autoligaturant réside dans le fait qu'il est possible d'ouvrir efficacement le mécanisme de verrouillage, de retirer le fil de l'arc déjà installé, de le remplacer par un nouveau fil métallique pour arc puis de refermer le mécanisme de verrouillage. Selon le fabricant, le temps épargné en évitant de retirer et d'installer à nouveau manuellement le fil peut être consacré à l'activité qui nous plaît : surfer sur le Web, vérifier ses placements ou, plus que toute autre chose, passer du temps en famille. Il est dommage qu'il soit impossible d'accumuler le temps épargné, comme on le fait avec les points de voyage, et de l'utiliser au besoin, au moment opportun. À la vue du boîtier orthodontique et du fil métallique d'ancrage du début du siècle dernier, il est facile de supposer que l'emploi du temps était très serré. Chaque bague dentaire entourant chaque dent était

Figure 10 – Appareil fixe muni d'un arc vestibulaire massif passivé.



Figure 11 – Anneau de dentition en ivoire.



Figure 12 – Suce faite de fils métalliques et de rubans.



Figure 13 – Boîte de modèles typique contenant les dossiers pré et post traitement.



serrée, soudée en place puis soudée à une attache et fixée à l'aide de ciment (Figure 9). Une fois toutes les bagues cimentées, un ou deux fils d'ancrage en or étaient passivés et attachés au mécanisme de tube afin de maîtriser, dans au moins deux directions, la force imposée aux dents. On peut supposer qu'au début du vingtième siècle, un certain nombre d'enfants d'orthodontistes ont été élevés par des loups étant donné que leurs parents ne sortaient jamais de leur cabinet avant minuit.

Rien ne vaut le nitinol (nickel titane) pour aligner les dents. Comme on dit, « il ne s'est rien fait de mieux depuis le pain tranché ». Il existe un certain nombre de permutations : classique, super élastique, coaxial torsadé. Toutes ces options engendrent une faible force biocompatible qui, dans le passé, était à la fois inimaginable et inaccessible. Aujourd'hui, les orthodontistes utilisent ces fils sans même y penser. « Tu as une dent croche ? » Pas de problème. « J'installe un fil en nitinol, tu prends deux aspirines et tu me rappelles dans huit à dix semaines. » L'alignement des dents n'a jamais été aussi facile à réaliser. Les arcs passifs stabilisateurs de grandes dimensions (Figure 10) ont été fabriqués pour servir d'ancrage et s'attachent aux bagues des dents pour tirer et faire pivoter les nombreuses jeunes délinquantes afin qu'elles s'alignent. Auparavant, le mouvement était inefficace, coûteux en temps et douloureux. Grâce aux chercheurs de la NASA, la mise au point du nitinol a représenté « un petit pas pour les orthodontistes, mais un bond de géant pour l'orthodontie ».

À compter du moment où il y a eu des enfants heureux, aux mauvaises habitudes et aux dents croches, il y a aussi eu des adultes

contrariés qui ont essayé de les redresser (les dents, pas les enfants; ou peut-être pas, après tout !). Et ils commençaient à un jeune âge. Les anneaux de dentition étaient faits d'ivoire provenant de défenses d'éléphant. Ils étaient décorés de médaillons de plomb et de clochettes retenus par des boucles de fil métallique (Figure 11). Jolis et sécuritaires ! C'est sûr qu'ils mettaient la vie de l'enfant en danger, mais bon sang, ils permettaient de l'amuser EN SILENCE ! On se demande comment cette génération a bien pu survivre. Si l'anneau de dentition ne les avait pas tués, alors le fait de rouler sur la 401 à l'arrière d'une Oldsmobile 68 décapotable, le toit baissé, en écoutant chanter Sonny et Cher sur un ruban à huit pistes, sans ceinture de sécurité, alors que les parents se débarrassaient de leur cigarette d'une chiquenaude vers l'arrière pendant qu'ils se chamaillaient avec le frère et la sœur... aurait pu avoir raison d'eux.

Tout comme les anneaux de dentition, les sucres existent depuis des années. Vous êtes-vous déjà demandé ce qui rendait orthodontique une suce « orthodontique » ? Tout

objet dans la bouche d'un petit ange qui le serre entre ses dents pendant qu'il tête allègrement est susceptible de faire du tort, malgré ce qu'en disent les publicitaires. Mais des générations de petits continuent d'adorer le caoutchouc souple de la suce, qu'elle soit ou non recouverte de saletés. Ça ne devait pas être facile de trouver du réconfort avec les anciens machins. Fabriqués de fils métalliques et de rubans, ils donnaient plutôt le goût de perdre l'habitude que de la cultiver (Figure 12). C'est peut-être pour ça que les enfants sont agités de nos jours. Aux parents d'aujourd'hui je dis : « Maîtrisez votre progéniture ! Je dépose ici une proposition pour ramener la suce en fil métallique. Qui m'appuie ? Y a-t-il quelqu'un ? N'importe qui ? »

Malgré toutes les prétendues avancées de cette merveilleuse ère des modèles numériques, comme Clinchek® et Suresmile®, avons-nous réalisé des progrès réels (Figure 13) ? Difficile de se prononcer. Les dents bougent-elles plus rapidement ? Probablement. Les interventions sont-elles moins effractives ? Définitivement. Passons-nous moins de temps penchés au-dessus des patients ? Indéniablement. Mais même avec la venue de toute cette technologie, une question demeure.

« Quand est-ce qu'on m'enlèvera mes broches ? » Question à laquelle il n'existe qu'une réponse : « Bien, moi, quand j'étais enfant... »

Je tiens à remercier sincèrement la docteure Anne Dale, conservatrice du *Faculty of Dentistry Museum* de l'Université de Toronto, ainsi que le docteur Jack Dale d'être qui il est, tout simplement. ■

Atténuez l'effet de la bouche sèche.

biotène® soulage.

La bouche sèche affecte 1 patient sur 5¹.
Mais il se peut qu'il l'ignore.

Il ne suffit pas de boire de l'eau².

- Les patients doivent agir plutôt que de subir.
- Dépistez et recommandez un système pour soulager la bouche sèche.



Le système biotène aide à soutenir l'environnement buccodentaire et à rétablir l'équilibre buccodentaire, en enrichissant le système antibactérien naturel de la salive avec des enzymes et protéines salivaires³. Les produits biotène contiennent de fortes concentrations de lubrifiants qui aident à reconstituer l'humidité épuisée dans la bouche sèche.

Recommandez biotène.

Un traitement de première intention pour la bouche sèche.

1. Sreebny LM. A useful source for the drug-dry mouth relationship. *J Dent Educ* 2004;68:6-7. 2. Eveson JW. Xerostomia. *Periodontol* 2000 2008;48:85-91. 3. Tenovuo J. Clinical applications of antimicrobial host proteins lactoperoxidase, lysozyme and lactoferrin in xerostomia: efficacy and safety. *Oral Dis* 2002;8:23-29.



GlaxoSmithKline
Soins de santé
aux consommateurs Inc.

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

©2012 GlaxoSmithKline

biotène®

Votre système pour soulager la bouche sèche

Malocclusion : L'IMPORTANCE DU DÉPISTAGE ET DE L'INTERCEPTION PRÉCOCES

Par Louise Gosemick, HD, Pratique privée en orthodontie depuis 35 ans et enseignante à L'Académie Dentaire Multidisciplinaire



L'hérédité peut être une cause de la malocclusion, mais il y a aussi des facteurs extrinsèques (respiration, déglutition, etc.) qui peuvent avoir un impact sur le développement de la malocclusion et de la croissance craniofaciale. Le dépistage précoce de ces facteurs est très important.

L'interception en bas âge permet d'utiliser la croissance active pour rétablir un développement normal craniofacial tout en ayant des gains physiologiques et psychologiques pour chaque enfant

Selon Meredith Howard V. (Ph. D.), nous savons que :

- 1- à 4 ans : 60 % du développement craniofacial est complété
- 2- à 6 ans : 80 % du développement craniofacial est complété
- 3- à 12 ans : 90 % du développement craniofacial est complété (sauf la mandibule)

L'importance de l'interception :

- 1- Obtenir une croissance harmonieuse
- 2- Corriger la malocclusion
- 3- Éliminer la déviation fonctionnelle
- 4- Diminuer les effets néfastes à l'articulation temporo-mandibulaire
- 5- Améliorer le patron de mastication
- 6- Diminuer la complexité de la malocclusion
- 7- Créer de l'espace et éviter des extractions

Intervenir et prévenir durant les différentes étapes du développement du nouveau-né à l'enfance :

1- Nouveau-né à 3 ans :

- a- Durant la grossesse
- b- Position intra-utérine
- c- L'accouchement
- d- Plagiocéphalie et la mort subite du nourrisson (MSN)
- e- Déplacement de la base crânienne
- f- Avantage de l'allaitement par rapport au biberon

2- Interception précoce : dentition primaire

- a- Correction des mauvaises habitudes
- b- Occlusion croisée postérieure (unilatérale : glissement fonctionnel)
- c- Malocclusion de type classe III squelettique
- d- Fonction : respiration, déglutition
- e- Béance antérieure
- f- Classe II sévère

3- Dentition mixte et dentition permanente

- Éruption ectopique des molaires permanentes
- Occlusion croisée d'une dent permanente (évite une récession gingivale) ou d'un quadrant postérieur
- Manque d'espace
- Déverrouiller l'occlusion (classe II ÷ II, ouvrir l'occlusion)
- Malocclusion de type classe II : durant le pic de croissance (10-12 ans fille et 11-13 ans garçon) ou avant si sévère

Nouveau-né à 3 ans :

A- Durant la grossesse :

Durant la grossesse, la mère devrait avoir une saine alimentation, une bonne hygiène buccale, une bonne santé mentale et physique, et ne pas consommer d'alcool ni de tabac pour prévenir les maladies, éviter un accouchement avant terme ou avoir un bébé avec un poids sous la normale. Il y a le **syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF)** qui cause un retard de croissance (dans 80 % des cas). Le défaut de croissance du périmètre crânien est le reflux de l'insuffisance du développement cérébral qui sera responsable de l'insuffisance mentale ultérieure. L'alcool absorbé par la mère passe de sa propre circulation sanguine à celle du bébé (barrière transplacentaire). Les effets physiologiques touchent trois domaines : les traits faciaux, le système nerveux central (SNC), et la croissance (poids, taille, périmètre crânien).

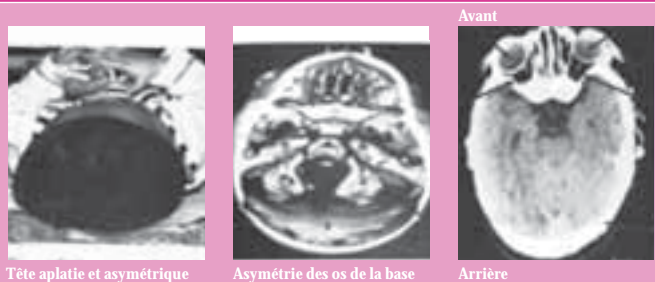
B- Position intra-utérine

Dû à la **position intra-utérine** restreinte à la fin de la grossesse, le bébé peut subir des pressions mécaniques pouvant déformer la tête, causer des torticolis néonataux (parfois une possibilité de scoliose plus tard) ou autres déformations.

Syndrome d'alcoolisme foetal



Plagiocéphalie et la mort subite du nourrisson



C- L'accouchement :

Le premier vrai traumatisme que subit le nouveau-né. Les tensions musculo-osseuses subies à la naissance peuvent perturber le développement harmonieux de l'enfant. Une compression des sutures se traduit par différents désordres d'abord ressentis au niveau de la tête, mais aussi à distance sur les organes innervés par des nerfs crâniens. Pour certains accouchements difficiles, on doit se servir d'instruments (forceps, ventouse) qui risquent de perturber les structures des os de la tête de la face pouvant causer des problèmes à l'articulation temporo-mandibulaire ou aux structures osseuses faciales et crâniennes.

Si dans les deux premières semaines qui suivent l'accouchement les asymétries ou les déformations ne se corrigent pas et si ce n'est pas une pathologie alors il est préférable de voir un ostéopathe. Le traitement crânien est d'autant plus efficace s'il est commencé tôt.

D- Plagiocéphalie et la mort subite du nourrisson (MSN)

En vue de réduire le nombre de nouveau-nés qui meurent du syndrome de la mort subite du nourrisson, on suggère de placer les bébés sur le dos durant le sommeil. Par contre, une augmentation de la plagiocéphalie (tête plate) a été observée dû à la position sur le dos durant le sommeil. Il peut y avoir une déformation du crâne qui pourrait avoir un impact sur le développement cranio-facial. Pour prévenir la plagiocéphalie, pendant la période d'éveil du nourrisson, on peut lui faire passer un certain temps sur le ventre sous supervision ; on peut aussi placer la tête dans diverses positions au coucher durant la journée à l'aide d'un cale (coussin) pour bébé. Alternier la tête du nourrisson dans sa couchette vers le pied ou la tête de la couchette pour permettre de prévenir la plagiocéphalie.

E- Déplacement de la base crânienne :

Des déplacements au niveau du crâne soit dans la position intra-utérine, lors de l'accouchement, la position durant le sommeil ou autres causes peuvent avoir comme résultat le déplacement de la base crânienne (sphénoïde et l'occiput) qui peut aussi entraîner un déplacement craniofacial et une possibilité de causer une malocclusion. Le sphénoïde et l'occiput sont les os clefs qui commandent presque tous les os de la face et la partie arrière de la tête.

Le maxillaire suit le sphénoïde. L'os temporal est influencé par la rotation de l'occiput et le condyle de la mandibule suit l'os temporal. Un ostéopathe pourrait améliorer les distorsions crâniennes (non pathologique) si le traitement est commencé tôt.

F- Avantage de l'allaitement par rapport au biberon

Parfois l'allaitement peut être difficile à cause du frein lingual court. Un dentiste ou un pédodontiste peut faire une frénectomie linguale à l'aide d'un laser à partir d'un très jeune âge.

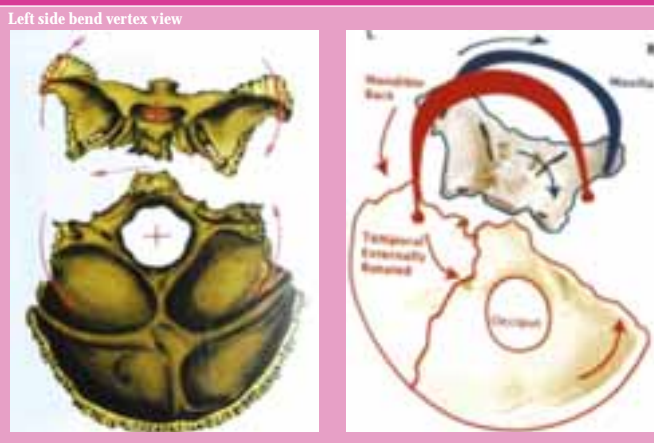
- 1- Le mouvement de va-et-vient de la mandibule lors de l'allaitement augmente l'activité des muscles masticatoires surtout le ptérygoïde latérale, ce qui stimule la croissance sagittale de la mandibulaire.
- 2- L'éminence articulaire à la naissance est droit ce qui permet la mandibule d'avancer et de reculer facilement.

L'occiput, sphénoïde, vomer, maxillaire, temporal



L'occiput, temporal sphénoïde

L'occiput et le sphénoïde



- 3- Meilleure satisfaction du réflexe de la succion ce qui diminue les mauvaises habitudes de succion (pouce, doigt). L'allaitement doit durer au moins 6 mois.
- 4- L'activité musculaire est 60 fois plus forte.
- 5- Développe une respiration nasale.
- 6- De plus, les bienfaits du lait maternel sont difficilement remplaçables.

Biberon

- 1- Développe une respiration buccale.
- 2- Activité réduite des muscles labiaux.
- 3- Aucun scellement labial, ce qui permet le passage de l'air dans la bouche.
- 4- La mandibule fait une rotation vers le bas et vers l'arrière, ce qui ne favorise pas le développement sagittal mandibulaire. En général, la mandibule d'un nouveau-né est rétrusive.



Early treatment of malocclusions: Prevention and interception in primary dentition German Ramirez-Yanez, 2009

Interception précoce : dentition primaire

A- Correction des mauvaises habitudes : succion du pouce

La succion est une fonction physiologique qui s'élabore très tôt in utéro (vers la 16 ième semaine de vie). Le nouveau-né éprouve le besoin inné de sucer et ceci n'est pas seulement pour se nourrir. On distingue la succion nutritive (sein) et la succion non nutritive (pouce, tétine).

L'âge conseillé pour lui faire perdre cette habitude se situe vers 2-3 ans. Outre l'impact éventuel sur les dents, l'habitude gêne l'élocution et la communication. De plus, il peut y avoir un développement d'une propulsion linguale ainsi qu'une respiration buccale qui peuvent compliquer la correction dentaire.

C'est vers quatre ans que les effets des déformations des arcades dentaires peuvent être irréversibles. La sévérité des déformations va dépendre de l'intensité et de la fréquence. Les déformations osseuses et dentaires peuvent être multiples: buccalisation des incisives supérieures, lingualisation des incisives inférieures et béance antérieure. Elles peuvent créer une occlusion croisée postérieure résultant en un maxillaire supérieur plus étroit pouvant créer une propulsion linguale. Plus la propulsion linguale

perturbe depuis longtemps, plus ça sera difficile de la corriger. Les déformations structurales peuvent rester avec la dentition permanente. L'interception en dentition primaire permet d'éviter une malocclusion. Une étude suédoise sur la succion du pouce à 3 ans révèle que 26 % avait une occlusion croisée postérieure unilatérale.

Arrêt de la succion du pouce :

- 1- Choisir une période favorable en évitant les moments de changements familiaux (déménagement, naissance d'un autre enfant...).
- 2- Expliquer à l'enfant la nécessité d'arrêter.
- 3- Substituer un autre plaisir (lire une histoire...).
- 4- Encourager les efforts et souligner les réussites.

Différents traitements :

- 1- Prendre conscience de l'habitude et de noter dans un agenda la fréquence de la succion.
- 2- Appareils fixes ou amovibles.
- 3- Une paille coupée et collée sur le côté du pouce. En suçant, il y a de l'air qui pénètre dans la bouche ce qui réduit la pression du vacuum et diminue le plaisir de la succion. Il existe différents appareillages pour le pouce.
- 4- Appareil myofonctionnel : Infant trainer.

L'appareil *infant trainer*: est un exerciceur actif qui corrige la déglutition, arrête les mauvaises habitudes et équilibre les muscles oro-faciaux

Force pour déplacer une incisive	Force qu'exerce la lèvre inférieure	Force qu'exerce la langue
1,7 gramme	100 à 300 grammes	Jusqu'à 500 grammes

Référence : *Myofunctional research*

B- Occlusion croisée unilatérale : glissement fonctionnel

L'occlusion croisée unilatérale peut être le premier symptôme du développement de la dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire. Par conséquent, la dissymétrie faciale, particulièrement chez le jeune enfant en période de croissance, se traduira par une croissance sagittale plus importante du côté opposé. Il y a une endognathie du maxillaire supérieur qui est souvent symétrique et c'est la déviation mandibulaire qui cause l'asymétrie. Les lignes médianes sont déviées. Un maxillaire asymétrique est souvent accompagné de distorsions crâniennes et le traitement peut différer. Les causes peuvent être multiples: hérédité, problèmes respiratoires, mauvaise habitude : succion du pouce, distorsions crâniennes (asymétrie du maxillaire). Il y a des risques plus élevés à voir des signes et symptômes à l'ATM vers l'âge de 30 ans (étude suédoise).

Différents traitements	Succion du pouce : 4 ans	Appareil hybride avec une bille pour la déglutition	6 mois plus tard: classe 1	Correction des mauvaises habitudes : succion de la lèvre
 Paille et pouce	 Classe II			 Asymétrie de la lèvre S.H.: 6 mm.
 Paille et pouce	 Propulsion linguale			
 Appareil: <i>Infant trainer</i>	 Propulsion linguale			
 Appareil collé sur bagues	 Asymétrie du maxillaire		 Symétrie du maxillaire	 Incisives inférieures lingualées
	 Asymétrie du maxillaire		 7 ans plus tard : stabilité	 <i>Infant trainer</i>
				

Occlusion croisée unilatérale : glissement fonctionnel	Interception précoce : 4 ans (occlusion croisée unilatérale)		10 mois plus tard : Occlusion croisée unilatérale corrigée (glissement fonctionnel) ainsi que l'asymétrie faciale.	Stabilité : 4 ans plus tard
 <p>Ligne médiane non déviée Les dents ne sont pas en contact</p>		 <p><i>Bonded hyrax</i></p>		
 <p>Ligne médiane déviée Les dents sont en contact</p>		 <p>Après l'expansion</p>		
 <p>Asymétrie faciale</p>		 <p><i>Reverse mask</i> pour corriger la classe III squelettique</p>		
 <p>Ligne médiane Déviée : occlusion croisée unilatérale</p>				
 <p>Condyles asymétriques : Le condyle du côté de l'occlusion croisée est plus petit et aplati</p>				
 <p>Condyles asymétriques : Le condyle du côté de l'occlusion croisée est plus petit et aplati</p>				 <p>Étiologie : hérédité (mère)</p>



L'expansion du maxillaire et l'effet sur l'énurésie nocturne des enfants

Des études ont démontré que les enfants qui souffrent d'énurésie nocturne ont réduit ou arrêté de mouiller leur lit 1 à 4 mois après un traitement avec un appareil d'expansion du maxillaire. L'explication résulte du fait qu'il y avait une amélioration au niveau de l'apport d'oxygène ce qui augmenterait la production d'ADH (hormone antidiurétique). L'expansion améliore le flot d'air nasal. Mouiller le lit durant le sommeil est un symptôme commun parmi les enfants qui souffrent d'apnée du sommeil ou qui ont un problème respiratoire. Les plus jeunes ont une meilleure amélioration que les plus vieux. L'énurésie nocturne s'améliore pour 7 enfants sur 10 et 4 deviennent complètement secs durant le premier mois.

C- Classe III : dentaire, squelettique ou fonctionnelle

Les malocclusions dento-squelettiques de classe III peuvent être dues à un prognathisme mandibulaire, un rétrognathisme maxillaire ou une combinaison des deux. Le rétrognathisme maxillaire est d'environ 60 % à 80 % des cas chez les enfants. Le traitement pour la rétrognathie du maxillaire vise à favoriser une protraction maxillaire à l'aide d'appareils extrabuccaux de type masque facial. Des études ont démontré qu'il est possible d'obtenir d'importants **changements squelettiques** si le **traitement est dispensé tôt** durant le stade de dentition primaire ou mixte.

D- Fonction : respiration, déglutition, mastication

La **respiration nasale** ainsi qu'une **déglutition normale** sont importantes pour obtenir une croissance craniofaciale normale, une posture adéquate ainsi qu'une santé globale de l'enfant.

La **mastication** d'aliments durs et semi-durs revêt une importance dans le développement transverse des arcades dentaires, ce qui créera des diastèmes aux dents primaires et permettra ainsi d'éviter le chevauchement des dents permanentes. Le cycle masticoire et la force musculaire impliquée pour les aliments mous et durs sont différents. Pour les aliments mous, le cycle masticoire est plus vertical et implique moins de force musculaire tandis que pour les aliments durs, le cycle masticoire est une combinaison de mouvement vertical et latéral et implique une plus grande force musculaire. L'impact sur les dents produit du côté de la mastication est absorbé par les fibres du ligament péri-dentaire qui s'étirent et causent une tension sur l'os alvéolaire. La tension stimule une apposition osseuse, ce qui favorise le développement en transverse des deux maxillaires. L'effet de la mastication sur le cartilage du condyle (côté balançant) stimule la croissance de la longueur de la mandibule. La mastication bilatérale permet le développement et la croissance d'une façon symétrique.

Respiration nasale :

Le scellement des lèvres doit être maintenu durant toutes les fonctions orales (déglutition, mastication). Quand la respiration et la déglutition sont normales, l'équilibre des muscles oro-faciaux et la position des dents sont maintenus. Quand il y a une respiration buccale, il n'y a pas de scellement labial. L'équilibre des muscles oro-faciaux est débalancé : les muscles buccinateurs augmentent leur activité, l'orbiculaire des lèvres diminue, le mentalis augmente. La déglutition peut aussi être modifiée. L'activité musculaire altérée produit des forces incorrectes, ce qui modifie la forme des arcades ainsi que la dentition.

Prévision du chevauchement des incisives supérieures

Espaces interdentaires Dentition primaire	Alignement des incisives permanentes supérieures (%)
> 6 mm	86 %
3-6 mm	67 %
< 3 mm	37 %

Prévision du chevauchement des incisives inférieures

Espaces interdentaires Dentition primaire	Alignement des incisives permanentes inférieures (%)
> 4-5 mm	100 %
2-4,5 mm	68 %
< 2 mm	40 %

Espaces interdentaires généraux selon Namba (1981)

Facies adenoïdiens



Test : Surface de buée sur le miroir à l'expiration



Narines asymétriques



Modifications des arcades : diminution de la transverse des maxillaires, béance antérieure, extrusion des dents postérieures, palais profond et étroit, développement d'une propulsion linguale : buccalisation des incisives supérieures.

La respiration buccale cause d'autres problèmes : fatigue, manque de concentration, cernes sous les yeux, anxiété, sommeil peu profond, énurésie, changement de la position de la tête qui est élevée, position plus rétrusive de la mandibule, facies adénoïdiens (visage allongé), santé en général.

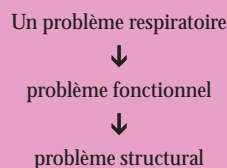
Test narinaire : Pincement du nez pendant deux secondes et observation des ailes du nez après relâchement : si le nez reste pincé, le test est négatif : respiration buccale.

Causes de la respiration buccale : Hypertrophies des adénoïdes et (ou) amygdales, allergies, déviation de la cloison nasale, obstruction des voies respiratoires, rhino-sinusite chronique.

les spasmes musculaires lisses. Effet Bohr : si le CO₂ diminue, le lien O₂ et hémoglobine est plus fort alors il n'y a pas d'oxygène libéré dans les tissus.

Si respirateur buccal : Le CO₂ sort plus facilement, si le pourcentage du CO₂ est bas, plus le pH va augmenter et l'oxygène ne peut se libérer et il y aura un manque d'oxygène aux organes (maux de tête, mémoire affaiblie, fatigue). Aussi, quand le CO₂ est bas on veut le conserver alors les muscles lisses se contractent. Les muscles lisses : vaisseaux sanguins, tube digestif, système respiratoire. Spasme des muscles lisses : bronchospasme, asthme, énurésie.

Problème respiratoire



Structurale faciale



Changement de la structurale faciale à cause de la respiration buccale due à une hypertrophie des adénoïdes. On remarque que le visage inférieur est allongé ainsi que la présence d'une béance antérieure.

La respiration : effet Bohr

But de la respiration : Livrer l'oxygène aux cellules et sortir l'excès de dioxyde de carbone (CO₂). Pour un équilibre, le corps a besoin de 5 % d'O₂ et de 6,5 % de CO₂. L'atmosphère contient environ 21 % d'O₂ et .038 % de CO₂. On obtient 6,5 % CO₂ par la digestion et l'exercice. Le CO₂ est entreposé dans les poumons à 6,5 % et dans le sang artériel à 40 mmHg. S'il y a une respiration buccale, la porte de sortie est plus grande que par le nez et on perd plus de CO₂. Fonctions du CO₂ : régularise le rythme respiratoire, libération d'oxygène de l'oxyhémoglobine, maintient le ph, prévient

L'apnée de sommeil

L'apnée du sommeil obstructive est une maladie qui se caractérise par le blocage ou l'affaissement du pharynx, entraînant un arrêt (apnée) ou une baisse de respiration (hypopnée) au cours du sommeil. Ces événements s'accompagnent de ronflements, d'une diminution répétée de la quantité d'oxygène dans le sang (hypoxémie) et de micro-réveils, qui altèrent la santé cardio-vasculaire, la vigilance et les fonctions cognitives (attention, mémoire). Plus de 10 % de la population font de l'apnée du sommeil, qui n'est pas diagnostiquée chez 85 % des personnes atteintes.



Est-ce que votre fil vous fait perdre la boule?

G•U•M^{MD} EasyThread^{MC}
un fil à enfileur intégré qui se déroule devant vous!

- Le dispensateur novateur facilite le débit du fil à l'unité afin d'éviter les nœuds et les pertes.
- Les fibres du fil G•U•M^{MD} EasyThread^{MC} sont conçues pour optimiser l'enlèvement du biofilm et des particules alimentaires dans les espaces interdentaires, autour des couronnes et ponts, des implants et des appareils d'orthodontie.
- Les deux bouts enfileurs permettent de maximiser l'accès et le nettoyage de toutes les surfaces avec un seul fil. Si un bout d'enfileur s'affaisse, utilisez l'autre extrémité tout simplement!

Le fil G•U•M^{MD} EasyThread^{MC} est disponible en 2 formats :

- Dispensateur hygiénique pour la clinique
- Format d'essai pour le patient.



SUNSTAR



Fil dentaire EasyThread^{MC}

Téléphonez votre commande dès aujourd'hui : 1-800-265-7203 ou visitez **GUMbrand.ca**

L'apnée du sommeil est un facteur de risque d'intolérance au glucose : **diabète de type 11**). Le stress physiologique imposé par les hypoxémies nocturnes répétées cumule leurs effets dans la genèse de la résistance à l'insuline. Il y a aussi plus de risque aux **dépansions, hypertensions artérielles...**

Facteurs à risque : Obésité, circonférence élevée du cou, obstruction nasale, amygdales hypertrophiées, tabac, alcool, somnifère, macroglossie, **maxillaires étroits, rétrognathie mandibulaire.**

La fonction normale (respiration, déglutition) est primordiale pour que le système maxillo-facial se développe adéquatement. La fonction modifie la structure et a un effet sur la santé globale. Le dépistage précoce est important pour éviter une aggravation du problème. Vérifier et poser des questions sur le ronflement, la fatigue et observer les signes cliniques : amygdales, yeux cernés, visage allongé, test des narines, etc. Si on détecte un enfant avec un problème respiratoire, il est préférable de consulter un ORL. Des mauvaises habitudes orales telles que la succion du pouce peut développer une respiration buccale et une propulsion linguale. La prévention et le dépistage précoces permettent à l'enfant une croissance plus harmonieuse. Il y a aussi des structures qui ne favorisent pas une respiration adéquate. Une interception en orthopédie dento-faciale pourrait améliorer la fonction telle que l'expansion du maxillaire supérieur et l'avancement mandibulaire. Des études ont démontré que parmi les respirateurs buccaux : classe II dans 56 % des cas, voûte palatine et profonde dans 80 % des cas.

Étapes de développement



Developmental Stages
Figure 1 - Six stages vertebral maturation

3- Dentition mixte et dentition permanente

Malocclusion de type classe II

Selon McNamara, 80% des classes II ont une mandibule rétrusive et seulement 20% ont une proalvéolie du maxillaire supérieur. Le but est de corriger la rétrognathie mandibulaire en changeant sa croissance et ainsi améliorer le profil. De plus, en avançant la mandibule avec un appareil d'orthopédie fonctionnel il y a une amélioration de l'équilibre des muscles oro-faciaux, peut avoir un effet d'augmentation des voies respiratoires (pharynx supérieur), changer la position de l'os hyoïde et la langue et ainsi une possibilité d'améliorer la déglutition. L'augmentation des voies respiratoires pourra aider à prévenir l'apnée du sommeil et aura un effet sur la santé globale. « C'est possible de changer la

Position de la tête



Changement de la position de la tête et de la courbure de la colonne cervicale durant l'avancement mandibulaire. Selon le Dr René Caillet, si la tête pèse 10 livres et si le centre de l'oreille correspond au centre de l'épaule, le poids sur la colonne vertébrale sera de 10 livres. Si la tête a une position vers l'avant, le poids augmentera de 10 livres pour chaque pouce d'avancement de la tête.

Traitement précoce à 4 ans : suction du pouce et rétrognathie mandibulaire



Surplomb horizontal : 8 mm

Propulsion linguale



Classe II

Manque de scellement labial

croissance de la mandibule en quantité et en direction (Dr Marios N, Gribel : *Craniofacial development*) ». La période de traitement pour un avancement mandibulaire est durant la croissance et idéalement durant le pic pubertaire (11-12 ans chez la fille, 12-13 ans chez le garçon environ) ou d'après la maturation squelettique déterminée par le développement des vertèbres cervicales (CVM) Bacetti T., Franchi L., McNamara, JA Jr (stages 2 et 3).

Par contre, dans certains cas plus sévères nous pouvons intercepter plus tôt (ou selon différente philosophie) et aussi favoriser le développement de la mandibule en déverrouillant l'occlusion : expansion du maxillaire, correction des incisives supérieures trop linguales (cl II ÷ II), changer les plans occlusaux (appareil : FGB), fermeture d'occlusion, inhibition des mauvaises habitudes (suction du pouce) améliorer la fonction. En corrigeant la rétrognathie mandibulaire, il peut y avoir un impact sur la **respiration**, l'occlusion, la mastication, l'ATM, l'esthétique, l'élocution, les muscles oro-faciaux et la posture. Selon Bassigny, 75% des cas de syndrome de déficience posturale sont constitués par des malocclusions de la classe II (position de la tête vers l'avant).

Bionator : appareil d'avancement mandibulaire
Durée du traitement : 10 mois



**Traitement précoce à 4 ans :
suction du pouce et rétrognathie mandibulaire**
Surplomb horizontal : 2 mm



Surplomb horizontal : 2 mm

Absence de propulsion linguale



Classe I

Bon scellement labial

Conclusion

L'importance du dépistage des problèmes fonctionnels (respiration, déglutition), des malocclusions, des asymétries ou distorsions crâniennes très tôt, des mauvaises habitudes, la posture et le traitement précoce vont aider l'enfant à développer une croissance harmonieuse. Nous devons voir l'enfant comme une entité. Plus l'hygiéniste dentaire a de connaissances, mieux il peut dépister, traiter ou diriger le patient vers d'autres professionnels de la santé pour améliorer ou éviter une récurrence de la correction de la malocclusion (ex : ORL, orthophoniste, posturologue, ostéopathe, etc.) pour obtenir une santé et un développement optimal. ■

Références

1. Solano, Raymond, 2006, Ostéopathie pour les bébés et enfants. Éditions Sully (France)
2. Arbuckle, Beryl E., 2005, Ostéopathie crânienne pour le nouveau-né et l'enfant. Éditions Sully (traduction française)
3. Fellus, Patrick, 2003, Orthodontie précoce en denture temporaire. Éditions CDP (France)
4. Ramirez-Yáñez, German, 2009, Early treatment of occlusions, Éditions J. Ramirez Press
5. Deshayes, Marie-Josèphe, 2006, L'art de traiter avant 6 ans. Éditions Cranexplo (France)
6. Langlade, Michel, 1996, Optimisation transversale des occlusions croisées unilatérales postérieures. Éditeur Maloine (France)
7. Singh, G. Dave et Krumholtz, James, 2009, Epigenetic Orthodontics, Éditions Smile Foundation

8. Yassaei, Soghra, 2012, Stability of pharyngeal airway dimensions: Tongue and hyoid changes after treatment with a functional appliance, International Journal of Orthodontics-spring 2012
9. Shaikh, Attiya, 2011, Assessing Skeletal relationships using the cervical vertebral curvature, International Journal of Orthodontics-winter 2011
10. Gosselin, Joanny (inhalothérapeute), 2012, Apnée du sommeil et diabète de type II, hypertension artérielle et dépression, Laboratoire Biron
11. Lemaire, Joel (ostéopathe, posturologie clinique), 2011 Thérapie proprioceptive et pré-orthodontie fonctionnelle, Postura
12. Strokon, James, 2004, The Advanced Lightwire Functional (ALF), Appliance and cranial bio-mechanics

N.B.: Certaines des photos proviennent de ma collection personnelle, de mes patients traités au Centre Dentaire La Vallée.



América Dentaire

Distributeur exclusif des produits :

mectron
medical technology

starlight)pro
LÉGER)-)PUISSANT)-)VERSATILE

combi
UNITÉ DE PROPHYLAXIE FIABLE ET COMPLET

Nouvelle fonction PERIO

604, Boul. Curé-Boivin
suite 101, Boisbriand, Qc J7G 2A7
450-419-2121 1-877-719-2121

WWW.AMERICADENTAIRE.COM

La réhabilitation DE L'HYGIÈNE DENTAIRE

Par **Annick Ducharme, HD**

Source : Reproduit avec permission. Oral Hygiene, février 2012, pages 28-30



En règle générale, on définit la réhabilitation de la manière suivante :

« Action d'adapter à nouveau une personne afin de

recupérer des facultés, des fonctionnalités physiques dégradées ou bien de pallier par rééducation les carences apparues. »

Dans l'univers de la dentisterie, il arrive de plus en plus fréquemment, grâce notamment aux progrès de la technologie, que nous puissions réhabiliter les fonctions masticatoires des individus. La réhabilitation dentaire a pour effet de rétablir des fonctionnalités physiques dégradées et de permettre aux patients de bénéficier d'une meilleure qualité de vie. La planification de ce type de traitement est extrêmement importante et complexe. En effet, la réhabilitation dentaire nécessite l'intervention d'une multitude de personnes et la mise de l'avant d'un bon nombre de mesures. La réalisation d'un pareil traitement fait appel à plusieurs aspects de la médecine dentaire : traitements endodontiques, élévations sinusales, greffes osseuses, implants, couronnes, ponts, barres CAD-CAM, interventions parodontales, etc.

La question : quelles sont les raisons qui ont entraîné une dégradation de l'état dentaire au point où les structures ne sont plus fonctionnelles ? Et quels sont les moyens qui doivent être mis en œuvre pour éviter que ne se reproduisent les comportements inappropriés qui risquent d'avoir un impact sur la viabilité des traitements dentaires de réhabilitation à moyen et à long termes ? Malheureusement, il arrive encore trop souvent que l'hygiéniste

dentaire, le spécialiste des plans de traitement préventif ne soit pas consulté comme il le devrait.

À titre indicatif, je vous ferai part d'une situation ou encore d'une intervention courante qui vous fera comprendre les carences que l'on observe parfois en dentisterie. Par exemple, en chirurgie bariatrique, on a recours à différentes techniques chirurgicales de restriction (réduction de volume) ou de malabsorption (dérivation) pour traiter l'obésité morbide ou encore pour réduire le poids d'un individu. L'étape chirurgicale est le noyau ou encore au cœur de cette réhabilitation, et ce, au même titre que le sont les interventions curatives en dentisterie. Et pourtant, jamais un patient ne subira ladite intervention sans avoir au préalable rencontré la diététiste, spécialiste de l'alimentation, pour faire le bilan ou l'évaluation de ses habitudes alimentaires ! Jamais non plus un patient ne sera opéré et retourné à la maison sans avoir rencontré de nouveau un spécialiste de la santé. En effet, on prendra soin de planifier plusieurs visites subséquentes pour contrôler le poids du patient et pour faire des bilans alimentaires parce que ces mesures sont indispensables à la réussite du traitement. Pourquoi en va-t-il différemment en dentisterie ?

Bien que mon propos porte sur des réhabilitations complètes, il n'en demeure pas moins important, après la mise d'un pont en bouche, de s'assurer que le patient maîtrise la bonne méthode d'utilisation de la soie dentaire et que sa technique soit réévaluée à l'occasion de son rendez-vous de nettoyage. Évidemment, nous ne faisons pas revenir un patient uniquement pour nous assurer qu'il contrôle bien la technique d'utilisation de la soie pour

un pont unitaire, mais dans les cas de réhabilitation complète, il en va de la réussite du traitement de se conformer à cette mesure. Voilà pourquoi il importe de bien en informer le patient avant le début du traitement.

Pour mieux faire comprendre l'importance du rôle de l'hygiéniste dentaire, je me servirai de trois patients. Le premier patient, monsieur « Y », est un homme d'affaires, fin quarantaine, qui commence une nouvelle relation avec une femme un peu plus jeune. Il s'agit d'un cas classique ! Elle lui fait comprendre, gentiment, mais clairement, que ses dents sont « inconcevables » ! Après avoir jeté un coup d'œil sur la photo ci-dessous (Fig. 1), vous en conviendrez, j'en suis certaine, que ce patient a indéniablement besoin de soins dentaires, et ce, pas uniquement pour séduire sa nouvelle flamme. Vous serez également d'accord avec moi pour affirmer qu'un plan de soins préventifs doit être élaboré pour rééduquer monsieur « Y » qui n'a pas encore atteint 50 ans et dont la bouche se trouve dans un état déplorable.

Après analyse de la bouche du patient, le dentiste, le denturologiste et le chirurgien ont établi un plan de traitement semblable à ce qui suit :

- Extraction complète des dents et racines résiduelles.
- Mise en place de cinq implants au maxillaire inférieur.
- Mise en place d'une barre CAD-CAM.
- Fabrication d'une prothèse amovible avec système « locator » et « cavalier » au maxillaire inférieur.
- Fabrication d'une prothèse complète amovible équilibrée au maxillaire supérieur.

- Suivi mensuel de son hygiène buccal pendant les trois premiers mois et réévaluation de ses besoins en matière d'hygiène dentaire, ce qui nécessitera un minimum de deux visites annuelles.

Comme vous venez de le lire, le plan de traitement comprend un volet hygiène,

Figure 1
Monsieur « Y » avant réhabilitation



Figure 2
Monsieur « Y » après réhabilitation



Figure 3
Monsieur « Y » rappel après six mois



lequel est tout aussi important que les autres étapes. Les intervenants ont arrêté leur choix sur une prothèse amovible sur barre plutôt que sur une prothèse fixe en raison de son entretien plus facile ou moins laborieux. Le suivi de l'hygiène buccal a commencé avant même la réalisation des prothèses, soit pendant l'ostéointégration et le port des prothèses de transition. Ces visites avaient pour but de permettre une rééducation des habitudes

d'hygiène du patient de sorte qu'à l'arrivée du jour « J », ledit patient avait déjà acquis une dextérité suffisante pour assurer le bon entretien de sa bouche. Le jour de la mise en charge et de la mise en bouche des nouvelles prothèses, il est impératif que le patient ait un bref entretien avec l'hygiéniste dentaire. Cet entretien se doit d'être court, concis et efficace puisque l'expérience nous a appris que les patients accordent, à ce moment-là du traitement, un minimum d'attention (Fig. 2).

Ensuite, le patient doit prendre un autre rendez-vous pour assurer le bon entretien de la barre, des piliers et des prothèses. Je ne crois pas qu'il existe une formule unique, universelle et utilisable pour tous. Comme chaque cas est différent, vous devez obligatoirement voir en bouche ce qui conviendra à chaque patient et lui donner quelques options. Nous sommes les experts en matière d'hygiène dentaire et les mieux placés pour faire une évaluation de l'état buccal du patient de même que pour lui faire des recommandations. Le patient doit retourner à la maison avec sa trousse d'outils et faire des essais. Ainsi, il découvrira des adjuvants qu'il aime et d'autres avec lesquels il éprouve des difficultés. À l'occasion de ses visites mensuelles au cours des trois premiers mois, il faut chercher et trouver la formule gagnante pour le patient. Ces visites visent à permettre de contrôler son hygiène, à répondre à ses questions, à corriger ses lacunes et à évaluer l'accumulation de tartre; après quoi, vous êtes plus à même de déterminer ses besoins en matière d'hygiène dentaire et la fréquence des suivis périodiques. Le contrôle de l'hygiène buccal est particulièrement important parce que nous savons pertinemment que notre patient peut présenter une salive alcaline, ce qui nécessitera des détartrages plus fréquents.

Heureusement, lors de nos rencontres, monsieur « Y » a été en mesure de nous montrer qu'il avait un bon contrôle de son hygiène buccale et que les mesures prises étaient parfaitement adaptées à son cas. Nous avons donc convenu d'un suivi biannuel, quitte à y apporter des modifications

au besoin. Donc, deux visites annuelles constituent la fréquence idéale pour ce patient, photo à l'appui (Fig. 3) !

Malheureusement, ce n'est pas toujours aussi simple. À preuve, ma seconde patiente, madame « X ». Grâce à l'intervention de l'hygiéniste dentaire, la situation de cette patiente a pu être corrigée avant que l'irréparable ne se produise.

Madame « X » est une très belle femme dans la cinquantaine. Entièrement édentée depuis plus de trente ans, cette dame était satisfaite de ses prothèses amovibles jusqu'à tout récemment. Cependant, au cours des derniers mois, ses prothèses sont devenues de plus en plus instables et la blessaient. Le denturologiste consulté avait noté un affaissement important de la crête osseuse au maxillaire inférieur. Comme une nouvelle prothèse pouvait difficilement corriger la situation, on lui a proposé une barre CAD-CAM sur implants. Après un examen approfondi, le chirurgien maxillo-facial a approuvé le plan de traitement, mais tout en prenant soin de nous informer que la perte osseuse était trop importante et que l'espace disponible restant ne permettait la mise en place que de trois implants. La perte d'un implant, à court ou long terme, est une véritable

Figure 4
Mme « X » 1re année, rappel mensuel



Figure 5 – Mme « X » aujourd'hui, rappel aux deux mois.



catastrophe parce qu'elle ne permet pas à la patiente de bénéficier d'une prothèse implanto-portée et que celle-ci se voit contrainte de la remplacer par une prothèse gingivo-implanto-portée, efficace, mais moins confortable. Dans ce cas-ci, le suivi de l'hygiène buccale était primordial, et ce, d'autant plus que l'hygiène de cette patiente depuis les trente dernières années s'était limitée au brossage extra-oral des prothèses et qu'aucune brosse à dents, aucune soie ni aucun autre adjuvant n'avaient franchi la limite de ses lèvres. Beau défi pour moi et pour elle!

L'entretien des capuchons de guérison fut laborieux mais madame « X » s'est très bien acquittée de cette tâche. La mise en charge et la mise en bouche se sont faites sans problème. Quelques jours avant notre première rencontre mensuelle, la patiente a pris rendez-vous avec notre denturologiste parce qu'elle avait de plus en plus de difficulté à fixer solidement sa prothèse! Conclusion de la rencontre : accumulation de tartre trop importante sur la barre, ce qui entravait la fixation. J'ai procédé sur-le-champ au détartrage de la barre de la patiente, ce qui a permis de bien fixer la prothèse. Au fil des mois, notre équipe a travaillé très fort. La première année, les visites de madame « X » étaient mensuelles. Aujourd'hui, grâce aux résultats obtenus, les rencontres ont lieu tous les deux mois et la patiente ne s'en porte que mieux.

Finalement je vous présente un traitement comportant la pose d'une prothèse complète fixe sur implants. Les patients qui font l'objet de ce traitement doivent être extrêmement conscients de l'entretien que cette intervention nécessite et qu'ils devront effectuer s'ils désirent maintenir une santé buccodentaire adéquate. Avant même d'élaborer le plan de traitement, le dentiste doit évaluer l'aptitude du patient ou de la patiente à pouvoir prendre soin de ses dents de manière à assurer l'intégrité des traitements à venir. Il convient de prendre en charge le patient ou la patiente dès la période d'ostéointégration; en pareille situation, c'est le premier rendez-vous, après la mise en charge des implants, qui est le plus important. Le travail de l'hygiéniste dentaire consiste

Figure 6



Figure 7



à déterminer, selon son expérience, les manœuvres susceptibles d'aider la patiente à assurer le bon entretien de sa bouche (emplacement, angulation, type d'enfileur, zone d'insertion, etc.). Vous savez comme moi qu'il existe toujours un petit espace qui facilite l'insertion de divers adjuvants sous les ponts. Cette contribution à l'exercice de démonstration d'hygiène peut faire en sorte que la patiente assimile plus rapidement et plus facilement les techniques. Contrairement à la barre, les prothèses fixes ont toujours moins d'espace sous-jacent; en conséquence, l'initiation est souvent plus laborieuse et exige plus de patience! Des photos prises tout au long du traitement pourront être d'une grande utilité pour la compréhension des zones à nettoyer, et ce, autant pour vous que pour le patient ou la patiente.

En conclusion, en tant que professionnel de la santé dentaire, vous êtes appelé, en matière de réhabilitation de l'hygiène dentaire, à jouer plusieurs rôles importants. Si vous êtes hygiéniste dentaire, vous êtes la personne la mieux formée et la plus apte à être le « coach » sur qui votre patient ou patiente peut compter pour son entretien buccal. Vous devez donner aux patients les instructions à suivre, les motiver, les inciter à persévérer et, enfin, corriger toute situation jugée nécessaire tout en leur

Figure 8



Figure 9



prodiguant les soins dont ils ont besoin. Pour toutes ces raisons, je vous dis « soyez fier ou fière de porter le titre d'hygiéniste dentaire » et ne banalisez jamais votre rôle, car les résultats que vous pouvez obtenir sont tout simplement merveilleux et époustouffants. ■

Bibliographies

De Villers, Marie-Éva. 2010. In *Multi dictionnaire de la langue française*. Cinquième édition : Québec Amérique.
2011. In *Le petit Larousse illustré*. Paris : Édition Larousse

Média graphie

<http://www.larousse.fr/archives/medical/page/180#t185239>
<http://www.fimed.ulaval.ca/med-18654/prive/Cours%2025/Pdf/chirurgie2.pdf>

Photos

Mechanic, Dr Elliot. 2009.2010.2011. Montréal, Québec

Réalisation des traitements

Marc Barrette - Denturologiste
Dr Elliot Mechanic - Dentiste
Dr Eric Châtelain - Dentiste



Bain de trempage pour tous types de prothèses dentaires


**ERGONOMIQUE.
SIMPLE.
PRATIQUE.**


1 800 474-6682
www.novadent.com

**NOVA
Dent**
Un produit fleuron québécois

NOVADENT 
scientifiquement développé
pour les prothèses sur implants et
les prothèses avec base molle.

Temps de trempage illimité.

Suite à la demande des professionnels de la santé et des consommateurs, NOVADENT  a été innové par les scientifiques des laboratoires de Novalab, pour permettre un temps de trempage illimité des prothèses sur implants et des prothèses avec base molle.

La solution originale de Novadent qui nettoie et fait briller vos prothèses dentaires en une étape facile demandait un temps de trempage restreint aux prothèses sur implants et aux prothèses avec base molle, à cause des différents matériaux entrant dans la fabrication de ces prothèses. Avec la solution nettoyante NOVADENT , tous types de prothèses peuvent être nettoyés sans limite de temps de trempage, tout en conservant les mêmes propriétés antibactériennes, fongicides et antimicrobiennes du Novadent original.

NOVADENT  est un produit innovateur éliminant la gestion de temps de trempage de tous types de prothèses dentaires. Il permet aux professionnels de la santé de le conseiller en toute confiance.

Voir toute la gamme
de produits NOVADENT
disponible en pharmacie
et sur www.novadent.com



Visitez www.novadent.com

**NOVA
Dent**
Un produit fleuron québécois

TRAITEMENT ORTHODONTIQUE

et prévention du risque carieux

Par M. Hamza, S. Fassy-Fehry, L. Ousehal, S. El Arabi, *Faculté de médecine dentaire de Casablanca*

Source: Reproduit avec permission. <http://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/traitement-orthodontique-et-prevention-du-risque-carieux.html>

Résumé

Le traitement orthodontique chez l'enfant se solde souvent par la présence de séquelles souvent indélébiles sur certaines dents qui résultent d'un mauvais suivi clinique. C'est pourquoi le rôle du pédodontiste est primordial à tous les stades du traitement d'orthodontie.

La complémentarité de l'orthodontiste et du pédodontiste doit se manifester non seulement avant le traitement orthodontique, mais aussi pendant et après celui-ci. Avant le traitement orthodontique, la préparation buccodentaire est une étape primordiale puisqu'elle permettra d'assainir la cavité buccale.

Le pédodontiste doit aussi intervenir au cours du traitement et dès la fin de celui-ci afin d'intercepter toutes les anomalies passagères avant l'installation des complications.

Mots clés: prévention caries, pédodontiste, omnipraticien, orthodontiste, santé buccodentaire, traitement orthodontique, fluor

Introduction

Il n'est pas rare de constater, à la fin d'un traitement orthodontique, l'existence, sur les couronnes dentaires, de taches blanches qui signent une déminéralisation de l'émail et qui représentent les formes initiales de caries (Fig. 1).

Actuellement, avec les procédés de collage et les ciments de scellement verre ionomère, l'apparition de ces altérations de l'émail à la suite de traitements orthodontiques est surtout liée à la non observance des règles d'hygiène buccale par le patient^(1,2).

En effet, la pose de bagues, de ligatures et de brackets rend l'hygiène plus difficile et l'accumulation de plaque plus facile (Fig. 2). De ce fait, le nombre de sites où les bactéries sont retenues s'accroît avec la pose d'un appareillage fixe⁽³⁾.

Des lésions carieuses initiales peuvent apparaître au niveau de ces sites riches en bactéries. Elles résultent d'une déminéralisation des tissus calcifiés de la dent suite à une chute de pH du milieu. La surface amélaire peut changer et prendre l'aspect d'une tache blanchâtre appelée « *White-spot* »^(4,5). Grâce à des applications topiques de fluor appropriées, ces lésions carieuses initiales peuvent se reminéraliser^(1,6,7).

L'objectif de l'article est de préciser une démarche préventive et prophylactique avant, pendant et après le traitement orthodontique.

Avant le traitement orthodontique

Dans un premier temps, un entretien clinique devra être mené auprès du patient afin de mettre en évidence son type de comportement, ses habitudes alimentaires, ses précautions d'hygiène et, si possible,

les différents apports de fluor qui se sont succédés^(8,9). Chez les enfants, il permettra aussi de définir le mode de collaboration de son entourage, dont l'incidence est primordiale sur la qualité du suivi des différents traitements envisagés^(2,8).

Cet entretien sera suivi d'un examen dentaire clinique et radiologique complet. L'état buccodentaire doit répondre à certains critères pour faciliter le traitement orthodontique et ne pas être à la base de complications locales dont il serait rendu responsable; ces complications pourraient être interprétées comme un résultat négatif du traitement entrepris⁽⁸⁾.

Le rôle du praticien (pédodontiste ou omnipraticien) est d'effectuer une recherche systématique des différentes pathologies et anomalies, visibles ou invisibles, afin d'établir un bilan complet de celles-ci.

Le bilan dentaire :

- permet de préciser le nombre de dents présentes, absentes, soignées;
- met en évidence toutes les lésions carieuses visibles cliniquement et leurs complications;
- permet de rechercher d'éventuelles anomalies de structure qui constituent des zones de fragilité (Fig. 3).

Un bilan radiologique précis et systématique doit impérativement compléter l'examen dentaire⁽⁸⁾. Il aura pour but de :

- préciser l'étendue d'une lésion carieuse et ses complications éventuelles (Fig. 4) ;
- visualiser les récurrences éventuelles de lésions carieuses sous les obturations ;
- surveiller l'évolution d'un traitement d'apexogénèse ou d'apexification.

À la suite de cet examen, un plan de traitement adéquat sera posé en vue de réaliser les différents soins dentaires nécessaires avant le traitement orthodontique. La préparation buccodentaire avant le traitement orthodontique est une étape primordiale⁽⁸⁾.

Figure 1 : Zones de déminéralisation apparues à la fin du traitement orthodontique



Figure 2 : Accumulation de plaque autour de l'appareillage

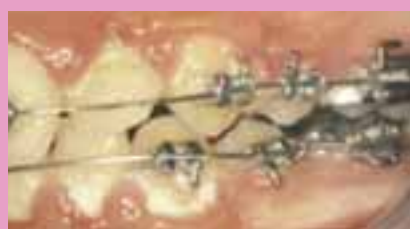


Figure 3 : Anomalies de structure sur des incisives permanentes



L'orthodontiste doit donc être lui-même très attentif à cette situation et prendre toutes les précautions de prévention et de soins qui s'imposent, en relation avec le pédodontiste ou l'omnipraticien.

Il conviendra de réaliser :

- les soins de toutes les caries ;
- le traitement des pathologies pulpaires d'origine carieuse ;
- le rétablissement de l'intégrité anatomique et fonctionnelle des dents utilisées comme appui par le traitement orthodontique ;
- les obturations préventives des sillons, puits et fissures de toutes les dents permanentes (Fig. 5).

Quant aux applications fluorées, autant après collage, elles sont indiquées, autant il convient de s'en méfier avant la pose de l'appareillage⁽²⁾. La fluoruration, en augmentant la résistance à la déminéralisation des couches superficielles de l'émail, diminue les effets du mordantage, et fragilise la tenue des attaches sur les dents.

Pendant le traitement orthodontique

Une attention particulière doit être portée au choix du matériau de collage et à la prévention fluorée.

Collage :

L'adaptation précise de la bague sur la dent est recommandée, mais elle est parfois insuffisante pour maintenir la protection du ciment si les pressions et les chocs de la mastication sont importants⁽²⁾. Utilisé depuis quelques années, le ciment de scellement verre ionomère est une bonne parade à cette situation. Moins friable que l'oxyphosphate, il adhère à la fois au métal et surtout à l'émail, libère du fluor, et constitue ainsi une protection de la dent. Son emploi marque un progrès essentiel qui a fortement diminué la fréquence des zones déminéralisées sous les bagues⁽³⁾.

Les résultats montrent une diminution significative de lésions carieuses avec l'utilisation d'un ciment verre ionomère de collage pour les bagues orthodontiques.

Figure 4 : Rétro-alvéolaire montrant le degré d'atteinte de la prémolaire et une carie surprise sur la première molaire



Figure 5 : Le scellement des puits et fissures permet de réduire les anfractuosités occlusales



L'utilisation d'un ciment verre ionomère réduit de façon significative le nombre de lésions blanchâtres après dépose de l'appareillage^(10,11,12,13).

En effet, les résines de collage fluorées ont un pouvoir anticariogène et réduisent l'incidence de zones de déminéralisation autour du matériel orthodontique car elles permettent un relargage du fluor dans des sites spécifiques^(3,14).

Hygiène buccodentaire :

La maintenance clinique est indispensable pendant tout le traitement orthodontique. L'élimination de la plaque et des débris alimentaires constitue une mesure indispensable à la santé buccodentaire^(4,8). Cette préoccupation doit être omniprésente et concerne tous les praticiens, mais aussi les patients⁽⁸⁾. L'enseignement de l'hygiène et son suivi représente réellement le moyen thérapeutique préventif le plus facile à mettre en place⁽⁹⁾.

Il faut enseigner une méthode de brossage qui prenne en compte l'âge du patient (jeunes enfants, adultes), son niveau

socioculturel, son habileté et ses handicaps éventuels⁽⁹⁾. On pourra préférer le brossage électrique dans les cas où le patient est inapte à maintenir une hygiène buccale correcte par le seul brossage mécanique⁽⁷⁾. L'utilisation d'une brosse à dents électrique réduit plus la plaque dentaire qu'une brosse à dents mécanique⁽¹⁵⁾.

Ce brossage dentaire sera réalisé à l'aide d'une pâte dentifrice fluorée puisqu'il est actuellement bien établi que les dentifrices fluorés ont un effet cariostatique^(16,17,18). L'utilisation d'un dentifrice fluoré diminue nettement la plaque dentaire. Il permet d'augmenter les niveaux de fluor dans le biofilm : il agit comme un puissant inhibiteur de plusieurs enzymes bactériens⁽¹⁹⁾.

On soulignera la nécessité d'au moins 2 brossages quotidiens afin que soit favorisé un échange continu d'ions fluor entre le milieu salivaire et la surface de l'émail^(17,18). Il existe actuellement sur le marché 2 types de pâtes :

- les pâtes dentifrices à basse teneur en fluor (<1500 ppm);
- les pâtes dentifrices à haute teneur en fluor (>1500 ppm).

L'utilisation des dentifrices fluorés permet de réduire de 15 à 30 % la fréquence carieuse ; les meilleurs résultats étant atteints avec les pâtes dentifrices à haute teneur en fluor⁽¹⁸⁾.

Le suivi de l'hygiène buccale permettra d'évaluer la motivation du patient. Dans certains cas particulièrement défavorables, où la qualité de l'hygiène devient insuffisante ou catastrophique, il ne faut pas hésiter à interrompre le traitement orthodontique, de manière transitoire ou non, en fonction des possibilités de remise en état de la cavité buccale, de la réévaluation de la motivation et des résultats sur les habitudes d'hygiène et d'alimentation⁽⁸⁾ (Fig. 6). Cette démarche permettra de prévenir la survenue de caries, mais aussi d'atteintes parodontales qui peuvent prendre différentes formes (gingivites hyperplasiques, récessions gingivales...) (Fig. 7).

Pour les zones interproximales, difficilement contrôlables, il existe des moyens accessoires qui permettent l'élimination de la plaque à ce niveau^(4,7) (Fig. 8). L'utilisation de fil dentaire orthodontique, de brossettes interdentaires, s'avère nécessaire pour compléter le brossage.

Les hydropulseurs montrent une efficacité incontestable dans l'élimination des débris alimentaires et constituent un excellent complément de brossage mécanique particulièrement recommandé aux porteurs de dispositifs orthodontiques⁽⁴⁾.

Figure 6 : Apparition de taches de déminéralisation au cours d'un traitement orthodontique ayant nécessité la dépose de l'appareillage



Figure 7 : Conséquences d'une hygiène buccodentaire insuffisante



Figure 8 : L'utilisation de compléments de brossage permet d'accéder aux zones proximales



Contrôle de la plaque bactérienne par le nettoyage prophylactique professionnel :

En plus de l'hygiène buccodentaire à domicile, le nettoyage prophylactique professionnel est destiné à faire baisser la charge bactérienne, à accroître l'efficacité du brossage et à faciliter le nettoyage par le patient^(9,16).

Le nettoyage dentaire professionnel 2 à 4 fois/an maintient la bonne santé buccale et réduit le nombre de caries⁽⁷⁾.

On réalisera un polissage des surfaces coronaires à l'aide de pâtes fluorées et de cupules caoutchouc ou de brossettes afin de limiter les possibilités de rétention mécanique des bactéries.

Dépistage des caries^(2,8) :

Quelle que soit la nature de l'appareil, l'atteinte des tissus durs, lorsqu'elle se produit, débute par une déminéralisation de l'émail.

Avec les appareillages multi-attaches, elle peut avoir son siège autour du verrou collé, soit sous les bagues, lorsque le ciment de scellement se délite et que les fluides buccaux s'infiltrent entre le métal et l'émail, sans possibilité de nettoyage.

C'est pourquoi, le contrôle des joints entre les dents et les bagues postérieures sera régulièrement effectué afin d'éviter une percolation salivaire. En cas de doute sur la qualité du scellement, les bagues doivent être déposées et rescellées.

Le scellement des puits et fissures^(8,9,18) :

La prévention des caries peut toujours être mise en œuvre régulièrement par l'obturation des sillons, puits et fissures de toutes les dents permanentes en évolution à savoir les prémolaires, et surtout les 2èmes molaires permanentes qui font leur éruption pendant les traitements orthodontiques.

Le but du scellement des sillons et anfractuosités des faces occlusales est de diminuer la charge bactérienne en modifiant des morphologies occlusales très anfrac-

tueuses, propices à la rétention alimentaire et bactérienne de façon à rendre le nettoyage plus facile dans ces zones.

La fluorothérapie topique :

Le rôle des fluorures est maintenant bien établi. L'ion fluor exerce un effet préventif de la carie en^(4,9,17,20,21) :

- modifiant le métabolisme bactérien de la plaque dentaire : Le fluor a un effet inhibiteur sur des processus enzymatiques ;
- inhibant la production d'acides : Le fluor peut avoir une action sur la composition de la flore microbienne et/ou sur l'activité métabolique des micro-organismes ;
- réduisant la déminéralisation et en favorisant la reminéralisation des lésions carieuses précoces : Le fluor exerce un effet de reminéralisation et particulièrement à faible concentration. Au cours des fréquentes chutes de pH, l'incorporation du fluor dans les couches superficielles de l'émail est facilitée.

L'effet cariostatique principal des fluorures topiques s'explique par la formation de CaF₂ qui précipite sur les surfaces saines ou dans les micropores des lésions actives non cavitaires. Quand la surface amélaire est exposée au fluor, les ions fluorures adhèrent à la surface et forment des cristaux de CaF. Ils vont agir comme un réservoir potentiel de libération de fluor^(3,17).

Plus la quantité de fluor apportée les premiers jours est importante, meilleure sera la structure du cristal CaF formé. C'est pourquoi il est très important pour l'émail d'être traité avec du fluor juste après le mordançage⁽³⁾.

L'action prophylactique du fluor sera fonction de la concentration, mais aussi et surtout de la fréquence avec laquelle il sera apporté dans le milieu buccal. Les effets topiques des fluorures sont cumulatifs : plus la dent est exposée aux fluorures, plus elle est résistante à la carie^(17,18).

Une petite augmentation de fluor dans la salive et la plaque peut fournir une importante protection contre la carie en permettant une reminéralisation. Le fluor peut



être retenu dans la salive avec des concentrations allant de 0,03 à 0,1 ppm pendant 2-6 heures⁽²⁰⁾.

De ce fait, en plus du recours au dentifrice fluoré, certaines lésions de surface nouvelles et superficielles peuvent être traitées précocement, au cours des traitements d'orthodontie, par applications topiques de vernis, de gels ou de solutions fluorées afin de stimuler la reminéralisation de surface de l'émail.

Les bains de bouche :

Les bains de bouche fluorés constituent la méthode la plus courante pour lutter contre la carie. Les bains de bouche fluorés diminuent la déminéralisation et augmentent la reminéralisation de l'émail autour des bagues et brackets orthodontiques⁽²²⁾.

Il existe différents protocoles d'utilisation des bains de bouche fluorés. Ceux-ci peuvent être administrés^(7, 17, 18) :

- sous forme de dosage faible (0,05 % NaF) en application fréquente, 1 à 2 fois/jour ;

- ou de dosage fort (0,2 % NaF), 1 fois par semaine ou 2 fois/mois. La réduction de la carie est de 25 à 30 %⁽⁴⁾.

Pour Zero et collaborateurs (in 20), les bains de bouche de NaF (0,05 % - 225 ppmF) utilisés pendant 1 minute augmentent les niveaux de fluor dans la salive pendant 2-4 heures.

Les gels fluorés :

Pour les gels fluorés, la concentration peut varier de 10 000 à 20 000 ppm. Ce sont le plus souvent des préparations acidulées de NaF qui favorisent les échanges ioniques⁽¹⁴⁾. Leur efficacité dépend de l'accessibilité des zones à traiter ; elle est évidente pour les zones vestibulaires et linguales⁽⁹⁾.

L'application des gels à haute teneur en fluorures (jusqu'à 20 000 ppm tel que le Fluocaril bi-fluoré 2000*) se fait par l'intermédiaire de gouttières réalisées par le praticien et utilisées au cabinet dentaire^(17,18). Les recommandations consistent à laisser en place les gouttières pendant 4 minutes ; le patient ne doit ni

rincer, ni boire, ni manger pendant 1 heure ou 1 heure et demie après l'application de gel fluoré. 2 applications/an sont recommandées⁽⁴⁾.

Les vernis fluorés :

Les vernis fluorés sont utilisés, en prévention, autour des attachements collés pour limiter les effets cariogènes de la plaque bactérienne dans les sites les plus vulnérables comme les limites proximales et les surfaces cervicales^(8,23) (Fig. 9).

Figure 9 : Application d'un vernis fluoré autour des brackets



Ils ont été développés dans le but d'adhérer à la surface de l'émail pendant des durées prolongées (jusqu'à 12 heures et davantage) afin de décharger lentement leur fluor vers les surfaces d'émail tout en écourtant le temps de présence du patient sur le fauteuil^(4,18).

L'application, en général bisannuelle, des vernis fluorés concerne le traitement des zones ponctuelles (lésions débutantes au niveau des surfaces lisses). 3 types de vernis sont en vente sur le marché :

- le Fluor Protector* dosé à 0,1 % de fluor ;
- le Duraphat* contenant 2,2 % de fluor ;
- le Bifluoride* dosé à 5 % de fluor.

Les vernis fluorés doivent être utilisés chez les patients peu motivés sous forme d'un traitement répété tous les 3-4 mois sur un mode intensif (3j consécutifs), 2 à 3 fois/an. Ils seront alors utilisés comme moyen préventif pour réduire la déminéralisation de l'émail autour des brackets, permettre une reminéralisation des lésions carieuses et prévenir l'apparition de nouvelles lésions^(7,17).

Association vernis fluoré + chlorhexidine :

Le contrôle par des agents antimicrobiens a également montré, en combinaison avec le fluor d'excellents résultats chez les patients à haut risque^(4,7).

Le fluor et la chlorhexidine forment une équipe forte : le fluor en augmentant la protection des tissus durs et la chlorhexidine en réduisant les pathogènes buccaux présents dans la salive et la plaque dentaire⁽⁷⁾.

Les vernis antibactériens (dosés à 1 % comme le Cervitec*) seront appliqués localement sur des sites à risque comme par exemple les lésions débutantes pour lesquelles on recherche un assainissement afin de permettre une reminéralisation^(4,9). Ils permettent une diminution du nombre des streptocoques mutans dans la plaque autour des appareillages fixés^(24,25).

L'application de vernis à base de chlorhexidine se fait aisément, à l'aide d'un pinceau et d'un léger jet d'air permettant de sécher le vernis sur la surface dentaire. Il faut attendre au moins 1 heure avant de boire ou manger après l'application du vernis⁽⁷⁾.

Comme pour les gels, le traitement par des vernis à la chlorhexidine doit être répété fréquemment, 2 à 3 fois en quelques jours ainsi que tous les 3-4 mois pour être efficaces⁽⁷⁾.

Ainsi, l'utilisation combinée d'un vernis antibactérien et d'un vernis F est plus efficace pour éviter l'apparition de nouvelles lésions carieuses⁽²⁶⁾.

Après le traitement orthodontique

La fin de traitement correspond au constat de résultat⁽⁸⁾. Après la dépose de brackets, il persiste des résidus de résine de collage qui montrent la nécessité d'un excellent polissage des surfaces dentaires⁽²⁷⁾.

Il convient au pédodontiste ou à l'omni-praticien d'examiner de façon minutieuse l'ensemble de la cavité buccale en vue de diagnostiquer et de traiter⁽⁸⁾ :

- Les caries proximales éventuelles ;
- Les caries qui apparaissent parfois sous les bagues molaires et dans les zones de brossage insuffisant entre les attachements et le feston gingival (Fig. 10).

Des traces de déminéralisation, qui ne se laissent pas prévoir, sont souvent découvertes en fin de traitement⁽²⁾, imposant ainsi la poursuite de la prévention fluorée. Il est alors important de pratiquer des applications topiques de fluorures sous forme de solutions, de gels ou de vernis qui faciliteront la reminéralisation en surface des lésions carieuses débutantes.

Figure 10 : Caries survenues sous une bague durant le traitement orthodontique, découvertes après dépose de l'appareillage



Ces applications seront, dans les cas plus favorables, en l'absence de lésions, les seules précautions nécessaires en fin de traitement orthodontique⁽⁸⁾.

O'Reilly et Featherstone⁽²⁰⁾ ont montré que la déminéralisation autour des brackets peut être complètement éliminée en combinant un dentifrice fluoré et un rinçage NaF 0,05 % quotidien.

Une autre étude⁽²⁸⁾ portant sur la reminéralisation par le fluor après dépose du matériel orthodontique a montré que :

- L'utilisation d'un dentifrice fluoré 2 fois/jour permet une reminéralisation au bout de 2 mois ;
- La combinaison d'un dentifrice et de gels fluorés accélère le processus de reminéralisation (1 mois).

Conclusion

Seules des relations professionnelles étroites et harmonieuses entre le pédodontiste ou l'omnipraticien et l'orthodontiste sont garantes d'un parfait état de santé buccodentaire en fin de traitement orthodontique.

Elles permettront l'instauration d'un suivi clinique régulier de l'état buccodentaire visant l'interception de lésions débutantes et leur guérison sans complications notables.

Les patients porteurs d'appareillages orthodontiques doivent être considérés comme des patients à risque pour lesquels la prévention doit être renforcée notamment par la mise en place d'un protocole de fluorothérapie adapté à chaque patient. ■

Bibliographie

1. A. DERKS, A.M. KUIJPERS JAGTMAN, J.E. FRENCKEN, M.A. VAN'T HOF, C. KATSARAS "Caries preventive measures used in orthodontic practices: an evidence-based decision?" *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* 2007; 132: 165-170
2. B. TERK « Motivation à l'hygiène chez les enfants traités en orthodontie » *Réalités Cliniques Vol. 4, n°3, 1993: 375-385*
3. B.I. EVRENOL, N. KUCUKKELES, T. ARUN, A. YARAT "Fluoride release capacities of four different orthodontic adhesives" *J. Clin Pediatr Dent* 23(4): 315-320, 1999
4. Y. HAIKEL, J. HEMMERLE « Thérapeutique étiopathogénique de la carie » *Encycl. Méd. Chir., Stomatologie et Odontologie, 23-010-F-10, 2001, 21p*
5. J.J. LASFARGUES « Évolution des concepts en odontologie conservatrice – Du modèle chirurgical invasif au modèle médical préventif » *Information Dentaire n° 40 du 19 novembre 1998*
6. P. FARGE « Prospective en cariologie » *Réalités Cliniques Vol. 11, n°1, 2000: 9-17*
7. L.G. PETERSSON « Prévention : santé buccale, une vision et un défi pour le praticien » *Réalités Cliniques Vol. 11, n°4, 2000: 375-390*
8. J.P. FORTIER, F. VILLETTE, P. ALDIN, B. BRASSEUR « L'odontologie pédiatrique et le traitement orthodontique » *Réalités Cliniques Vol. 8, n°3, 1997: 225-241*
9. G. KUHN, C. BESNAULT « Prophylaxie, prévention et dentisterie non invasive » *Revue d'Odontostomatologie* 2000, Tome 29, n°4: 179-187
10. K.J. DONLY, S. ISTRE, T. ISTRE "In vitro remineralisation at orthodontic band margins cemented with glas ionomer cement" *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1995 May; 107(5): 461-464
11. G.C. DUBROC Jr, J.A. MAYO, C.A. RANKINE "Reduction of caries and demineralization around orthodontic brackets: effect of a fluoride-releasing resin in the rat model" *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1994 Dec; 106(6): 583-587
12. T.R. SUDJALIM, M.G. WOODS, D.J. MANTON, E.C. REYNOLDS "Prevention of demineralization around orthodontic brackets in vitro" *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* 2007; 131: 705e1 – 705.e9
13. V. CACCIAFFESTA, M.F. SFANDRINI, P. TAGLIANI, C. KIERSY "In vitro fluoride release rates from 9 orthodontic bonding adhesives" *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* 2007; 132: 656-62
14. R.M. WILSON, K.J. DONLY "Demineralization around orthodontic brackets bonded with resin-modified glass ionomer cement and fluoride-releasing resin composite" *Pediatr Dent* 2001 May-Jun; 23(3): 255-259
15. E.G. KAKLAMANAS, S. KALFAS "Meta-analysis on the effectiveness of powdered toothbrushes for orthodontic patients" *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* 2008; 133: 187.e1-187.e5
16. W.H. ARNOLD, A. DOROW, S. LANGENHARST, Z. GINTNER, J. BANOCZY, P. GAENGLER "Effect of fluoride toothpastes on enamel demineralization" *BMC Oral Health* 2006 June 15; 6:8
17. N. FARHADIAN, A. MIRESMAEILI, B. ESLAMI, S. MERHABI "Effect of fluoride varnish on enamel demineralization around brackets: an in-vivo study" *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* 2008; 133: S95-98
18. J.I. SOMMERMATER, L. BIGEARD « Méthodes de prévention au cabinet dentaire chez l'enfant et le jeune » *Réalités Cliniques Vol. 4, n°3, 1993: 283-304*
19. A. MODESTO, K.C. LIMA, M. UZEDA "Effects of three different infant dentifrices on biofilms and oral microorganisms" *J. Clin Pediatr Dent* 24(3): 237-243, 2000
20. J.D.B. FEATHERSTONE "Prevention and reversal of dental caries: role of low level fluoride" *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27: 31-40
21. A. MODESTO, K.C. LIMA, M. UZEDA "Effects of solutions used in infants' oral hygiene on biofilms and oral microorganisms" *Journal of Dentistry for children*, September-October 2000: 338-344
22. S.M. ADAIR "The role of fluoride mouthrinses in the control of dental caries: a brief review" *Pediatr Dent* 1998 Mar-Apr; 20(2): 101-104
23. L. GONTIJO, R.A. CRUZ, P.R.G. BRANDAO "Dental enamel around fixed orthodontic appliances after fluoride varnish application" *Braz Dent J.* 2007; 18(1): 49-53
24. M. MADLENA, G. VITALYOS, S. MARTON, G. NAGY "Effect of chlorhexidine varnish on bacterial levels in plaque and saliva during orthodontic treatment" *J Clin Dent* 2000; 11(2): 42-46
25. P.V.M. ALVES, W.B. ALVIANO, A.M. BOLOGNESE, L.I. NOJIMA "Treatment protocol to control streptococcus mutans level in an orthodontic patient with high caries risk" *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* 2008; 133: 91-4
26. B. OGAARD, E. LARSSON, T. HENRIKSSON, D. BIRKHED, S.E. BISHARA "Effects of combined application of antimicrobial and fluoride varnishes in orthodontic patients" *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2001 Jul; 120(1): 28-35
27. R. OSORIO, M. TOLEDANO, F. GARCIA GODOY "Enamel surface morphology after bracket debonding" *Journal of Dentistry for children, September-October 1998: 313-317*
28. C.J. KLEBER, J.L. MILLEMAN, K.R. DAVIDSON, M.S. PUTT, C.W. TRIOL, A.E. WINSTON "Treatment of orthodontic white spot lesions with a remineralizing dentifrice applied by toothbrushing or mouth trays" *J Clin Dent* 1999; 10(1 Spec No): 44-49

« À L'ÉCOUTE LES UNS DES AUTRES » :

Une initiative pour améliorer les relations avec les membres mal desservis de notre société

Par *Martine C. Lévesque, M.Sc.* et *Christophe Bedos, D.C.D., Ph.D.*

Source : Reproduit avec permission. J Can Dent Assoc 2012;77:c20_f, www.jcda.ca

Dans un article antérieur du *JADC*¹, nous avons abordé la question de la pauvreté et des défis qu'elle présente pour la société, notamment pour les professionnels de la santé buccodentaire qui traitent les populations démunies. Dans notre conclusion, nous avons souligné les efforts récents de certaines provinces pour réduire les disparités sociales grâce à l'élaboration de plans de lutte contre la pauvreté. Les valeurs qui sous-tendent de telles actions sont unanimement reconnues : assurer des droits humains de base et la justice sociale pour tous les membres de la société.

Puisque les disparités économiques et sociales s'accompagnent souvent de disparités sur le plan de la santé, nous avons mobilisé les professionnels de la santé buccodentaire pour qu'ils contribuent au mouvement visant à réduire la pauvreté et à en alléger les conséquences. Il arrive trop souvent que nous constatons de nos yeux les effets d'un manque de soins dentaires. Une mauvaise hygiène buccodentaire perpétue le cycle de la pauvreté en ayant une incidence négative sur l'employabilité, la santé et, dans le cas des enfants, sur la capacité et la disposition à apprendre. Par conséquent, nous avons mis la profession dentaire au défi (1) d'améliorer les relations avec les membres de la société mal desservis; (2) d'élaborer des stratégies favorisant des interactions positives et fructueuses; (3) d'améliorer l'accès à des services dentaires pour les personnes pauvres¹.

Ces 3 recommandations sont au cœur même d'une initiative menée à Montréal et baptisée « À l'écoute les uns des autres ».

Les détails de cette initiative ont déjà paru ailleurs². Le présent article a pour objectif d'en présenter un bref aperçu afin de montrer comment les professionnels de la santé et les groupes de lutte contre la pauvreté peuvent travailler de concert pour améliorer l'accès aux soins buccodentaires des personnes pauvres. Nous y décrivons aussi un outil pédagogique qui est né de cette initiative et qui peut servir à l'enseignement professionnel au premier cycle universitaire.

Une démarche participative pour élaborer des outils de formation

Les dentistes disent souvent éprouver des frustrations à l'égard des patients bénéficiant de l'aide sociale et admettent avoir de la difficulté à comprendre leurs habitudes en matière de santé et leur mode de vie³. À l'inverse, les bénéficiaires de l'aide sociale sentent que les professionnels de la santé ne comprennent pas nécessairement leur point de vue ou les difficultés qu'ils doivent surmonter à cause de la pauvreté⁴. Pour ces raisons, les ordres de professionnels de la dentisterie au Québec et les groupes de lutte contre la pauvreté ont décidé de s'allier pour dissiper les malentendus qu'il existe de part et d'autre entre les professionnels de la santé buccodentaire et les bénéficiaires de l'aide sociale².

Des représentants de ces groupes, en collaboration avec des chercheurs, se sont réunis régulièrement depuis 2006 pour élaborer des outils de formation utiles à la profession. La philosophie du groupe, en accord avec les méthodes de recherche

participative consiste à partager la responsabilité des décisions prises à toutes les étapes d'élaboration de ces outils.

L'un des outils est un DVD d'une heure et demie dans lequel 6 bénéficiaires de l'aide sociale parlent de leur vie en général, de leur santé buccodentaire et de leur expérience du système de santé buccodentaire. Ce DVD peut servir dans les cours de premier cycle universitaire pour aider les futurs professionnels de la santé buccodentaire à mieux comprendre le point de vue des bénéficiaires de l'aide sociale. Cet outil devrait aussi préparer et encourager les étudiants à profiter des occasions de faire du travail communautaire afin d'acquérir une expérience sur le terrain de la communication et de la prestation de services à des personnes à faible revenu.

Domaines à envisager

L'initiative « À l'écoute les uns des autres » montre que la profession dentaire peut, grâce à des collaborations fructueuses avec des groupes de lutte contre la pauvreté, faire partie d'un mouvement national visant à réduire la pauvreté et ses incidences sur la société. Toutefois, il reste encore du pain sur la planche. Bien qu'il soit essentiel d'améliorer la compréhension de la profession à l'égard des membres mal desservis de la société et les relations avec ceux-ci, la question de l'accès aux soins pour les groupes sociaux démunis demeure un défi à multiples facettes. Des actions menées en collaboration doivent inclure des pressions auprès des gouvernements en vue d'améliorer la couverture dentaire de plusieurs populations à risque.

La participation de professionnels de la dentisterie aux efforts de lutte contre la pauvreté pourrait aussi avoir une incidence positive directe sur l'image de la profession dans notre société. Dans un article publié dans le *JADC* qui résume les résultats d'un sondage d'opinion publique⁵, le Dr Croutze révèle qu'il faut améliorer la perception de la population vis-à-vis des dentistes. À la lumière de ce constat, nous avons voulu partager les fruits de notre initiative de collaboration à titre d'exemple des progrès qui peuvent être accomplis quand la profession, les groupes de lutte contre la pauvreté et les patients unissent leurs efforts. Nous espérons que l'initiative « À l'écoute les uns des autres » servira de catalyseur à des projets semblables à l'avenir.

Principaux thèmes qui se dégagent du DVD

Ce DVD aborde plusieurs thèmes importants. Nous en avons tiré quelques citations² ci-dessous qui résument les sentiments et l'expérience des patients.

La honte : Les participants ont signalé éprouver de la honte dans la plupart de leurs interactions quotidiennes :

« *Le plus difficile, c'est qu'il y a ben du monde, un coup qu'ils savent que t'es sur l'aide sociale, leur regard change... leur vision de ma personne change... que ce soit l'école, ou un organisme que ce soit, ou bien quand j'arrive avec mon chèque d'aide sociale à la banque, ils te regardent : « y'est pas rentable... »* » (Robert)

La discrétion : La discrétion de la part des dentistes et du personnel est une qualité particulièrement appréciée :

« *Ils (les secrétaires) devraient, quand ils ont un formulaire à faire remplir, ils devraient amener la personne dans un endroit plus privé... pour pas que les voisins sachent qu'elle est sur l'aide sociale... c'est la même chose si la personne doit payer en plusieurs versements... Ils devraient faire ces ententes dans des endroits privés.* » (Louise)

L'empathie : Cette qualité est très valorisée chez les dentistes et peut aider à compenser les sentiments de vulnérabilité accrue :

« *Quand on va chez le médecin, ou chez le dentiste, on est vulnérable, en tout cas, moi j'me sentais très vulnérable, et très souvent, c'est là que j'allais vider mon sac, de dire qu'est-ce qui allais pas. Puis des fois ça peut être un sourire, simplement le sourire du professionnel en face de toi qui te dis 'oui, je comprends... c'est pas facile, c'est une dure passe que vous passez là... Une phrase qui te donne de l'espoir, c'est ben mieux que ben des pilules... »* (Guylaine)

Une mauvaise hygiène buccodentaire perpétue le cycle de la pauvreté en ayant une incidence négative sur l'employabilité, la santé et, dans le cas des enfants, sur la capacité et la disposition à apprendre.

La communication : Un véritable dialogue peut offrir l'occasion aux bénéficiaires de se sentir parties prenantes des décisions touchant leur traitement :

« *Quand est venu le temps de réparer le plombage qui était tombé, il ne m'a pas demandé mon avis, y'a décidé, pendant qu'il me piquait, de me faire un amalgame. C'était difficile de parler, de lui dire « non, j'voulais un composite »... J'aurais aimé qu'il me l'offre (le composite), qu'il me demande ce que je voulais... »* (Céline)

L'importance des dents : Malgré les stéréotypes courants concernant l'édentulisme et la pauvreté, la plupart des participants ont à cœur leur santé buccodentaire :

« *Moi j'avais un malaise... parce que j'me disais... 'ben voyons donc, parce que je suis pauvre on va m'arracher les dents ? C'est quoi c't'affaire là ?!' Je me disais, 'ça n'a pas d'allure, on ne peut pas faire*

ça au monde... » Peut-être que l'image, à ce moment-là, des fois on voit des gens qui n'ont pas de dents et on trouve ça malheureux, ben là tout à coup j'me voyais là-dedans, je me disais « Mon dieu, c'est ça là, j'suis sur l'assistance emploi, et j'm'en va vers ça, pas de dents ! Pauvre et pas de dents ! Devant tout le monde là... ça va être évident devant les gens que j'suis pauvre s'il me manque une dent... » (Lucie)

La fierté : Les bénéficiaires de l'aide sociale expriment de la fierté et de l'espoir malgré leurs difficultés et leurs défis quotidiens :

« *J'disais à mon fils, faut que tu y ailles à l'école, si tu veux avoir une plus belle maison que moi, ou un plus beau char ; il m'a dit : « Moi j'veux pas de crack dans la vitre de mon char... puis j'veux une maison avec des escaliers en dedans... » Il me disait ça et j'me disais, c'est déjà pas pire... Lui, dans sa tête, il veut être mieux que moi. Ça c'est numéro un, c'est une des affaires que je voulais en premier... »* (Réjean) ■

Références

1. Bedos C, Lévesque MC. La pauvreté : Un défi pour notre société et pour les professionnels de la santé buccodentaire. *J Can Dent Assoc.* 2008; 74(8):693-4.
2. Lévesque MC, Dupéré S, Loignon C, Levine A, Laurin I, Charbonneau A, et al. *Bridging the poverty gap in dental education: how can people living in poverty help us?* *J Dent Educ.* 2009; 73(9):1043-54.
3. Pegon-Machat E, Tubert-Jeannin S, Loignon C, Landry A, Bedos C. *Dentists' experience with low-income patients benefiting from a public insurance program.* *Eur J Oral Sci.* 2009; 117(4):398-406.
4. Bedos C, Brodeur JM, Boucheron L, Richard L, Benigeri M, Olivier M, et al. *The dental care pathway of welfare recipients in Quebec.* *Soc Sci Med.* 2003; 57(11):2089-99.
5. Croutze R. Le conte de deux réalités. *J Can Dent Assoc.* 2010; 76(6):345.

HYGIÉNISTES DENTAIRES RECHERCHÉS

en vue de procéder à l'analyse et à la description des pratiques adaptées à l'égard des personnes handicapées.

Office des personnes
handicapées

Québec 

En quoi consiste ce projet ?

L'Office des personnes handicapées du Québec, en partenariat avec l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec**, procède à une consultation sur les pratiques adaptées des hygiénistes dentaires à l'égard des personnes handicapées. Il s'agit d'identifier et de décrire les adaptations qui peuvent être apportées à la pratique des hygiénistes dentaires afin de donner les soins adéquats aux personnes handicapées.

Nous recherchons des membres de l'Ordre dont la clientèle comporte une quantité notable de personnes handicapées. Ces membres sont reconnus pour leur intérêt à l'égard des personnes handicapées et pour avoir acquis une certaine expérience dans les façons d'adapter leur pratique auprès de ces personnes. La consultation s'effectuera dans un groupe formé de 6 à 10 personnes.

À quoi servira cette analyse ?

Les résultats de cette analyse permettront de développer un guide et une formation pour soutenir les hygiénistes dentaires dans l'adaptation de leurs services en fonction des incapacités des personnes rencontrées. Ces résultats peuvent aussi contribuer à une mise à jour de leurs compétences professionnelles.

En quoi consistera votre participation à cette analyse ?

À une ou deux rencontres au cours de l'automne 2012 au siège social de l'OHDQ. *Le repas du midi est fourni et vos frais de déplacement seront remboursés.*

Votre participation à cette analyse impliquera-t-elle une préparation de votre part ?

Essentiellement, cette analyse repose sur vos expériences cumulées. La grille et les

courts documents qui encadrent la démarche seront lus sur place. Ils peuvent vous être transmis à l'avance.

Un texte reprenant la description des adaptations proposées sera transmis pour validation et commentaires à la suite de la rencontre.

Si vous souhaitez obtenir plus de renseignements concernant ce projet, adressez-vous à :

Éric Meunier, Ph. D.

Conseiller à la formation
Direction du partenariat
et de l'innovation

Téléphone :

866 680-1930, poste 18439

Courriel :

eric.meunier@ophq.gouv.qc.ca

VOUS DÉMÉNAGEZ OU CHANGEZ DE LIEU DE TRAVAIL ?

Vous avez déménagé récemment ou le ferez prochainement ? Nous vous invitons à effectuer votre changement d'adresse par Internet ou à nous transmettre vos nouvelles coordonnées résidentielles par courriel, par téléphone ou par la poste.

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

Par Internet : www.ohdq en vous dirigeant dans la section 3 (MEMBRES ET ÉTUDIANTS)

Par courriel : info@ohdq.com

Par télécopieur : 514 284-3147

Par la poste :

OHDQ

1155, rue University, bureau 1212

Montréal (Québec) H3B 3A7

Nous vous remercions de votre collaboration.

Du 23 au 27 juillet 2012 FERMETURE DU SIÈGE SOCIAL

L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC DÉSIRE VOUS INFORMER QUE SON SIÈGE SOCIAL SERA FERMÉ DU 23 AU 27 JUILLET INCLUSIVEMENT EN RAISON DE LA PÉRIODE ESTIVALE. NOUS VOUS SOUHAITONS DE PROFITER AU MAXIMUM DE LA BELLE SAISON.

Nous sommes PRÉSENTS!

NOUS Y ÉTIONS

Depuis avril 2012, l'OHDQ a participé :

Comme exposant :

- Salon Ma Santé en avril au Complexe Desjardins
- Journées dentaires internationales du Québec en mai à Montréal
- Salon Fadoq en juin à Rivière-du-Loup

L'OHDQ a également été présent aux événements suivants :

- Lancement du Mois de la santé buccodentaire en avril au Cégep de Trois-Rivières
- Émission L'Épicerie en avril à Radio-Canada et à RDI
- Inauguration de la Clinique d'hygiène dentaire en mai au Cégep de Terrebonne
- Cérémonie des méritas, Finissant(es) en Techniques d'hygiène dentaire du Cégep de St-Hyacinthe en mai
- Assemblée des membres du Conseil interprofessionnel du Québec
- Remise annuelle du Prix du Conseil interprofessionnel du Québec en mai

- Cérémonie du 70^e anniversaire du Mouvement 4-H en mai à Montréal
- Remise des diplômes et des certificats – Diplômé(es) des programmes d'orthodontie et d'implantologie, Promotion 2011-2012 de l'IDI en mai
- Journées Carrières d'écoles secondaires à Montréal, par la participation d'hygiénistes dentaires bénévoles

Ainsi que dans la publication suivante :

- Coup de pouce de juin

NOUS Y SERONS PROCHAINEMENT

Comme exposant aux événements suivants :

- Salon jeunesse de la Vallée du Richelieu en août à Mont-St-Hilaire
- Salon national de l'éducation en octobre à Montréal, où nous figurons déjà dans les « Exposants en vedette » avec vidéo



Inauguration de la clinique de Terrebonne :

www.presse-lanaudiere.ca/2012/04/inauguration-de-la-clinique-dhygiene-dentaire-au-college-constituant-de-terrebonne/



Salon Ma santé

Mois de la santé buccodentaire au Cégep de Trois-Rivières :

www.agencess04.qc.ca/resolu/volume7/volume7no5/article4.html

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 cartes 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.

Afin d'assurer une meilleure gestion des différentes activités, il n'est pas possible d'effectuer un changement de cours et (ou) de région. Votre choix est définitif.

- Quatre à cinq semaines avant la tenue du cours choisi, l'**OHDQ** vous confirmera votre inscription par lettre 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.
- Les notes de cours, votre attestation, votre reçu et le questionnaire d'appréciation seront 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. Pour les formations d'une demi-journée, aucune collation ne sera servie.
- Le dîner est inclus dans le coût de l'inscription pour les formations du *Dr Jacques Véronneau*, de *Mme Yva Khalil* et du *Dr André Martel*.
- En ce qui concerne les formations **RCR**, l'attestation, le reçu et la carte de certification seront postés dans les 30 jours suivant chaque cours. Outre la formation **RCR**, les formations de *Dr Jacques Véronneau*, *Mme Yva Khalil* et *Dr André Martel* débiteront à 8 h 30.

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'évènement, 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 15 h 30.

Formation continue en français

Qu'est-ce qui fonctionne dans le contrôle et la prévention de la carie?

(6 heures de formation continue)
Par **Jacques Véronneau, DMD, Ph. D.**

Présentation de la conférence

L'hygiéniste dentaire est au centre des enjeux que pose une pratique supportée par les faits scientifiques. Sa contribution aux soins non opératoires extensifs est de plus en plus sollicitée. Pourtant, les connaissances et les pratiques touchant la carie dentaire sont peu questionnées. La formation proposée vise à réviser l'efficacité réelle des approches et des produits au service de la prévention, du contrôle et du traitement minimal de la maladie carieuse et de ses signes

cliniques. Quelles sont les évidences modernes sur l'efficacité de l'éducation, de la motivation, des fluorures, des caséines, des rince-bouches, du xylitol, des agents de scellement, des résines infiltrantes et autres contribuant au mieux-être dentaire de nos patients? Ce contenu référera aux recherches cliniques et revues systématiques pour établir le protocole optimal en regard des enjeux.

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 22 septembre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Gatineau	Hôtel V	60
Samedi 29 septembre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Mont-Laurier	Comfort Inn	30
Samedi 13 octobre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Sept-Îles	Hôtel Sept-Îles	40
Samedi 20 octobre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Granby	Hôtel Le Granbyen	150
Samedi 27 octobre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Rouyn-Noranda	BW Albert Centre-Ville	50
Samedi 24 novembre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Jonquière	Hôtel Saguenay	50
Samedi 1 ^{er} décembre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Lévis	L'Oiselière	80
Samedi 8 décembre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Trois-Rivières	L'Urbania	80
Samedi 15 décembre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Montréal	Hôtel Espresso	150

Coût membre : **114,98 \$ taxes et diner inclus** (100 \$ + taxes) Coût abonné-étudiant : **91,98 \$ taxes et diner inclus** (80 \$ + taxes)
(Prix modifiables sans préavis)

Les cours se dérouleront de 8 h 30 à 15 h 30.

Service à la « patientèle » et Comment obtenir un : « Oui... je le veux ! »

(6 heures de formation continue)

Par Par Yva Khalil, HD

Présentation des conférences :

Service à la « patientèle »

Chacun de nos patients souhaite-t-il être traité de la même façon que les autres? Il est important de connaître les divers profils psychologiques des patients, comprendre leurs discours et établir une relation de confiance afin de valoriser un plan de traitement et de maximiser l'impact de nos interventions. Cette session est axée sur la qualité du service, comment se démarquer en tant qu'équipe, la filtration des personnalités des patients et sur les techniques permettant d'amener nos patients à s'abandonner aux traitements suggérés. On y abordera la psychologie du patient, la gestion des attentes, comment bâtir une relation de confiance, le ton ainsi que le rôle de chacun des membres de l'équipe.

Comment obtenir un : « Oui, je le veux ! »

Les soins bucco-dentaires proposés dans un concept global peuvent représenter un investissement important pour nos patients. Sommes-nous à l'aise avec les coûts rattachés aux bénéfiques que nous offrons? Étant souvent confrontés à la valeur accordée à nos services par les patients, nous nous devons d'être confiants et outillés pour présenter ces plans de traitement. Pendant cette conférence, nous aborderons comment faire un lien entre les désirs et les réels besoins d'un patient, la structure d'une consultation efficace, la présentation envoûtante d'un plan de traitement, quand et comment parler d'honoraires, le rythme dans lequel les informations doivent être transmises, le ton de la voix ainsi que l'atmosphère qui doivent régner pour bâtir une relation de confiance. Cette présentation vous permettra d'adapter votre discours pour mieux répondre aux besoins de chacun et ainsi livrer un message puissant pour amener le patient à dire : « Quand pourrait-on commencer? »

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
Vendredi 19 octobre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Bonaventure	Centre Bonne Aventure	30
Vendredi 23 novembre 2012	8 h 30 à 15 h 30	Sherbrooke	Hôtellerie Jardins de Ville	30
Vendredi 15 février 2013	8 h 30 à 15 h 30	Gatineau	Hôtel V	60
Vendredi 22 mars 2013	8 h 30 à 15 h 30	Saint-Hyacinthe	Hôtel des Seigneurs	150
Vendredi 5 avril 2013	8 h 30 à 15 h 30	Montréal	Hôtel Espresso	150
Vendredi 12 avril 2013	8 h 30 à 15 h 30	Rimouski	Hôtel Rimouski	50
Samedi 20 avril 2013	8 h 30 à 15 h 30	Québec	Hôtel Québec	150
Samedi 4 mai 2013	8 h 30 à 15 h 30	Val-d'Or	À déterminer	50

Coût membre : **114,98 \$ taxes et diner inclus** (100 \$ + taxes) Coût abonné-étudiant : **91,98 \$ taxes et diner inclus** (80 \$ + taxes)
(Prix modifiables sans préavis)

Les cours se dérouleront de 8 h 30 à 14 h 30 (Dr Martel), de 8 h à 12 h et de 13 h à 17 h (Formation Langevin)

L'articulation temporo-mandibulaire et ses dysfonctions

(5 heures de formation continue)

Par **André Marel**, DMD, orthodontiste

Présentation de la conférence

Les problèmes liés à l'articulation temporo-mandibulaire sont tout de même assez fréquents dans la population en général. Leur

approche et leur compréhension sont parfois complexes et il devient souvent difficile de poser le bon diagnostic. Les traitements d'aujourd'hui offerts pour traiter les différentes dysfonctions articulaires sont très nombreux et faire le bon choix peut être très compliqué. Le patient va fréquemment demander conseil à l'hygiéniste dentaire afin d'avoir plus d'information sur ce problème qui représente une source d'inquiétude pour

lui. Un des objectifs de cette présentation est d'actualiser les connaissances de l'hygiéniste dentaire dans le vaste champ des troubles de l'ATM afin qu'il puisse se sentir en confiance pour en discuter, conseiller et orienter le patient dans la gestion thérapeutique de ces troubles.

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 18 janvier 2013	8 h 30 à 14 h 30	Chicoutimi	Le Montagnais	70
Samedi 16 février 2013	8 h 30 à 14 h 30	Montréal	Hôtel Espresso	150
Vendredi 22 mars 2013	8 h 30 à 14 h 30	Québec	Hôtel Québec	150
Vendredi 12 avril 2013	8 h 30 à 14 h 30	Gatineau	Hôtel V	60
Samedi 27 avril 2013	8 h 30 à 14 h 30	Longueuil	Sandman Hôtel	150
Samedi 11 mai 2013	8 h 30 à 14 h 30	Baie-Comeau	Motel Hotel Hauterive	40

Coût membre : **114,98\$ taxes et dîner inclus** (100\$ + taxes) Coût abonné-étudiant : **91,98\$ taxes et dîner inclus (80\$ + taxes)**
(Prix modifiables sans préavis)

Formation en RCR – Cardio secours adultes-enfants / DEA

(4 heures de formation continue)

Par **Formation Langevin** –
Institut Emergi-Plan

Présentation de la conférence

Objectifs visés par 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'une 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 1 ^{er} décembre 2012	8 h à 12 h	Gatineau	Hôtel V	30
Samedi 15 décembre 2012	8 h à 12 h	Saint-Jérôme	Comfort Inn	30
Samedi 26 janvier 2013	8 h à 12 h	Laval AM	Réception Paradis	60
Samedi 26 janvier 2013	13 h à 17 h	Laval PM	Réception Paradis	60
Samedi 9 février 2013	8 h à 12 h	Québec AM	Sir Wilfrid (Aub. Ste-Foy)	60
Samedi 9 février 2013	13 h à 17 h	Québec PM	Sir Wilfrid (Aub. Ste-Foy)	60
Samedi 23 février 2013	8 h à 12 h	Saint-Hyacinthe AM	Hôtel des Seigneurs	60
Samedi 23 février 2013	13 h à 17 h	Saint-Hyacinthe PM	Hôtel des Seigneurs	60
Samedi 20 avril 2013	8 h à 12 h	Trois-Rivières	Hôtel des Gouverneurs	60

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

The course will take place from 8 a.m. to 12 p.m. (Formation Langevin) and from 8:30 a.m. to 3:30 p.m (Yva Khalil).

Continuing Education in English

CPR to assist adults and children, with an introduction to automated external defibrillation

(4 hours of continuing education)

By **Formation Langevin** – Institut Emergi-Plan

Description of the activity:

- Role and responsibility of the first-aider, laws;
- How to make an emergency call;

- **Prevent** and identify risk factors;
- **Recognize** heart disease (angina, coronary thrombosis, heart attack);
- **Treat** heart problems (nitro, AAS);
- Clearing the respiratory tract;
- Cardio-pulmonary resuscitation (CPR) and AED (automated external defibrillator);
- How to take care of the AED;
- Practice on the manikin. Each participant will receive a certification card and a guide.

Concerning the speaker, (details are available on www.ohdq.com)

Date	Time	City	Where	Maximum participants
Saturday, January 12, 2013	8 a.m. to 12 p.m.	Montreal	Hôtel Espresso	30

Member Price: **\$74.73 taxes included** (\$65 + taxes) **Not available for student subscribers**
(Prices subject to change without notice)

Le service à la « patientèle » and Getting patients to say “YES”!

(6 hours of continuing education)

By **Yva Khalil, DH**

Presentation of the conference

1. Le service à la « patientèle »

Does each of our patients wish he be treated the same way? It is important to know the various psychological profiles, understand what patients are telling us, establish a relationship of trust in order to give value to a treatment plan and maximize the impact of our interventions. This session focuses on defining quality in the service, how to stand out as

a team, understanding our patient’s personalities and the various techniques that bring them to abandon themselves to the treatment suggested. It will focus on the patient’s psychology, managing expectations, building a trusting relationship, the tone and the role of each team member.

2. Getting patients to say “YES”!

The proposed oral care into the overall concept may represent a significant investment for our patients. Are we comfortable with the costs associated with benefits we offer? We are often faced with the value placed on our services by our patients, we must be confident and equipped to present these treatment plans. During this

conference we will discuss how to make a link between the desires and the real needs of a patient, the structure of an effective treatment plan presentation, the mesmerizing presentation of a treatment plan, when and how to discuss fees and the pace in which information must be delivered. This presentation will also allow you to tailor your presentation to better meet the needs of each individual and thus deliver a powerful message to get patient to say “When can we start”!

Concerning the speaker, (details are available on www.ohdq.com)

Date	Time	City	Where	Maximum participants
Saturday, March 16, 2013	8:30 a.m. to 3:30 p.m.	Montreal	Hôtel Espresso	70

Member Price: **\$114.98 taxes and lunch included** (\$100 + taxes) **Price student subscriber \$91.98 taxes and lunch included** (\$80 + taxes)
(Prices subject to change without notice)

Nom :	Prénom :	N° de permis :
Adresse :		Code postal :
N° de téléphone :		
Signature :		Date : <u> JJ / MM / AA </u>
OHDO 1212-1155, 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 en français

Qu'est-ce qui fonctionne dans le contrôle et la prévention de la carie? (6 heures de formation continue)

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

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

- | | |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gatineau | <input type="checkbox"/> Jonquière |
| <input type="checkbox"/> Mont-Laurier | <input type="checkbox"/> Lévis |
| <input type="checkbox"/> Sept-Îles | <input type="checkbox"/> Trois-Rivières |
| <input type="checkbox"/> Granby | <input type="checkbox"/> Montréal |
| <input type="checkbox"/> Rouyn-Noranda | |

Service à la « patientèle » et Comment obtenir un : « Oui... je le veux! » (6 heures de formation continue)

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

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

- | | |
|------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bonaventure | <input type="checkbox"/> Montréal |
| <input type="checkbox"/> Sherbrooke | <input type="checkbox"/> Rimouski |
| <input type="checkbox"/> Gatineau | <input type="checkbox"/> Québec |
| <input type="checkbox"/> Saint-Hyacinthe | <input type="checkbox"/> Val-d'Or |

L'articulation temporo-mandibulaire et ses dysfonctions

(5 heures de formation continue)

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

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

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chicoutimi | <input type="checkbox"/> Gatineau |
| <input type="checkbox"/> Montréal | <input type="checkbox"/> Longueuil |
| <input type="checkbox"/> Québec | <input type="checkbox"/> Baie-Comeau |

Formation en RCR – cardio secours adultes-enfants/DEA

(4 heures de formation continue)

Coût membre : 74,73 \$ taxes incluses.

- | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gatineau | <input type="checkbox"/> Québec AM |
| <input type="checkbox"/> Saint-Jérôme | <input type="checkbox"/> Québec PM |
| <input type="checkbox"/> Laval AM | <input type="checkbox"/> Saint-Hyacinthe AM |
| <input type="checkbox"/> Laval PM | <input type="checkbox"/> Saint-Hyacinthe PM |
| <input type="checkbox"/> Trois-Rivières | |

Continuing Education in English

CPR to assist adults and children, with an introduction to automated external defibrillation (4 hours of continuing education)

Member Price: \$74.73, taxes included.

- Montreal

Le service à la « patientèle » and Getting patients to say "YES!" (6 hours of continuing education)

Member Price: \$114.98, taxes and lunch included.

Student Price: \$91.98, taxes and lunch included.

- Montreal

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

FORMATION CONTINUE

Faculté de médecine dentaire

CALENDRIER 2012-2013

2012-13

HIVER 2013

AUTOMNE 2012

Date	Vendredi 21 septembre 2012, de 18 h à 21 h
Titre	« Le numérique 101 »
Conférencière	Dre Joanne É. Éthier, DMD, MBA, Cert. OMFR, MS (Diag.Sc.)

Date	Samedi 22 septembre 2012, de 9 h à 12 h
Titre	« La panoramique : vous ne la regarderez plus de la même façon »
Conférencière	Dre Joanne É. Éthier, DMD, MBA, Cert. OMFR, MS (Diag.Sc.)

Date	Samedi 22 septembre 2012, de 13 h 30 à 16 h 30
Titre	« L'imagerie 3D et ses applications en médecine dentaire »
Conférencière	Dre Joanne É. Éthier, DMD, MBA, Cert. OMFR, MS (Diag.Sc.)

Date	Samedi 29 septembre 2012, de 9 h à 12 h
Titre	« Une équipe de travail multigénérationnelle »
Conférencière	Mme Linda Mastrovito, psychothérapeute

Date	Samedi 6 octobre 2012, de 9 h à 12 h
Titre	« Piloter ses émotions »
Conférencier	Dr Serge Marquis, MD, spécialiste en santé communautaire

Date	Samedi 13 octobre 2012, de 9 h à 12 h
Titre	« Modifier un comportement de santé : logique d'intervention »
Conférencier	M. Étienne Couture, kinésologue

Date	Samedi 20 octobre 2012, de 9 h à 12 h
Titre	« Les nouveaux matériaux dentaires en PPF »
Conférencier	M. Dimitri Tschillis, Laboratoire Styledent inc.

Date	Samedi 17 novembre 2012, de 9 h à 16 h
Titre	« Identification/gestion de la peur du dentiste chez l'adulte »
Conférencière	Dre Geneviève Belleville, Ph. D. psychologue

Date	Samedi 24 novembre 2012, de 9 h à 16 h
Titre	« Le dentiste et l'oncologie »
Conférenciers	Dr Marcel Clercq, Dre Mélanie Gagné-Tremblay et Dr Gaston Bernier, dentistes en pratique dédiée à l'oncologie

Date	Vendredi 15 février 2013, de 8 h 30 à 17 h
Titre	30 ^e Journée scientifique. « La restauration directe ou indirecte »
Conférenciers	Dre Cathia Bergeron, dentisterie opératoire Dr Pierre Boudrias, prosthodontiste

Date	Samedi 23 février 2013, de 9 h à 16 h
Titre	« À propos du diagnostic en endodontie I »
Conférencier	Dr Yves Yana, endodontiste

Date	Samedi 2 mars 2013, 9 h à 16 h
Titre	« Douleurs orofaciales et désordres temporomandibulaires »
Conférencier	Dr Jean-Paul Goulet, médecine buccale

Date	Samedi 16 mars 2013, 8 h 30 à 12 h 30
Titre	« Trucs et astuces pour ne pas perdre la face en chirurgie maxillo-faciale! »
Conférencière	Dre Annie-Claude Valcourt, chirurgienne buccale et maxillo-faciale

Date	Samedi 23 mars 2013, 9 h à 16 h
Titre	« À propos du diagnostic en endodontie II »
Conférencier	Dr Yves Yana, endodontiste

Date	Samedi 6 avril 2013, 9 h à 12 h
Titre	« Pot-pourri de pharmacothérapie dentaire »
Conférencière	Dre Michelle Bourassa, Msc, DMD

Date	Samedi 13 avril 2013, de 9 h à 12 h
Titre	« L'attitude, c'est drôlement contagieux »
Conférencier	M. Richard Aubé, formateur agréé, praticien en neurolinguistique et auteur en psychologie

Date	Samedi 20 avril 2013, 9 h à 12 h
Titre	« Désordres auto-immuns : quand la clinique rencontre la science »
Conférencières	Dre Sylvie Louise Avon, spécialiste en médecine buccale et pathologie buccale et maxillo-faciale Dre Fatiha Chandad, spécialiste en microbiologie et immunologie buccales

Date	Samedi 27 avril 2013, de 9 h à 16 h
Titre	« Le vieillissement dentaire : usures et fractures »
Conférencier	Dr Denis Robert, dentisterie opératoire

Date	Vendredi 10 mai 2013, 8 h 30 à 16 h 30
Titre	« 7^e Journée de la recherche »
Responsable	Dr Mahmoud Rouabhia, immunologie buccale (GREB)

Pour de plus amples informations : 418-656-2131, poste 4221

Télécopieur : 418-656-2720 • formationcontinue@fmd.ulaval.ca

<http://www.fmd.ulaval.ca/fc>



**UNIVERSITÉ
LAVAL**

Faculté de médecine dentaire

JOURNÉE-CONFÉRENCE 2012 EN BREF

SHV À L'ÈRE

Saines habitudes de vie

DES TIC

technologies de
l'information et
de la communication



Une présentation de l'équipe
des diététistes des Producteurs laitiers du Canada

SHV À L'ÈRE Saines habitudes de vie DES TIC technologies de l'information et de la communication

Le 15 février 2012 avait lieu notre cinquième journée-conférence destinée aux professionnels de la santé œuvrant en milieu scolaire primaire. Cet événement, rassemblant près de 250 personnes de diverses régions du Québec, s'est déroulé sous le thème des **SHV (saines habitudes de vie) à l'ère des TIC (technologies de l'information et de la communication)**. Près de 200 personnes ont assisté aux diverses conférences à Montréal. Et pour la première fois cette année, les présentations ont également été diffusées en visioconférence à Québec auprès de 35 professionnels. Cette journée a permis de faire le point sur des sujets de l'heure tels que l'intérêt des jeunes pour les TIC, l'Internet comme outil de développement professionnel et d'intervention en réseau et la crédibilité de l'information en santé sur le Web. De plus, diverses approches et interventions en promotion de la santé en milieu scolaire faisant appel aux TIC ont été présentées.

Cette journée a été pour les participants une excellente occasion d'enrichir leurs connaissances, de connaître de nouveaux outils et d'élargir leur réseau de contacts professionnels. Ils ont également pu explorer des méthodes novatrices pour utiliser les TIC à bon escient dans leurs communications et leurs interventions auprès des jeunes, de même que pour leur propre développement professionnel.

C'est avec plaisir que nous vous présentons ce document, qui résume les principaux éléments abordés par les conférenciers au cours de cette journée. Nous espérons que l'information présentée vous sera utile dans le cadre de votre pratique et qu'elle vous permettra de mieux connaître les possibilités offertes par les TIC.

Cordialement,

L'équipe des diététistes des Producteurs laitiers du Canada





CE QUI FERA RÉAGIR LES JEUNES? NOTRE PRONOS TIC

Par **Patrice Lagarde**, président et chef
de la propagation, Virus 1334

C'est par l'entremise d'une vidéo humoristique présentant des personnes âgées dépassées par les nouvelles technologies que Patrice Lagarde a entamé sa conférence. Il a ainsi voulu démontrer l'évolution rapide de la technologie et de l'utilisation des TIC, qui deviennent incontournables pour les jeunes.

L'ÉVOLUTION DES TIC

Les TIC telles qu'on les connaît aujourd'hui sont relativement récentes dans l'histoire de l'humanité. Il faut néanmoins remonter quelques années en arrière pour voir apparaître les premières TIC dans les écoles. En 1650, un abécédaire en forme de planchette fait son apparition dans les classes; puis, quelque 360 années plus tard, certains élèves utilisent la tablette électronique à l'école. Bien que certaines personnes soient emballées par toutes les nouvelles technologies offertes sur le marché, la nouveauté engendrée par leur évolution constante peut créer une certaine réticence chez d'autres. En effet, on peut se sentir désemparé devant tous ces nouveaux gadgets et ainsi ne pas les utiliser.

LES TIC ET LES JEUNES

Jusqu'à maintenant, au Québec, peu d'études ont été réalisées afin d'évaluer l'utilisation des TIC par les enfants de moins de 12 ans. Or, un sondage a été effectué en 2011 par la Fondation Marie-Vincent auprès de 1 000 parents d'enfants âgés de 3 à 12 ans. Les résultats de ce sondage révèlent que dès l'âge de 3 ans, les enfants ont à leur disposition divers appareils permettant d'accéder à Internet. De plus, 50 % d'entre eux interagissent avec d'autres personnes par l'entremise d'Internet en utilisant les jeux en ligne, les réseaux sociaux, les courriels et le clavardage. Selon des données recueillies aux États-Unis par Common Sense Media, 50 % des jeunes âgés de 5 à 8 ans utilisent les TIC (p. ex. : téléphone cellulaire, lecteur MP3, tablette électronique) dans leur quotidien, notamment pour jouer à des jeux vidéo, regarder des vidéos ou lire des livres. Dès l'âge de 11 ans, on observe

une augmentation significative du temps total d'exposition à divers médias, par exemple la télévision, Internet ou les jeux vidéo. Ce temps d'exposition atteindrait près de 12 heures par jour chez les jeunes âgés de 11 à 14 ans.

LES TIC ET LES ENSEIGNANTS

Selon des données publiées en 2010 par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, la grande majorité des enseignants seraient réticents à utiliser les TIC dans le cadre de leur pratique. Ces dernières serviraient surtout à la planification des cours, mais très peu en classe, avec les élèves. En effet, peu d'enseignants demandent à leurs élèves d'utiliser des applications de télécommunications des TIC (p. ex. : correspondance, consultation d'experts, forums) ou des logiciels spécialisés pour l'enseignement de matières spécifiques. Enfin, selon les mêmes données, la proportion d'enseignants dont les élèves utilisent les TIC au moins une fois par semaine dans le cadre d'activités d'apprentissage serait plus élevée au primaire qu'au secondaire. Ces proportions seraient de 56 % et 39 %, respectivement.





LES TIC AUJOURD'HUI

Les TIC ont plusieurs avantages à offrir dans le contexte scolaire. Elles peuvent notamment faciliter le travail des enseignants, améliorer l'accès à l'information, et favoriser la motivation et l'autonomie des élèves. Elles favorisent également l'interaction entre les élèves, les enseignants et les parents, en plus de décroquer l'école sur la société. Se servir des TIC pour promouvoir les SHV auprès des jeunes demeure toutefois un défi. En effet, ceux-ci sont sollicités de toute part, et ce, de façon très audacieuse et novatrice. Dans ce contexte, les campagnes de sensibilisation aux SHV doivent donc se démarquer.

Par ailleurs, depuis quelques années, les jeunes font face à une multiplication des divers médias sociaux (p. ex. : Facebook, Twitter). Il est donc important de sélectionner celui qui permet de toucher le plus grand nombre de jeunes et qui est le plus approprié pour le groupe cible que l'on souhaite joindre. Lorsqu'ils sont bien choisis et bien utilisés, les médias sociaux peuvent être très avantageux. Par exemple, ils permettent aux écoles de s'ouvrir sur leur communauté et leur offrent une très belle vitrine pour faire la promotion de leurs initiatives en SHV. Ils augmentent également le taux de participation et l'implication des jeunes, ce qui contribue à assurer la pérennité des initiatives mises en place.

TIRER PROFIT DES TIC

En somme, pour bénéficier au maximum des avantages que les TIC ont à offrir dans la réalisation de projets faisant la promotion des SHV, plusieurs éléments devraient être considérés. En effet, les projets utilisant les TIC doivent :

- Proposer de l'information honnête;
- Éliminer le plus possible les complexités;
- Être inspirants pour les jeunes (p. ex. : utilisation de modèles positifs, présentation d'actions originales et réussies);
- Être pertinents et conséquents;
- Prévoir des prix ou des récompenses pour les participants, lorsque possible;
- Être testés au préalable auprès des jeunes;
- Pouvoir être critiqués par les jeunes;
- Sortir des murs de l'école;
- Être conçus de façon aussi percutante que les projets des grandes marques;
- Faire preuve d'innovation.

En conclusion, avec toutes les possibilités qu'elles offrent, les TIC sont, lorsque bien utilisées, des outils tout indiqués pour promouvoir les SHV auprès des jeunes.



APPROCHES ET INTERVENTIONS EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE FAISANT APPEL AUX TIC

LE BLOGUE *C'EST MALADE!*

Par **Sophie Boisvert-Beauregard**,
assistante de recherche à ComSanté



C'est malade! est le nom fort original du blogue mis en ligne en mai 2010 par le Centre de recherche sur la communication et la santé de l'UQAM (ComSanté). Il s'agit d'un outil d'information interactif destiné aux professionnels des médias jeunesse (p. ex. : scénaristes, producteurs), afin de leur donner accès à de l'information pertinente et actuelle sur divers aspects entourant les médias et les habitudes de vie des jeunes. Il vise également à sensibiliser ces professionnels quant à leur rôle de promoteurs de la santé auprès des jeunes par l'entremise du contenu de leurs productions médiatiques.

Bien que le blogue *C'est malade!* ait été créé pour les professionnels des médias, tout intervenant auprès des jeunes est susceptible d'y trouver du contenu pertinent pour sa pratique. On y trouve notamment de l'information relative aux stades de développement des jeunes, à leurs habitudes de vie et à leurs loisirs ainsi que des références et des outils d'intervention. Sont également présents des exemples inspirants d'interventions multimédias produites pour ou par des jeunes ainsi que des témoignages d'experts et de jeunes.

Pour tirer profit de toute l'information pertinente proposée dans ce blogue, visitez le www.cestmalade.uqam.ca.





GOBES-TU ÇA?

Par **Karine Tas**, Kinésiologue, RSEQ

Le projet *Gobes-tu ça?*, mis en place par le RSEQ (Réseau du sport étudiant du Québec), a pour but de renverser la norme sociale en matière de malbouffe chez les jeunes de niveau secondaire. Il préconise une approche non moralisatrice de contre-marketing de la malbouffe. Plus spécifiquement, cette campagne du RSEQ vise à sensibiliser et à éduquer les jeunes de 13 à 17 ans et à développer leur jugement critique concernant les stratégies de marketing utilisées par l'industrie des boissons gazeuses et énergisantes. La campagne est présentée dans le site www.moncarburant.ca, qui s'adresse principalement aux jeunes, mais qui contient également une section pour les parents et une autre pour les enseignants. Cette dernière comprend notamment des idées d'activités pédagogiques, sur le thème du marketing, à réaliser en classe.

Le projet comprend un concours en deux phases. Lors de la première phase, les jeunes ont été invités à s'inspirer des stratégies de marketing utilisées par les fabricants de boissons sucrées pour créer un emballage original de bouteille d'eau. Pour ce faire, un module de création était mis à leur disposition en ligne. Lors de la phase 2 du projet, les jeunes ont été

invités à participer à la mise en marché de la traditionnelle fontaine d'eau, dont la popularité a décliné depuis quelques années comparativement à celle de ses voisines de corridor, les machines distributrices de boissons gazeuses et énergisantes. Les jeunes ont entamé cette campagne de contre-marketing en associant un nom et un slogan à la fontaine d'eau. Ils ont ensuite créé un visuel attrayant, puis ont trouvé un événement dont la fontaine d'eau pourrait être la commanditaire. Le concours s'est terminé à la fin mai. Une vidéo récapitulative du concours sera diffusée dans le site Internet.

La promotion du concours s'est faite à l'aide d'affiches apposées dans les écoles, par l'entremise des enseignants, qui réalisent les activités pédagogiques du site Web www.moncarburant.ca en classe, mais surtout, par les pairs, car les participants peuvent « partager » leur création sur leur page Facebook.



INFOLETTRES ET CAPSULES VIDÉO DE L'ÉQUIPE DES DIÉTÉTISTES DES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA

Par **Maude Caron-Jobin, Dt.P., M. Sc.**, équipe des diététistes des Producteurs laitiers du Canada

Infolettres électroniques

L'équipe des diététistes des Producteurs laitiers du Canada (PLC) offre des ateliers d'éducation à la nutrition dans les écoles primaires et les services de garde éducatifs à l'enfance. Dans le cadre de ces ateliers, des programmes d'éducation à la nutrition sont remis aux enseignants et aux éducateurs. Or, l'évaluation de l'implantation de certains de ces programmes a permis d'identifier des éléments favorables à leur utilisation. Par exemple, les évaluations ont montré que les intervenants bénéficieraient d'un suivi, à la suite de l'atelier, pour les inciter à utiliser leur programme. C'est donc dans le but de conserver un lien avec les enseignants et les éducateurs, et de les inciter à réaliser des activités, mais aussi de leur permettre de demeurer informés en matière de nutrition, que l'équipe des diététistes des PLC a mis sur pied les infolettres électroniques intitulées *EducationNutrition*.

Deux types d'infolettres peuvent être envoyés aux personnes inscrites : une « infolettre nutrition », traitant de divers sujets concernant l'alimentation des enfants, et une « infolettre programme », faisant référence aux différents programmes d'éducation à la nutrition que les intervenants ont reçus. Cette dernière présente une activité du programme et propose d'autres idées d'activités à réaliser en classe ou au service de garde. Les personnes qui souhaitent recevoir l'infolettre peuvent s'inscrire lors des ateliers de formation donnés par l'équipe des diététistes des PLC ou dans le site Web : www.educationnutrition.org.

Capsules vidéo

Le tout dernier programme d'éducation à la nutrition élaboré par l'équipe des diététistes des PLC, en collaboration avec l'organisme ÉquiLibre, a été conçu pour les enseignants en éducation physique et à la santé (ÉPS) du 3^e cycle du primaire et s'intitule *Leader académie – Les 3^e cycle mènent la course*. C'est lors des groupes de discussion réalisés dans le cadre du processus de développement de ce programme que les enseignants en ÉPS ont fait part de leur désir d'utiliser les TIC au gymnase. Dix capsules mettant en vedette de jeunes sportifs qui partagent leur point de vue sur les avantages d'une saine alimentation pour la pratique de leur sport ont donc été conçues. Chacune d'elles traite d'un thème abordé dans le programme soit :

- Le déjeuner (La ligne de départ)
- La collation (Une mi-temps bien remplie)
- L'hydratation (Objectif : hydratation)
- L'alimentation et l'activité physique (Les aliments : un carburant pour bouger et récupérer)
- L'image corporelle (Fierté : 1 – Complexe : 0)

Ces dix capsules sont réunies sur un DVD et sont fournies avec le programme *Leader académie – Les 3^e cycle mènent la course*, qui est remis aux enseignants en ÉPS du 3^e cycle lors des ateliers d'éducation à la nutrition offerts par l'équipe des diététistes des PLC.



SAVIE – CARREFOUR VIRTUEL DE JEUX ÉDUCATIFS : UN MOYEN EFFICACE ET CONVIVAL POUR CRÉER DES JEUX ÉDUCATIFS EN LIGNE ADAPTÉS À SA CLIENTÈLE

Par **Marie-Julie Babin**, auxiliaire de recherche et de coordination, Télé-université/SAVIE

La Société pour l'apprentissage à vie (SAVIE) est un centre d'expertise et de recherche sur l'apprentissage à vie qui vise à favoriser l'intégration des technologies Web comme moyen d'enseignement et d'apprentissage. SAVIE a mis sur pied le Carrefour virtuel de jeux éducatifs (CVJE), qui permet d'outiller notamment les enseignants des niveaux primaire et secondaire afin qu'ils créent ou trouvent des jeux éducatifs adaptés à leurs besoins. Le CVJE présente un concept novateur de coquilles génériques de jeux éducatifs. Les six coquilles actuellement disponibles permettent la création de jeux éducatifs informatisés dont la structure s'inspire du concept d'un jeu existant (p. ex. : serpents et échelles), tout en étant facilement adaptables aux besoins de ceux qui les utilisent. Les coquilles fournissent aux concepteurs

tous les outils pour définir les paramètres et élaborer le matériel nécessaire à la réalisation du jeu (p. ex. : questions, rétroaction, tutoriel, matériel pédagogique). Les coquilles de jeux offrent également des outils de gestion des apprentissages et d'évaluation. Par ailleurs, comme le contenu du jeu est élaboré par le concepteur, sa validité repose sur celui qui le conçoit. En outre, le CVJE offre un répertoire de jeux conçus par les membres du carrefour ainsi que des jeux en démonstration. Pour accéder au répertoire de jeux du CVJE, s'inscrire à l'outil de conception virtuelle ou créer votre propre jeu, visitez le www.carrefour-jeux.savie.ca, et le CVJE2, au www.savie.qc.ca/cvje2/.

OFFRE DE SERVICE SAINES HABITUDES DE VIE DU NORD DE LANAUDIÈRE

Par **Audrey Bisson, Dt.P.**, promotion des saines habitudes de vie, volet jeunesse, CSSS Nord de Lanaudière

C'est en constatant que les écoles de la région étaient fréquemment sollicitées par plusieurs organismes et par l'entremise de divers canaux de communication que le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Nord de Lanaudière a décidé de créer une offre de service regroupée des initiatives disponibles pour la promotion des saines habitudes de vie dans cette région. L'offre de service 2011-2012 *Saines habitudes de vie du Nord de Lanaudière* (ODS), disponible en ligne, regroupe les programmes, activités et services offerts par quatre partenaires — le CSSS du Nord de Lanaudière, l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, l'équipe des diététistes des PLC et le RSEQ (Réseau du sport étudiant du Québec) — aux écoles primaires et secondaires de la Commission scolaire (CS) des Samares. En plus de permettre une belle collaboration entre les réseaux de la santé et de

l'éducation, l'ODS a l'avantage d'être accessible à tous les intervenants du milieu (p. ex. : écoles, organismes communautaires). L'ODS est divisée en trois volets, soit *Prévention du tabagisme*, *Activités physiques* et *Saine alimentation*. Dans chacun d'eux, une liste des programmes et des initiatives est disponible. De plus, une fiche descriptive, indiquant notamment les objectifs visés, les coûts, le soutien financier disponible et les modalités d'inscription, est présentée pour chacune des initiatives. Un calendrier des activités, des liens utiles et des documents pertinents pour les écoles sont également disponibles. Enfin, un tableau présentant les points d'ancrage de ces initiatives avec les principaux encadrements du milieu scolaire se trouve dans le site Web de l'ODS. Pour accéder à l'offre de service *Saines habitudes de vie du Nord de Lanaudière*, visitez le recit.cssamares.qc.ca/compl/saineshabvie/.



COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE

COMMUNAUTÉ VIRTUELLE DE PRATIQUE ET D'APPRENTISSAGE POUR LES INFIRMIÈRES EN SANTÉ SCOLAIRE À TRAVERS LE QUÉBEC

Par **Rinda Hartner**, infirmière clinicienne en santé scolaire, CSSS Jeanne-Mance

C'est dans le but de contrer le sentiment d'isolement professionnel et de favoriser l'autonomisation que la communauté virtuelle de pratique destinée aux infirmières en santé scolaire du Québec (CVP-ISSQ) a été mise sur pied en mai 2010. Cette communauté de pratique offre plusieurs avantages aux infirmières œuvrant en milieu scolaire : elle est accessible en tout temps, sans contrainte de distance; elle permet aux professionnels de partager leur expérience et leurs outils de travail; et elle diffuse des formations en lien avec leur pratique. La communauté virtuelle de pratique favorise également l'intégration des

infirmières nouvellement arrivées dans le domaine en offrant aux membres la possibilité d'échanger entre eux. La CVP-ISSQ est un moyen de communication efficace, gratuit et facilement accessible permettant de répondre aux besoins précis des infirmières. Enfin, comme toute communauté de pratique, son succès repose sur la participation de tous les membres, car chacun d'eux apporte une vision et une expérience différentes à ses collègues. Pour devenir membre de la CVP-ISSQ, on peut visiter le :

www.affinitiz.net/space/infirmierescolaire.

LA COMMUNAUTÉ NUTRITION : UNE COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE DANS LA COMMISSION SCOLAIRE DES SOMMETS

Par **Geneviève Clavelle**, enseignante, Commission scolaire des Sommets (Estrie)

La CS des Sommets regroupe plusieurs petites écoles éloignées l'une de l'autre. C'est dans ce contexte que la *Communauté nutrition* a été mise sur pied en septembre 2011. Cette plateforme virtuelle rassemble des professionnels de la santé œuvrant dans le milieu scolaire de cette région ainsi que tous les enseignants qui souhaitent réaliser des projets en lien avec l'alimentation. La communauté permet donc aux professionnels de la santé et aux enseignants de cette CS de travailler conjointement, peu importe la distance séparant leur établissement. Elle offre de plus la possibilité aux enseignants de réseauter, de briser l'isolement et de bénéficier plus facilement de

l'expertise d'un professionnel de la santé dans le but d'intégrer la promotion de la santé en classe. On trouve dans cette communauté de pratique un forum de discussion, une section pour partager des documents, une liste des membres avec leur adresse courriel ainsi qu'une liste de sites Web utiles.



INTERNET COMME OUTIL DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL ET D'INTERVENTION EN RÉSEAU

FORMATION EN LIGNE :
ALIMENTATION
ET SANTÉ DENTAIRE

Par **Lise Lecours, Dt.P., M.Éd.**, présidente de Le-cours.ca

Lors de cette conférence, Lise Lecours, qui détient un baccalauréat en nutrition et une maîtrise en éducation avec spécialisation en formation en ligne, a présenté toutes les étapes qui ont été nécessaires à l'élaboration de la formation en ligne Alimentation et santé dentaire, mise au point par l'équipe des diététistes des PLC.

L'omniprésence des nouvelles technologies, l'évolution rapide des nouvelles connaissances, l'importance de la formation continue, l'émergence de différents modèles de formation en ligne ainsi que la diminution des budgets alloués à la formation sont des éléments qui ont incité l'équipe des diététistes des PLC à créer une nouvelle forme de formation continue pour les professionnels de la santé. Cette formation, qui est offerte et suivie entièrement en ligne, a pour thème l'alimentation en lien avec la santé dentaire.

Les formations en ligne présentent de nombreux avantages, par exemple une meilleure accessibilité à la formation (au moment et à l'endroit désirés), le respect du rythme d'apprentissage de chacun et une réduction des coûts associés au déplacement ou au remplacement.

C'est en collaboration avec l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ) que l'équipe des diététistes des PLC a mis au point la formation en ligne *Alimentation et santé dentaire*. Deux expertes en nutrition et en santé dentaire, Amélie Charest et Monique Julien, ont également participé au développement de la formation. Finalement, Lise Lecours, experte en andragogie, a accompagné l'équipe dans la réalisation du projet et le développement du concept pédagogique.

LES GRANDES ÉTAPES DE RÉALISATION

L'objectif principal de la formation est d'amener le professionnel à conseiller adéquatement 3 jeunes âgés de 5 à 16 ans au sujet de l'alimentation et de la santé dentaire par le développement des trois éléments de compétence suivants :

- La cueillette d'information pertinente auprès du client afin d'analyser ses habitudes alimentaires lors des collations;
- L'analyse du potentiel cariogène des collations consommées par le client;
- La transmission de conseils adaptés au client sur les habitudes alimentaires favorisant une bonne santé dentaire.

Plusieurs étapes ont été nécessaires pour arriver à la mise en ligne d'une formation de quatre heures reconnue par l'OHDQ. La première étape a été d'établir les besoins de formation du public cible par l'entremise d'un sondage réalisé auprès d'hygiénistes dentaires œuvrant en santé publique. Ces informations ont permis de rédiger le contenu préliminaire de la formation, puis de déterminer les objectifs d'apprentissage et la compétence à développer. Par la suite, le concept et la structure de la formation ont pu être élaborés. Enfin, un groupe-pilote, composé de 20 hygiénistes dentaires, deux infirmières et quatre nutritionnistes, a été formé pour tester la formation en ligne. Les participants du groupe-pilote ont ensuite rempli un formulaire d'appréciation et ont participé à un groupe de discussion où ils ont fait part de leurs commentaires et recommandations. Ces derniers ont permis à l'équipe des diététistes des PLC d'apporter quelques ajustements à la formation.



COMMENT ÇA FONCTIONNE ?

Pour accéder à la formation, l'hygiéniste dentaire s'inscrit à une session aux dates fixes dans le site Web www.educationnutrition.org. Les participants ont alors quatre semaines pour compléter la formation. Tout au long de ces semaines, le tuteur, soit un membre de l'équipe des diététistes des PLC, épaulé par des experts du domaine de la santé dentaire, assure un soutien technique et pédagogique auprès des participants. En plus de pouvoir échanger avec le tuteur, les participants peuvent discuter avec les autres professionnels faisant partie de leur groupe de formation. Des groupes de nutritionnistes et d'infirmières œuvrant en milieu scolaire peuvent également participer à la formation.

De façon plus concrète, la formation contient :

- Un test de départ, permettant notamment d'activer les connaissances de départ des participants et de présenter brièvement les thèmes abordés dans la formation;
- Un outil de référence, qui peut être consulté en tout temps, imprimé et qui reprend l'ensemble du contenu de la formation;
- Un forum de discussion, permettant de poser des questions au tuteur ou de partager de l'information avec les autres participants;
- Un dossier, qui se met à jour automatiquement pour chaque client;

- Trois leçons, correspondant aux trois éléments de compétence à développer lors de la formation :

- | | |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leçon 1 | Présentation du client, cueillette de données et analyse de ses habitudes alimentaires lors des collations; |
| Leçon 2 | Analyse du potentiel cariogène des collations consommées par le client; |
| Leçon 3 | Transmission de conseils au client, puis évaluation de l'adoption de nouvelles habitudes alimentaires à la suite des recommandations. |

Une fois les trois leçons réalisées pour chacun des clients, le participant complète l'examen final, qui lui permet d'obtenir son attestation de participation. Le participant est également encouragé à remplir un questionnaire d'appréciation de la formation, permettant à l'équipe des diététistes des PLC d'apporter des améliorations, si nécessaire.

Pour toute question concernant la formation en ligne *Alimentation et santé dentaire*, consulter le site Web www.educationnutrition.org à la section « Professionnels de la santé ».



COLLABORER À DISTANCE GRÂCE AUX TECHNOLOGIES : DES PARTENARIATS NOVATEURS POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ DANS LES ÉCOLES

Par **Julia Gaudreault-Perron**, chargée de projets, CEFRIO

Julia Gaudreault-Perron, du Centre facilitant la recherche et l'innovation dans les organisations (CEFRIO), a présenté le projet Éducation à la nutrition réunissant, en plus du CEFRIO, l'équipe des diététistes des PLC, cinq commissions scolaires en région ainsi que l'équipe de recherche de la coopérative Niska.

Le CEFRIO est un organisme dont la mission est de contribuer à faire du Québec une société numérique grâce à l'usage des technologies comme levier de l'innovation sociale et organisationnelle. Cet organisme était donc tout indiqué pour épauler l'équipe des diététistes des PLC dans la mise en œuvre d'un projet de recherche-expérimentation sur l'utilisation des TIC visant à soutenir l'implantation des programmes d'éducation à la nutrition dans les écoles de cinq régions différentes. Le volet recherche du projet *Éducation à la nutrition* est assuré par l'équipe de la coopérative Niska.

UN MODÈLE D'INTERVENTION EN RÉSEAU

Cette initiative s'inscrit dans le cadre du projet *Écoles éloignées en réseau*, lequel a été mis sur pied en 2002 dans le but d'améliorer la vitalité des petites écoles en région grâce à un réseau virtuel. Ce dernier permet l'utilisation de la vidéoconférence et d'un forum de coconstruction de connaissances par les élèves et les enseignants des petites écoles éloignées de 23 CS. Depuis quelques années, des professionnels hors de la classe utilisent aussi le réseau dans leur pratique pour intervenir à distance. L'intervention en réseau offre ainsi la possibilité aux professionnels de la santé d'utiliser Internet comme outil d'intervention et d'accompagnement à distance auprès des enseignants et des élèves d'une même CS. Par ailleurs, Julia Gaudreault-Perron a insisté sur le fait que cette nouvelle façon de faire ne vise pas à remplacer la présence des intervenants dans les écoles, mais plutôt à leur offrir de nouvelles manières de soutenir et réaliser des activités en lien avec les SHV sur un territoire élargi.

POURQUOI LE PROJET *ÉDUCATION À LA NUTRITION*?

C'est notamment dans le but de permettre l'implantation de ses programmes d'éducation à la nutrition en région que l'équipe des diététistes des PLC a approché l'équipe du CEFRIO pour mettre au point le projet *Éducation à la nutrition*. Cette collaboration lui permet de bénéficier de l'expertise du CEFRIO en ce qui a trait aux TIC et aux modèles d'intervention en réseau. L'équipe des diététistes des PLC souhaite également mettre à contribution les ressources locales déjà en place dans ces régions afin de soutenir l'implantation de ses programmes auprès des enseignants, et donc la réalisation d'activités à l'école. Enfin, par son utilisation des TIC, le projet *Éducation à la nutrition* permet de nouvelles formes de collaboration entre le milieu scolaire, le milieu de la santé et le milieu communautaire.

Le projet *Éducation à la nutrition* met en relation des personnes-ressources du milieu (p. ex. : organismes communautaires, professionnels de la santé du CSSS) avec des enseignants des écoles primaires situées en région éloignée. Grâce notamment à la vidéoconférence, ce projet permet aux professionnels de la santé de présenter de petites capsules et de répondre à des questions soulevées par les élèves de différentes classes, et ce, en même temps. Les professionnels de la santé ont également la possibilité d'accompagner les enseignants dans leur planification d'activités en lien avec la nutrition.





5 TERRAINS; 5 RÉALITÉS

L'expérimentation du projet a débuté en janvier 2011 et se terminera en juin 2012; la phase de recherche s'étendant jusqu'à l'automne 2012. Cinq terrains, regroupant des CS, des CSSS et d'autres organismes, participent au projet :

Régions participantes au projet *Éducation à la nutrition*

RÉGION	ORGANISATIONS IMPLIQUÉES
Portneuf	Participation de la CS de Portneuf, du CSSS de Portneuf et de Portneuf en forme
Baie-des-Chaleurs	Participation de la CS René-Lévesque et du CSSS de la Baie-des-Chaleurs
Estrie	Participation de la CS des Sommets, du CSSS des Sources, du CSSS de Memphrémagog, de Memphré en Mouvement, de Québec en Forme, du RSEQ Cantons-de-l'Est, du CAL de la MRC des Sources et de la Brigade santé
Côte-Nord	Participation de la CS du Fer, de la CS du Littoral, du CSSS de Sept-Îles et de Québec en Forme
Bas-Saint-Laurent	Participation de la CS des Phares, du CSSS de la Mitis et de Mitis en forme et en santé

QUELQUES PISTES À POURSUIVRE

Pour un déploiement optimal du projet *Éducation à la nutrition*, les enseignants ne doivent pas hésiter à faire appel aux professionnels de la santé de leur région pour les soutenir dans la planification et l'animation d'activités en lien avec la nutrition. L'intégration régulière des activités du programme d'éducation à la nutrition en classe est également un élément important. Enfin, certains enjeux techniques, tels que l'accès à la plateforme de vidéo-conférence pour les milieux situés à l'extérieur de l'école, sont une condition importante dans la réussite du projet.

En somme, ce type d'innovation ne réside pas tant dans la révolution technologique, mais surtout dans la transformation des usages et des méthodes de collaboration rendue possible grâce aux TIC. Pour en savoir plus sur le projet *Éducation à la nutrition*, communiquez avec Julia Gaudreault-Perron à julia.gaudreault-perron@cefrio.qc.ca.

LES RETOMBÉES POSITIVES DU PROJET *ÉDUCATION À LA NUTRITION*

BIEN QUE LE VOLET RECHERCHE DU PROJET NE SOIT PAS ENCORE COMPLÉTÉ, PLUSIEURS RETOMBÉES POSITIVES ONT DÉJÀ ÉTÉ OBSERVÉES :

- Effet mobilisateur dans la communauté;
- Création de liens entre les professionnels de la santé et les enseignants;
- Effet d'engagement des enseignants dans un projet en lien avec la nutrition;
- Effet de motivation des élèves dans de petites écoles en région;
- Réduction des déplacements pour les professionnels de la santé, sans compromettre leur soutien auprès des enseignants de leur région;
- Bris de l'isolement des élèves et des enseignants;
- Augmentation de la réalisation d'activités en lien avec la nutrition dans les écoles;
- Intégration simultanée en classe des TIC, de la promotion des SHV ainsi que du *Programme de formation de l'école québécoise*.



CRÉDIBILITÉ ET INTERNET

Par **Geneviève Doray**, directrice du magazine et du site Web *Naitreetgrandir*, soutenus par la Fondation Lucie et André Chagnon

*Par son expertise en tant que directrice du site *Naitreetgrandir.com*, Geneviève Doray a présenté des méthodes pour accéder facilement et rapidement dans Internet à des informations sur la santé qui sont claires, fiables et valides d'un point de vue scientifique.*

Avec la multitude de sites Web qu'il met à notre disposition, Internet nous donne l'illusion qu'il est plus facile que jamais de trouver de l'information. Or, en raison de la diversité croissante des sites Internet et du développement rapide et continu du Web, la recherche en ligne se complexifie de plus en plus. À titre d'exemple, le nombre de sites Web est passé de 250 000 à 555 millions en moins de 10 ans ! Au cours de l'année 2011 seulement, 300 millions de nouveaux sites Web se sont ajoutés. Heureusement, plusieurs astuces existent pour nous permettre de chercher l'information de façon plus efficace grâce à la fonction «recherche avancée» des principaux moteurs de recherche (p. ex. : Google, Yahoo, Bing).

COMMENT S'ASSURER DE LA QUALITÉ DE L'INFORMATION?

Une fois l'information trouvée dans un site Web, les cinq aspects suivants devraient être présents pour que l'information présente soit considérée comme crédible :

1) CONTENU VALIDE ET DE QUALITÉ

Dans un site Web, plusieurs éléments peuvent constituer des indices d'une bonne qualité et de la validité du contenu. Par exemple, le site devrait aborder les sujets de façon objective et suffisamment détaillée. De plus, l'information affichée devrait être facilement vérifiable et corroborée par d'autres sources. Le site devrait également présenter une bonne qualité de français et une traduction exacte. Finalement, les références devraient être citées, et les liens électroniques devraient rediriger vers d'autres sites Web crédibles et pertinents.

2) AUTORITÉ DE LA SOURCE CLAIREMENT IDENTIFIÉE

Dans un site Web crédible, le nom de l'auteur (ou de l'organisme), sa fonction, ses qualifications ou affiliations et ses coordonnées doivent clairement être identifiés. Par ailleurs, la mention d'un processus de révision par les pairs démontre un souci de rigueur et donc une meilleure crédibilité.





3) MISE À JOUR DE LA SOURCE CLAIREMENT IDENTIFIÉE

La date de création d'un site Web devrait toujours être clairement identifiée. De plus, lorsque la date des dernières mises à jour est bien indiquée, qu'elle est récente et précisée pour chacun des textes, l'information risque d'être plus valide. Les liens électroniques fournis dans le site devraient également être fonctionnels.

4) FACILITÉ D'UTILISATION

Un site Web crédible et valide est structuré de façon logique et présente une table des matières ou un plan du site. Les boutons de navigation devraient être facilement compréhensibles et présents aux bons endroits pour que l'utilisateur puisse naviguer facilement dans le site. Le contenu du site devrait être accessible sans que l'utilisation de logiciels spéciaux soit nécessaire. Dans le cas contraire, un lien devrait permettre de se le procurer. Finalement, un moteur de recherche efficace et facile d'utilisation est également un bon indice d'un site crédible.

5) DESIGN ET ESTHÉTISME ADAPTÉS ET DE QUALITÉ

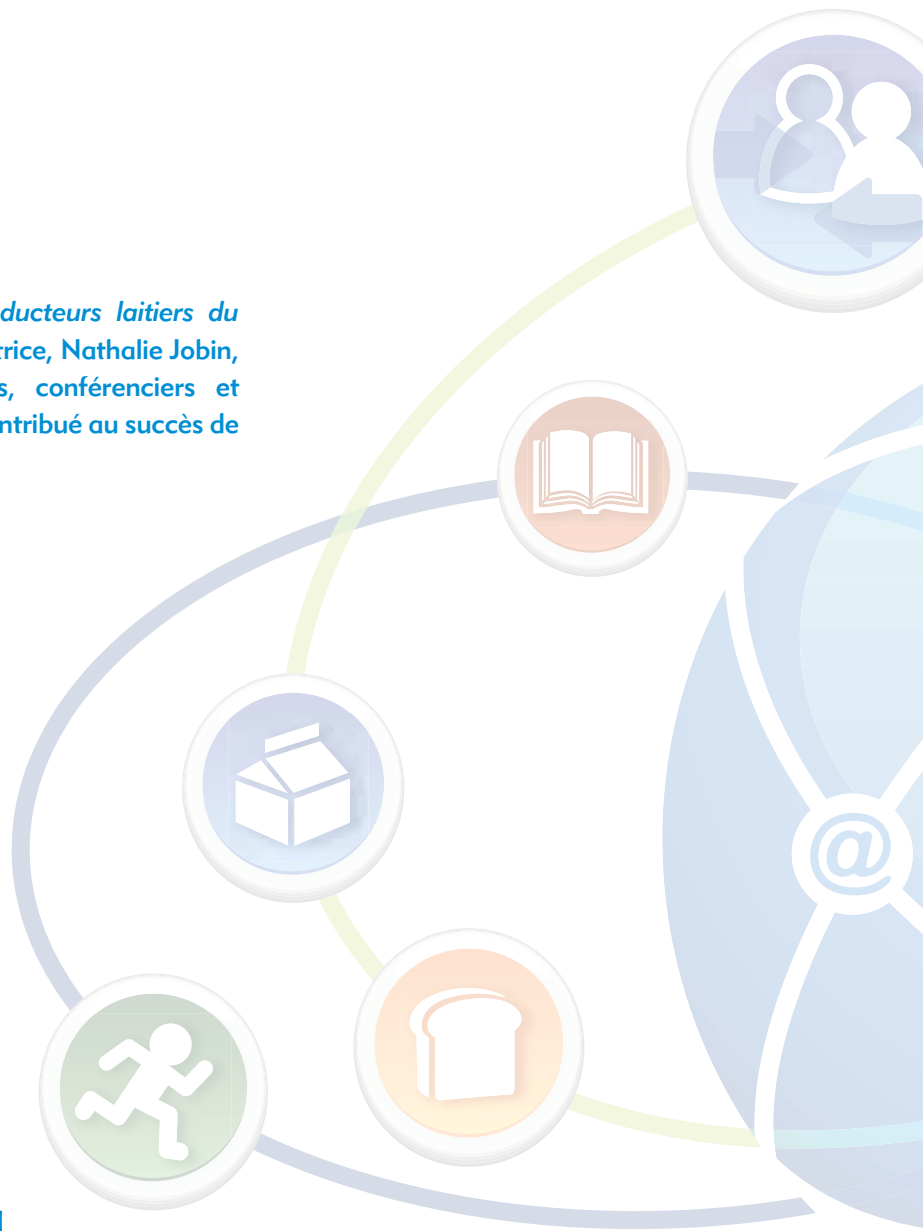
On devrait privilégier un site Web bien présenté, c'est-à-dire dont le texte est aéré, l'information lisible et les images, qui ajoutent une valeur au contenu, pertinentes. Une exploitation judicieuse des différentes possibilités multimédias ainsi que la présence d'interactivité peuvent également démontrer la qualité d'un site Web.

LA CERTIFICATION, UN GAGE DE QUALITÉ

HONcode est le code de déontologie le plus ancien et le plus utilisé pour valider la fiabilité de l'information médicale et relative à la santé disponible dans Internet. HONcode oblige les sites Web certifiés à présenter huit éléments très importants, notamment les sources de financement, la qualification des rédacteurs, les sources de l'information publiée et une justification pour toute affirmation sur les bienfaits ou les inconvénients d'un produit ou traitement.

En conclusion, puisque l'information abonde dans Internet, il est essentiel, si l'on veut se servir des données qui s'y trouvent, de pouvoir évaluer la crédibilité des sites Web visités.

L'équipe des diététistes des Producteurs laitiers du Canada tient à remercier l'animatrice, Nathalie Jobin, ainsi que tous les participants, conférenciers et exposants qui ont grandement contribué au succès de cette journée.



NUTRITION

LES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA

educationnutrition.org

Édition 5 – Diffusion mai 2012

Toute traduction, reproduction ou adaptation des textes, illustrations et photos, par quelque procédé que ce soit, en tout ou en partie, du présent ouvrage, est strictement interdite sans l'autorisation écrite de l'équipe des diététistes des Producteurs laitiers du Canada. Les opinions émises dans les articles publiés n'engagent que la responsabilité de leur(s) auteur(s).



Mois de la santé buccodentaire 2012

UN SUCCÈS RETENTISSANT!

Par **Johanne Côté, HD**, directrice générale de l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec**



Tous les ans, l'**OHDQ** profite de cette occasion très spéciale du *Mois de la santé buccodentaire du Québec* pour se rapprocher d'un segment spécifique de la population pour lancer sa campagne de sensibilisation. Cette année, le thème choisi était :

**« Jeunes en santé = Sourires HD ! »
Astuces et conseils buccodentaires
de ton hygiéniste dentaire – pour
adolescents et jeunes adultes**

En tant que spécialistes de la prévention, les hygiénistes dentaires ont répondu en grand nombre encore une fois, et plus de **183 projets** ont été réalisés dans toutes les régions du Québec.

La brochure créée par l'**OHDQ** pour cette campagne « *Jeunes en santé = Sourires HD!* » a été distribuée à plus de **75 000 exemplaires**, et ce, pendant tout le mois d'avril.

Le *Mois de la santé buccodentaire* suscite également beaucoup d'intérêt auprès des médias. Cette année, j'ai donc eu le plaisir d'accorder des entrevues à des stations de radio et à des journaux dans plus de 10 régions différentes, c'est-à-dire de l'Outaouais en passant par la Beauce jusqu'aux Îles-de-la-Madeleine. Le tableau ci-dessous contient plusieurs exemples.

Il ne faut surtout pas oublier la création et l'inauguration de la *1^{re} Journée de l'hygiéniste dentaire*, initiative que nous voulons répéter tous les ans, le 2^e mardi du *Mois de la santé buccodentaire du Québec*. Une occasion supplémentaire d'informer la population de toute l'importance d'une bonne santé buccodentaire. ■

Date	Animateur / Journaliste	Émission	Station
2 avril	Roger Quirion	Toute la Beauce en parle	MIX 99,7 FM (CHJM)/COOL FM 103,3
2 avril	Pierre-Michel Bolivard	L'Après-midi Express	CPAM 1610 AM Radio union
3 avril	Samuel Poulin	Le Réveil	Passion FM 105,5
4 avril	Jessyka Gagné	La vie le matin	CHNC Gaspésie
4 avril	Lancement et allocution	Région de Trois-Rivières	Cégep de Trois-Rivières
5 avril	André Giroux	On refait le monde!	103,5 FM – Laurentides
5 avril	Jean-Philippe Langlais		FM 94,1 (CKCN à Sept-Îles)
6 avril			Station Radio-Acton
10 avril	Mary-Lynn Leblanc	Réveil-matin	CFIM Îles-de-la-Madeleine
10 avril	Étienne Laberge		Journal 24 H – Montréal
23 avril	Dominique Séguin	Le réveil du Suroît	CKOD FM 103 de Salaberry-de-Valleyfield

CLIENTÈLE VULNÉRABLE,

santé buccodentaire et le rôle de l'hygiéniste dentaire

Par Jacques Véronneau, DMD, PhD



La clientèle vulnérable d'un point de vue buccodentaire, peut se définir simplement par toute personne en situation de dépréciation ou

d'invalidité. Il va de soi que ces altérations peuvent être d'ordre physique, sensoriel, intellectuel, mental, médical, émotionnel ou social. Ces conditions spéciales peuvent être présentes en combinaison multiple. Le défi en santé buccodentaire auprès d'une telle clientèle, consiste à actualiser la prévention validée et la livraison de soins curatifs particuliers. Malheureusement, au Québec

comme ailleurs sur un plan international, les données buccodentaires épidémiologiques traçant un portrait global de cette clientèle vulnérable, sont pratiquement inexistantes. De même, le rôle spécifique de l'hygiéniste dentaire dans pareille circonstance demeure peu documenté. Le but de cet article est de décrire la prévalence des conditions associées à cette clientèle en documentant au mieux son état buccodentaire et le rôle potentiel de l'hygiéniste dentaire auprès d'elle.

I- La clientèle vulnérable :

Il est opportun de préciser d'emblée le sens donné à l'individu ou groupe en situation de précarité. Nous sommes tous, comme intervenants dentaires,

confrontés quotidiennement à la précarité économique de patients qui ne peuvent choisir le meilleur traitement pour eux. Ces compromis surtout de la classe moyenne, sont en soi des générateurs de vulnérabilité chronique. Nous ne discuterons pas ici de ce type de clientèle en croissance dans le marché de l'offre dentaire québécoise. De même, le vieillissement en fin de vie ou la scolarisation réduite sont également des intrants pouvant mener à une vulnérabilité accrue : nous ne parlerons pas de ces phénomènes. Nous concentrerons notre regard sur les individus ou groupes de la société qui naissent ou acquièrent un désordre physique, sensoriel, intellectuel, mental, médical, émotionnel ou social qui les place en situation de vulnérabilité.

a) Prévalence des conditions de vulnérabilités :

Traditionnellement, le Québec donne une connotation plus sociale à la notion de vulnérabilité. Il est difficile de préciser la notion d'invalidité car elle est teintée de perceptions culturelles et évolue avec la législation en place. En Grande-Bretagne, la notion de dépréciation réfèrera à la condition médicale alors que l'invalidité réfèrera aux restrictions causées par la société lors de discrimination, d'ignorance ou de préjugés. Nous nous accolerons à une définition internationale plus physique de l'invalidité, pour rapporter un exemple de prévalence. En 2001, 3,6 millions de Canadiens ont rapporté avoir des limitations d'activités : cela représente un taux d'invalidité de 12,4%. En général, au Canada, les femmes sont plus en



situation de vulnérabilité. En Angleterre, les consultations entre 1991 et 2001, ont permis d'établir que plus de 9,5 millions de gens (18,2 %) de la population avaient une maladie de long terme, un problème de santé ou d'invalidité qui limitaient leurs activités quotidiennes. Une étude australienne sérieuse a estimé quels problèmes de santé mentale représentent 20 % de tout le fardeau de maladie de ce pays et sont responsables de 40 % de toutes les années vécues avec une invalidité, toutes causes de maladies confondues. L'OMS estimait récemment que le seul problème de la dépression est la cause principale des années de vie vécues avec une incapacité. Au Québec et comme ailleurs, il est démontré que les inégalités en matière de résultats sanitaires et d'accès aux soins sont bien plus grandes aujourd'hui qu'elles ne l'étaient il y a 40 ans. Le tableau 1 trace le portrait anglais par âge, prévalence et causes associées d'invalidité à connotation plus physique. Il est à noter que comme les problèmes buccodentaires, l'invalidité augmente avec l'âge. Les taux rapportés dans ce tableau sont similaires aux taux rapportés lors du recensement canadien de 2001.

En petite enfance, la prévalence de dépréciation ou d'invalidité est rarement documentée. Le tableau 3 donne en exemple, un profil exploratoire d'une étude faite en France en 2011. Cet échantillon volontaire et non représentatif est constitué de 21 enfants âgés en moyenne de 41 mois. Il semble établi par cet échantillon que la déficience mentale semble être la plus prévalente en petite enfance française.

II- L'état buccodentaire de quelques clientèles vulnérables :

Il est bien connu que les groupes sociaux minoritaires dans une population majoritaire, auront une prévalence marquée de problèmes buccodentaires. Chaque enfant Cri qui naît au Québec actuellement, a une forte probabilité à l'âge de 5 ans d'avoir en moyenne, 21 surfaces dentaires qui auront expérimenté des lésions carieuses. Pour

Tableau 1 : Portrait américain par âge, prévalence et causes associées d'invalidité.

Groupe d'âge	Prévalence d'invalidité	Causes communes d'invalidité
< 16 ans	4,3 %	1. Désordres génétique et congénital
16-49 ans	9,6 %	1. Trauma (exemple : blessure spinale ou à la tête) 2. Neurologique (exemple : sclérose multiple)
50-64 ans	26,6 %	1. Désordres musculaires (exemple : ostéo-arthrite)
65 ans et plus	51,5 %	2. Désordres cardiorespiratoires (exemple : maladies cardiaques ischémiques et maladies respiratoires obstructives) 3. Désordres neurologiques (exemple : crise cardiaque)

Le tableau 2, aussi pour l'Angleterre, fait état des fréquences de personnes affectées par un type particulier de dépréciations.

Type de dépréciation	Nombre estimé de personnes affectées
Visuelle	2 millions
Auditive	8,7 millions
Mobilité	500 000
Difficulté d'apprentissage	1 million
Dépréciation non visible ou cachée	250 000
Arthrite	8 millions
Santé mentale	1 sur 4 dans la population

Tableau 3 : Essai sur la précision de la prévalence d'invalidités en petite enfance (âge 41 mois)

Invalidité	Nombre
Déficience mentale	8 (38 %)
Déficience mentale et motrice	6
Déficience motrice	3
Autres	3

les enfants québécois équivalents, c'est 3,4 surfaces en moyenne, qui pourraient avoir eu une telle expérience carieuse. Sur le territoire de Montréal, une étude de prévalence en 2009, a établi que les enfants de 5 ans de mère née à l'extérieur du Canada, avaient 17,6 surfaces avec expérience de lésions carieuses détectées au niveau initial alors que des enfants du même âge mais de mères nées ici, en avaient 7,3 en moyenne. Il semble que les personnes affectées par le syndrome de Down aient moins de lésions carieuses et de restaurations cliniques que les personnes sans ce syndrome. Comme la littérature nous l'apprend, il semble que les enfants affectés par des dépréciations et invalidités présentent davantage de besoins de traitements préventifs et de moindre façon, de traitements opératoires que les enfants comparables sans désordres. En vieillissant, ces besoins non comblés semblent augmenter le besoin en traitements opératoires.

Il est important de revisiter sommairement, par le tableau 4, les niveaux de prévention afin de saisir la dominance actuelle de services rendus aux individus vulnérables. Il est probant que les soins actuels fournis sont avant tout, de type curatif.

La plupart des pays industrialisés vont offrir un ou des centres de soins curatifs pour patients avec besoins particuliers. Ces services sont souvent en milieu hospitalier car les soins sont fournis le plus souvent sous anesthésie générale afin de rendre le rendez-vous productif. En France, des unités semblables sont présentes dans 3 ou 4 régions alors qu'au Québec, des hôpitaux tels que celui de Rivières-des-Prairies, vont offrir des services spécialisés pour des patients psychiatisés présentant un problème de santé mentale ou de déficience intellectuelle. Quelques autres établissements québécois offrent ce type de services à vocation surtout curative

spécialisée. Il arrivera que ces services soient d'orientation préventive ad hoc avec détartrage, et application de fluorures.

Le tableau 5 illustre toute la complexité d'une implication dentaire auprès de ces individus. La section 3 décrira quelques pistes de solutions.

III- Le rôle potentiel de l'hygiéniste dentaire auprès de cette clientèle :

Comme nous l'avons vu, il n'existe au Canada, aucun programme coordonné et évalué pour cette clientèle. Nous avons vu également que la fenêtre principale de soins, est avant tout, curative. Quelle est la place de l'hygiéniste dentaire dans un tel contexte? Nous allons partager ensemble les faits scientifiques disponibles qui pourraient agir comme aide à l'implication auprès de cette clientèle :

Tableau 4 : Niveaux de prévention

Niveau	Définition
Prévention primaire	Avant l'apparition de la maladie : cherche à prévenir l'apparition
Prévention secondaire	Dépistage de la maladie ; cherche à réduire le nombre de cas
Prévention tertiaire	Contrôle des signes ; cherche à réduire les conséquences

Le tableau 5 liste les domaines d'intervention attendue en dentisterie particulière

Condition	Type de manifestations à tenir compte
Invalidité sensorielle	Surdité totale ou partielle, perte visuelle totale ou partielle (dégénérescence maculaire; cataracte, rétinopathie diabétique, glaucome)
Difficulté d'apprentissage	Syndrome de Down, autres syndromes (fragile X, velo-cardio-facial, autisme, épilepsie)
Patient avec problème de santé mentale	Schizophrénie, dépression endogène, démence
Patient avec problèmes de santé	Recours à couverture d'antibiotiques
Patient avec immunodéficience	Innée ou acquise
Patient avec cancer	Radiothérapie
Patient avec désordres de saignement	Thérapie anticoagulante, désordre congénital ou de plaquettes, déficience ou malabsorption vitaminique
Patient avec réflexe de reflux prononcé	Différents degrés

- Il en va tout d'abord qu'une prédisposition humaine avec des valeurs d'empathie et d'entraide serait un acquis majeur.
- Établir le plan de traitement optimal avec le patient, son responsable, le dentiste et vous.
- Il faut toujours déterminer a priori, si le patient visé est autonome ou avec un répondant ou les deux à la fois. Suivant ses capacités, les contenus (counseling et démonstration) seront formulés différemment.
- Les répondants des personnes vulnérables sont habituellement protecteurs et voient invasifs les traitements, même préventifs, directement sur le patient. Il faut du tact et inviter le responsable dans la solution dès le départ.
- Pour les patients avec conditions à mobilité réduite (arthrite, traumatisme crânien, etc.), si l'autonomie mécanique permet au patient de broser, nous serons inventifs :
 - Percer une balle de tennis et fixer le manche de la brosse.
 - Mettre de la pâte à modeler sur le manche, modulé selon la fermeture possible de la main. Faire une démonstration sur modèle et en bouche au préalable.
 - Convenir avec le responsable, de la routine et de la quantité de pâte requise.
- Si la condition buccodentaire est trop chargée : favoriser un nettoyage au fauteuil roulant : des supports de

plastique, inclinés à 45 degrés se glissent sous le fauteuil roulant afin de l'incliner pour le confort de l'examineur et de l'intervenant.

- Si sucreries, favoriser la prise en période de repas.
- L'éducation préventive devra prendre la forme d'un counseling : se concentrer sur un seul message éducatif, offrir au patient ou à son répondant ou aux deux, un menu d'options préventives réalistes pour eux.
- Favoriser la résolution de besoins cliniques par la solution la plus simple. Exemple : Gel au lieu de vernis si plus rapide, traitement minimal (ART : *Atraumatic Resolution Treatment*) pour obturer une lésion cavitaire, etc.
- Chez les patients avec histoire médicamenteuse complexe, toujours référer au dentiste traitant avant toute action, même éducative.
- Pour les patients avec réduction de l'efficacité des sens : convenir avec eux d'une stratégie de communication :
 - Pour les malentendants, utiliser une carte visuelle pour vous entendre afin que le patient ait un système de communication avec ses mains :
 - Main qui tient le bras de la chaise normalement = confort
 - Main qui est soulevée horizontalement = petite sensation mais confort
 - Main qui est soulevée verticalement = arrêt demandé



- Pour les malvoyants, toujours décrire ce que vous allez faire.
- Bien accompagner le répondant et l'habituer à :
 - Suivre la modulation du risque carieux/parodontal par observation visuelle en bouche. Suivre la suggestion de suivi.
 - Instaurer la routine et les responsabilités réciproques ■

Références sur demande.

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

Coups de soleil

LES PRÉVENIR, CERTES! ET AUSSI LES SOIGNER

Par Diane St-Cyr, inf., stomothérapeute C(C), B.Sc., M.Éd.

Source : Reproduit avec autorisation. Perspective infirmière, vol. 8, no 4, juillet-août 2011, pages 40-45



Qui n'a pas déjà « attrapé » un coup de soleil? Les enfants et les jeunes adultes sont les plus vulnérables. Un coup de soleil cause des lésions cutanées, habituellement mineures, qui peuvent créer de l'inconfort durant quelques jours.

Les coups de soleil sont des brûlures par radiation causées par une exposition aux rayons ultraviolets (UV) émis par le soleil ou par une source artificielle. Les rayons UV sont de trois types: les UVA, les UVB et les UVC. Les UVA et les UVB causent des brûlures et ont diverses conséquences en cas d'exposition à long terme. Quant aux UVC, ils sont inoffensifs car ils sont absorbés par l'oxygène.

Les facteurs

L'environnement

La durée de l'exposition détermine directement le risque de brûlure. Attention toutefois, car une trentaine de minutes peuvent suffire à causer des dommages cutanés. Ainsi, l'intensité des rayons UV varie dans l'atmosphère selon le moment, l'environnement et le lieu. Les principaux facteurs sont :

- L'heure à laquelle on s'expose. L'intensité des rayons dépend entre autres de la position et de l'inclinaison du soleil. À son zénith, ses rayons traversent verticalement l'atmosphère. L'indice UV est le plus élevé entre 10 h et 16 h.
- La latitude. La distance entre le soleil et la terre influence aussi l'intensité des rayons UVA et UVB. Selon les saisons, elle peut être jusqu'à cinq fois plus élevée si l'on est près de l'équateur.
- L'altitude. L'intensité de la radiation dépend de l'altitude. Plus haut on se trouve, plus elle est élevée et plus intense est la transmission des rayons UV.

- Le couvert nuageux. Les nuages influencent la quantité et l'intensité des rayons UV. Ils ne sont toutefois pas un gage de protection. Quelque 85 % des rayons peuvent atteindre le sol selon les conditions météorologiques.

- Les surfaces réfléchissantes. L'eau, la neige et le béton augmentent l'intensité et le risque de brûlure.

Sachez que l'ombre ne protège pas systématiquement contre le soleil. Ce sont les propriétés bloquantes des matériaux utilisés qui empêchent la pénétration des rayons UV. Il ne faut pas non plus se fier au vent qui laisse sur la peau une impression rafraîchissante alors que les rayons UV la brûlent.

La personne

D'autres facteurs propres à l'individu influencent la gravité des brûlures causées par les rayons UV. Les personnes au teint clair par exemple sont plus sujettes aux coups de soleil que celles au teint foncé. C'est que la mélanine, un pigment de la peau qui offre une protection naturelle contre les rayons UV est plus concentrée chez les personnes dont la peau est foncée.

Certains médicaments augmentent la photosensibilité de la peau et le risque de coup de soleil. Mentionnons les diurétiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les contraceptifs oraux, les antibiotiques comme la tétracycline et les sulfamides, les antidépresseurs, les agents de chimiothérapie, les hypoglycémifiants.

La gravité

Les coups de soleil sont habituellement des brûlures de premier degré (superficielles) ou de deuxième degré (partielles superficielles). La brûlure évolue durant 24 à 72 heures après l'exposition. Pour en mesurer la surface, la méthode la plus simple est celle de la paume de la main qui correspond à 1 % de la surface corporelle totale.

Notons qu'il ne faut pas inclure les brûlures de premier degré dans le calcul de la surface brûlée. Par contre, sachez que ces brûlures, même si elles sont de premier degré, pourront causer un choc ou une déshydratation si elles s'étendent sur une grande partie du corps.

Brûlure superficielle (Premier degré)

Cette brûlure touche seulement l'épiderme. La peau reste sèche car la brûlure n'entraîne pas de bris. Le premier symptôme est un érythème qui peut se manifester aussi rapidement que 30 minutes après l'exposition au soleil. Le plus souvent, il apparaît après 2 à 6 heures. Le remplissage capillaire est positif. La région touchée est chaude, sensible et peut montrer un léger œdème. La douleur s'installe graduellement, elle varie selon l'exposition et s'intensifie habituellement après 6 à 48 heures.

Brûlure partielle superficielle (Deuxième degré)

Cette brûlure touche tout l'épiderme mais elle n'atteint pas plus que le tiers du derme. Il peut y avoir apparition de phlyctènes (cloques ou bulles) 20 minutes à 24 heures après l'exposition. Elles sont arrondies, de couleur rouge marbré et leur base est bien vascularisée. S'il y a rupture des phlyctènes, la région devient humide et l'exsudat, séreux. Le remplissage capillaire est positif. De l'œdème peut apparaître. La douleur est très vive car les terminaisons nerveuses sont exposées. La sensation reste intacte et il peut même y avoir hyperesthésie. Il y a un risque d'infection parce que l'épiderme est rompu.

Les traitements

Traitement initial

Il est important d'éviter l'exposition au soleil durant la guérison d'un coup de soleil. Comme il s'agit d'une brûlure, le traitement consiste à garder la zone brûlée au frais. L'application de compresses froides ou la prise de bains rafraichissant peut soulager l'inconfort. Éviter l'utilisation de savon sur la région brûlée. Ne jamais y poser de glace puisque la vasoconstriction pourrait aggraver la lésion initiale. Si la surface atteinte représente plus de 10 % de la surface corporelle, le refroidissement ne doit pas dépasser dix minutes. Il est fortement conseillé de boire beau-

coup d'eau, 8 à 10 verres, pour remplacer les pertes liquidiennes et minimiser les risques de déshydratation et d'étourdissement. Les boissons alcooliques doivent être évitées.

En présence de brûlure de deuxième degré, on recommande de vérifier le statut vaccinal antitétanique de la personne. Si la dernière administration date de plus de 10 ans, il faut la vacciner à nouveau.

Contrôle de la douleur et du prurit

Un vêtement ou un tissu propre et léger peut diminuer la douleur causée par le contact entre l'air et les terminaisons nerveuses. Une pellicule transparente non adhésive de type cellophane réduit aussi la douleur. Il ne faut pas appliquer de corps gras comme du beurre ou de la gelée de pétrole sur une brûlure, car la chaleur est alors emprisonnée.

La prise d'acétaminophène selon la posologie recommandée est conseillée pour soulager la douleur. Sont également efficaces contre la douleur, l'œdème et l'inflammation, les anti-inflammatoires en vente libre comme l'ibuprofène et l'acide acétylsalicylique



(AAS ou Aspirin^{MC}). L'AAS ne devrait pas être administré aux enfants et aux adolescents à cause du syndrome de Reye, un effet secondaire rare mais potentiellement mortel. L'application d'une crème ou l'utilisation d'un vaporisateur contenant de la benzocaïne, un agent anesthésiant local, ne sont pas recommandées à cause des possibilités de réaction allergique.

Brûlure superficielle (ou premier degré)

Une crème d'hydrocortisone 0,5 % disponible en vente libre peut être utilisée immédiatement après l'exposition au soleil.

Kit de survie au soleil!

Afin d'éviter les brûlures et les effets indésirables à long terme du soleil, voici quelques recommandations pour passer un bel été :

- Ne pas exposer un enfant au soleil avant l'âge de 6 mois.
- Appliquer un écran solaire 30 minutes avant l'exposition au soleil. Le facteur de protection solaire (FPS) doit être de 15 ou plus. Le produit doit être approuvé par l'Association canadienne de dermatologie.
- Certains écrans solaires sont conçus particulièrement pour le visage et les lèvres.
- Appliquer suffisamment d'écran solaire. Environ 30 ml de crème suffit à couvrir le corps d'un homme adulte.
- Réappliquer l'écran solaire toutes les deux heures. Après une baignade ou pendant une activité physique avec sudation importante, une application aux 30 minutes est requise.
- Vérifier si le produit contient du PABA. Il est déconseillé pour les enfants de moins de 2 ans à cause des risques d'irritation cutanée et d'allergie.
- Éviter l'huile pour bébé ou toute autre huile, car elles ne contiennent pas d'écran protecteur.
- Utiliser un écran opaque tel que de l'oxyde de zinc sur les régions plus vulnérables comme le nez et les joues.
- Porter un chapeau à large bord.
- Choisir des lunettes fumées qui bloquent les rayons UV.
- Porter des vêtements à tissage serré et de couleur pâle, idéalement des pantalons et des chemises à manches longues. Quelques fabricants ont mis au point des vêtements anti-UV. Ils sont encore rares et plutôt chers mais gagnent en popularité surtout chez les adeptes d'activités de plein air.
- Surveiller l'heure. Être conscient du temps passé au soleil. Éviter de s'exposer entre 10 h et 14 h.
- Ne prendre ni médicament ni alcool, car ils pourraient vous empêcher de percevoir les brûlures causées par un coup de soleil.

Elle diminuera la réaction inflammatoire. Le traitement le plus courant est l'application plusieurs fois par jour de crème hydratante non parfumée à base d'huile minérale et d'eau, par exemple Lubriderm^{MC}, Eucerin^{MC} ou la lotion Keri^{MD}.

Les crèmes contenant de la vitamine E peuvent aider à protéger la peau contre les rayons UV et à accélérer la cicatrisation des coups de soleil légers. Pour obtenir une sensation rafraîchissante, vous pouvez réfrigérer la bouteille. Du gel d'aloès peut aussi être appliqué. Toutefois, il ne faut pas employer le gel provenant directement de la plante d'aloès parce qu'il est trop concentré.

Une brûlure de premier degré guérit rapidement, soit en 2 à 5 jours et elle ne laisse pas de cicatrice. La desquamation des couches cellulaires atteintes peut être observée 3 à 8 jours après l'exposition. Un prurit intense peut apparaître, particulièrement la nuit, s'il y a sudation, ou après une douche. Une lotion à la calamine ou Caladryl peut alors servir à soulager ce symptôme. La prise orale d'un antihistaminique disponible en vente libre peut être nécessaire en cas de symptômes aigus. Il faut éviter de frotter ou de peler la peau qui desquame, ce qui peut causer des lésions secondaires et nuire à la cicatrisation.

Brûlure partielle superficielle (ou deuxième degré)

Choisir son pansement

Il ne faut pas percer les phlyctènes dont le diamètre est inférieur à 2,5 cm. Plus grandes ou situées dans des zones de friction, elles peuvent être excisées. L'application d'un pansement minimisera les risques d'infection. Si la région dénudée est peu étendue et a rapidement été recouverte après la rupture de l'épiderme, il n'est pas toujours essentiel de recourir à des pansements antimicrobiens à l'argent ou à une crème de sulfadiazine d'argent.

Les pansements non adhérents plastifiés ou les tulles gras sont les premiers pansements appliqués sur une brûlure parce qu'ils font souvent partie des trousse de premiers soins à domicile. Ils doivent être changés quotidiennement, car s'ils s'assèchent, ils peuvent adhérer à la plaie et causer un traumatisme. Il est préférable d'utiliser des pansements qui maintiennent un milieu humide. Ils favorisent l'épithélialisation et peuvent être gardés plusieurs jours.

Des pansements sous forme de plaques d'hydrogel sont également disponibles en vente libre. Ils fournissent une bonne isolation thermique et préviennent l'assèchement de la brûlure. Ils ont cependant une faible capacité d'absorption. Au moment de leur application, ils produisent une sensation de fraîcheur. Ils peuvent être gardés plusieurs jours.

Les pansements hydrocolloïdes peuvent être utilisés lorsqu'il y a peu d'exsudat séreux. La superficie du pansement doit dépasser celle de la lésion de 5 cm environ, ce qui permettra au pansement d'absorber l'exsudat sans être saturé avant 3 à 7 jours. Des pansements de

Quand consulter un médecin ?

Les coups de soleil sont sans gravité. Mais dans certains cas, il est nécessaire de consulter un médecin :

- brûlures de deuxième degré sur une surface corporelle de 5 % ou plus ;
- phlyctènes au visage, aux mains, aux pieds, aux articulations majeures, aux organes génitaux et à la région anale ;
- coup de soleil accompagné de douleur très intense ;
- lésions qui ne s'améliorent pas après quelques jours ;
- fièvre et frissons ;
- céphalées ;
- confusion et évanouissement ;
- nausées et vomissements ;
- signes de déshydratation.

Conséquences à long terme

Une exposition répétée au soleil pour bronzer, même sans coups de soleil, endommage la peau. Bien que 80 % de l'exposition au soleil d'une vie entière se produit avant l'âge de 18 ans, les dommages n'apparaîtront que 15 à 20 ans après les expositions. Les effets néfastes des rayons UV comprennent :

- un vieillissement prématuré de la peau ;
- une peau ridée, lâche et de texture cuirassée ;
- des taches solaires de couleur brunâtre ;
- des cancers de peau de type épithélioma basocellulaire ou carcinome malpighien ;
- des cataractes prématurées et autres problèmes oculaires.

mousse de polyuréthane pourront être utilisés si la brûlure produit beaucoup d'exsudat ou si l'on veut prolonger le port du pansement pour une période pouvant aller jusqu'à 7 jours.

Lorsque l'étendue des brûlures de deuxième degré touche 5 % ou plus de la surface corporelle, les pansements antimicrobiens à l'argent ou à la crème de sulfadiazine d'argent sont recommandés. Dans certains cas, le site de la brûlure, l'âge et les maladies concomitantes du patient pourront justifier leur utilisation même si la surface des brûlures est moindre.

Les brûlures partielles superficielles au visage peuvent être traitées avec des onguents contenant des antibiotiques comme la polymyxine, la bacitracine et la gramicidine (*Polysporin*

Triple^{MC}), ou encore de la bacitracine (*Baciguent^{MC}*). Ils doivent être appliqués 2 à 3 fois par jour sans nécessiter l'utilisation d'un pansement secondaire.

Généralement, les coups de soleil de premier degré guériront après 2 à 5 jours, ceux de deuxième degré superficiel, 1 à 2 semaines par régénération épidermique. Ils ne laissent pas de cicatrices permanentes. Par contre, les conséquences à long terme d'expositions répétées au soleil sont graves. Il faut simplement se protéger. ■

L'auteure tient à remercier Danielle Gilbert, infirmière stomatothérapeute, pour la relecture de cet article.

Bibliographie

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ). « Brûlures », *Première ligne*, vol. 21, n° 2, printemps-été 2007, 24 p.

« Attention aux médicaments photosensibilisants », *santevoyage-guide.com*, juin 2006. [En ligne : www.santevoyage-guide.com/dossiers/medicaments-photosensibilisants.html]

« Besoin 8 : être propre et protéger ses téguments », in *Répertoire de protocoles infirmiers pour l'intervention téléphonique*, Québec, Sogique, 1994, p. 62-128.

Gibson, L.E. « Sunburn treatment : What works? », *Mayo Clinic.com*, 14 avril 2011. [En ligne : www.mayoclinic.com/health/sunburn-treatment/AN01423]

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier – *De l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir et traiter*, Montréal, OIIQ, 2007, 486 p.

« Sunburn : take care of your skin », University of Iowa Hospitals and Clinics, oct. 2006. [En ligne : www.uihealthcare.com/topics/skinhealth/skin4978.html]

« Vitamine E : ce qui faut retenir », Portail conseil. [En ligne : www.toobusiness.com/portail/conseil/nutrition/vitamine-E.htm]

« Vraie barrière contre les rayons du soleil : les vêtements », juin 2012. En ligne : [www.linternaute.com/sante/peau-dermatologie/peau-soleil-et-melanome/vetements-clairs.shtml]

HÉMATOLOGIE...

Notre santé se lit dans une goutte de sang

Par *Valérie Buron*

Source : Reproduit avec permission. Science & Vie, no 1126, page 40

Va-t-on mettre au point une méthode de diagnostic fondée sur l'observation de sang séché ? L'équipe de David Brutin (université de Provence) a examiné deux pathologies : l'anémie (manque d'hémoglobine) et l'hyperlipidémie (taux élevé de graisses dans le sang). Dans les deux cas, une goutte de sang séché a fait apparaître des motifs spécifiques, révélateurs des composants présents dans le sang. Prochaine étape : créer une banque de données avec d'autres maladies. Une technique simple et peu coûteuse. ■



Timbré

AUX ARACHIDES

Par *Dominique Forget, journaliste*

Source : Reproduit avec permission. L'Actualité, 15 septembre 2001, vol. 36, no 14, page 74.



Des chercheurs français ont mis au point un timbre qui, sur le même principe que le timbre de nicotine, libère d'infimes quantités d'huile d'arachide lorsqu'on l'applique sur la peau. Ils espèrent ainsi habituer graduellement le système immunitaire des personnes allergiques à leur « agresseur ».

Ce timbre fait l'objet d'essais cliniques sous haute surveillance en France et au États-Unis. En effet, en 1996, dans le cadre d'un traitement expérimental, l'injection sous-cutanée d'extraits d'arachide avait provoqué la mort d'un enfant. Le timbre a l'avantage de pouvoir être retiré instantanément en cas de réaction. Les mêmes chercheurs testent actuellement un timbre pour traiter l'allergie aux protéines bovines présentes dans le lait. ■

Surplus budgétaires?

FAIRE DES INVESTISSEMENTS JUDICIEUX

Par **Sylvain Chartier**, M.fisc., Pl.fin.

Expert-conseil, Gestion Privée 1859 Banque Nationale.

Vos finances personnelles se portent-elles bien? Si vous arrivez à respecter votre budget et à faire mieux que vous ne l'aviez prévu, vous disposez probablement d'une certaine somme.

Que ce soit grâce à votre discipline de fer, à un remboursement d'impôt ou à un revenu imprévu, vous devez étudier différents scénarios afin de trouver la solution la plus avantageuse pour vous.

Si épargner constitue l'accomplissement le plus important de la planification financière, il est toutefois difficile de savoir

quelle solution prioriser entre le régime enregistré d'épargne-retraite (REER), le régime enregistré d'épargne-études (REEE), le compte d'épargne libre d'impôt (CELI) et le remboursement des dettes. Comment s'y retrouver?

Une fois vos paiements effectués

Après avoir payé vos cartes de crédit ainsi que votre prêt hypothécaire et effectué vos cotisations au Régime d'accèsion à la propriété (RAP), définissez vos priorités. La stratégie suivante est basée sur une approche mathématique.

Priorité 1 : se constituer un fonds d'urgence en utilisant le CELI

En situation de surplus budgétaire, se créer un fonds d'urgence est le premier élément à prioriser. Il s'agit d'un coussin financier qui vise à vous protéger en cas d'imprévu (ex. : perte d'emploi). La plupart du temps, le CELI constitue un bon moyen d'épargner, puisque les sommes déposées ont déjà été imposées et leurs intérêts sont libres d'impôt.

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 technologues 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.



Priorité 2: maximiser la portion des cotisations au REEE donnant droit aux subventions fédérales et provinciales

Si vous avez des enfants, le REEE présente un intérêt certain. En plus des subventions gouvernementales offertes, ce véhicule d'épargne-études vous intéressera, notamment, pour le report d'impôt qu'il occasionne ainsi que pour le fractionnement possible du revenu.

Si un enfant désigné comme bénéficiaire ne poursuit pas d'études postsecondaires, il sera possible de transférer la partie rendement du REEE dans un REER.

Priorité 3: choisir entre le remboursement des dettes et la contribution REER selon le taux de l'emprunt et le taux de rendement

Si le taux de rendement attendu du REER est plus important que le taux d'emprunt de la dette, les cotisations au REER devraient être privilégiées. Pour choisir la stratégie la plus avantageuse, il suffit de comparer le taux d'emprunt et le taux de rendement.

Priorité 4: appliquer l'option qui n'a pas été retenue au point précédent

Priorité 5: contribuer au REEE (portion sans subvention)

S'il vous reste encore un surplus, les cotisations ne donnant pas droit à des subventions au REEE pourraient être comblées.

Priorité 6: rembourser le RAP au-delà du seuil minimum exigé

Outre l'importance d'acquitter le paiement minimal annuel du RAP (1/15 du montant utilisé), le remboursement accéléré pourrait générer des revenus à l'abri de l'impôt par l'entremise du REER. Notez que ces versements ne sont toutefois pas déductibles d'impôt.

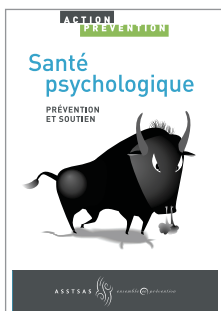
Priorité 7: investir dans des placements non enregistrés

Après toutes ces étapes, si vous disposez toujours d'un excédent, votre santé financière est fort probablement excellente! Songez à investir dans des placements non enregistrés.

Réussir à dégager un surplus budgétaire est un premier pas pour atteindre vos objectifs financiers. Il faut cependant savoir l'utiliser de façon judicieuse. Si vous hésitez entre différentes possibilités, consultez un expert comme un planificateur financier, un comptable ou un fiscaliste : il saura vous aider à faire le meilleur choix. ■

En situation de surplus budgétaire, se créer un fonds d'urgence est le premier élément à prioriser.

Santé psychologique PRÉVENTION ET SOUTIEN



Cette brochure, publiée il y a plus de dix ans, vient d'être revampée. Le contenu demeure sensiblement le même avec une présentation renouvelée. Ce document synthèse traite des quatre états émotifs souvent rencontrés chez les travailleurs et qui, si on ne s'y attarde pas, peuvent engendrer des problèmes physiques ou de détresse psychologique importants. Les premières manifestations de ces états y sont décrites pour mieux les identifier. De plus, l'intervenant y trouvera de précieuses indications sur les attitudes à adopter et les actions à entreprendre pour tenter de freiner tout processus de dégradation ou en faciliter la résolution.

Éditeur : ASSTAS

Auteur : Lucie Legault

Parution : Janvier 2011

Brochure de 12 pages. Vous pouvez télécharger cette brochure dans la section Publications gratuitement ou la commander en ligne au coût de 2,50 \$ au www.asstas.qc.ca.

Source : Reproduit avec permission.
www.asstas.qc.ca.

VICTOR ET LA DENT PERDUE d'Alain M. Bergeron



Résumé :

Victor vient de perdre sa première dent, aussi veut-il l'astiquer et la rendre toute belle et impeccable avant de la glisser sous son oreiller pour la fée des dents. Mais horreur ! Alors qu'il la nettoie au-dessus du lavabo, elle tombe dans le tuyau... Comment faire pour expliquer cela à la fée des dents ? Cette dernière viendra-t-elle quand même lui apporter une belle pièce ?

Âge de lecture : 5 ans et plus

Lauréat : Prix du Meilleur album jeunesse Magazine Enfants Québec 2011

Finaliste : Prix du Club des aventuriers du livre de la Montérégie 2011

Source : Reproduit avec permission. Éditions Hurtubise inc. / Éditions Marcel Didier inc.

L'ART DE TRAITER avant 6 ans



Changer la forme et le rapport des arcades en denture lactéale, c'est modifier la balance mandibulaire et le jeu des forces de la mastication. C'est assurer ainsi la réharmonisation crânienne et faciale donc la pérennité de la nouvelle harmonie occlusale. Les traitements orthodontiques de 3 à 6 ans, du concept à la pratique : - la croissance crânienne et son influence sur l'occlusion, - les mécanismes de la mastication et de la balance mandibulaire, - les asymétries cranio-faciales et leur prise en charge, - les différents types d'appareillages fonctionnels, - 23 cas cliniques étudiés et leurs traitements.

Auteur : Marie-Josèphe Deshayes
Format 220 x 308 mm – couverture rigide – 264 pages – plus de 1000 illustrations

Source : Reproduit avec permission.
www.cranexplo.com.

ANTHROPOLOGIE : L'un de nos vieux cousins broutait de l'herbe

Par Coralie Hancock

Source : Reproduit avec permission. Science & Vie, no 1126, page 12.



À cause de sa mâchoire puissante et de ses grosses molaires plates, on pensait que *Paranthropus boisei*, un lointain cousin de l'homme disparu il y a 1,2 million d'années, se nourrissait de noix, d'où son surnom de « casse-noisettes ». En réalité, son régime alimentaire était essentiellement constitué... d'herbe ! Pour arriver à cette conclusion, Thure Cerling, de l'université d'Utah, et ses collègues américains et kenyans ont analysé les isotopes du carbone contenus dans l'émail de ses dents. Ils ont ainsi pu établir que l'hominidé se nourrissait à 77% de plantes utilisant un certain processus de photosynthèse, caractéristique des herbes de la savane. ■

DROITIERS DEPUIS 500 000 ANS

Par Eloïse Layan

Source : Reproduit avec permission. Science & Vie, no 1126, page 13.

Des dents vieilles de 500 000 ans, découvertes en Espagne, suggèrent que les droitiers étaient déjà plus nombreux avant *Homo sapiens*. Ces fossiles portent des stries orientées à 93 % vers la droite, interprétées comme des impacts d'outils près de la bouche. ■



Pour votre
assurance habitation,
mieux vaut être
à la bonne place.



Soyez bien chez vous avec La Personnelle.
Que vous habitiez une maison, une copropriété ou
un appartement, notre assurance saura convenir
à votre mode de vie.

Certaines conditions s'appliquent.

DEMANDEZ UNE SOUMISSION
1 888 476-8737

lapersonnelle.com/ohdq

Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec

laPersonnelle
Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

La bonne combinaison.

Prise de radiographies...

RASSURONS NOS PATIENTS

Par **Christine Thibault B.Sc., HD**



Depuis quelque temps, je remarque que mes patients sont plus réticents à la prise de radiographie. Ils me disent que ce n'est pas bon pour la santé, que ça peut causer le cancer... Certains arrivent même avec une copie d'un courriel qui circule à propos du cancer de la glande thyroïde dû aux radiographies et aux mammographies. Ils me demandent de mettre le collier protecteur pour la thyroïde (ce que je fais déjà).

Bref, les patients sont plus inquiets et cela sème le doute parmi mes collègues. Je n'essaie pas de nier leurs craintes, de peur de créer davantage de doutes. Je serais tentée de leur dire qu'avec l'apparition sur le marché d'appareils de radiodiagnostic numériques le rayonnement est minimisé comparativement aux appareils de radiographies dentaires conventionnels. Par contre, je ne pense pas qu'il y ait vraiment moins de rayonnement, car on a tendance à prendre plus de clichés parce que le capteur est plus petit et qu'il est si facile de faire des reprises.

Finalement, je préfère rassurer mes patients en m'appuyant sur des faits documentés.

J'ai lu des articles qui ont répondu à mes questions et qui m'ont inspirée. J'aimerais vous en partager des extraits :

« Les humains sont soumis à deux grandes sources d'irradiation : l'irradiation naturelle et l'irradiation artificielle. Au total, ces deux formes d'irradiation avoisinent environ 360 millirems (mrem) par année pour les non-fumeurs et 640 mrem pour les fumeurs. »

L'irradiation naturelle annuelle prend son origine de quatre sources principales :

- Irradiation cosmique provenant de l'espace, qui équivaut à 26 mrem

Les rayonnements d'origine dentaire représentent pour leur part environ 3 % des radiations artificielles : ils sont donc loin d'être la plus importante source de radiations d'origine artificielle.

- Irradiation terrestre venant des éléments radioactifs de la terre, qui représente 29 mrem
- Irradiation venant du radon, du radium et de l'uranium, qui totalise 200 mrem
- Irradiation interne d'origine alimentaire, qui compte pour 40 mrem

Au total, la dose d'irradiation naturelle se situe autour de 285 mrem par année (ou 3 uSvpr jour), soit 81 % de l'irradiation totale reçue par la population sur une base annuelle.

L'irradiation artificielle annuelle prend son origine de plusieurs sources :

- Irradiation médicale dans le cadre des examens radiodiagnostic médicaux et dentaires (38 mrem)

- Irradiation provenant des examens en médecine nucléaire (14 mrem)
- Irradiation provenant des produits de consommation – télévisions, fours à micro-ondes, cadrans phosphorescents, détecteurs de fumée (11 mrem)
- Autres sources, comme l'industrie nucléaire (2 mrem)

Au total, la dose d'irradiation artificielle se situe autour de 65 mrem par année, représentant 19% de l'irradiation totale reçue par la population.

Les rayonnements d'origine dentaire représentent pour leur part environ 3% des radiations artificielles : ils sont donc loin d'être la plus importante source de radiations d'origine artificielle.



Une règle simple pour se rappeler les doses d'irradiation associées aux radiographies dentaires, c'est « 10-10-100 » :

- Cliché panoramique : 10 uSv
- 2 clichés rétrocoronaires : 10 uSv
- 20 clichés rétroalvéolaires : 100 uSv

De telles doses sont considérées comme très faibles. »⁽¹⁾

« Il est important de comprendre que la pratique de la radiologie dentaire est régie à deux niveaux gouvernementaux différents. Les normes régissant la construction et le fonctionnement des appareils de radiographie relèvent de l'autorité du gouvernement fédéral, alors que les gouvernements provinciaux réglementent l'installation et l'homologation du matériel ainsi que l'aménagement des cabinets dentaires en vue de l'utilisation de ce matériel. En l'absence de réglementation provinciale on



Association des aventuriers de Baden-Powell

SCOUTISME TRADITIONNEL

pour tous, dès 7 ans

Inscriptions

- ✿ castors (unité mixte, 7 et 8 ans)
- ✿ louvettes (filles, 9 à 12 ans)
- ✿ louveteaux (garçons, 9 à 12 ans)
- ✿ jeannettes (filles, 9 à 12 ans)
- ✿ guides (filles, 12 à 17 ans)
- ✿ éclaireurs (garçons, 12 à 17 ans)

*Réunions hebdomadaires,
camp d'hiver,
camp d'été et plus !*




28 mêmes buts depuis plus de 100 ans !

Renseignements : Secrétariat national, 514 990-6567 ou 450 667-5187

doit s'en remettre aux lignes directrices ou aux marches à suivre établies par l'ADC, le Code de sécurité 30 de Santé Canada, l'ADA, etc.»

Voici un exemple de ligne directrice émise par Santé Canada, Santé de l'environnement et du milieu de travail, *Radioprotection dans l'exercice de la dentisterie – recommandations concernant l'utilisation des appareils de radiographie dentaire – Code de sécurité 30*

«Les gonades doivent être protégées par un tablier de plomb et la thyroïde, par un protecteur thyroïdien, surtout pour l'examen radiographique de l'occlusion maxillaire. L'utilisation d'un protecteur thyroïdien est particulièrement importante chez les enfants. Le tablier et le protecteur thyroïdien doivent avoir une équivalence de plomb d'au moins 0,25 mm. Dans le cas de la radiographie panoramique, comme le rayonnement provient également de l'arrière du patient, le tablier plombé ordinaire n'est d'aucune utilité. Il est donc recommandé d'utiliser un tablier à deux pans, un pour le devant et un pour le dos».

«...la réglementation provinciale au Québec exige le port du tablier protecteur pour toutes les personnes exposées. La radiographie dentaire comprend donc la réalisation des clichés rétroalvéolaires, rétrocoronaires, occlusaux, panoramiques, latéraux obliques, céphalométriques, articulaires, tomographiques, donc tous les examens réalisés au cabinet dentaire.»⁽²⁾

Voilà de quoi me rassurer et j'espère, dissiper les doutes de mes patients.

J'explique aussi à mes patients que la nature du risque de prendre des radiographies est largement dépassée par les avantages de l'examen.

En terminant, j'aimerais porter à votre attention qu'il existe des tabliers de protection de différentes grandeurs : soit pour adulte ou bien pour enfant.

La réglementation provinciale au Québec exige le port du tablier protecteur pour toutes les personnes exposées.

Et que pour augmenter la longévité du tablier, il est important d'en prendre un soin particulier. Les tabliers protecteurs contiennent des feuilles de plomb de minimum 0,25 mm pour la flexibilité et le confort. Quand ils ne sont pas utilisés, ils devraient être suspendus plutôt que pliés. Le pliage des tabliers de plomb favorise le craquement du plomb, et diminue ses capacités de protection. Il doit aussi être désinfecté selon les normes.

Alors, bonnes radiographies! ■

Références :

FOREST, Denis, DDS, MSD. « Mise au point sur la publication d'un article concernant les radiologies dentaires – Complément d'information » – Ordre des dentistes du Québec, avril 2012.

FOREST, Denis, DDS, MSD. « Mon dentiste n'a pas utilisé le tablier plombé pour la prise de radiographies. » *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec*, vol. 44, décembre 2007, p. 565.

OFFRE D'EMPLOI

Placement Prodent

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

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.



Cette patiente fait-elle partie de votre clientèle?

Les régimes et les habitudes alimentaires modernes augmentent l'exposition de l'émail dentaire aux acides alimentaires¹. L'érosion par acide est une préoccupation grandissante. **La prévention en est la clé¹.**



Identifiez les patients à risque et recommandez-leur de modifier leur alimentation ET d'utiliser le dentifrice Pro-Émail® dans le cadre de leur rituel quotidien.

Le dentifrice Pro-Émail®, spécialement formulé pour protéger des effets de l'érosion par acide².

1. Données internes de GSK. Acid erosion in children: prevention is better than a cure: protecting our children's teeth today for a better tomorrow. Article signé. Septembre 2008.
2. Layer TM. Formulation considerations for developing toothpastes suitable for those at risk from erosive tooth wear. *J Clin Dent* 2009;20(numéro spécial):199-202.



GlaxoSmithKline
Soins de santé
aux consommateurs Inc.

MC/® ou licencié GlaxoSmithKline Soins de santé aux consommateurs Inc.
Mississauga, Ontario L5N 6L4
©2012 GlaxoSmithKline

Nouveau traitement probiotique pour une meilleure santé buccale en 28 jours



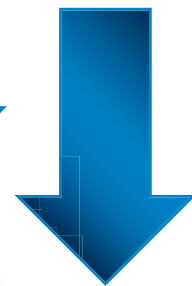
Résultats éprouvés en clinique
Réduction significative de la plaque modérée à sévère^{1, 2, 3}

14 jours

28 jours



-17%



-42%

Les pastilles PerioBalance^{MC} de G·U·M^{MD} sont cliniquement documentées et de pointe. Elles contiennent du *Lactobacillus reuteri* Prodentis, un mélange innovateur de deux souches actives probiotiques *L. reuteri* complémentaires.* Elles aident à équilibrer la microflore buccale pour améliorer la santé des gencives et des dents, réduire la formation de biofilm et combattre la mauvaise haleine. Bénéficiez dès aujourd'hui des pastilles pratiques à saveur de menthe PerioBalance^{MC} de G·U·M^{MD}. Il ne suffit que d'une à deux pastilles par jour. Une amélioration peut apparaître en aussi peu que 2 semaines.

Visitez www.gumbrand.ca/periobalance-french pour consulter des études de cas récentes.

Composez 1-800-265-7203 pour plus d'information sur ce produit de Sunstar ou pour découvrir comment votre pratique pourrait participer à l'étude G·U·M^{MD} PerioBalance^{MC}!

Offert exclusivement chez

PHARMAPRIX 

SUNSTAR

G·U·M  **BUTLER** 

* *Lactobacillus Reuteri* Prodentis (Prodentis) est un probiotique dentaire exclusif et breveté de PerioBalance^{MC} de GUM^{MD}

1. Indice de plaque 2 à 3 sur une échelle où 0 indique l'absence de plaque et 3 une abondance de matière molle dans les poches gingivales et à la surface des dents.

2. Krasse P et al. « Decreased gum bleeding and reduced gingivitis by probiotic *Lactobacillus reuteri*. » *Swed Dent J* 2006; 30: 55-60.

3. Données sous archives. Remarque : les résultats au jour 28 sont la résultante d'une extension non contrôlée de l'étude clinique sur 14 jours référencée à la note de bas de page 2.

©2012 Sunstar Americas, Inc. C12105