



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec

L'EXPLO RATEUR

Le magazine de l'Ordre
des hygiénistes dentaires
du Québec

La pharmacologie

La santé buccodentaire
et la prise de médicaments.



Vol. 21 N° 4 Janvier 2012 - PP 40009269 - Retourner toute correspondance ne pouvant être livrée au Canada à: OHDC 1155, rue University, bureau 1212, Montréal (Québec) H3B 3A7

DOSSIER

Interaction plantes
médicinales/
médicaments dans
la pratique dentaire

ACTUALITÉ

La tomographie
volumique à faisceau
conique (TVFC) de
plus en plus répandue

PRIX D'EXCELLENCE

Programme
de Bourses :
Gagnants 2011

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**

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**





- 5 **Avant-propos**
- 6 **MOT DE LA PRÉSIDENTE ET DIRECTRICE GÉNÉRALE**
- 7 **A word from the President and Executive Director**
- 8 **L'Explorateur virtuel**
- 10 **L'hygiéniste dentaire et la loi**

PROMOTION DE LA PROFESSION

- 11 Nous y étions!



DOSSIER LA PHARMACOLOGIE

12 INTERACTION PLANTES MÉDICINALES/ MÉDICAMENTS DANS LA PRATIQUE DENTAIRE

- 17 Un seul médicament dans votre pharmacie
- 18 Cancer. Les pilules de la controverse.

Liste des annonceurs

America Dentaire inc.
Banque Nationale groupe financier
Centres dentaires Lapointe
Crest Oral B – P&G Santé bucco-dentaire
Curaprox / Entreprise Dentalink inc.
Fasken Martineau
La Personnelle assurance de groupe auto et habitation
Novalab (Novadent)
Sunstar – GUM / Butler
Université Laval
Université de Montréal

- 22 Pilulier électronique. Quand la mémoire se fait entendre.
- 24 Faut-il couper une pilule en deux?
- 26 Anti-inflammatoires non stéroïdiens et ulcères aphteux

COLLABORATION SPÉCIALE

- 28 Dépasser les perceptions et mieux communiquer avec les personnes handicapées

34 Calendrier de formation 2011-2012

ACTUALITÉ

- 44 La tomographie volumique à faisceau conique (TVFC) de plus en plus répandue
- 46 Le matériel dentaire à ultrasons, influence-t-il le fonctionnement des dispositifs cardiovasculaires électroniques implantables?
- 48 JDIQ 2012
- 49 Erratum

VU LU ENTENDU

- 50 Pistache brosse ses dents. Un outil pour vos tout-petits!
Nouveau: Guide descriptif des rince-bouches et des dentifrices
- 51 Manuel de pratique sensible à l'intention des professionnels de la santé
Fluoration de l'eau, position du directeur national de santé publique

50 OFFRE D'EMPLOI

PRIX D'EXCELLENCE

- 52 Programme de bourses : Gagnants 2011

SERVICES FINANCIERS

- 56 REER – CELI, CELI – REER: Pour enfin y voir clair!

COCASSERIE

- 59 Le guide Treize vérités... que votre hygiéniste dentaire ne vous dit pas
- 59 Test de paternité en vente libre

SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE

- 60 Un acte préventif trop souvent banalisé

À VOTRE SANTÉ

- 62 Boire beaucoup d'eau est-il dangereux?

Sélection de presse

- 63 On en sait plus sur l'anévrisme de l'aorte
- 63 Bactérie mangeuse de tartre

RÉFLEXION

- 65 L'efficacité du masque... une question de manipulation?

L'Explorateur est une source d'information fiable et crédible qui contribue depuis plus de 21 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 cancer	Avril 2012	13 janvier 2012
L'orthodontie	Juillet 2012	16 avril 2012

NETTOYANT POUR TOUS TYPES DE PROTHÈSES DENTAIRES



Disponible en pharmacie

NETTOIE EN PROFONDEUR

Novadent élimine le tartre, les bactéries, les virus et les micro-organismes infectieux à l'origine de maladies graves.

PRÉVIENT ET PROTÈGE

Novadent laisse une fine pellicule protectrice, empêchant les aliments de coller à vos prothèses.

FRAICHEUR ET BRILLANCE

Novadent redonne l'éclat du neuf dès la première utilisation.

Offrez la santé à vos patients

*Vous connaissez l'importance de l'hygiène des prothèses dentaires.
Informez-en vos patients.*

Échantillon GRATUIT
1 800 474-6682

Visitez www.novadent.com

NOVA Dent

Un produit fièrement québécois

L'EXPLORATEUR, VOL. 21, n° 4, JANVIER 2012

Comité des publications

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

Ont collaboré

Elaine Bertrand, HD, ND (Phy)
Valérie Borde, journaliste scientifique
Guylaine Boucher
Odile Capronnier
Nadine Caron, adj. adm.
Marie-Claude Dorval, HD
G. Eckert
Dominique Forget
D. Galli
Andrée Gaudette, HD
Maryse Guénette
M. Kowolik

Arthur S. Kuperstein, DDS
Daniel Laverdière, ASA, Pl. Fin. Expert-conseil
Elizabeth McDermott, secrétaire de direction
L.-Éric Meunier, Ph. D.
Me Érik Morissette
Marise Parent, commis secrétaire
Priscilla Reig
Guy Sabourin, journaliste
Ying Wai Sia, DMD
Eric T. Stoopler, DMD
Christine Thibault, B. Sc., HD
V. Wahaidi

Comité exécutif

Présidente et directrice générale, Johanne Côté, HD
Vice-présidente, Nancy Tremblay, HD
Trésorière, Jessica Nadon, HD
Administratrice, Paule Trépanier, HD
Administratrice nommée, Francine Boivin, Dt.p.Map
Secrétaire de l'Ordre, M^{re} Janique Ste-Marie, Notaire

Conseil d'administration

Régions
05 et 16 Danielle Bonenfant, HD
05 et 16 Carole Desroches, HD
14 et 15 Johanne Côté, HD
01, 09 et 11 Francine Demeules, HD
03 et 12 Josée Desgagné, HD
06 et 13 Marie-Ève Durand, HD
05 et 16 Kim Farrell, HD
03 et 12 France Lavoie, HD
04 et 17 Maryse Lessard, HD
06 et 13 Jessica Nadon, HD
06 et 13 Josée Tessier, HD
02 et 10 Nancy Tremblay, HD
07 et 08 Paule Trépanier, 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)

Révision OHDQ
Publicité OHDQ
Graphisme G branding & design
Photo couverture Veer
Impression F.L. Chicoine
Tirage 5 950 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
Téléphones : 514 284-7639 ou 1 800 361-2996
Télécopieur : 514 284-3147
Info@ohdq.com www.ohdq.com



Chers collègues,

Le *Comité des publications* désire vous souhaiter une Bonne Année 2012, remplie de paix, joie, bonheur, santé et prospérité.

En cette période propice aux divers virus, au rhume et à la grippe, et du fait que la clientèle est de plus en plus vieillissante et médicamenteuse, nous abordons dans cette édition de *L'Explorateur*, la pharmacologie.

La rubrique *Dossier* est constituée de plusieurs articles forts intéressants et qui répondront à plusieurs questions comme *L'interaction plantes médicinales/médicaments dans la pratique dentaire*, *Un seul médicament dans votre pharmacie*, *Cancer. Les pilules de la controverse*, *Pilulier électronique. Quand la mémoire se fait entendre*, *Faut-il couper une pilule en deux?* et *Anti-inflammatoires non stéroïdiens et ulcères aphteux*. Quant à la rubrique *Collaboration spéciale*, nous avons le privilège de vous présenter un deuxième article de l'Office des personnes handicapées qui s'intitule *Dépasser les perceptions et mieux communiquer avec les personnes handicapées*.

De surcroît, la rubrique *Actualité*, nous informe sur la *Tomographie volumique à faisceau conique (TVFC) de plus en plus répandue* ainsi que sur le *Matériel dentaire à ultrasons*. La rubrique *Prix d'excellence*, vous divulgue les noms des gagnants 2011 des différentes bourses de l'Ordre et la publication des textes gagnants de la Bourse de la relève. Pour tous les détails au sujet des différentes bourses de l'Ordre, nous vous invitons à consulter le www.ohdq.com.

Enfin, nous joignons à cette édition un avant-goût du programme scientifique du congrès de l'OHDQ qui se déroulera en novembre prochain au Palais des congrès de Montréal. Nous espérons vous y voir en grand nombre, aussi, surveillez vos prochaines publications ainsi que le site Internet au www.ohdq.com où d'autres renseignements vous seront dévoilés.

Nous vous souhaitons une lecture des plus enrichissantes!

Le Comité des publications,

Caroline Boudreault, HD
Lucie Gagné, HD
Bibiane Gagnon, HD
Martine Plante, HD
Karyne Bédard, coordonnatrice, développement de la pratique professionnelle

MISSION, VISION ET VALEURS DE L'OHDQ

La mission première de l'OHDQ est d'assurer la protection du public en veillant à la qualité de l'exercice de la profession. L'OHDQ contribue à l'amélioration de la santé buccodentaire des Québécois en s'assurant que les hygiénistes dentaires possèdent les compétences pertinentes. L'OHDQ 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.

La vision de l'OHDQ est l'amélioration continue de la santé buccodentaire de toute la population, l'accroissement de l'accessibilité aux soins préventifs en hygiène dentaire, le leadership des hygiénistes dentaires en matière d'éducation et de prévention en santé buccodentaire et finalement 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 par l'OHDQ pour la profession d'hygiéniste dentaire sont la rigueur, l'empathie, l'engagement, l'interdisciplinarité, la cohérence et le respect.



Chers membres,

En ce début de nouvelle année, je vous offre mes meilleurs vœux de santé et de

bonheur pour 2012!

Cette édition de *L'Explorateur* a pour sujet la pharmacologie. Pourquoi la pharmacologie, me direz-vous?

Il est important de vous rappeler qu'il est primordial de savoir quels médicaments prennent nos patients, car certains médicaments peuvent influencer sur leur santé buccodentaire. De plus, il faut maintenant se soucier de bien connaître les produits naturels qu'ils consomment, puisque même si le produit est naturel, cela ne signifie pas qu'il ne faut pas en tenir compte.

D'ailleurs, notre formation initiale comporte un volet traitant de l'incidence des produits pharmaceutiques sur les traitements que nous devons effectuer. L'hygiéniste dentaire se doit d'être capable, après l'évaluation de l'histoire médicale et buccodentaire du patient, de prendre les moyens nécessaires pour s'assurer de traiter celui-ci en toute sécurité.

Nous sommes tous à même de constater que certains de nos patients se font vieillissants et que d'autres sont plus médicamenteux.

Donc, il est très important de s'assurer que nos connaissances sur la matière sont toujours actualisées.

Tout au long de nos discussions avec l'Office des professions du Québec et l'Ordre des dentistes du Québec, dans le dossier de la modernisation, la situation médicale du patient a été un élément déterminant comme condition d'exercice.

L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec a su démontrer que les hygiénistes dentaires du Québec ont la formation et les compétences requises pour juger d'après le questionnaire médical du patient, le fait qu'ils puissent intervenir ou non.

Nous sommes tous à même de constater que certains de nos patients se font vieillissants et que d'autres sont plus médicamenteux.

Je vous rappelle que dans la proposition déposée par l'Office des professions en décembre 2010, l'Ordre des dentistes avait donné son accord à ce grand principe.

Un des grands objectifs de ces travaux de modernisation est d'améliorer l'accès aux soins pour les personnes, comme les personnes à mobilité réduite. Nous aurons à exercer davantage en dehors des cabinets dentaires comme dans les CHSLD, où la clientèle est plus médicamenteuse.

Il est donc très important, voire essentiel, que chaque hygiéniste dentaire se soucie de garder ses connaissances à jour du point de vue de l'interaction pharmaceutique et de saisir toutes les occasions de formation continue à cet effet.

Semaine québécoise pour un avenir sans tabac

En terminant, je vous rappelle que l'OHDQ est fier de s'associer à nouveau à la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* qui se déroulera cette année du 15 au 21 janvier 2012.

De plus, vous remarquerez que de nouveaux outils ont été développés afin de vous aider à intervenir auprès de vos patients fumeurs.

L'hygiéniste dentaire est un professionnel en qui la population a confiance et qui a un rôle primordial d'éducation et de prévention.

Bon début d'année! ■

Johanne Côté, HD
Présidente et directrice générale

Pour tout commentaire :
jcote@ohdq.com
Tél. : 514 284-7639, poste 208

Dear Members:

As we enter the New Year, I offer you my best wishes of health and happiness for 2012.

This edition of *L'Explorateur* is about pharmacology. Why pharmacology, you say?

It is important to remember that it is essential to know what medications our patients are taking because some medications can affect their oral health. In addition, we must now worry about the natural products they consume, since even if the product is natural, it does not mean that it should not be taken into account.

Moreover, our training includes a section on the impact that pharmaceuticals have on the treatments we need to do. The dental hygienist must, after assessing the medical and dental history of the patient, be able to take the necessary steps to ensure that the patient is treated safely.

It is clear that some of our patients are getting older and that others are more medicated.

So it is very important to ensure that our knowledge on the matter is constantly updated.

Throughout our discussions with the *Office des professions du Québec* and the *Ordre des dentistes du Québec* on the issue of modernization, the patient's medical condition was a decisive factor as a condition of exercise.

The *Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* demonstrated that dental hygienists in Quebec have the training and skills to judge whether or not they can intervene based on the patient's medical questionnaire.

Let me remind you that in the proposal submitted by the *Office des professions* in December 2010, the *Ordre des dentistes* had agreed to this great principle.

It is clear that some of our patients are getting older and that others are more medicated.

One of the major objectives regarding the modernization of dentistry is to improve access to care for people, such as those with disabilities. We will have to exercise outside of dental offices, such as in nursing homes, where the clientele is more medicated.

It is therefore very important, even essential, that all dental hygienists remain up to date in terms of drug interactions and seize every opportunity for continuing education for this purpose.

Quebec Tobacco-Free Week

In closing, I would like to remind you that the OHDQ once again is proud to partner with the *Quebec Tobacco-Free Week*, which will be held this year from January 15 to 21, 2012.

What's more, you will notice that new tools have been developed to help you respond to your patients who smoke.

The dental hygienist is a professional that the public trusts and who has a key role in education and prevention.

Good start to the year! ■



Johanne Côté, DH
President and Executive Director

For comments:
jcote@ohdq.com
Tel.: 514 284-7639, ext. 208

JOYEUSES FÊTES ET BONNE ANNÉE 2012

Par Marie-Claude Dorval, HD



C'est incroyable de voir à quel point l'année 2011 s'est écoulée rapidement! Sachez profiter de l'année qui vient pour prendre du temps pour vous et pour vos proches; croquez chaque instant de bonheur. Dans cette édition de *L'Explorateur virtuel*, j'aborderai le sujet de la **xérostomie**. Un site dédié à l'emploi et un site qui fait la révision des bonnes positions de travail vous seront présentés. Enfin, vous trouverez un rappel des sites Web à partir desquels vous pouvez suivre de la formation continue à distance.

Joyeuses fêtes et bonne navigation!



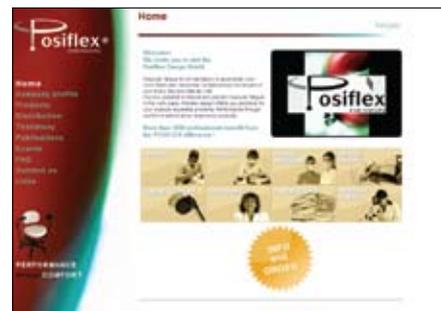
Xérostomie

Que ce soit dans le cadre de notre pratique ou même dans notre entourage immédiat, nous avons tous été en contact avec des gens souffrant de sécheresse buccale. Plusieurs causes expliquent ce phénomène, entre autres, la prise de certains médicaments. Revoyez en détail vos notions concernant la xérostomie, les causes, les symptômes et les différents produits pouvant aider à gérer ses symptômes, sur le site de la compagnie *Biotène*. Une section est réservée aux professionnels de la santé. Vous y trouverez un guide pour vous aider à diagnostiquer de manière précoce ce problème et les malheureuses conséquences qui l'accompagnent. Un document à l'intention des patients est aussi disponible dans cette section.
<http://www.biotenecanada.ca/defaultfr.aspx>



Emploi dentaire

Voici un site très intéressant dédié à l'embauche et à la recherche d'emploi dans le domaine dentaire. Il s'adresse à tous les professionnels, que ce soit aux coordonnatrices de clinique, aux assistantes dentaires, aux hygiénistes dentaires, aux dentistes, aux représentants des ventes, etc. À partir de ce site, il vous est possible de poser votre candidature en envoyant votre curriculum vitae. Pour les employeurs, il suffit d'afficher les postes, moyennant quelques dollars. Au moment d'écrire ces lignes, la plupart des offres d'emploi concernent la région de Montréal et ses environs, mais plus nous serons nombreux à visiter ce site et à consulter les offres, plus le réseau s'étendra.
<https://www.emploi dentaire.com/qc/fr/index.php>



Position de travail

Nous sommes plusieurs à éprouver douleur et fatigue musculaire après une longue journée de travail. Nos mauvaises positions de travail et les mouvements répétitifs sont souvent les causes de nos malaises. *Posiflex Design* est une compagnie québécoise qui se spécialise dans la conception et l'élaboration de produits destinés à améliorer la santé des travailleurs. Leur site vous présente donc les différents produits disponibles, tels des tabourets et des appuie-coudes mobiles. Au-delà des produits, vous pourrez consulter de courtes vidéos qui font la démonstration des bonnes positions de travail, que ce soit pour nous, les hygiénistes dentaires, mais aussi pour les dentistes, les assistantes dentaires ou pour le patient lui-même.
<http://www.posiflexdesign.com>



Formation continue en français

À partir de maintenant, et ce, dans les prochaines parutions, je vous présenterai des sites Internet anglophones et francophones qui offrent de la formation continue. Ce mois-ci, je souhaitais vous présenter la *Société dentaire de Montréal*. Cette organisation offre un calendrier complet de conférences intéressantes destinées aux dentistes et autres auxiliaires. Comme elle souhaite offrir une place privilégiée aux hygiénistes dentaires, des tarifs spéciaux ont été spécialement prévus. Si vous désirez recevoir la formation sur le Web dans le confort de votre foyer, quatre conférences vous sont présentées dont deux gratuitement.

<http://www.sdmml.ca/pages/Conferences.html>



Formation continue bilingue

L'Association canadienne des hygiénistes dentaires ne vous est certainement pas inconnue. Sachez qu'elle offre des formations en ligne et des webinaires. Certaines sont offertes aux membres seulement, mais d'autres sont accessibles aux non-membres. D'ailleurs, je voulais vous rappeler qu'une formation en ligne gratuite pour les membres et non-membres, intitulée *Faire face au mauvais traitement envers les aînés*, en anglais et en français, sera disponible jusqu'au 31 mars 2012. (Six heures de formation continue sont reconnues pour cette formation.)

<http://www.cdha.ca/AM/Template.cfm?Section=Home2>

Les liens vers les deux sites précédents sont disponibles sur le site de *L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*.

<http://www.ohdq.com>

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

L'accès aux soins dentaires: UN DROIT FONDAMENTAL

Par Me Érik Morissette et Sébastien Gobeil, avec la collaboration de Sophie Lessard Berger et Mikael Lamontagne. Fasken Martineau DuMoulin, S.E.N.C.R.L., s.r.l.



L'accès public aux soins médicaux est un élément caractéristique du système de santé au Québec. Cette accessibilité générale, ayant déjà suscité bien des débats, a comme conséquence pour les professionnels de la santé d'être obligés de prodiguer des soins. Mais jusqu'où va cette obligation? Peut-être avez-vous déjà songé à refuser d'offrir des soins à un patient parce que celui-ci était porteur d'une maladie infectieuse. Le risque d'infection justifie-t-il un tel refus? Ce comportement est-il justifié en droit au Québec?

Si de telles questions demeurent d'actualité, il importe de rappeler que depuis quelques années, aucun doute n'existe quant au devoir des professionnels de la santé buccodentaire à administrer des soins aux personnes atteintes de VIH, à défaut de quoi, leur responsabilité professionnelle pourrait être engagée.

Alors que plusieurs autres provinces avaient déjà décidé que le refus de soigner un patient porteur du VIH était discriminatoire, les tribunaux québécois ont, pour la première fois, abordé la question en 1993. Après une analyse détaillée des symptômes de la maladie et des dispositions législatives applicables, les juges ont reconnu que le terme « handicap », au sens de la *Charte des droits et libertés de la personne*, englobait les personnes atteintes du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Une discrimination fondée sur cette base a donc été jugée illégale au sens de la Charte.

S'inscrivant également dans le cadre des services de la santé, les soins dentaires sont des services offerts au public en général et ne pourraient ainsi être limités par des critères d'admission. Dans le cas d'une personne atteinte du VIH, le fait de lui refuser le traitement normalement requis la brimerait dans son droit fondamental à l'égalité.

De même, certains faits importants sont à considérer. Ainsi, bien que des risques de saignements et d'éclaboussements existent lors des traitements dentaires, ils ne sauraient justifier le préjudice résultant de l'affront à un droit fondamental de l'être humain. À cet effet, soulignons que, il y a près de dix ans, les experts évaluaient le risque de transmission du virus au chirurgien à près de 1 cas par 16 000 interventions pour l'ensemble du Québec. En somme, le caractère public des soins buccodentaires inclut le droit à tout citoyen d'être soigné avec équité. Un hygiéniste dentaire ou un dentiste ne pourrait invoquer un risque d'infection relié à son métier afin de justifier le refus de traiter un patient.

Reconnaissant d'emblée le caractère discriminatoire d'un tel comportement, la responsabilité professionnelle et personnelle des spécialistes en traitements dentaires pourrait ainsi être engagée. Des compensations évaluées à 3 000 \$ ont même déjà été octroyées à une victime d'un acte jugé discriminatoire. Également, des plaintes déontologiques pourraient être intentées et, par-dessus tout, le tribunal pourrait, par la voie d'une ordonnance, exiger l'arrêt d'une telle pratique.

Considérant l'impact d'une telle décision, l'Ordre des dentistes du Québec a jugé approprié, en 1995, d'apporter des modifications au *Code de déontologie des dentistes* afin d'y intégrer l'interdiction de cette pratique. Des changements de même nature ont également été apportés au *Code des professions*. De même, l'Association dentaire canadienne a conjugué ses efforts et a émis de nombreuses recommandations à titre préventif, incitant ainsi les professionnels à stériliser soigneusement les outils de travail, les seringues ainsi que les surfaces de travail.

Bref, vous ne serez jamais trop prudent: mieux vaut prévenir que guérir!!! Soyez vigilants et employez toutes précautions nécessaires. ■

NOUS Y ÉTIIONS!

Depuis octobre 2011, l'OHDQ a participé :

Comme exposant, grâce à de nombreux bénévoles :

- Dans l'*Avenue des professions* du Salon Éducation Formation Carrière de Montréal, ainsi que dans les exposants vedettes du salon, du 12 au 14 octobre à la Place Bonaventure.
- Dans le *Parcours de l'innovation* du Salon Éducation Emploi de Québec, du 26 au 29 octobre au Centre de foire de Québec.

L'OHDQ a également été présent aux événements suivants :

- Table ronde *Les Québécois et l'éthique: état des lieux, défis et solutions*, ainsi qu'au déjeuner-conférence *L'éthique au sein des entreprises et des organisations de la Semaine des professionnels* organisés en octobre par le Conseil interprofessionnel du Québec en collaboration avec l'Institut du Nouveau Monde.
- *Oktoberfest* d'Henry Schein à Montréal.
- Lancement du manuel *Hygiéniste dentaire en santé publique* de Mme Suzanne Turmel, HD, en novembre au cégep de Saint-Hyacinthe.
- Congrès de réglementation du Canada du CNNAR/RCANOR (Réseau canadien des associations nationales d'organismes de réglementation) en novembre à Toronto.
- Réunion annuelle de la Commission de l'agrément dentaire du Canada en novembre à Ottawa.
- Enregistrement de *Kampaï* en décembre à Radio-Canada pour une diffusion au cours de l'hiver.
- Journées Carrières d'écoles secondaires d'octobre à décembre, par la participation d'hygiénistes dentaires bénévoles pour Montréal, Rimouski, Saint-Jérôme et Ville Saint-Laurent.



Mmes Suzanne Turmel, HD et Johanne Côté, HD, présidente et directrice générale de l'OHDQ.

Ainsi que dans les publications suivantes :

- Édition Automne 2011 du magazine *Virage* de la FADOQ.
- Magazine *Coup de pouce* de novembre.
- Magazine *Elle Québec* de novembre.
- Cahier CV de *La presse* du samedi 12 novembre.
- *Guide de Référence Santé* en décembre. ■

MENTION SPÉCIALE

Suite à la parution de l'article intitulé « La dentisterie psychiatrique, la spécialité méconnue de l'HRDP », dans la rubrique DOSSIER de *L'Explorateur* d'octobre 2011 en pages 22 à 26, nous tenons à souligner que deux membres de l'OHDQ travaillent à la clinique dentaire de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Ces deux hygiénistes dentaires font partie intégrante de l'équipe dentaire et y apportent leur contribution depuis plusieurs années déjà. En effet, Mme Elaine Rocheleau HD, est en poste depuis plus de 30 ans et Mme Isabelle Gemme HD, est en poste depuis presque 18 ans.

BRAVO!

Interaction plantes médicinales/ médicaments

DANS LA PRATIQUE DENTAIRE

Par **Elaine Bertrand**, HD, ND (Phy)



Les plantes possèdent des modes de réactions chimiques pour la synthèse, l'échange, la formation ou la substitution de certains constituants chimiques qui sont classés comme étant des métabolites primaires. Celles-ci produisent des glucides, des acides aminés, des acides gras, des nucléotides et des polymères. Ces

substances organiques participent au processus du métabolisme humain et sont essentielles au bien-être de notre organisme. De ces métabolites primaires sont dérivés des métabolites secondaires qui ont la fonction de préserver la diversité du monde végétal. Ils attirent les insectes pollinisateurs, agissent comme agent adaptogène aux différents stressés et protègent la plante des micro-organismes et des insectes nuisibles. Ces métabolites secondaires sont les glycosides, les terpènes, les composés phénoliques et les alcaloïdes.

Depuis le début du siècle, de nouvelles techniques de laboratoire ont permis d'extraire ces métabolites secondaires. Certains de ces constituants chimiques ont été synthétisés afin de renforcer leurs propriétés tout en essayant de supprimer leurs effets secondaires. Encore aujourd'hui, des recherches permettent d'isoler et de synthétiser ces molécules caractéristiques qui combattent les

maladies plus efficacement, plus rapidement et en dose ciblée. Les plantes médicinales sont à la base de multiples médicaments, mais, que se passe-t-il quand la plante a un mécanisme d'action, ou un effet similaire aux médicaments de synthèse? L'effet de certains médicaments peut être décuplé, si par un mécanisme différent, la plante a un effet similaire. Par exemple, le houblon peut potentialiser l'effet des médicaments sédatifs. Il y a des cas où les effets d'une plante et d'un médicament peuvent être cumulatifs quand les deux substances ont un mécanisme d'action similaire comme dans le cas du ginkgo et des inhibiteurs du facteur d'activation plaquettaire.

Selon le *Guide des interactions médicaments, nutriments et produits naturels*, certaines plantes médicinales affectent l'hémostase. Plusieurs auteurs suggèrent d'arrêter la consommation de ces suppléments deux à trois semaines avant une chirurgie afin de réduire le risque de saignements postopératoires excessifs. Une consultation du tableau *Plantes médicinales à considérer dans la pratique dentaire* confirme que les plantes médicinales ne sont pas inoffensives et que certaines d'entre elles comportent des contre-indications. Ces produits de santé naturels peuvent interagir avec certains médicaments. C'est pour cette raison que l'hygiéniste dentaire se doit de renseigner sa clientèle sur l'utilisation des plantes médicinales et inclure des questions à ce sujet dans le questionnaire médical. ■

Plantes médicinales à considérer dans la pratique dentaire

Plantes médicinales	Interactions médicamenteuses
Achillée millefeuille Yarrow <i>Achillea millefolium</i>	- Pourrait interagir avec les anticoagulants et les antithrombotiques (Plavix, Lovenox).
Agripaume Motherwort <i>Leonorus cardiaca</i>	- Interaction théorique avec les anticoagulants et les antithrombotiques (Plavix, Lovenox) ainsi qu'avec les antihypertenseurs.
Ail Garlic <i>Allium sativum</i>	- Risque théorique d'hémorragie et augmentation de l'effet de l'acide acétylsalicylique (AAS), des dérivés de l'acide salicylique, des anticoagulants et des antithrombotiques (Plavix, Lovenox). - Altération théorique de l'effet des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (Voltaren, Advil, Motrin, Naprosyn, etc.).
Angélique chinoise Dong quai <i>Angelica sinensis</i> <i>Angelica polymorpha</i>	- Peut potentialiser l'effet des médicaments anticoagulants et augmenter le temps de saignement par la présence de furanocoumarins.
Astragale Huang qi <i>Astragalus membranaceus</i> <i>Astragalus hoantchy</i> <i>Astragalus mongholicus</i>	- Agents anticoagulants, antiplaquettaires, antithrombotiques : pris en concomitance, cette plante peut augmenter le temps de saignement.
Aubépine Hawthorn <i>Crataegus oxyacantha</i>	- Risque théorique de potentialiser l'effet des antihypertenseurs, des médicaments pour les pathologies cardiaques (Cardizen, Lopresor, Accupril, Indéral, Digitaline, etc.).
Bleuet Blueberry <i>Vaccinium angustifolium</i>	- L'extrait de bleuet aurait une activité antiplaquettaire comparable à celle du fluidifiant sanguin synthétique dipyridamole donc en théorie pourrait décupler ses effets.
Boldo Boldo <i>Peumus boldus</i>	- Augmentation théorique de l'effet des anticoagulants/antithrombotiques (Coumadin, Lovelox, héparine, etc.), des antiplaquettaires (Plavix, Ticlid) ainsi que des dérivés des acides salicylés (acide acétylsalicylique ou AAS, Aspirin, Entropen, etc.) et des autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (Voltaren, Advil, Motrin, Naprosyn, Indocid, etc.). - Augmentation théorique des effets des antihypertenseurs.
Camomille Camomille allemande Chamomile Chamomile german <i>Matricaria recutita</i> <i>Matricaria chamomilla</i> <i>Chamomilla recutita</i>	- À forte dose, cette plante médicinale peut interférer avec les anticoagulants, car elle contient des coumarines. - En théorie, elle pourrait décupler les effets de certains sédatifs et des benzodiazépines (Diazépam, Valium, Lorazépam, Ativan).
Cataire Catnip <i>Nepeta cataria</i>	- La cataire pourrait potentialiser ou prolonger l'effet hypnotique ou sédatif de certains médicaments.

Plantes médicinales	Interactions médicamenteuses
Cayenne Cayenne <i>Capsicum annuum</i> <i>Capsicum frutescens</i>	- Une consommation importante augmente les enzymes hépatiques pouvant ainsi affecter le métabolisme de certains médicaments. - Interaction théorique avec les antihypertenseurs.
Curcuma Turmeric <i>Curcuma longa</i>	- Il pourrait interagir avec les médicaments anticoagulants.
Échinacée <i>Echinacea</i> <i>Echinacea angustifolia</i>	- Altération théorique possible du métabolisme de certains antifongiques (Nizoral, Sporanox, etc.).
Éphédre Ma huang <i>Ephedra sinica</i>	- Éviter de prendre l'éphédrine en concomitance avec les antihypertenseurs et les anesthésiques.
Eucalyptus Eucalyptus <i>Eucalyptus globulus</i>	- Cette plante augmente l'activité de certaines enzymes responsables de la détoxification des médicaments, donc pourrait diminuer les effets thérapeutiques de ceux-ci.
Fenugrec Fenugreek <i>Trigonella foenum graecum</i>	- La graine de cette plante pourrait potentialiser l'effet des médicaments anticoagulant ou antiplaquettaire.
Framboisier Red raspberry <i>Rubus idaeus</i>	- Les tanins des feuilles de framboisiers pourraient modifier l'absorption des sédatifs.
Gingembre Ginger <i>Zingiber officinale</i>	- Théoriquement, l'effet additif du gingembre inhibe l'agrégation plaquettaire.
Ginkgo Ginkgo Ginkgo biloba	- Altération théorique de l'effet des anticoagulants/antithrombotiques (Lovenox, héparine, etc.) ainsi que des dérivés des acides salicylés (acide acétylsalicylique ou AAS, Aspirin, Entropen, etc.) et des autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (Voltaren, Advil, Motrin, Naprosyn, Indocid, etc.) - Altération théorique du métabolisme de certains médicaments, dont le Tylenol.
Ginseng Ginseng <i>Panax ginseng</i> <i>Panax quinquefolius</i>	- Augmentation théorique de l'effet des anticoagulants/antithrombotiques (Coumadin, Lovelox, héparine, etc.), des antiplaquettaires (Plavix, Ticlid) ainsi que des dérivés des acides salicylés (acide acétylsalicylique ou AAS, Aspirin, Entropen, etc.) et des autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (Voltaren, Advil, Motrin, Naprosyn, Indocid, etc.)
Houblon Hops <i>Humulus lupulus</i>	- En théorie, il pourrait interagir avec les barbituriques et autres médicaments sédatifs.
Hydraste Goldenseal <i>Hydrastis canadensis</i>	- Interaction théorique avec les anticoagulants et la médication cardio-vasculaire.

Plantes médicinales	Interactions médicamenteuses
Kava Kava kava <i>Piper methysticum</i>	- Cette plante interagit avec les médicaments qui affectent le système nerveux central, tel que les benzodiazépines (Diazépam, Valium, Lorazépam, Ativan) et les barbituriques (Séobarbital, Seconal). - Interaction avec les anesthésiques locaux.
Lin Flax <i>Linum usitatissimum</i>	- Les graines moulues et l'huile peuvent théoriquement augmenter l'effet des anticoagulants/antithrombotiques (Coumadin, Lovelox, héparine, etc.), des antiplaquettaires (Plavix, Ticlid) ainsi que des dérivés des acides salicylés (acide acétylsalicylique ou AAS, Aspirin, Entropen, etc.) et des autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (Voltaren, Advil, Motrin, Naprosyn, Indocid, etc.) - Le mucilage contenu dans les graines de lin moulues pourrait diminuer l'absorption de certains médicaments.
Luzerne Alfalfa <i>Medicago sativa</i>	- Interaction théorique avec les coagulants et les anticoagulants en raison de l'action opposée de deux composants de la luzerne, soit la vitamine K (action coagulante) et les coumarines (action anticoagulante).
Matricaire Feverfew <i>Tanacetum parthenium</i>	- Peut inhiber l'agrégation plaquettaire. Intensifie l'effet fluidifiant des anticoagulants.
Millepertuis St-John's wort <i>Hypericum perforatum</i>	- Diminution de l'effet anticoagulant du Coumadin.
Myrtille Bilberry <i>Vaccinium myrtillus</i>	- Interaction théorique avec la médication anticoagulante (ASA, Coumarins)
Onagre Evening primrose <i>Oenothera biennis</i>	- Augmentation théorique de l'effet des anticoagulants/antithrombotiques (Coumadin, Lovelox, héparine, etc.), des antiplaquettaires (Plavix, Ticlid) ainsi que des dérivés des acides salicylés (acide acétylsalicylique ou AAS, Aspirin, Entropen, etc.) et des autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (Voltaren, Advil, Motrin, Naprosyn, Indocid, etc.)
Ortie Stinging nettle <i>Urtica dioica</i>	- Cette plante contient de bonnes quantités de vitamine K et donc en théorie elle pourrait réduire l'efficacité des médicaments anticoagulants.
Papaine	- En théorie, interaction avec les anticoagulants et antiplaquettaires.
Pau d'arco Lapacho <i>Tabebuia avellanedae</i>	- Une composante de l'écorce de cet arbre, le lapachol, pris isolément peut inhiber la coagulation sanguine.
Plantain Common plantain <i>Plantago major</i>	- Cette plante contient des mucilages qui pourraient entraver l'absorption des médicaments.
Prêle Horsetail <i>Equisetum arvense</i>	- La prêle contient des tanins qui pourraient diminuer l'absorption des médicaments.
Régλισse <i>Glycyrrhiza glabra</i>	- Altération théorique possible du métabolisme de certains antifongiques (Nizoral, Sporanox, etc.)

Plantes médicinales	Interactions médicamenteuses
Reine-des-prés Meadowsweet <i>Filipendula ulmaria</i>	- Il y aurait une interaction potentielle avec les anticoagulants par la présence des salicylates.
Reishi Reishi <i>Ganoderma lucidum</i>	- À cause des effets anticoagulants de ce champignon, il est déconseillé avant et après une intervention chirurgicale.
Scutellaire Scullcap <i>Scutellaria lateriflora</i>	- Les effets de cette plante pourraient s'ajouter à ceux de médicaments de synthèse à action sédatrice ou calmante, telles que les benzodiazépines (Diazépam, Valium, Lorazépam, Ativan)
Trèfle rouge Red clover <i>Trifolium pratense</i>	- Augmentation théorique de l'effet des anticoagulants.
Valériane Valerian <i>Valeriana officinalis</i>	- Altération théorique possible du métabolisme de certains antifongiques (Nizoral, Sporanox, etc.) - Cette plante interagit avec les médicaments qui affectent le système nerveux central, tel que les benzodiazépines (Diazépam, Valium, Lorazépam, Ativan) et les barbituriques (Sécobarbital, Seconal).
Vigne rouge Vine <i>Vitis vinifera</i>	- Augmentation théorique de l'effet des anticoagulants/antithrombotiques (Coumadin, Lovelox, héparine, etc.), des antiplaquetaires (Plavix, Ticlid) ainsi que des dérivés des acides salicylés (acide acétylsalicylique ou AAS, Aspirin, Entropen, etc.) et des autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (Voltaren, Advil, Motrin, Naprosyn, Indocid, etc.)

Références

O'Reilly Moira, *Interaction contre-indications et complémentarités, plantes-médicaments*, Herbothèque, 2004.

Locong Alice, Ruel Danielle, *Guide des interactions médicaments, nutriments et produits naturels*, Les Presses de l'Université Laval, 2003.

Brinker Francis, *Herb contraindications & drug interactions*, Eclectic Medical Publications, 2001.

Duke James A., *La pharmacie verte, guide des plantes médicinales*, Publication Modus Vivendi, 1997.

Chevalier Andrew, *Encyclopédie des plantes médicinales*, Sélection du Reader's Digest, 1997.

Nancy Feeney HD, *L'importance du questionnaire médical*, OHDQ, *L'Explorateur*, octobre 2003, pp 34 à 37.

<http://naturaldatabase.therapeuticresearch.com>

<http://www.passeportsante.net>



UN SEUL MÉDICAMENT

dans votre pharmacie

Par **Valérie Borde**, journaliste

Source : *L'Actualité*, 15 décembre 2010, page 57.

Soigner tous les cancers avec un même médicament ! Et aussi des infections virales et d'autres maladies. C'est le rêve un peu fou qu'avaient suscité les ARN interférents lors de leur découverte, dans les années 1990. Ces petits morceaux d'acide ribonucléique, présents dans toutes les cellules vivantes, seraient capables d'interférer avec l'ARN messager pour inhiber sa traduction en protéine. Autrement dit, ils peuvent « éteindre » un gène à la demande, propriété fort utile quand ledit gène permet à une cellule cancéreuse ou à un virus de se multiplier.

Mais les chercheurs se sont vite aperçus que les choses n'étaient pas aussi simples. Les ARN interférents continuent cependant de susciter beaucoup d'espoir. En mai dernier, l'équipe du professeur Bhushan Nagar, de l'Université McGill, a percé les secrets d'une petite protéine qui commande l'ARN interférent susceptible de bloquer des cellules cancéreuses chez les humains. Au même moment, des chercheurs de Boston ont réussi à perturber la reproduction du virus Ebola chez des singes grâce à des ARN interférents. Ces molécules pourraient ainsi donner naissance à un premier traitement contre ce redoutable virus, qui tue 80 % des gens qui l'attrapent. ■

Texte reproduit avec autorisation.





**América
Dentaire**

Distributeur exclusif des produits :

mectron
medical technology



starlight pro

LÉGER - PUISSANT - VERSATILE



combi

NOUVEAU
FONCTION
PERIO

UNITÉ DE PROPHYLAXIE FIABLE ET COMPLET

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

WWW.AMERICADENTAIRE.COM

CANCER.

Les pilules de la controverse.

Par Valérie Borde, journaliste

Source : *L'Actualité*, 15 octobre 2010, pages 36 à 40.

De nouveaux médicaments contre le cancer prolongent l'espérance de vie... au prix fort. Le Québec a-t-il les moyens de payer la note?

Louise Chenard préparait un grand voyage en Australie pour ses 50 ans quand, en février 2006, elle a appris par une prise de sang de routine qu'elle avait une leucémie. Cinq ans plus tôt, seule une délicate greffe de cellules souches aurait peut-être pu sauver cette directrice d'une école secondaire de Montréal. Ou encore, en l'absence d'un donneur compatible, elle aurait subi une pénible chimiothérapie ou un traitement à l'interféron, lequel permet de gagner en moyenne seulement deux ans de survie.

Un médicament révolutionnaire a tout changé: le Gleevec, approuvé au Canada en 2001, non seulement lui a épargné la greffe, mais a arrêté net la progression de sa maladie. Depuis bientôt cinq ans, Louise Chenard en avale un comprimé chaque jour à la même heure et continue de vivre presque comme avant: elle n'a jamais cessé de travailler et peut même boire encore du vin à l'occasion! «J'ai une prise de sang de contrôle tous les trois mois et une ponction assez désagréable une fois par an. Mais c'est tout», dit-elle.

Son cas, encore rare, deviendra-t-il la norme? «En théorie, cette approche semble idéale. Mais pour le moment, le Gleevec reste une exception», tempère le Dr Jean-Pierre Ayoub, hémato-oncologue au CHUM.

Une exception qui coûte cher: plus de 36 000 dollars par an pour traiter des cas de leucémie myéloïde chronique comme celui de Louise Chenard. Des traitements pour d'autres types de cancer coûtent plus cher encore. L'État québécois a-t-il les moyens de déboursier de telles sommes pour soigner ses cancéreux? Le débat est lancé.

Sous Gleevec, 90% des victimes de leucémie myéloïde chronique – cancer qui touche 400 Canadiens par an, adultes et enfants – sont toujours en vie cinq ans après le diagnostic. La plupart sont en grande forme. «Quand Novartis a annoncé les résultats des essais cliniques lors d'un congrès scientifique, des chercheurs pleuraient tellement c'était incroyable», raconte Réjean Lapointe, chercheur en immuno-oncologie au CHUM.

En 2009, ce médicament a valu à Brian Druker, Nicholas Lydon et Charles Sawyers le prix Lasker de la recherche clinique, surnommé le «Nobel du médicament». Ces trois scientifiques américains ont été récompensés pour avoir mis au point le premier traitement intelligent du cancer. Rien de moins.

En 1993, ils ont inventé la substance active du Gleevec, le mésylate d'imatinib. Cette petite molécule biologique a été conçue pour bloquer l'activité d'une enzyme, la tyrosine kinase, dont les globules blancs cancéreux ont besoin pour proliférer.

Tout un changement par rapport aux chimiothérapies classiques, mises au point par tâtonnements, en testant un grand nombre de molécules toxiques sur des cellules cancéreuses. Celles qui parvenaient à les détruire ont été commercialisées. Mais ces médicaments ont un gros défaut: en empêchant toutes les cellules du corps de se diviser – qu'elles soient cancéreuses ou non –, ils provoquent de nombreux effets secondaires, comme la chute des cheveux ou les nausées.

Parce qu'il vise seulement les cellules anormales, le Gleevec est bien mieux toléré. Et parce qu'il s'attaque à un mécanisme moléculaire précis et essentiel à la prolifération du cancer – d'où son nom d'anticancéreux ciblé –, il est très efficace.

Depuis le début des années 2000, une quinzaine d'autres anticancéreux ciblés ont été homologués par le ministère de la Santé du Canada. Et il y en a plus de 4 000 à l'étape des essais cliniques, selon Alain Dostie, directeur général de l'unité d'oncologie de Novartis Canada, à Montréal. La plupart sont des anticorps, de petites molécules capables de se fixer à la surface des cellules cancéreuses pour en verrouiller des mécanismes clés. C'est le cas d'un autre grand succès, l'Avastin, autorisé depuis 2005 pour traiter le cancer colorectal. Cet anticorps bloque une molécule essentielle à la croissance des vaisseaux sanguins qui alimentent la tumeur.

Pour le Dr Gerald Batist, directeur du Département d'oncologie de l'Université McGill et du Centre de thérapies expérimentales du cancer de Montréal, il s'agit d'une véritable révolution. Bientôt, prédit-il, on ne parlera plus de cancers du sein ou du poumon, mais seulement d'une myriade de cancers liés à des anomalies moléculaires, quel que soit l'endroit où ils sont logés. L'an dernier, l'Avastin a ainsi été approuvé pour certains cancers du poumon et du sein, qui prolifèrent grâce au même mécanisme biochimique que le cancer colorectal. Aux États-Unis, on l'utilise aussi contre des cancers du cerveau.

Dans cette nouvelle ère de l'oncologie, le traitement débute par des tests de laboratoire, pour trouver la « signature moléculaire » du cancer au moyen de biomarqueurs. Déjà, pour le cancer du sein, on recherche la molécule HER2, présente chez 20 % à 30 % des femmes atteintes. À la place de la chimiothérapie hormonale classique, ces femmes reçoivent de l'Herceptin, qui cible ce cancer très agressif.

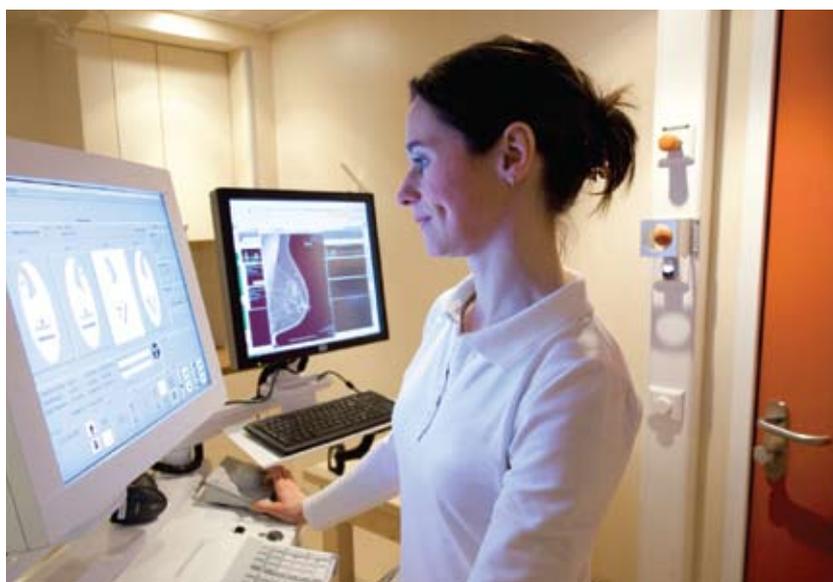
Ultimement, on espère qu'en caractérisant mieux le cancer grâce aux biomarqueurs et en l'attaquant avec les traitements ciblés, on pourra le bloquer net. L'impitoyable crabe deviendra une docile maladie chronique contrôlable par une simple pilule, comme l'hypertension.

Le Dr Jean-Pierre Ayoub, hémato-oncologue au CHUM, est moins enthousiaste que le Dr Batist. « La plupart des médicaments ciblés ne font que prolonger la vie de quelques mois, dit-il. Et certains donnent quand même des effets secondaires qui peuvent être graves, voire potentiellement mortels, comme des défaillances cardiaques ou des perforations intestinales. » La biochimie du cancer est loin d'avoir livré tous ses secrets. Selon le Dr Ayoub, les chimiothérapies classiques sont encore là pour longtemps.

Reste que même si bien des produits prometteurs ne passeront pas le cap des essais cliniques et si tous ne seront pas aussi efficaces que le Gleevec, les nouveaux traitements – utilisés seuls, en combinaison avec les chimiothérapies ou les uns après les autres – permettront aux malades de gagner du temps sur la maladie.

À quel prix? Accrochez-vous: en moyenne, 65 000 dollars par an, selon la Société canadienne du cancer! Soit presque le revenu moyen annuel des ménages canadiens.

Au Québec, l'État paie les produits donnés par voie intraveineuse à l'hôpital. La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et les assureurs privés, eux, remboursent la majeure partie du coût des comprimés sur ordonnance pris à la maison. « C'est là qu'on se rend compte de la chance qu'on a d'être canadien », dit Louise



Chenard. Grâce à son assurance, elle ne sort de sa poche que 500 dollars par an pour ses comprimés de Gleevec, alors que ceux-ci coûtent plus de 100 dollars... par jour!

En 2002, la RAMQ a déboursé 1,9 million de dollars pour le Gleevec. Puis 6 millions en 2004, 9 millions en 2006 et près de 14 millions en 2009. Depuis cinq ans, les sommes consacrées aux anticancéreux au Canada augmentent de 16,5 % par an. C'est deux fois plus que la hausse du prix moyen des médicaments... et cinq fois plus que celle du nombre de cancers!

Dans l'industrie pharmaceutique, on justifie les prix des anticancéreux par la complexité des essais cliniques et la nécessité de rentabiliser ces produits sur un petit nombre de malades. « C'est la fin des *Blockbusters*, ces médicaments vendus en très grande quantité qui généraient à eux seuls la majeure partie des revenus des entreprises. Et les molécules biologiques coûtent plus cher à élaborer », dit Alain Dostie, directeur général de l'unité d'oncologie de Novartis Canada.

Mais personne n'est dupe. « Toutes les analyses montrent que le prix de ces médicaments n'est pas déterminé par leur coût de fabrication ou de marketing: il est fixé à la limite de la capacité de payer des États », explique Marc Desmarais, président du Conseil du médicament, groupe formé de 15 experts qui détermine, en s'entourant d'autres spécialistes indépendants, quelles substances sont prises en charge par l'État québécois. Pour rentabiliser leurs produits, les laboratoires cherchent par ailleurs à étendre au maximum le nombre de maladies qui répondent à un même médicament, poussant sans cesse les autorités à examiner des traitements d'une efficacité très limitée.

Le Canada s'est engagé à ne pas payer ses médicaments plus cher que la moyenne des pays du G8. Or, les sociétés pharmaceutiques fixent surtout leurs prix en fonction de la capacité de payer des

Toutes les analyses montrent que le prix de ces médicaments n'est pas déterminé par leur coût de fabrication ou de marketing: il est fixé à la limite de la capacité de payer des États.

États-Unis, où les assurances privées remboursent des sommes très élevées. « Qu'est-ce qu'on dit à nos malades quand nous ne pouvons pas leur donner un médicament offert dans les hôpitaux américains? » demande le Dr Gerald Batist, qui se désespère de cette situation.

Au Conseil du médicament, on affirme comprendre la position des oncologues et des malades. « Mais il faut s'assurer qu'il est raisonnable et équitable pour tous les Québécois d'assumer ces coûts », dit Marc Desmarais.

Depuis le début de 2009, le Conseil a évalué 109 nouveaux médicaments en tout genre, dont 16 anticancéreux. Tous ces derniers sauf deux étaient destinés à des traitements ciblés. Trois ont été placés sur la liste des médicaments d'exception, remboursés seulement dans des conditions bien précises. Les 11 autres ont été refusés.

Pour plusieurs de ces médicaments, c'est le prix prohibitif du traitement par rapport aux autres options, ou encore le faible avantage qu'il procure, qui a motivé le refus. Même si l'Erbix peut prolonger de un à deux mois la vie des personnes atteintes d'un cancer du côlon métastatique alors que plus rien d'autre ne fonctionne, le Conseil a dit non pour la troisième fois en avril dernier: son prix a été jugé bien au-delà du raisonnable. Il est évalué à 186 000 dollars par « année de vie pondérée par la qualité », l'unité de référence en pharmacoeconomie, dans laquelle les jours de grands malaises sont comptabilisés différemment des jours de bien-être relatif.

Aux États-Unis, où bien des assureurs paient ce médicament, des chercheurs ont calculé en 2009 que si on prolongeait d'un an la vie de tous les Américains qui se meurent d'un cancer du poumon en leur



donnant de l'Erbix, on engloutirait annuellement 440 milliards de dollars, soit 100 fois le budget du *National Cancer Institute*!

En octobre prochain, le Conseil du médicament examinera à nouveau le cas du Vectibix. En 2008, il avait estimé que les preuves de l'efficacité de ce médicament n'étaient pas assez solides, même s'il a été autorisé par Santé Canada. La plupart des oncologues, eux, ne sont pas du même avis. Beaucoup soupçonnent qu'en refusant de nouveaux anticancéreux sur la base de leur valeur thérapeutique, le Conseil cherche surtout à se mettre à l'abri des critiques: auprès de l'opinion publique, « pas efficace » passe beaucoup mieux comme motif de refus que « trop cher ».

« On doit aussi tenir compte du fait que ces anticancéreux permettent d'éviter des opérations et des séjours à l'hôpital, et de

Ailleurs aussi...

Le problème du coût des médicaments est mondial et chaque pays l'affronte tant bien que mal avec ses propres stratégies.

Dans les dernières années, le *National Institute for Clinical Excellence*, équivalent britannique du Conseil du médicament, a été vertement critiqué pour avoir refusé plusieurs traitements sur la base de leur coût. La Nouvelle-Zélande, elle, a fait volte-face sous la pression de l'opinion publique après avoir annoncé qu'elle restreindrait l'usage de l'Herceptin, utilisé pour soigner le cancer du sein. Une erreur, selon Elizabeth Fenton, éthicienne à l'Université Harvard, qui a étudié ce cas en détail. «Même s'ils prolongent la vie, il serait immoral de ne pas s'interroger sur ces nouveaux anticancéreux, compte tenu de leur coût exorbitant et de leur efficacité toute relative», dit-elle.



garder des gens au travail», s'insurge le Dr Gerald Batist, directeur du Département d'oncologie de l'Université McGill et du Centre de thérapies expérimentales du cancer de Montréal.

Même si Louise Chenard prend pour plus de 36 000 dollars par an de comprimés de Gleevec, elle travaille et paie des impôts. Et elle n'a pas eu à subir une greffe qui aurait coûté près de 300 000 dollars! «Les brevets de plusieurs anticancéreux classiques arrivent aussi à échéance et leurs prix ont commencé à baisser. Si on dépense moins pour ces médicaments, on pourrait faire un effort pour les nouveaux produits!» dit le médecin.

C'est vrai qu'il existe des médicaments trop chers pour les bénéfices qu'ils procurent, reconnaît toutefois le Dr Félix Couture, hémato-oncologue à l'Hôtel-Dieu de Québec. «Mais le Conseil est trop sévère dans ses évaluations et met aussi trop de temps à rendre ses avis.»

Ce médecin préside le Comité d'évaluation des pratiques en oncologie, regroupement d'oncologues mis sur pied dans le cadre de la stratégie québécoise de lutte contre le cancer pour recommander les traitements les plus efficaces. Les conclusions de ce comité divergent parfois de celles du Conseil du médicament, mais ce dernier est seul à décider des produits remboursés. «Il nous faut un débat public pour les nouveaux anticancéreux», réclame le Dr Couture.

Marc Desmarais, du Conseil du médicament, est bien d'accord pour un débat, même s'il considère que le Québec n'est pas particulièrement sévère par rapport au reste du monde. «Il n'y a pas de solution magique pour faire face au coût grandissant de ces médicaments», estime le pharmacien. ■

Texte reproduit avec autorisation.

Retrouvailles – CÉGEP DE MAISONNEUVE Cohorte 79-82 – 30 ans, ÇA SE FÊTE!

Toutes les finissantes sont cordialement invitées au brunch.

Date: Dimanche le 6 mai 2012

Endroit: Restaurant «Le Montréalais» de l'hôtel Reine Elizabeth (centre-ville)

Heure: 11 h 30 Prix: 37 \$

Veuillez communiquer avec Jocelyne Jouan, HD par courriel jjouan@cmaisonneuve.qc.ca afin de confirmer votre présence. Parlez-en à vos amies! Au plaisir de vous voir!



PILULIER ÉLECTRONIQUE.

Quand la mémoire se fait entendre.

Par Maryse Guénette et Guylaine Boucher

Source : Reproduit avec permission. *Synergie*, septembre 2010, pages 9 et 10.

Prendre un médicament est une chose. Bien le prendre en est une autre. Quand en plus les molécules se multiplient et que la mémoire tangué, le recours à de l'aide extérieure s'avère souvent nécessaire pour assurer une prise de médication assidue et adéquate. Utilisés depuis des lustres, les piluliers ont largement démontré leur utilité dans ce domaine. Et ce n'est pas terminé. La nouvelle génération, munie de fonctions électroniques, s'annonce prometteuse, notamment pour les personnes qui ont une déficience cognitive.

De dimensions comparables à un petit ordinateur portable, les piluliers électroniques sont relativement récents. Au Québec, c'est le produit DO-Pill SecurR développé par le Groupe DOMédic de Québec qui contribue actuellement à faire connaître l'approche. Muni de 28 compartiments pour les médicaments et d'un écran, l'appareil émet un signal sonore ou lumineux lorsque le médicament doit être pris. Pour avoir accès au contenu d'un compartiment, l'utilisateur doit briser la petite membrane qui le recouvre. Lorsqu'il accomplit ce geste, un signal est envoyé par Internet au médecin ou au pharmacien. Celui-ci peut ainsi savoir si le médicament a été pris et à quel moment. Si le médicament n'a pas été pris alors qu'il aurait dû l'être, un message est envoyé au patient et apparaît sur l'écran pour l'en avertir.

Des essais prometteurs

Expérimenté sur le terrain, le produit semble porter ses fruits. Directeur du département de psychiatrie de l'Université de Montréal, Emmanuel Stip peut en témoigner. À titre de chercheur clinicien au Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine, il vient de réaliser une recherche auprès d'une cinquantaine de patients atteints de schizophrénie. « Durant trois mois, la moitié des participants a utilisé le pilulier électronique à signal sonore et l'autre moitié a utilisé un pilulier traditionnel », explique-t-il.

Si les résultats obtenus semblent en apparence plutôt modestes, le chercheur, lui, y voit au contraire une excellente promesse d'avenir.

Au terme de l'expérimentation, le chercheur estime que l'utilisation du pilulier électronique augmente d'environ 10% la prise du médicament. « Il est difficile d'être plus précis, affirme le Dr Stip, car, ajoute-t-il, si nous savons exactement à quel moment les participants utilisant un DO-Pill ont pris leurs médicaments, nous ne pouvons pas déterminer avec autant de précision à quel moment les participants qui ont utilisé un pilulier traditionnel ont pris les leurs. »

Si les résultats obtenus semblent en apparence plutôt modestes, le chercheur, lui, y voit au contraire une excellente promesse d'avenir. « En ce qui a trait à la prise de médicaments par les personnes atteintes de schizophrénie, toute amélioration, même légère, est importante », dit-il. C'est que chez cette population, la non-assiduité à la prise de médicament peut avoir des conséquences extrêmement graves. « Lorsqu'une personne atteinte de schizophrénie ne prend pas ses

médicaments, cela a pour effet de multiplier par six son risque de rechutes, explique le chercheur. Or, après chaque nouvelle rechute, le temps nécessaire pour obtenir une rémission des symptômes est de plus en plus long.»

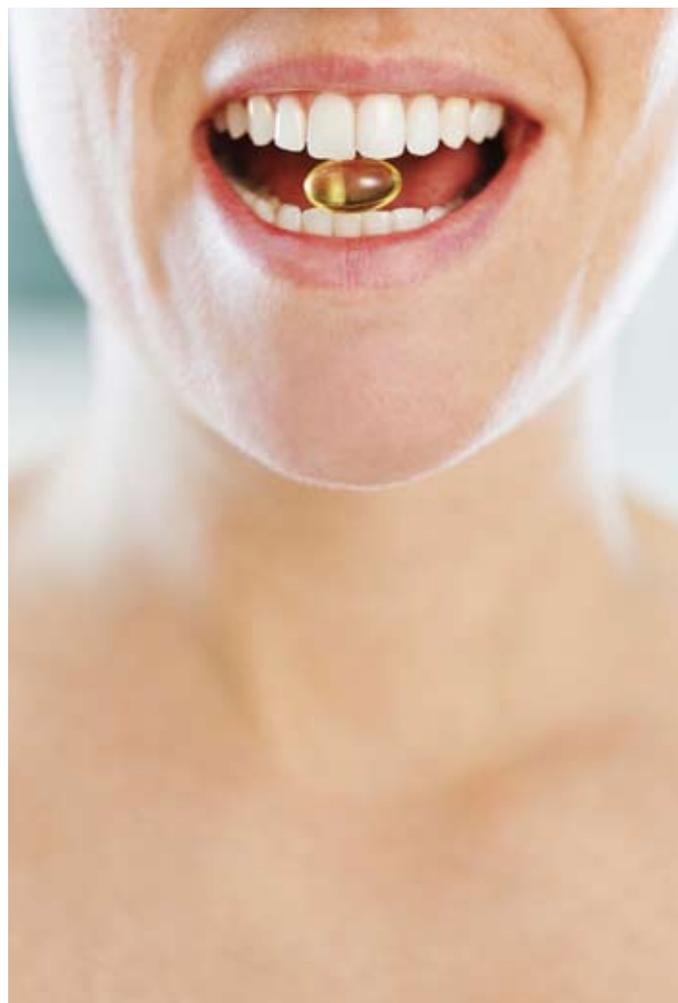
L'outil apparaît aussi intéressant sur le plan économique. L'étude réalisée par le Dr Stip a en effet démontré qu'en tenant compte de tous les frais, notamment ceux en lien avec les médicaments qui ont dû être jetés et ceux en lien avec l'hospitalisation, chaque rechute coûte quelque 9 800 \$. En réduisant ces épisodes, le pilulier électronique est donc à l'origine d'importantes économies.

D'autres clientèles

La clientèle présentant des problèmes de santé mentale n'est vraisemblablement pas la seule à pouvoir bénéficier d'un tel outil. Les personnes âgées, notamment celles qui souffrent de démence, pourraient fort certainement en tirer elles aussi des bénéfices. Au moment d'écrire ces lignes, le Dr Stip, en collaboration avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, venait d'ailleurs d'entreprendre auprès de cette clientèle une étude semblable à celle réalisée auprès des personnes atteintes de schizophrénie.

Aux dires du vice-président ventes et marketing du Groupe DOMédic, Camille Lapierre, l'outil a déjà fait ses preuves auprès de la clientèle âgée autonome et semi-autonome. Après 12 semaines de projet pilote, le Groupe Allégro, propriétaire et gestionnaire d'une vingtaine de résidences privées avec services au Québec, entend en effet intégrer l'usage du pilulier électronique dans la vie de chacun de ces clients. Le DO-Pill, explique le vice-président, permet d'accroître la sécurité des patients, en plus de permettre de gagner du temps et d'épargner de l'argent. « Plutôt que de devoir faire la tournée avec son plateau, l'infirmière pourra tout simplement, dit-il, vérifier si le médicament a bel et bien été pris ou encore le donner elle-même au patient à partir du pilulier qui sera conservé, sous clé, dans la chambre ou l'appartement de la personne. Le rapport envoyé permettra de garantir que la médication a bel et bien été prise.»

Dans la région de Québec et de Chaudière-Appalaches, c'est la clientèle bénéficiant de services à domicile qui est visée. Aussi, dès septembre, en collaboration avec le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et le CSSS du Grand Littoral, une première cohorte de patients seront invités à utiliser le produit l'espace de quelques semaines. Objectif avoué: mesurer l'apport de cette technologie dans les services de maintien à domicile pour les personnes âgées, mais aussi pour les gens en suivi postopératoire. En fait, pour Benoit Demers, président du Groupe DOMédic, « l'exercice devrait permettre non seulement de réduire le recours aux services d'urgence en raison d'un problème de médication, mais aussi alléger le fardeau des aidants naturels pour qui la gestion de la médication est souvent un casse-tête».



Et ce n'est pas terminé, puisqu'au moment de mettre sous presse, l'Institut de cardiologie de Montréal jonglait également avec l'idée de réaliser un projet pilote autour de l'utilisation du pilulier électronique, notamment pour la clientèle en suivi postopératoire.

À l'heure actuelle, trois entreprises dans le monde ont mis en marché leur propre pilulier électronique, l'une en Suisse, une seconde au Québec et une dernière aux États-Unis. Le produit québécois présente toutefois la caractéristique d'être entièrement sans fil et d'être en mesure de transmettre des données par le truchement des réseaux satellites en usage pour les téléphones cellulaires. ■

Faut-il couper UNE PILULE EN DEUX ?

Par Guy Sabourin, journaliste

Couper ou pas les médicaments en deux ?

L'habitude de prescrire des demi-comprimés irait en grandissant. Pour toutes sortes de bonnes raisons, des médecins prescrivent des demi-comprimés à leurs patients. Ou bien la dose commerciale est trop forte pour un patient âgé ou très jeune, par exemple, ou encore parce qu'ils veulent réduire au minimum les effets secondaires.

Le pharmacien doit-il couper des médicaments? Peut-il le faire? Est-ce une bonne idée de les couper?

Loin d'être anodine, la question a fait l'objet d'une brochette d'articles scientifiques. Dans les officines, le pharmacien doit décider tous les jours s'il coupe ou pas. Il le fait en l'absence de règle fixe puisque l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), sur cette question, le renvoie à son jugement professionnel.

Voici, par exemple, ce qu'on a demandé à notre pharmacien témoin de couper sur deux jours de travail, sur un total d'environ 800 ordonnances : du bisoprolol 5 mg, du sotalol 80 mg, de l'hydrochlorothiazide 25 mg, du propranolol 40 mg (même si le 20 mg existe), du métoprolol 50 mg, du proscar (1/4 de comprimé), de la metformine 500 mg, de la fluvoxamine 50 mg, pour un total de 14 ordonnances.

Jane Cartlidge, superviseure Information médicale et scientifique chez Pharmascience, soutient que couper un médicament comporte certains risques. « Lors de certaines études destinées à vérifier le contenu en ingrédients actifs des

Le pharmacien doit-il couper des médicaments ? Peut-il le faire ? Est-ce une bonne idée de les couper ?

deux morceaux d'un même médicament coupé, on a noté une variation de dosage inacceptable. Si nous fabriquions un comprimé avec cette variation, il ne nous serait pas permis de le vendre », précise-t-elle. Selon différentes études qu'elle a consultées, les écarts vont jusqu'à 37 %.

Certains médicaments ne se coupent pas bien, surtout ceux qui n'ont pas de rainure des deux côtés. La personne qui le coupe ne fait souvent pas deux moitiés égales pour différentes raisons : âge avancé, arthrite, mauvaise vue, dextérité quelconque, mauvais outil, comprimé trop petit ou asymétrique, peu d'expérience, etc.

La recette (ingrédients actifs + inertes) est probablement uniformément répartie dans le comprimé. « Mais rien ne le garantit », ajoute le pharmacien Louis Cartilier, professeur de galénique 2 à la faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, qui a vu de mauvaises homogénéités. Rien ne dit non plus que les deux morceaux auront ensuite la même taille ou le même poids. Et c'est sans compter la poussière plus ou moins importante perdue en chemin.



On peut aussi s'inquiéter de l'effet thérapeutique de certains médicaments une fois coupés. Par exemple, l'hydrochlorothiazide (HCTZ), un comprimé particulièrement friable. À la fin du mois, quand les comprimés, par frottement, se sont partiellement décomposés en poussière dans la bouteille, ce n'est plus la moitié de 25 mg qu'il reste. Pour un pharmacien, c'est inquiétant de savoir si oui ou non son patient reçoit ce dont il a besoin.

Selon l'OPQ, les médicaments sous forme de capsules ne peuvent être coupés. On ne coupera pas davantage les contraceptifs oraux préemballés. D'autres médicaments doivent fournir une concentration constante dans le sang, comme certains antibiotiques, par exemple. Des médicaments comme le lithium peuvent être toxiques quand la dose est inexacte. « Quand on les coupe, on n'est jamais certain d'obtenir exactement deux fois la même dose », illustre Manon Lambert, directrice générale et secrétaire de l'OPQ.

Qu'un demi-comprimé d'acétaminophène 500 mg pour adultes ait 248 mg et l'autre 252, ça ne fait pas grand différence. Mais du synthroïde réparti en deux demies de 3/4 et 1/4 de la dose originale, par exemple, ce n'est pas la même histoire. « Nous ne pouvons même pas garantir en pareil cas de fournir la dose thérapeutique », ajoute Manon Lambert.

Louis Cartilier est catégorique : on ne doit jamais couper toute forme à libération contrôlée. Celle-ci cherche à endiguer deux problèmes : éviter une dose trop importante d'un coup sec ou une dose trop faible, sous les concentrations thérapeutiques. Les enrobages veulent aussi protéger le médicament contre l'acidité de l'estomac.

En le coupant, c'en est fini. Le patient ne reçoit dans le sang qu'un médicament inactif. Un cas classique: le loséc.

De tels médicaments en portent généralement la mention: SR (*system release*), LA (*long action*), CR (*controled release*). « Dès que vous touchez à leur structure, vous accélérez la libération du principe actif, parfois un peu, parfois énormément », précise-t-il. Il ajoute qu'il ne faut jamais broyer un médicament à pompe osmotique, qui libère graduellement l'ingrédient actif durant 24 heures, au risque de surdosage et d'effets secondaires potentiellement très dangereux. « En le broyant, vous libérez en 10 minutes une dose qui a été prévue pour 24 heures », illustre-t-il.

Quand le patient le demande, que faut-il faire ? Des pharmaciens pourraient accepter de couper le médicament d'un patient sous prétexte qu'il ira le faire couper chez un compétiteur de toute façon. « Si le pharmacien n'accepte pas de le couper pour des raisons professionnelles, on souhaite que le deuxième pharmacien refusera pour les mêmes motifs, explique Manon Lambert. Mais si un pharmacien refuse par exemple par manque de temps de faire cette opération pour un cas qui ne représente aucun risque (un comprimé ordinaire, par exemple), il se peut alors que le compétiteur accepte. »

Il faut faire attention aux poursuites. « Tout le monde doit savoir que broyer un médicament à pompe osmotique peut dans certains cas entraîner la mort

du patient, illustre Louis Cartilier. Un pharmacien qui l'aurait permis à son patient serait vite montré du doigt par un comité d'experts. »

Plusieurs auteurs d'articles scientifiques se demandent si les compagnies pharmaceutiques font assez de recherche pour les doses requises chez les jeunes patients et les plus âgés, deux clientèles pour qui on doit souvent couper les médicaments en deux, faute de doses adaptées pour eux sur le marché. Il faut ajouter que certains fabricants – par exemple Pharmascience – fabriquent des forces uniques, par exemple une version 12,5 mg d'hydrochlorothiazide.

Autre situation: les comprimés de 40 mg coûtent souvent le même prix que les 20 mg. L'utilisateur, pour épargner, coupe des 40 mg en deux. Sa dose lui revient ainsi moitié prix. Pour cette raison, des patients coupent justement leur viagra en deux. Plusieurs auteurs incitent à faire le ménage dans cette pratique parce que ce ne sont pas toujours les bons médicaments qu'on coupe en deux pour épargner.

Autre écueil à éviter pour le pharmacien: ne jamais donner le feu vert général au patient pour couper ses médicaments. Il ne peut décider lui-même lesquels peuvent et ne peuvent être coupés. Le conseil pharmaceutique est de mise. L'OPQ souhaite que les patients souffrant de problèmes cognitifs, d'arthrite débilante, de vue mauvaise ou de tremblements n'aient pas à couper leurs médicaments eux mêmes. Règle générale, ne peuvent

être coupés que les comprimés portant une rainure. Il revient au pharmacien d'apprendre et de transmettre à son patient l'abc du rangement des demi-comprimés et de leur dégradation ou non par l'air, par frottement, par l'humidité, la lumière ou l'environnement.

« En cette matière, il faut que le pharmacien affiche clairement sa compétence, ajoute Louis Cartilier. Je présume qu'un médecin serait content d'apprendre de la bouche du pharmacien que la demi-dose qu'il a prescrite présente un risque pour son patient. Ce sont les pharmaciens qui ont la formation requise pour connaître les formes pharmaceutiques et leur signification. »

Il se peut, dans bien des cas, que le cours de galénique soit loin derrière le pharmacien. Ajoutons à ce fait la formidable explosion depuis 20 ans des différentes formes d'action des médicaments dans le but de les rendre plus efficaces et plus confortables pour le patient. Louis Cartilier invite à lire les 5 dernières lignes de n'importe quelle monographie du CPS, qui indiquent toujours la forme pharmaceutique.

« Le pharmacien doit clairement dire à ses patients de ne pas broyer, mâcher ni croquer tel médicament, ajoute Louis Cartilier, Bref, il doit véritablement jouer son rôle d'éducateur. C'est particulièrement important puisque avaler un médicament reste une épreuve pour certaines personnes. » ■

Texte reproduit avec autorisation.

Cotisation 2012 – 2013

À compter du 1^{er} février 2012

Le renouvellement de votre cotisation sera disponible en ligne au www.ohdq.com.



ANTI- INFLAMMATOIRES

non stéroïdiens et ulcères aphteux

Source : Reproduit avec permission. © 2010 BC Decker Inc. • *Biological Therapies in Dentistry*, vol. 26, no 2, August/September 2010, pages 5 and 6.

Les anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) comptent parmi les médicaments les plus fréquemment prescrits. Ils agissent en inhibant la synthèse des prostaglandines, ce qui a pour effet de réduire la réaction inflammatoire et de hausser le seuil de sensation douloureuse. Certaines études ont révélé que les AINS peuvent être un facteur prédisposant à la formation répétée d'ulcères aphteux^{1,2}. Selon la documentation publiée, les autres médicaments associés à la formation d'ulcères aphteux comprennent le nicorandil, les bêta-bloquants et les antinéoplasiques³⁻⁵. Afin d'obtenir des précisions, une étude visant à déterminer l'association entre les AINS et la formation d'ulcères pseudo aphteux a été réalisée⁶.

Au total, 150 sujets (51 hommes et 99 femmes) âgés de 8 à 48 ans (moyenne = 27,1 ans) ont participé à cette étude. Le groupe de l'étude comprenait 75 sujets (25 hommes et 50 femmes; âge moyen 26,8 ± 9,1 ans) présentant des signes cliniques d'aphtes buccaux. Tous les sujets atteints d'aphtes buccaux qui s'étaient présentés à la clinique dentaire ont été inclus dans le groupe de l'étude jusqu'à concurrence de 75 participants. Les 75 autres sujets (26 hommes et 49 femmes; âge moyen de 27,5 ± 8,6 ans) ont été assignés au groupe témoin. Ils ne présentaient aucun signe clinique d'aphtes buccaux et n'avaient aucun antécédent de cette atteinte.

LE NOMBRE D'ULCÈRES PSEUDO APHTEUX CHEZ CES SUJETS ÉTAIT DE UN À TROIS, LE VESTIBULE ÉTANT LE SITE LE PLUS COURANT DES APHTES OBSERVÉS, SUIVI DE LA LANGUE. LE PLANCHER DE LA BOUCHE ÉTAIT LE SITE LE MOINS COURANT.



Tous les sujets ont subi un examen dentaire complet et ont rempli un formulaire normalisé d'antécédents médicaux ainsi qu'un questionnaire remis par le dentiste qui a réalisé l'examen médical. Le formulaire d'antécédents médicaux servait à déterminer si le sujet avait des maladies ou des allergies et s'il avait des antécédents d'aphtes buccaux. Le questionnaire visait, entre autres, à déterminer si le sujet avait déjà pris des AINS, le nom et la posologie des médicaments qu'il aurait pris, la fréquence d'utilisation et la durée de son traitement au moyen de ces médicaments et la raison pour laquelle il les prenait.

Pour inspirer la relève!



Ce site Internet est une plateforme d'échange qui permet aux étudiants de mieux préparer leur avenir professionnel en échangeant avec une personne qui exerce un métier qui les intéresse. À chaque année, près de **42 000 jeunes** échangent en allant sur ce site sécurisé où près de 2 650 cybermentors bénévoles les guident et les informent sur leur métier. D'ailleurs, 240 écoles et 12 cégeps ont utilisé le service lors de la dernière année scolaire.

En devenant cybermentor, vous pouvez mettre en valeur votre vécu professionnel et pouvez contribuer à la relève dans le domaine de l'hygiène dentaire et l'équipe d'Academos est là pour vous soutenir en cas de besoin. Pour vous inscrire ou encore contacter l'agent de votre région, rendez-vous sur le site Internet : **www.academos.qc.ca**

Souvenez-vous... Choisir une carrière, c'est tout un défi!

Chez les sujets qui présentaient des aphtes buccaux, le site, le nombre et les dimensions des ulcères ainsi que leur durée et la fréquence de leur apparition ont été notés. Des photos ont été prises de l'intérieur de la bouche de certains sujets qui présentaient des aphtes.

Cette étude transversale comportait un seul examen. Les résultats ont été analysés (à l'aide du logiciel SPSS, version 12.0, SPSS Inc, Chicago, Illinois) en réalisant des comparaisons statistiques entre les deux groupes. Un test du chi carré a été réalisé pour déterminer les variables non paramétriques et des tests de Student, pour déterminer les variables paramétriques et l'analyse de régression logistique.

Dans le groupe de l'étude (sujets atteints d'ulcères pseudo aphteux), 43 sujets (57 %) prenaient des AINS et 32 sujets (43 %) ne prenaient aucun médicament. Le nombre d'ulcères pseudo aphteux chez ces sujets était de un à trois, le vestibule étant le site le plus courant des aphtes observés, suivi de la langue. Le plancher de la bouche était le site le moins courant.

Dans le groupe témoin (sujets ne présentant aucun signe clinique d'aphtes buccaux ou n'ayant aucun antécédent de cette atteinte), 9 sujets (12 %) prenaient des AINS et 66 (88 %) ne prenaient aucun médicament. L'AINS pris par les sujets de cette étude était l'ibuprofène (Profen).

LA PROBABILITÉ DE FORMATION DES ULCÈRES PSEUDO APHTEUX ÉTAIT SEPT FOIS PLUS IMPORTANTE CHEZ LES SUJETS QUI PRENAIENT DES AINS.

En tout, 74 % des sujets qui avaient des aphtes et qui prenaient de l'ibuprofène (32 sujets sur 43) ont affirmé que les aphtes se formaient généralement lorsqu'ils prenaient le médicament pendant plus d'une semaine (trois doses par jour). Les autres sujets, soit 26 % de l'échantillon, n'étaient pas certains. Voici le résumé des résultats de cette étude :

- Une augmentation statistiquement significative de la prévalence des ulcères pseudo aphteux a été observée chez les sujets qui prenaient des AINS.
- L'association entre la fréquence de la prise des AINS et la formation des ulcères pseudo aphteux était significative.

LES PATIENTS DE L'ÉTUDE ONT AFFIRMÉ QUE LES APHTES SE FORMAIENT GÉNÉRALEMENT LORSQU'ILS PRENAIENT LE MÉDICAMENT PENDANT PLUS D'UNE SEMAINE (TROIS DOSES PAR JOUR).

- Dans le cadre de cette étude, les femmes se sont révélées plus prédisposées aux aphtes que les hommes.
- La probabilité de formation des ulcères pseudo aphteux était sept fois plus importante chez les sujets qui prenaient des AINS.

Les patients de l'étude ont affirmé que les aphtes se formaient généralement lorsqu'ils prenaient le médicament pendant plus d'une semaine (trois doses par jour). Selon eux, ces aphtes disparaissent d'eux-mêmes dans les 10 à 14 jours. En tout, 14 sujets du groupe de l'étude ont indiqué qu'ils étaient déjà prédisposés aux ulcères aphteux avant de prendre des AINS, et que lorsqu'ils ont commencé à prendre de l'ibuprofène plus souvent, la fréquence des aphtes s'est accrue. Or, les AINS peuvent causer des ulcérations et des saignements dans le tractus gastro intestinal. Par conséquent, il n'est pas exclu que par le même mécanisme, ces médicaments soient à l'origine de lésions pseudo-aphteuses dans la cavité buccale.

Commentaire

Les résultats de cette étude suggèrent que la prise d'AINS prédispose les patients aux ulcères aphteux. Les professionnels de la santé devraient peut être se pencher sur la prise des AINS par les patients qui ont reçu un diagnostic d'ulcère pseudo aphteux, voire ajuster la posologie à la baisse, mettre fin au traitement ou même changer pour un autre type de médicament. ■

Références

1. **Boulinguez, S., S. Reix, C. Bedane et coll.** « *Role of drug exposure in aphthous ulcers: a case-control study* », Br J Dermatol, 2000; 143:1261-1265.
2. **Healy, C. M. Et M. H. Thornhill.** « *An association between recurrent oro-genital ulceration and non-steroidal anti-inflammatory drugs* », J Oral Pathol Med, 1995; 24:46-48.
3. **Siegel, M. Et A. Balciunas.** « *Medication can induce severe ulcerations* », J Am Dent Assoc, 1991; 122:75-77.
4. **Agbo-Godeau, S., P. Joly, P. Lauret et coll.** « *Association of major aphthous ulcers and nicorandil* », Lancet, 1998; 352:1598-1599.
5. **Zakrzewska, J. M., P. Robinson Et J. G. Williams.** « *Severe oral ulceration in patients with HIV infections: a case series* », Oral Dis 1997; 3:194-199.
6. **Hasan, A. A. Et S. Ciancio.** « *Association between ingestion of non-steroidal anti-inflammatory drugs and the emergence of aphthous-like ulcers* », J Int Acad Periodontal, 2009; 11:155-159.

Traduit avec autorisation du texte original "Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs and Aphthous Ulcers".

DÉPASSER LES PERCEPTIONS

et mieux communiquer avec les personnes handicapées¹

Office des personnes
handicapées

Québec



Par L.-Éric Meunier, Ph. D., conseiller à la formation
Direction du partenariat et de l'innovation
Office des personnes handicapées du Québec



Introduction

Les hygiénistes dentaires, par leur formation et leur expérience, ont développé de multiples compétences pour

communiquer professionnellement avec la clientèle. Cependant, il demeure des situations dans lesquelles il est moins facile de savoir comment agir. Cela peut être le cas en ce qui concerne les services professionnels courants prodigués aux personnes handicapées. En effet, la formation de base ne prépare pas nécessairement à interagir avec les personnes handicapées et à composer avec leurs diverses incapacités. Bien que la règle fondamentale soit de les traiter comme toute autre personne venant recevoir des soins, un ensemble de particularités sont à prendre en compte. C'est ce dont traite cet article.

En première partie, des préjugés répandus et des réactions observées de la part de la population sont examinés. En deuxième partie, quelques lignes générales d'action et de communication sont proposées afin d'abattre ces préjugés dans les services donnés. En troisième partie sont explorés des aspects à prendre en compte lorsqu'on communique avec des personnes ayant des incapacités intellectuelles, motrices, visuelles ou auditives. Nous ferons de même pour les personnes ayant un

trouble envahissant du développement (TED) ou celles ayant eu un traumatisme craniocérébral.

Partie 1 – Perceptions, préjugés et réactions

Identifier et écarter les perceptions prévalables et les préjugés

Il peut arriver qu'en raison d'un ensemble de préjugés ou de contraintes organisationnelles et professionnelles, notre capacité d'écoute et d'observation soit restreinte et, par le fait même, que la communication avec une personne ayant des incapacités à qui l'on doit donner des services soit compromise. Il faut savoir qu'en fait il est possible d'offrir un service de qualité en effectuant certains aménagements mineurs.

Cependant, cela devient difficile si l'on aborde la situation avec, à l'esprit, un ensemble de préjugés, d'expériences antérieures ou de perceptions préétablies sur les personnes handicapées et leurs aptitudes. Tous ces éléments peuvent interférer lorsque nous entrons en communication avec un être différent. La différence crée un écart et nous donne l'impression que nous ne savons pas entrer en contact de façon adéquate avec la personne.

La première démarche de communication sera justement d'aller vers elle et de « faire connaissance » pour apprendre qui elle est, quelle est sa situation et quels sont

ses besoins réels. Une approche clientèle permet de personnaliser le rapport avec la clientèle et de le rendre plus convivial. S'adresser à elle directement, même lorsqu'elle est accompagnée, et la considérer au même titre que toute autre personne est déjà une avancée. Cela permet aussi de respecter sa dignité. Sur ce point, il faut éviter, lors des échanges avec la personne, de la surprotéger, de l'infantiliser, de la contrôler ou d'exprimer de la pitié ou de la sympathie à son égard.

Considérer la personne dans sa globalité aide à établir une bonne communication et à écarter les préjugés à l'égard des personnes différentes, il est alors possible de porter attention aux besoins de la personne, à ses aptitudes et à ses incapacités. On évite ainsi de préjuger des aptitudes d'une personne. On ne peut, par exemple, tenir pour acquise sa capacité de bien entendre, parler ou lire. De même, qu'un individu ait une incapacité motrice, sensorielle ou du langage ne signifie pas qu'il ait une incapacité intellectuelle et qu'il ne comprendra pas ce qu'on lui dit. Et certaines solutions populaires ne sont pas nécessairement les bonnes. Ainsi, le réflexe de parler fort, réaction que l'on constate fréquemment chez les gens, s'avère presque toujours inutile.

La règle de base de la communication et d'une approche clientèle est de se centrer sur la personne et de la considérer dans sa globalité.

Partie 2 – Principes généraux de communication

En général, lorsque l'on constate que des incapacités affectent le mode habituel de communication, il faut améliorer ou protéger les canaux existants, aménager ou utiliser l'environnement à cet effet et simplifier le contenu de la communication. De plus, il existe un ensemble d'attitudes et de lignes d'action qui favoriseront la communication, quelles que soient les incapacités de la personne concernée.

Diminuer les bruits dans les divers modes de communication et renforcer les canaux privilégiés

Une absence sensorielle totale doit être compensée lors de la communication en prêtant particulièrement attention aux autres perceptions et aux modes de communication de la personne. Par exemple, dans l'accueil d'une personne sourde et dans la prestation des services qu'elle requiert, il importe de s'assurer de toujours être en contact visuel lorsqu'on s'adresse à elle, même s'il y a des services d'interprétariat.

Une perte sensorielle partielle peut, quant à elle, compromettre l'intensité et l'étendue de la perception. Par exemple, une personne malentendante entendra moins bien, et certains sons lui seront imperceptibles. Pour sa part, une personne autiste pourrait éprouver des difficultés à décoder les émotions et le langage non-verbal associé aux expressions du visage de celui ou celle qui s'adresse à elle.

Aménager l'environnement

Globalement, il faut aménager l'environnement pour faciliter la communication. La personne peut avoir une incapacité visuelle, auditive ou liée au langage, à la parole ou à l'interprétation du non-verbal. L'important est de maximiser les conditions spatiales, sonores et visuelles de la communication :

- un espace dégagé, facilitant le repérage spatial, en évitant la surcharge de décor, de meubles et de messages;
- un espace éclairé où la personne peut très bien voir ses interlocuteurs sans être éblouie;

- un environnement sonore contrôlé, évitant le phénomène d'écho et limitant les bruits autant que possible.

Centrer le message sur ses éléments essentiels

Utiliser une communication simplifiée est généralement approprié. Il s'agit de parler suffisamment lentement, de prononcer clairement, d'utiliser des mots courants et des phrases courtes.

Adopter les attitudes et des lignes d'action favorables

Pour accueillir la personne et lui donner un bon service et des soins appropriés, il faut se centrer sur ses besoins et sur la qualité de la relation. On devrait faire preuve de courtoisie, de disponibilité, de flexibilité, de rapidité, de diplomatie, de patience et se servir de sa capacité d'analyse et d'adaptation à l'interlocuteur ou à l'interlocutrice (Sciurpi, 2008).

Plusieurs autres questions entrent alors en ligne de compte : les informations requises pour s'adapter, les attitudes à adopter et les lignes d'action.

Un aspect sur lequel nous reviendrons dans le prochain article est l'identification des incapacités ainsi que des besoins d'adaptation des services et des soins qui peuvent y être associés. Il est important d'avoir ces informations, mais la façon de les obtenir demande de la délicatesse. L'incapacité de la personne n'est pas nécessairement visible. La personne en parlera peut-être d'elle-même. Si elle ne le fait pas et que certaines de ses attitudes semblent poser des difficultés sur les plans de la communication, de la compréhension, de l'orientation, des déplacements ou du comportement, mieux vaut lui demander courtoisement : « Est-ce que je peux vous aider? », « Y a-t-il des aspects de ce que nous allons faire aujourd'hui qui vous posent des difficultés et dont vous voudriez me parler? ». Par la suite, il faut attendre qu'elle accepte notre aide. L'information relative aux incapacités de la personne ne doit être utilisée qu'aux fins des soins buccodentaires offerts à la clinique et ne peut être communiquée à l'externe sans autorisation.

Une perte sensorielle partielle peut, quant à elle, compromettre l'intensité et l'étendue de la perception.

Quelle que soit l'incapacité de la personne, il y a un ensemble d'attitudes et de points auxquels il faut porter attention². Il est généralement recommandé de :

- faire preuve de souplesse à l'égard de la personne;
- porter une attention à ses comportements non-verbaux;
- garder le contact visuel;
- respecter sa façon de communiquer;
- respecter son rythme;
- prendre le temps de la laisser exprimer son besoin et de la comprendre;
- éviter de parler à sa place;
- expliquer ce qui devrait être fait et la laisser prendre ses propres décisions³;
- vérifier si l'on a bien compris ce qu'elle exprime en lui posant des questions fermées (celles dont le choix de réponses est limité, par exemple, oui ou non);
- vérifier sa compréhension en lui posant des questions dont le choix de réponses n'est pas limité lorsqu'elle doit prendre des décisions. Inviter la personne à répéter dans ses mots vos propos afin de vérifier sa compréhension;
- situer le rôle de la personne qui accompagne, qu'elle soit de la famille ou proche, bénévole ou salariée, pour savoir quand et à quel sujet communiquer avec elle.

Partie 3 – Particularités de la communication selon le type d'incapacité de la personne

La personne, nous l'avons précisé, doit être au centre de la communication. Cela dit, il importe de tenir compte de ses incapacités pour mieux communiquer et répondre à ses besoins.

Les personnes ayant une incapacité intellectuelle

La déficience intellectuelle est caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif. Elle peut se manifester au plan des habiletés conceptuelles nécessaires pour le langage, l'écriture, l'autonomie et les chiffres. Elle peut aussi affecter les habiletés sociales. Elle a ainsi des impacts au quotidien sur de nombreuses activités, dont l'hygiène et la santé.

On ne peut préjuger de la capacité de comprendre d'une personne ayant une déficience intellectuelle. On doit privilégier la communication simplifiée. Si nécessaire, on répète plusieurs fois la phrase. Si elle ne comprend pas, on peut reformuler la phrase autrement ou l'expliquer.

Les personnes ayant une incapacité motrice

L'incapacité motrice correspond à la réduction des aptitudes reliées à la mobilité et à l'agilité.

La mobilité se définit comme l'aptitude à mouvoir tout le corps dans l'espace. Les personnes ayant une paraplégie ont une atteinte aux membres inférieurs. Celles ayant une tétraplégie sont touchées aux quatre membres. Il peut y avoir une paralysie totale ou partielle dans les deux cas. Elles peuvent recourir à des aides techniques comme un fauteuil roulant, un ambulateur, un pointeur, un appareil respiratoire ou un tableau de communication.

Les consignes générales de communication s'appliquent. Comme tout un chacun, il y a lieu de respecter son espace personnel, ce qui inclut ses aides techniques que l'on doit éviter de toucher ou de déplacer sans son accord. Si la parole est affectée, il faudra prendre en compte les remarques relatives aux incapacités liées à la parole.

Les personnes ayant une incapacité visuelle

Plus l'incapacité visuelle est grande, plus la personne doit recourir à d'autres perceptions pour appréhender son environnement. Elle doit alors s'en remettre à ses autres sens pour acquérir des connaissances et communiquer. Pour lire, elle peut utiliser des moyens alternatifs tels que le braille ou un lecteur d'écran avec synthèse vocale.

Auprès de la personne ayant une incapacité visuelle, la communication a une fonction supplémentaire de description de l'environnement et des événements. Le langage gagne donc à être clair et précis. Le premier principe est ainsi de donner à la personne des informations verbales sur ce que vous avez l'intention de faire, sur ce qui se passe autour d'elle et sur les objets environnants. Cela s'applique à l'accueil de la personne, lorsqu'on s'approche d'elle, et

particulièrement lorsqu'on s'apprête à la toucher. On lui demande si elle a besoin d'aide et, lorsque pertinent, ses préférences sur la façon de la guider dans la pièce ou pour prendre un objet. S'il y a des textes à lire, on peut offrir à la personne de les lire à haute voix pour elle.

On peut préciser des nuances qui seraient autrement perceptibles par notre comportement non-verbal. On pourrait avoir la tentation de faire des façons au chien-guide qui accompagne la personne. Dans les faits, il vaut mieux éviter de le distraire, car il est au travail.

Les personnes ayant une incapacité auditive

Les personnes ayant une incapacité auditive peuvent être sourdes de naissance, devenues sourdes ou simplement malentendantes. Leur incapacité auditive peut être totale ou partielle. Selon le cas, elles peuvent



avoir appris à parler, à pratiquer la lecture labiale (lire sur les lèvres) ou à utiliser une langue alternative comme la langue des signes québécoise (LSQ). La personne pratiquant la lecture labiale aura donc besoin que la personne qui s'adresse à elle articule clairement ses mots et laisse en tout temps sa bouche visible. La personne malentendante peut utiliser des prothèses auditives ou des implants cochléaires. Ces deux aides auditives amplifient les sons perçus sans toutefois améliorer la clarté ou l'étendue des sons.

Les personnes ayant une incapacité reliée au langage et à la parole

Lorsqu'une personne éprouve de la difficulté à prononcer, à articuler ou à utiliser sa voix, on parle d'incapacité de la parole. L'aphasie en est une forme.

Les incapacités liées au langage se manifestent par la difficulté à choisir ses mots, à les combiner pour en faire des phrases ou à en comprendre le sens. La dysphasie est un trouble du langage qui peut aussi bien affecter sa compréhension que son utilisation. Les propos hésitants, mal formulés ou parfois incohérents ne signifient pas dans ces cas que la personne ne comprend pas ou qu'elle a des problèmes de santé mentale ou de consommation.

Les troubles d'apprentissage correspondent à une difficulté à traiter et à utiliser l'information. Ils peuvent affecter le langage écrit ou oral, la lecture, l'écriture ou les mathématiques. La dyslexie, qui affecte la lecture, en est la forme la plus courante.

Les personnes ayant une incapacité liée au langage et à la parole peuvent utiliser un tableau de communication, un bloc-notes ou un électrolarynx. Il est avantageux d'utiliser avec elles une communication simplifiée. Pour la vérification de la compréhension, il est ici plus approprié d'utiliser des questions fermées.

Les personnes ayant un trouble envahissant du développement

Les types de TED sont le syndrome d'Asperger, les TED non spécifiés, le désordre désintégratif de l'autisme et le syndrome de Rett. L'autisme est la forme la plus répandue. La personne ayant un TED reçoit ou interprète mal les messages transmis au cerveau par les sens. Elle peut présenter les comportements suivants :

- éprouver de la difficulté à comprendre les situations sociales et les attentes de l'environnement;
- établir difficilement des contacts avec autrui;
- sembler indifférente aux autres;
- devenir désemparée sans que l'on sache pourquoi;
- avoir des sautes d'humeur et résister aux changements de routine;
- être fascinée par les objets qui tournent;
- ne pas craindre les dangers réels;
- porter un attachement démesuré à des objets.

Les personnes ayant un traumatisme craniocérébral

Les personnes ayant un traumatisme craniocérébral peuvent avoir des atteintes au plan de la cognition, de la motricité, de l'audition, de la vision et du comportement. Sur le plan affectif, elles peuvent être irritables et impatientes.

Globalement, il est possible que les personnes ayant un traumatisme craniocérébral présentent, en fonction des atteintes qui leur sont propres, certains des besoins mentionnés précédemment. La situation de chaque personne est différente.

Conclusion

La communication est à la base des soins et des services. Les besoins communicationnels des personnes handicapées explorés dans cet article indiquent bien que l'important est de porter attention à la situation et aux besoins des personnes avec lesquelles on interagit, et de s'y adapter. L'interaction de l'incapacité de la personne et de l'environnement influence la communication et requiert des adaptations, tant de la part de cette dernière que de la personne qui s'adresse à elle.

En effet, bien comprendre les besoins des personnes handicapées auxquelles des soins buccodentaires seront prodigués et adapter ces soins demande une préparation préalable et une prise d'information. Nous traiterons de ces points et des soins adaptés eux-mêmes dans le prochain article.

Vous pouvez transmettre tout exemple de bonne pratique à l'auteur, en communiquant avec lui à l'adresse suivante : eric.meunier@ophq.gouv.qc.ca. ■

Bibliographie

1. Cet article est en large partie basé sur les travaux de Guylaine Bédard, Sophie Janik et Karine Larouche dans le cadre du projet *Accès aux services* par l'Office des personnes handicapées du Québec et des partenaires provenant de toute la société québécoise. Le projet a pour objectif le développement d'outils de sensibilisation et de formation Web sur les adaptations requises afin de mieux accueillir et servir les personnes handicapées quel que soit le type d'incapacité. Nous les remercions de leur collaboration ainsi que toutes les personnes que nous avons consultées. S'il y a erreur dans la façon de présenter chacune de ces incapacités, elle est de notre fait.
2. Les particularités et les exceptions sont mentionnées dans la section sur les incapacités
3. À moins de contre-indication forte, c'est de sa part qu'il faut obtenir le consentement éclairé à des soins buccodentaires. Comprend-elle l'utilité et l'impact sur sa vie des soins de santé à recevoir?

Références

Association du Québec pour l'intégration sociale, *Accès Santé: un passeport pour la prévention et le bien-être*, 2007, 34 p.
 SCIURPI, Ariane, *Évaluer pour améliorer*, Genève, CHE: Université de Genève, 2008, 35 p.

1 fumeur sur 2 meurt de sa consommation de tabac. AGISSONS POUR LA VIE!

La *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* se déroule du 15 au 21 janvier 2012. Cette année, la campagne met en lumière l'ampleur du problème du tabagisme dans notre société, puisqu'il affecte 1,5 million¹ de fumeurs québécois. Avec une triste moyenne de 28 décès par jour², le tabagisme demeure la première cause de mortalité évitable au Québec. En dépit de l'information disponible, le problème du tabagisme est loin d'être réglé. Cette semaine thématique est donc l'occasion tout indiquée pour agir afin de faire changer les choses. Ensemble nous pourrions arriver à diminuer l'usage du tabac autour de nous.

Porte-parole de la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* et très préoccupée par la problématique, Mireille Deyglun a elle-même vu plusieurs de ses proches décéder des suites de leur consommation de tabac. « Le tabac ne fait pas qu'empester nos vies, il fauche celle de gens que nous aimons, malheureusement. La cigarette m'a enlevé mon père, mon frère et deux de mes cousins. Ça a été l'élément déclencheur pour que j'écrase pour de bon. Il y a plus de 15 ans, j'ai choisi la vie au lieu de mourir à petit feu. »

100 000 fumeurs adolescents

Le tabagisme ne touche pas que les adultes. Force est de constater qu'une nouvelle

génération vient augmenter les rangs des fumeurs. D'après les plus récentes données, 100 000 élèves du secondaire³ consomment la cigarette ou le petit cigare. Même s'ils commencent souvent « juste pour essayer », plusieurs se trouvent rapidement pris au piège de la dépendance. Plusieurs parents vont même jusqu'à offrir du tabac à leurs enfants se disant que, de toute façon, ceux-ci essaieront inévitablement de fumer au cours de l'adolescence. De petits gestes en apparence banals qui contribuent au renouvellement de la population de fumeurs et à la stagnation du taux du tabagisme à 23%⁴ au Québec.

Chaque geste compte

Que pouvons-nous faire? Telle est la question que nous invitons chacun à se poser en cette *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*. Nous pouvons tous participer en décrivant l'ampleur du tabagisme aux personnes qui fument dans notre entourage et en soutenant celles-ci dans leurs démarches pour cesser de fumer. Nous pouvons aussi contribuer en ne fournissant pas de tabac à des mineurs ou encore en évitant d'exposer nos proches à la fumée secondaire. Pour connaître d'autres pistes d'action, visionner les publicités de la *Semaine* ou pour se procurer le matériel promotionnel de la campagne 2012, visi-

tez le site mondesansfume.ca. Parce que chacun peut contribuer à l'atteinte d'un monde sans fumée!

Des ressources pour cesser de fumer

Les services *j'Arrête* sont efficaces et gratuits pour les personnes qui désirent cesser de fumer. Pour en savoir plus, composez le **1 866 jarrête (1 866 527-7383)**, visitez le site jarrete.qc.ca ou rendez-vous dans l'un des centres d'abandon du tabagisme de votre région. ■

Références

1. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2010)
2. Mortalité et années potentielles de vie perdues en raison du tabagisme au Canada en 2002, Santé Canada
3. Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, Institut de la statistique du Québec (2008)
4. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2010)

Source :

Marie-Soleil Boivin, relationniste de presse, Conseil québécois sur le tabac et la santé, 514 948-5317, poste 227, mboivin@cqts.qc.ca



**1 FUMEUR SUR 2 MEURT
DE SA CONSOMMATION
DE TABAC**

AGISSONS!
mondesansfume.ca

1 866 jarrête (527-7383)

**Semaine québécoise pour un avenir sans tabac
15 au 21 janvier 2012**



CONFÉRENCES JANVIER, FÉVRIER, MARS ET AVRIL 2012 / Réservez vos places dès maintenant !

Janvier

Samedi 14 janvier 2012

Cadre légal / avec Alexandre Boileau et le docteur Jacques A. Boileau

Traitement de l'instrumentation et stérilisation : mode d'emploi et politiques / avec Jean Barbeau

Samedi 21 janvier 2012

Mythes et réalités sur la perte de poids: le point sur les diètes / avec Amélie Roy

The Dentist-Lab Connection: Strategies for Effective Communication / avec la docteure Carol Waldman

Samedi 28 janvier 2012

L'odontologie judiciaire: du mythe à la réalité / avec la docteure Johanne Éthier

Des outils pratiques pour une gestion efficace des ressources humaines / avec Linda Mastrovito et Karine Sirois

Glass Ionomer and Resin-Modified Glass Ionomers / avec la docteure Tipapat Attathom

Février

Samedi 4 février 2012

Les interactions médicamenteuses / avec Marie-Pierre Marquis

La chirurgie parodontale plastique et fonctionnelle: de la théorie à la pratique / avec le docteur Robert Durand et le docteur René Voyer

Soyez futé... affûtez! / avec Christine Thibault

Samedi 11 février 2012

Les fonctions orales: la clé de votre réussite / avec le docteur Phuc Huynh, le docteur Daniel Martel et la docteure Stéphanie Martimbeau

Approche multidisciplinaire des traumatismes dento-alvéolaires / avec la docteure Melanie Campese, le docteur Mark Limosani et le docteur Nabil Ouatik

La gestion clinique des restaurations implantaires / avec le docteur Jacques Bernier

Samedi 18 février 2012

Isolation du champ opératoire / avec le docteur Yves Sitbon

Pourquoi intégrer le Xylitol dans nos protocoles cliniques? / avec Sylvie Mailhot

Savoir gérer une équipe multigénérationnelle au travail / avec Linda Mastrovito

Samedi 25 février 2012

La restauration partielle implanto-portée: évaluation, procédures cliniques, essais pratiques et démonstration en direct / avec le docteur Pierre Boudrias

Docteur, j'ai mal! J'en peux plus... / avec le docteur Adel Kauzman et la docteure Nathalie Rei

Mars

Samedi 3 mars 2012

Les dentifrices et les rince-bouches: quoi de neuf? / avec Christine Thibault

Programme d'exercices préventifs en santé dentaire / avec Étienne Marchand

Samedi 17 mars 2012

Nutrition, alimentation et santé dentaire / avec Amélie Roy

Les greffes osseuses en implantologie / avec le docteur Alexandre Dostie et le docteur Marc Shenouda

Samedi 24 mars 2012

Sédation consciente par inhalation de protoxyde d'azote / avec la docteure Stéphanie Martimbeau

Predictable Posterior Composite Restorations / avec le docteur Rolando Nuñez

Samedi 24 et dimanche 25 mars 2012

Les prescriptions médicamenteuses en odontologie, leur adaptation aux terrains à risque et la gestion des situations d'urgence / avec le docteur Quadiri Timour

Samedi 31 mars 2012

L'incorporation des dentistes. Stratégies financières et fiscales / avec Pier-Luc Lafontaine

L'examen orthodontique et temporo-mandibulaire: présentation et gestion de cas cliniques / avec le docteur Normand Bach et la docteure Nathalie Rei **reporté au 12 mai**

Avril et Mai

Samedi 14 avril 2012

3D de A à Z / avec la docteure Joanne Éthier

La chirurgie buccale et la neuroplasticité, les AINS, le tunnel lingual, l'antibiothérapie préopératoire de prévention, la greffe d'os allogène, l'imagerie digitale comme outil d'enseignement et de renseignement / avec le docteur Aldo-Joseph Camarda

Mille et une réponses aux questions sur le blanchiment des dents / avec la docteure Annie St-Georges

Samedi 21 avril 2012

La dentisterie esthétique: ponts et couronnes sans armature métallique / avec le docteur Robert Valiquette

Restaurations postérieures en résine composite / avec le docteur Yves Sitbon

Comprendre la pharmacopée de patients âgés vulnérables et son influence sur la prestation de soins dentaires / avec le docteur Christian Caron

Jeudi 26 au Samedi 28 avril 2012

Soins avancés en cardiologie (ACLS) / avec Hélène Quevillon

Samedi 28 avril 2012

Les facettes de porcelaine: de la théorie à la pratique / avec la docteure Annie St-Georges

L'occlusion et la réhabilitation prosthodontique: une alliance compliquée? / avec le docteur Pierre De Grandmont et le docteur Yves Gagnon

Lundi 7 mai au Vendredi 11 mai 2012

Chirurgie dento-alvéolaire, chirurgie implantaire et restauration implanto-portée sur patients / avec le docteur Aldo-Joseph Camarda, le docteur Hugo Ciaburro, la docteure Deborah Iera et la docteure Manon Paquette

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** et la formation **Trousse de premiers soins et médication** sont réservées 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* et de *Mme Linda Mastrovito*.
- En ce qui concerne les formations **RCR** et **Trousse de premiers soins et médication**, l'attestation, le reçu et la carte de certification seront postés après chaque cours.

Politique de remboursement

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

N.B. Aucun remboursement ne sera accordé pour le cours « Trousse de premiers soins et médication » où les places sont limitées à 30 personnes par cours.

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 le matériel qui reste à l'*Ordre* 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.**



Formation continue en français

Faits modernes sur la prévention des signes cliniques de la carie chez les 0-3 ans

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

Présentation de la conférence

La première visite d'un enfant en cabinet dentaire est primordiale et souvent l'élément majoritairement responsable de sa santé future. Cette visite revêt de l'importance autant pour l'enfant que pour l'adulte responsable. En effet, l'estimation de la présence de la maladie et de ses premiers signes cliniques sont fondamentaux. L'évaluation du degré d'infection et sa prévention, des moments stratégiques de prises de collations et l'initiation au bon brossage sont autant d'enjeux à portée unique dans le devenir dentaire d'un jeune enfant. Pourtant, ces faits sont peu pris en compte dans l'offre actuelle de visite précoce en cabinet dentaire.

Trop souvent, l'initiation d'un programme ou d'une invitation à une visite en cabinet est davantage centrée sur le confort de l'interventionniste plutôt que sur le profil optimal de santé de l'enfant. Alors que les faits scientifiques militent pour une visite

dès l'âge de 6 mois, la norme actuelle reste quand l'enfant coopérera. Ce paradigme doit changer. L'hygiéniste dentaire peut s'inscrire en véritable agent de changement pour le bénéfice à long terme des jeunes enfants.

Il est à noter que de récentes études, québécoises notamment, ont démontré les aspects particuliers de la carie de la petite enfance (CPE) quant aux différents risques par âge spécifique (de 0 à 3 ans), à la pathogénie unique de la CPE, à l'anatomie particulière, etc. Dans cette optique de la nature spécifique de la CPE, certaines nouvelles interventions ont récemment été démontrées efficaces par des essais cliniques.

Objectifs de la formation

- Comprendre la CPE en regard de consensus scientifiques modernes;
- Saisir la pertinence biologique et économique de la visite précoce en cabinet dentaire et orientée sur l'enfant et l'adulte responsable;
- Connaître les risques de CPE associés spécifiquement aux âges de 0 à 3 ans;
- Appliquer une intervention publique ou privée validée auprès de la dyade mère-enfant;

- Décrire les produits et les approches qui fonctionnent dans la prévention de la CPE grâce aux éléments appris lors de nouvelles recherches réalisées au Québec et ailleurs.

Contenu en bref

- Vue globale, étiologie et pathogénie de la carie de la petite enfance;
- Définition et épidémiologie d'ici et d'ailleurs;
- Risques associés et similarité avec les personnes âgées;
- Aspects cliniques (sites, gravité, activité, profondeur) des signes de la maladie;
- Comparaison d'un paradigme conventionnel à un moderne;
- Cible d'intervention selon les risques et les âges en cause;
- Approches éducatives et produits (fluorures, antibactériens) selon les faits;
- Recherches cliniques phares;
- Situations cliniques évoquées en jeu de rôles.

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 10 septembre 2011	9 h à 16 h	Carleton	Hostellerie Baie Bleue et Golf	30
Samedi 1^{er} octobre 2011	9 h à 16 h	Val-d'Or	Traiteur chez Vic	50
Vendredi 14 octobre 2011	9 h à 16 h	Chicoutimi	Hôtel Le Montagnais	80
Samedi 5 novembre 2011	9 h à 16 h	Baie-Comeau	Hôtel-Motel Hauterive	40
Vendredi 18 novembre 2011	9 h à 16 h	Québec	L'Hôtel Québec	200
Vendredi 9 décembre 2011	9 h à 16 h	Montréal	Hôtel Espresso	180
Samedi 14 janvier 2012	9 h à 16 h	Gatineau	Hôtel Best Western Plus Gatineau-Ottawa	80
Samedi 28 janvier 2012	9 h à 16 h	Saint-Hyacinthe	Hôtel des Seigneurs	150
*Vendredi 27 avril 2012	9 h à 16 h	Rimouski	Hôtel Rimouski	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)

* Veuillez prendre note que la formation du 27 avril 2012 sera comptabilisée dans l'exercice 2012-2013.



Communiquer efficacement... Quand, comment et quoi dire?

et

Le syndrome de la Superwoman... Comment maintenir un équilibre vie-travail

(6 heures de formation continue:

3 heures par cours)

Par **Linda Mastrovito**, psychothérapeute – J'Écoute Communication

Présentation de la conférence en avant-midi:

Communiquer efficacement... Quand, comment et quoi dire?

- Mieux se comprendre;
- Mieux comprendre l'autre;
- Mieux se faire comprendre.

Mentionnons quelques pièges de la communication (que ce soit avec les collègues ou avec les clients): le fait de s'approprier la difficulté de l'autre et de donner des solutions pas toujours ajustées pour l'autre; les perceptions différentes et les interprétations erronées; des valeurs et besoins qui coexistent de façon conflictuelle; la difficulté d'émettre des messages clairs mais aussi de recevoir le message de l'autre.

Cette formation vise à améliorer la communication dans les relations avec les collègues et les clients et permet de renforcer le sentiment de compétence et de créer des conditions favorables à la responsabilisation individuelle.

Objectifs d'apprentissage:

- Être moins en *réaction* et plus en *relation* avec ses collègues de travail et ses clients;
- Identifier les meilleures façons de travailler avec les autres en fonction de leur style de communication (comportement verbal et non verbal);
- Trouver un terrain commun avec des gens différents;
- Faire de petits ajustements pour augmenter la qualité et la productivité de ses interventions;
- Apprendre à donner et à recevoir du feedback de façon constructive;
- Utiliser la méthode de résolution de conflit.

Présentation de la conférence en après-midi

Le syndrome de la Superwoman...

comment maintenir un équilibre vie-travail

Ne trouvez-vous pas que vous en faites trop? Vous sentez-vous souvent à bout de souffle? Certaines situations ou personnes vous vident-elles de votre énergie? Manquez-vous de temps pour ce qui vous importe le plus? La notion de PLAISIR est-elle présente dans votre vie? Plusieurs femmes se sentent souvent éparpillées et déçues face au manque de temps et aux nombreuses responsabilités et exigences. Vous découvrirez des solutions qui résident en vous pour avoir plus de plaisir et de satisfaction dans votre vie!

Objectifs d'apprentissage:

- Définir et reconnaître le stress;
- Revoir votre emploi du temps;
- Clarifier vos priorités;
- Nommer ce qui vous importe selon vos valeurs;
- Identifier la difficulté à dire *non* et les raisons qui sous-tendent la culpabilité;
- Établir des attentes réalistes;
- Explorer un modèle simple pour évaluer votre satisfaction;
- Découvrir cinq moyens « essentiels » pour vivre moins de stress et plus de bien-être;
- Faire des choix pour vivre plus de satisfaction!

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 16 septembre 2011	9 h à 16 h	Trois-Rivières	Hôtel Gouverneur	80
Vendredi 23 septembre 2011	9 h à 16 h	Mont-Laurier	Hôtel Comfort Inn Mont-Laurier	30
Samedi 1^{er} octobre 2011	9 h à 16 h	Sept-Îles	Hôtel Sept-Îles	40
Vendredi 14 octobre 2011	9 h à 16 h	Rivière-du-Loup	Hôtel Universel	40
Samedi 5 novembre 2011	9 h à 16 h	Rouyn-Noranda	Hôtel Best Western Albert Centre-Ville	50
Vendredi 11 novembre 2011	9 h à 16 h	Longueuil	Sandman Hôtel	200
Vendredi 2 décembre 2011	9 h à 16 h	Gatineau	Hôtel Best Western Plus Gatineau-Ottawa	80
Samedi 21 janvier 2012	9 h à 16 h	Québec	L'Hôtel Québec	200
Samedi 17 mars 2012	9 h à 16 h	Montréal	Hôtel Royal Versailles	180
*Samedi 14 avril 2012	9 h à 16 h	Jonquière	Holiday Inn Saguenay	60

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)

* Veuillez prendre note que la formation du 14 avril 2012 sera comptabilisée dans l'exercice 2012-2013.

Important!

Note

Veuillez noter qu'il est impossible de s'inscrire qu'à un seul cours. Le coût de 100\$ + taxes inclut le dîner et la présence aux deux cours obligatoires.

Trousse de premiers soins et médication

(3 heures de formation continue)

Par **Éric Langevin**, *technicien ambulancier*

Présentation de la conférence

- Présentation de chaque médicament : AAS (Aspirin*), épinéphrine, ventolin, nitro;
- Nature de la médication;
- Effets recherchés;

- Situations cliniques appropriées à l'administration ou à la prise de la médication;
- Effets secondaires possibles;
- Suivi de la chaîne préhospitalière suite à la prise de la médication / appel au 911 requis?

Oxygénothérapie

- Utilisation appropriée de l'oxygène;
- Fréquence de vérification de l'équipement et expiration;

- Situations cliniques appropriées à l'utilisation de l'oxygène.

Contenu requis de la trousse de premiers soins et utilisation du matériel spécifique suite aux questions des participants. Chaque candidat recevra une carte de réussite.

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 10 septembre 2011	13 h à 16 h	Gatineau	Hôtel Best Western Plus Gatineau-Ottawa	30
Vendredi 23 septembre 2011	13 h à 16 h	Québec	L'Hôtel Québec	30
Samedi 24 septembre 2011	13 h à 16 h	Québec	L'Hôtel Québec	30
Vendredi 4 novembre 2011	9 h à 12 h	Montréal	Hôtel Espresso	30** ANNULÉE
Vendredi 4 novembre 2011	13 h à 16 h	Montréal	Hôtel Espresso	30** ANNULÉE
Samedi 19 novembre 2011	13 h à 16 h	Sherbrooke	Hôtel Le Président	30
Samedi 3 décembre 2011	9 h à 12 h	Chicoutimi	Hôtel Le Montagnais	30
Vendredi 13 janvier 2012	13 h à 16 h	Laval	Salles de réception Paradis	30
Samedi 14 janvier 2012	13 h à 16 h	Laval	Salles de réception Paradis	30
Samedi 11 février 2012	13 h à 16 h	Joliette	Château Joliette	30
Vendredi 23 mars 2012	9 h à 12 h	Saint-Marc-sur-Richelieu	Auberge Handfield	30
Vendredi 23 mars 2012	13 h à 16 h	Saint-Marc-sur-Richelieu	Auberge Handfield	30
Samedi 24 mars 2012	13 h à 16 h	Saint-Marc-sur-Richelieu	Auberge Handfield	30
*Samedi 21 avril 2012	13 h à 16 h	Trois-Rivières	Hôtel Gouverneur	30

Coût membre: **114,98\$ taxes incluses** (100\$ + taxes) Coût abonné-étudiant: **Non applicable** (cours réservé aux membres seulement)
 (Prix modifiables sans préavis)

(Places limitées à 30 participants par cours)

* Veuillez prendre note que la formation du 21 avril 2012 sera comptabilisée dans l'exercice 2012-2013.

** Annulées dans la région de Montréal pour manque de participants.

Note

Aucun remboursement ne sera accordé pour le cours « Trousse de premiers soins et médication » où les places sont limitées à 30 personnes par cours.

Important!

Pour les formations « **Trousse de premiers soins et médication** » et « **Formation RCR – cardio secours adultes-enfants/DEA** » ayant lieu dans la même ville et à la même date, les membres ont l'opportunité de pouvoir s'inscrire aux deux formations. Toutefois, pour ceux qui choisissent cette option, le dîner n'est pas inclus et est libre à chacun.

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;
- 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 10 septembre 2011	8 h à 12 h	Gatineau	Hôtel Best Western Plus Gatineau-Ottawa	60
Vendredi 23 septembre 2011	8 h à 12 h	Québec	L'Hôtel Québec	60
Samedi 24 septembre 2011	8 h à 12 h	Québec	L'Hôtel Québec	60
Samedi 19 novembre 2011	8 h à 12 h	Sherbrooke	Hôtel Le Président	60
Vendredi 13 janvier 2012	8 h à 12 h	Laval	Salles de réception Paradis	60
Samedi 14 janvier 2012	8 h à 12 h	Laval	Salles de réception Paradis	60
Samedi 11 février 2012	8 h à 12 h	Joliette	Château Joliette	30
Samedi 24 mars 2012	8 h à 12 h	Saint-Marc-sur-Richelieu	Auberge Handfield	60
*Samedi 21 avril 2012	8 h à 12 h	Trois-Rivières	Hôtel Gouverneur	60

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

* Veuillez prendre note que la formation du 21 avril 2012 sera comptabilisée dans l'exercice 2012-2013.



L'imagerie 3D

(3 heures de formation continue)

Par **Andrée Gaudette, HD**

Présentation de la conférence

Cette conférence permettra de découvrir les avantages d'utiliser un examen de TDM (scan) dans le but d'obtenir un diagnostic plus précis et de familiariser les participants avec une imagerie destinée à

devenir de plus en plus répandue dans un avenir rapproché. Une comparaison sera effectuée entre la radiographie conventionnelle et la tomодensitométrie. Les participants pourront se familiariser avec les différentes vues axiales, sagittales, panoramiques, céphalométriques ainsi qu'avec l'imagerie 3D. La conférence expliquera les applications de cette imagerie dans la pratique quotidienne, le tout mis en contexte

en regard des spécialités telles que l'implantologie, l'orthodontie, la chirurgie, l'endodontie et le traitement de l'articulation temporo-mandibulaire.

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 9 septembre 2011	9 h à 12 h	Montréal	Hôtel Espresso	180
Vendredi 16 septembre 2011	9 h à 12 h	Sherbrooke	Hôtel Le Président	50 ** ANNULÉE
Samedi 12 novembre 2011	9 h à 12 h	Saint-Jérôme	Hôtel Best Western Plus Saint-Jérôme	50
Samedi 10 décembre 2011	9 h à 12 h	Trois-Rivières	Hôtel L'Urbania	80
Vendredi 17 février 2012	9 h à 12 h	Saint-Marc-sur-Richelieu	Auberge Handfield	150
Vendredi 16 mars 2012	9 h à 12 h	Québec	L'Hôtel Québec	150

Coût membre : **57,49\$ taxes incluses** (50\$ + taxes) Coût abonné-étudiant : **45,99\$ taxes incluses** (40\$ + taxes)
(Prix modifiables sans préavis)

**** Annulée dans la région de l'Estrie pour manque de participants.**

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 do 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.

Date	Time	City	Where	Maximum de participants
Saturday, November 5, 2011	8 a.m. to 12 p.m.	Montreal	Hôtel Espresso	60** CANCELED

Member Price: **\$74.05 taxes included** (\$65 + taxes) **Not available for student subscriber**
(Price subject to change without notice)

**** Canceled in the Montréal region due to lack of participants.**



Effective Communication... Making Relationships Better And The Superwoman Syndrome ... How to Maintain Work-Life Balance

(6 hours of continuing education:
3 hours per course.)

By **Linda Mastrovito**, *psychotherapist*

Presentation of the morning conference

- Understand yourself;
- Seek to understand others;
- Seek to be understood.

What are some of the pitfalls in communication, whether with colleagues or clients? We will tackle and answer several questions such as, “Who owns the problem?” too often, we attempt to provide solutions ill fitted to the receiver. What is your communication style? Sending and receiving a clear message could involve different perceptions and erroneous interpretation, particularly where values and needs coexist in a conflictual way.

Learning objectives:

- *React* less and *relate* more with coworkers and clients;
- Identify the best ways to work with others based on their communication style (verbal/non-verbal behaviour);
- Find common ground with *different* people;
- Recognize how you come across to coworkers;
- Make small adjustments to increase the quality and productivity of your interventions;
- Learn to give and receive feedback in a constructive way;
- Use the conflict resolution method.

Presentation of the afternoon conference

Feeling exhausted, stressed-out, out of time for what matters most, overwhelmed by responsibilities and commitments...? Is the notion of “pleasure” present in your life?

These are some of the challenges that many women with fast-paced and highly demanding lifestyles face. Many women

are juggling several tasks and roles at the same time, struggling to hold it all together: their professional, family and personal life.

Through simple and practical strategies you will discover ways to find more pleasure and satisfaction in your life.

Learning objectives:

- Define and identify stress;
- Review your schedule and your energy drainers;
- Clarify your priorities;
- Name what matters to you according to your values;
- Identify the challenges and the underlying guilt of saying no;
- Set realistic expectations;
- Explore a simple way to assess your satisfaction;
- Discover five “essential” ways to live with less stress and greater well-being;
- Take time for your life... get in tune with yourself!

Information about the speaker is available at www.ohdq.com

Date	Time	City	Where	Maximum de participants
Friday, February 17, 2012	9 a.m. to 4 p.m.	Montreal	Hotel Hampton Inn & Suites by Hilton	100

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

Important!

Note

Please take note that it is impossible to enroll in only one course. The \$100 + tax includes lunch and attendance at two mandatory courses.

Nom :	Prénom :	N° de permis :
Adresse :		Code postal :
N° de téléphone :		
Signature :		Date : JJ / MM / AA
OHdq 1212-1155, rue University, bureau 1212, Montréal (Québec) H3B 3A7 ou par télécopieur : 514 284-3147		J'acquitte 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 : / / /	Date d'expiration : MM / AA
Nom du détenteur de la carte :		Signature :

*** Au 1^{er} janvier 2012, la TVQ a augmenté de 1 %**

Formation continue en français

Faits modernes sur la prévention des signes cliniques de la carie chez les 0-3 ans (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"/> Carleton | <input type="checkbox"/> Val-d'Or |
| <input type="checkbox"/> Chicoutimi | <input type="checkbox"/> Baie-Comeau |
| <input type="checkbox"/> Québec | <input type="checkbox"/> Montréal |
| <input type="checkbox"/> Gatineau | <input type="checkbox"/> Saint-Hyacinthe |
| <input type="checkbox"/> Rimouski | |

Communiquer efficacement... Quand, comment et quoi dire? et Le syndrome de la Superwoman... Comment maintenir un équilibre vie-travail? (6 heures de formation continue: 3 heures par cours)

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

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trois-Rivières | <input type="checkbox"/> Mont-Laurier |
| <input type="checkbox"/> Sept-Îles | <input type="checkbox"/> Rivière-du-Loup |
| <input type="checkbox"/> Rouyn-Noranda | <input type="checkbox"/> Longueuil |
| <input type="checkbox"/> Gatineau | <input type="checkbox"/> Québec |
| <input type="checkbox"/> Montréal | <input type="checkbox"/> Jonquière |

Trousse de premiers soins et médication

(3 heures de formation continue)

Coût membre: 114,98 \$ taxes incluses (100 \$ + taxes)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gatineau-PM | <input type="checkbox"/> Québec-PM: 23 septembre |
| <input type="checkbox"/> Québec-PM: 24 septembre | <input type="checkbox"/> Montréal-AM ANNULÉE |
| <input type="checkbox"/> Montréal-PM ANNULÉE | <input type="checkbox"/> Sherbrooke-PM |
| <input type="checkbox"/> Chicoutimi-AM | <input type="checkbox"/> Laval-PM: 13 janvier |
| <input type="checkbox"/> Laval-PM: 14 janvier | <input type="checkbox"/> Joliette-PM |
| <input type="checkbox"/> Saint-Marc-Richelieu-AM: 23 mars | <input type="checkbox"/> Saint-Marc-Richelieu-PM: 23 mars |
| <input type="checkbox"/> Saint-Marc-Richelieu-PM: 24 mars | <input type="checkbox"/> Trois-Rivières-PM |

Pour vous inscrire en ligne



Formation en RCR – cardio secours adultes-enfants/DEA

(4 heures de formation continue)

Coût membre: 74,73 \$ taxes incluses.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gatineau-AM | <input type="checkbox"/> Québec-AM: 23 septembre |
| <input type="checkbox"/> Québec-AM: 24 septembre | <input type="checkbox"/> Sherbrooke-AM |
| <input type="checkbox"/> Laval-AM: 13 janvier | <input type="checkbox"/> Laval-AM: 14 janvier |
| <input type="checkbox"/> Joliette-AM | <input type="checkbox"/> Saint-Marc-Richelieu-AM |
| <input type="checkbox"/> Trois-Rivières-AM | |

L'imagerie 3D (3 heures de formation continue)

Coût membre: 57,49 \$ taxes incluses.

Coût abonné-étudiant: 45,99 \$ taxes incluses.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Montréal | <input type="checkbox"/> Sherbrooke- ANNULÉE |
| <input type="checkbox"/> Saint-Jérôme | <input type="checkbox"/> Trois-Rivières |
| <input type="checkbox"/> Saint-Marc-Richelieu | <input type="checkbox"/> Québec |

Continuing education in English

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

Member Price: \$74.05, taxes included.

Montreal CANCELED

Effective Communication... Making Relationships Better And The Superwoman Syndrome... How to Maintain Work-Life Balance. (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.

FORMATION CONTINUE

Faculté de médecine dentaire

HIVER 2012

2012

Date	Vendredi 17 février 2012, de 8 h 30 à 17 h
Lieu	Pavillons Alphonse-Desjardins et Maurice-Pollack
Titre	29^e Journée scientifique, « Les enjeux de la dentisterie pédiatrique »
Conférencières	Dre Suzanne Hébert et Dre Marie-Ève Asselin, spécialistes en dentisterie pédiatrique
Nombre d'heures	6
Numéro de cours	MDD-U074
Coût	Dentistes : 315 \$ Hygiénistes et techniciens dentaires : 210 \$

Date	Samedi 25 février 2012, de 9 h à 16 h	NOUVEAUTÉ
Lieu	Pavillon de Médecine dentaire	
Titre	« À propos du diagnostic en endodontie - 2^e partie »	
Conférenciers	Dr Yves Yana, endodontiste	
Nombre d'heures	6	
Numéro de cours	À venir	
Coût	Dentistes : 370 \$ <i>Cours réservé aux dentistes</i>	

Date	Samedi 3 mars 2012, de 9 h à 12 h
Lieu	Pavillon de Médecine dentaire
Titre	« Mise à jour sur l'asthme et le mpoc »
Conférencier	Dr Louis-Philippe Boulet et Dr François Maltais, pneumologues Dr Jean-Paul Coulet, médecine buccale Une collaboration du Réseau québécois de l'asthme et des maladies pulmonaires obstructives chroniques (R.Q.A.M.)
Nombre d'heures	3
Numéro de cours	MDD-U103
Coût	Dentistes : 265 \$ Hygiénistes et techniciens dentaires : 155 \$

Date	Vendredi 16 mars 2012, de 18 h à 20 h
Lieu	Pavillon de Médecine dentaire
Titre	« Les vecteurs de transmission d'infections en cabinet dentaire »
Conférencier	Dr Daniel Grenier, Ph.D. en microbiologie buccale
Nombre d'heures	2
Numéro de cours	MDD-0212
Coût	Dentistes : 190 \$ Hygiénistes et techniciens dentaires : 125 \$

Date	Samedi 17 mars 2012, de 9 h à 16 h
Lieu	Pavillon de Médecine dentaire
Titre	« Corrélations clinico-pathologiques »
Conférenciers	Dre Sylvie-Louise Avon, médecine buccale Dr Steve Tremblay, pathologie buccale
Nombre d'heures	6
Numéro de cours	MDD-U102
Coût	Dentistes : 370 \$ Hygiénistes et techniciens dentaires : 265 \$

Date	Samedi 24 mars 2012, de 9 h à 12 h
Lieu	Pavillon de Médecine dentaire
Titre	« L'apnée du sommeil, les ronflements et le dentiste »
Conférencier	Dr Jean-François Masse, DMD, M.Sc.D. et épidémiologiste
Nombre d'heures	3
Numéro de cours	MDD-U104
Coût	Dentistes : 265 \$ Hygiénistes et techniciens dentaires : 155 \$

Date	Vendredi 13 avril 2012, de 18 h à 20 h
Lieu	Pavillon de Médecine dentaire
Titre	« Fractures dentaires »
Conférencier	Dr Denis Robert, dentisterie opératoire
Nombre d'heures	2
Numéro de cours	MDD-0312
Coût	Dentistes : 190 \$ Hygiénistes et techniciens dentaires : 125 \$

Date	Samedi 14 avril 2012, de 9 h à 16 h
Lieu	Pavillon de Médecine dentaire
Titre	« Empreintes numériques : le futur c'est maintenant » Une collaboration de 3M ESPE
Conférencier	Dr Robert Valiquette, prosthodontiste
Nombre d'heures	6
Numéro de cours	MDD-U088
Coût	Dentistes : 370 \$ Hygiénistes et techniciens dentaires : 265 \$

Date	Samedi 21 avril 2012, de 9 h à 12 h
Lieu	Pavillon de Médecine dentaire
Titre	« Obésité, comportements alimentaires et aliments fonctionnels »
Conférencier	Mme Amélie Charest, M.Sc. nutritionniste
Nombre d'heures	3
Numéro de cours	MDD-U101
Coût	Dentistes : 265 \$ Hygiénistes et techniciens dentaires : 155 \$

Date	Vendredi 11 mai 2012, de 8 h 30 à 16 h 30	NOUVEAUTÉ
Lieu	Pavillon de Médecine dentaire	
Titre	« 6^e Journée de la recherche »	
Responsable	Dr Mahmoud Rouabhia, immunologie buccale	
Nombre d'heures	6	
Numéro de cours	À venir	
Coût	Dentistes : 315 \$ Hygiénistes dentaires : 210 \$	

Pour de plus amples informations

Madame Isabelle Jandet

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

LA TOMOGRAPHIE VOLUMIQUE

à faisceau conique (TVFC) de plus en plus répandue

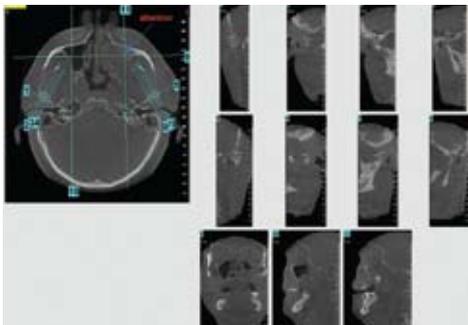
Par **Andrée Gaudette**, HD - Responsable de l'Académie Dentaire Multidisciplinaire et Responsable du Centre Radiologique TomoScan 3D



Depuis déjà quelques années nous sommes en mesure de voir une augmentation de ce nouvel outil technologique qu'est la tomodynamométrie. Cette dernière fournit à la dentisterie un ensemble de nouvelles informations qui n'étaient pas accessibles auparavant avec l'imagerie 2D (Panorex, péri-apical, BW, céphalomètre). Sachant que les

appareils panoramiques ont fait leur apparition en 1965, le scanner médical dans les années 1970, la tomographie à faisceau conique (TVFC) utilisée en cabinet dentaire nous permet depuis quelques années de passer du 2D au 3D. Grâce à l'imagerie 3D les dentistes accroissent le niveau de fiabilité de leur diagnostic, ils améliorent par le fait même la planification de leurs traitements dentaires. Cette technologie leur offre la chance de pratiquer leurs interventions en toute sécurité et en pleine connaissance de cause.

Nous pouvons extraire de la tomographie volumique (*scan*) un nombre infini d'images qui pourront servir à chacune des disciplines. Voici quelques exemples d'images pouvant en être extraites :

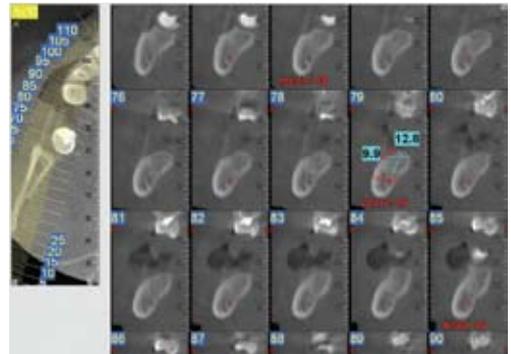


Articulation temporo-mandibulaire et des sinus

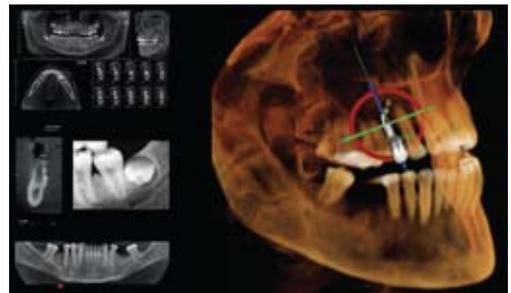
Ses bénéfices ne sont plus uniquement scientifiques, mais également économiques, car les industries s'adaptent en permettant l'accès à cet équipement plus facilement. Il est maintenant possible de se procurer un appareil 3D (*scanner*) jumelé à l'imagerie 2D (Panorex et céphalomètre). Sur le marché nous avons accès à des appareils qui nous permettent de choisir et de limiter le champ d'exposition; par le fait même cela engendre une réduction considérable du taux de radiation. Ceux-ci sont de plus en plus accessibles financièrement également tout en nécessitant un espace de plus en plus réduit. Nous pouvons sélectionner une région de



Vue panoramique



Vue sagittale dans le but de planifier un implant



Planification en implantologie à l'aide du logiciel « Anatomage »



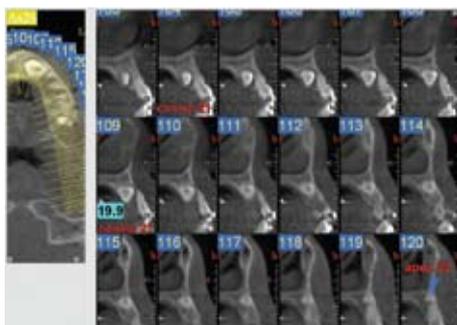
Antéropostérieur en 3D



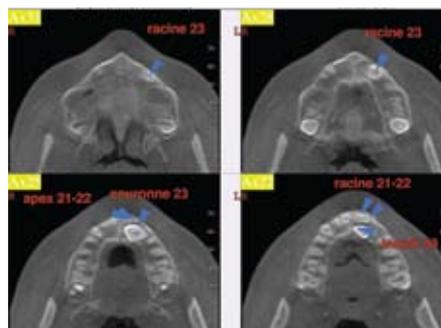
Céphalomètre côté droit uniquement extrait du scan Antéro-postérieur du scan



Antéro-postérieur du scan



Vue sagittale d'une canine incluse



Vue axiale pour situer une canine incluse

8 cm à 30 cm de diamètre du champ d'exposition (FOV) selon le plan de traitement du patient. Que ce soit pour l'orthodontie, l'implantologie, les greffes de tissu mou, l'articulation temporo-mandibulaire, la chirurgie ou l'endodontie, la *scan* demeure un outil indéniablement indispensable. Chaque discipline en fait une utilisation différente et adaptée à sa pratique.

Leur développement croissant et leur tendance à se spécialiser, comme par exemple, l'empreinte numérique (E4D ou CEREC) jumelée avec la prise de scan permettent de faciliter et d'augmenter la précision de façon révolutionnaire lors des traitements dentaires. Il est maintenant aussi possible en implantologie, suite à la prise d'une tomographie volumique (*scan*) de faire une planification de la chirurgie de façon virtuelle à l'aide de différents logiciels. Actuellement, une firme européenne développe un simulateur 3D qui permet aux dentistes de pratiquer leur chirurgie de façon virtuelle avant de l'exécuter en bouche.

Bien sûr, nous entendons parler d'exposition aux radiations, par contre il faut retenir que l'imagerie 3D bien utilisée vous fournira une grande quantité d'informations qui influencera la qualité des soins au patient. Le bon jugement du professionnel quant à la sélection des patients qui nécessite une tomographie volumique (*scan*) ou non demeure toujours d'une importance capitale.

Voici un tableau qui vous permettra de faire un comparable des différentes doses de radiation :

Modalités ¹	Dose effective en μSv
Panoramique numérique (plaque au phosphore photostimulable)	6,3
Bouche complète (films D)	150
CT médical conventionnel (maxillaire et mandibule)	2 100
1 an d'exposition à la radiation de l'environnement	3 000
Expo aux rayons cosmiques lors d'un vol aller-retour de N.-Y. à L.A.	30
Doses approximatives de différents appareils TVFC	
AccuiTomo 3DX (J. Morita)	30
Alphard 3030 (Asahi)	200

Étant encore peu connue par l'ensemble des professionnels du domaine dentaire, il est impératif de vous informer, car cette nouvelle technologie est révolutionnaire. En espérant que cet article a su vous démontrer l'importance de vous familiariser avec cette dernière, nous devons donc davantage la comprendre ; l'approprier afin de mieux l'introduire dans notre pratique dentaire quotidienne pour en faire bénéficier le plus grand nombre de patients. ■

Référence

1. JODQ, vol. 46, no 3, juin/juillet 2009, page 20.

LE MATÉRIEL DENTAIRE À ULTRASONS, influence-t-il le fonctionnement des dispositifs cardiovasculaires électroniques implantables ?

Par Eric T. Stoopler, DMD; Ying Wai Sia, DMD; Arthur S. Kuperstein, DDS

Source : Reproduit avec permission. *J Can Dent Assoc* 2011;77:b113_f. www.jcda.ca/fr/article/b113

Le matériel dentaire à ultrasons est utilisé depuis les années 1950 et il représente une importante composante de l'arsenal thérapeutique des fournisseurs de soins buccodentaires¹. Le détartrage ultrasonique est aussi efficace que l'instrumentation manuelle pour éliminer le tartre et il est largement utilisé¹. Les bains de nettoyage par ultrasons réduisent la contamination croisée des instruments et des prothèses dentaires^{2,3}, alors que les localisateurs d'apex et les vitalomètres électroniques ont largement contribué à l'avancement de l'endodontie clinique^{4,5}. Parmi les autres appareils dentaires qui émettent une énergie électromagnétique, mentionnons certains types de pièces à main, d'amalgamateurs et d'instruments d'électrochirurgie^{6,7}.

Les 2 méthodes de production d'ultrasons sont basées sur la magnétostriction et le principe piézoélectrique. La magnétostriction – une propriété des matériaux ferromagnétiques – transforme l'énergie électromagnétique en énergie magnétique, un processus durant lequel il y a production de vibrations et de chaleur⁵. Le principe piézoélectrique est basé sur la déformation des cristaux auxquels est appliquée une charge électrique. Cette déformation est transformée en oscillations mécaniques sans qu'il y ait production de chaleur⁵. L'énergie des ultrasons a une fréquence supérieure au domaine des fréquences audibles chez les humains (c.-à-d. supérieure à 20 kHz). Les instruments piézoélectriques fonctionnent à des fréquences supérieures à celles des instruments utilisant la magnétostriction⁵.

Dispositifs électroniques implantables

Les dispositifs cardiovasculaires électroniques implantables, principalement les stimulateurs cardiaques et les défibrillateurs automatiques implantables, sont utilisés pour traiter une variété de troubles cardiaques électriques, notamment la

bradyarythmie, la tachycardie ventriculaire et la fibrillation. Ils sont également utilisés chez les patients qui présentent un bloc cardiaque complet^{7,8}. On estime que 3 millions de personnes dans le monde, dont plus de 500 000 en Amérique du Nord, ont un stimulateur cardiaque implantable⁸. L'utilisation de ces appareils a permis de réduire considérablement le taux de mortalité chez les patients ayant des antécédents d'arythmie ventriculaire menaçant le pronostic vital⁷ et ils sont plus répandus dans la population en général.

Un stimulateur cardiaque implantable est un petit dispositif scellé à l'intérieur d'un boîtier métallique. L'appareil consiste principalement en un générateur d'impulsions qui produit des impulsions électriques directement transmises au muscle cardiaque par des fils plastifiés, ainsi qu'en une pile ayant une longue durée de vie⁶. Les stimulateurs cardiaques sont habituellement implantés sous la peau dans la paroi thoracique (**ill. 1**)⁶. Dans le type d'appareil le plus répandu – le stimulateur à la demande – les impulsions électriques du cœur sont transmises au générateur d'impulsions qui est programmé de manière à surveiller l'activité électrique du cœur et à générer au besoin une stimulation électrique additionnelle⁶. Les défibrillateurs automatiques implantables sont comparables aux stimulateurs cardiaques en ce que les 2 appareils sont conçus pour assurer un suivi continu de la fréquence cardiaque. Lorsque le défibrillateur détecte une tachycardie ventriculaire ou une fibrillation, il génère un choc étalonné avec précision afin d'interrompre l'activité électrique anormale et de rétablir une fréquence cardiaque normale (**ill. 2**)⁷.

Interaction entre les appareils à ultrasons et les dispositifs implantables

Certains ont attribué aux appareils dentaires

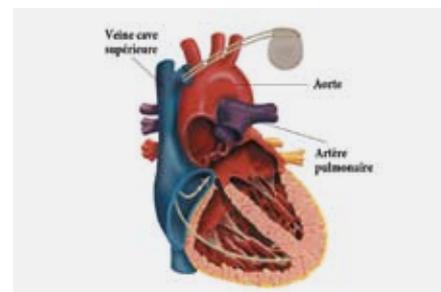


Illustration 1 - Stimulateur cardiaque implantable

à ultrasons l'interférence électrique nuisant au bon fonctionnement des dispositifs cardiaques implantables et l'utilisation des appareils à ultrasons chez les patients porteurs de dispositifs implantables suscite toujours la controverse. Miller et ses collègues⁹ ont utilisé la télémétrie pour évaluer in vitro le stimulateur bipolaire double chambre Medtronic Thera 7942 et le stimulateur unipolaire monochambre Minix 8340. Ces chercheurs ont constaté que l'interférence électromagnétique produite par le détartrage ultrasonique magnétostrictif, le bain de nettoyage et l'instrument d'électrochirurgie qu'ils avaient testés avait inhibé la stimulation auriculaire et ventriculaire, en particulier par le stimulateur unipolaire⁹. Pour leur part, Trenter et Walmsley¹ ont constaté que les détartrageurs magnétostrictifs pouvaient nuire au fonctionnement des stimulateurs cardiaques, mais que les détartrageurs ultrasoniques piézoélectriques n'avaient pas d'effet sur leur fonctionnement.

En 2000, l'Académie américaine de parodontologie a publié un exposé de position dans lequel elle recommandait aux dentistes d'éviter d'exposer les patients porteurs de stimulateurs cardiaques à des détartrageurs ultrasoniques magnétostrictifs, à cause des effets néfastes que ces instruments à ultrasons pouvaient provoquer chez les patients porteurs de stimulateurs¹⁰. Cet exposé de position a toutefois été abrogé en 2007¹¹. Dans le cadre d'une étude clinique menée en

2006, Wilson et ses collègues⁴ ont conclu que les localisateurs d'apex électroniques et les vitalomètres électriques ne nuisaient pas au fonctionnement des stimulateurs cardiaques ou des défibrillateurs automatiques implantables. En 2007, Brand et ses collègues⁷ ont démontré durant une étude in vitro que l'interférence électromagnétique générée par la plupart des appareils dentaires – à l'exception d'un type de bain de nettoyage à ultrasons – ne nuisait pas au fonctionnement normal des défibrillateurs automatiques implantables. Enfin, durant une récente étude in vitro, Roedig et ses collègues⁸ ont découvert qu'un type de détartreur ultrasonique, un système de nettoyage par ultrasons et une lampe à photopolymériser pour composite à pile avaient inhibé l'activité de stimulation des stimulateurs cardiaques implantables, mais que seulement le détartreur et la lampe à polymériser avaient nui à la fonction de stimulation des défibrillateurs automatiques implantables. Ils ont également conclu que l'amalgamateur, la brosse à dents électrique, le vitalomètre électrique, l'instrument d'électrochirurgie et les pièces à main haute et basse vitesses qu'ils avaient testés n'avaient pas causé d'interférence électromagnétique⁸. Divers auteurs ont toutefois mis en doute la validité de ces résultats dans des correspondances ultérieures^{12,13}.

Prise en charge du problème clinique

Il est difficile d'élaborer des lignes directrices faisant autorité sur l'utilisation des appareils dentaires à ultrasons chez les patients porteurs de dispositifs cardiovasculaires électroniques implantables, en raison du manque de cohérence des preuves à l'appui. Nous proposons une démarche pratique et prudente pour l'utilisation de ces appareils chez ces patients. Il faudrait d'abord inciter tous les patients porteurs d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur automatique implantable à avoir toujours sur eux la carte d'identification du fabricant. Les fournisseurs de soins buccodentaires devraient consigner l'information suivante dans le dossier du patient : fabricant du dispositif, numéro de modèle, numéro de série, date d'implantation et mode de fonctionnement¹⁴. Ils devraient également faire preuve de prudence durant l'utilisation d'appareils à ultrasons et de lampes à polymériser à pile à proximité de patients ou de travailleurs de la santé porteurs de

dispositifs cardiovasculaires électroniques implantables⁸. Enfin, compte tenu des données actuelles, il est recommandé d'éviter d'utiliser des appareils ultrasoniques magnétostrictifs chez des patients porteurs de stimulateurs cardiaques ou de défibrillateurs automatiques implantables, ou à proximité de ces patients⁶. À ce stade-ci, il semble que les appareils piézoélectriques n'aient pas d'effets marqués sur ces dispositifs implantables^{1,6}. D'autres essais cliniques in vivo devront toutefois être menés pour déterminer les effets précis des appareils dentaires à ultrasons sur les dispositifs cardiovasculaires électroniques implantables. ■

Références

1. Trenter SC, Walmsley AD. Ultrasonic dental scaler: associated hazards. *J Clin Periodontol.* 2003;30(2):95-101 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12622849>>.
2. Watmough DJ. Role of ultrasonic cleaning in control of cross-infection in dentistry. *Ultrasonics.* 1994;32(4):315-7 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8023422>>.
3. Yilmaz Y, Guler C. Evaluation of different sterilization and disinfection methods on commercially made preformed crowns. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2008;26(4):162-7 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19008625>>.
4. Wilson BL, Broberg C, Baumgartner JC, Harris C, Kron J. Safety of electronic apex locators and pulp testers in patients with implanted cardiac pacemakers or cardioverter/defibrillators. *J Endod.* 2006;32(9):847-52 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16934627>>. Epub 2006 Jun 23.
5. Plotino G, Pameijer CH, Grande NM, Somma F. Ultrasonics in endodontics: a review of the literature. *J Endod.* 2007;33(2):81-95 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17258622>>.
6. Antunovic DM. Electrical interference of pacemaker activity by electrical dental devices: a short review. *J N Z Soc Periodontol.* 2007;(90):7-11 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18330208>>.
7. Brand HS, Entjes ML, Nieuw Amerongen AV, van der Hoeff EV, Schrama TA. Interference of electrical dental equipment with implantable

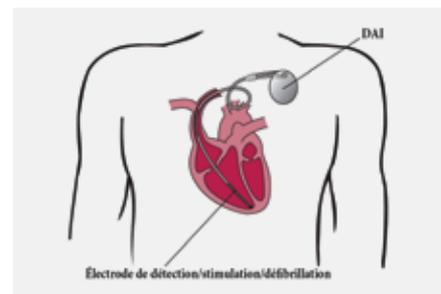


Illustration 2 - Défibrillateur automatique implantable (DAI)

- cardioverter-defibrillators. *Br Dent J.* 2007;203(10):577-9 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18037843>>.
8. Roedig JJ, Shah J, Elayi CS, Miller CS. Interference of cardiac pacemaker and implantable cardioverter-defibrillator activity during electronic dental device use. *J Am Dent Assoc.* 2010;141(5):521-6 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20436099>>.
 9. Miller CS, Leonelli FM, Latham E. Selective interference with pacemaker activity by electrical dental devices. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998;85(1):33-6 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9474611>>.
 10. Drisko CL, Cochran DL, Blieden T, Bouwsma OJ, Cohen RE, Damoulis P, et al. Position paper: sonic and ultrasonic scalers in periodontics. Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. *J Periodontol.* 2000;71(11):1792-801 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11128930>>.
 11. Position paper update. *J Periodontol.* 2007;78(8):1476 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17668965>>.
 12. Carlson BK. Pacemakers and dental devices. *J Am Dent Assoc.* 2010;141(9):1052,3; author reply 1053-4 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20807899>>.
 13. Crossley GH, Poole JE. More about pacemakers. *J Am Dent Assoc.* 2010;141(9):1053; author reply 1053-4 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20807900>>.
 14. Yeo, TP, Berg NC. Counseling patients with implanted cardiac devices. *Nurse Pract.* 2004; 29(12): 58, 61-65 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15614087>>.

Texte reproduit avec autorisation.

Journées dentaires INTERNATIONALES DU QUÉBEC



Journées dentaires
internationales
du Québec

Du 25 au 29 mai au Palais des congrès de Montréal

Visualiser le programme préliminaire au www.odq.qc.ca en sélectionnant le menu *Programme et Inscription* sous l'onglet Congrès, puis sous *Programme*

Inscrivez-vous en ligne dès maintenant !

Comment déclarer mes heures de formation continue faites aux JDIQ?

Vous devrez inscrire vous-mêmes toutes les heures de formation continue accumulées lors de cet événement à votre dossier de membre, soit :

- par le biais du site Web de l'OHDQ, dans la section *Membres et étudiants*
- au moment de votre renouvellement de la cotisation, dans l'annexe prévue à cet effet

Combien d'heures déclarer?

EXEMPLE : Vous assistez à une conférence de 8 h 30 à 11 h, vous devez comptabiliser heure pour heure, soit 2,5 heures.

Plus amples détails disponibles sur notre site Web au www.ohdq.com.

Important et nouveau en 2012!

L'heure pour la visite du salon des exposants est toujours accordée, toutefois, cette année, vous devrez le justifier, comme pour les conférences, en faisant balayer (*scanner*) votre porte-nom à l'entrée du salon des exposants, et ce, une seule fois pendant l'évènement.



Attestation de présence

COMMENT OBTENIR UNE ATTESTATION DE PRÉSENCE POUR CET ÉVÈNEMENT?

Cette année, le comité organisateur des Journées dentaires internationales du Québec sera en mesure de vous fournir une pièce justificative de votre présence.

Voici les étapes :

1. S'assurer d'inscrire son numéro de permis ainsi qu'une adresse courriel valide lors de l'inscription.
2. S'assurer de faire balayer (*scanner*) votre porte-nom dans toutes les conférences auxquelles vous assistez, **ainsi qu'à l'entrée du salon des exposants, et ce, une seule fois pendant l'évènement.**
3. Suite à l'évènement, vous recevrez par courriel une attestation de présence selon les lectures faites de votre porte-nom.

Note : Si c'est votre employeur qui vous inscrit, il peut inscrire seulement une adresse courriel pour tous les membres de l'équipe. Les attestations seront toutes envoyées à cette adresse.

Erratum

Veillez prendre note que deux erreurs se sont malencontreusement glissées dans l'édition d'octobre 2011 de *L'Explorateur* (Vol. 21, N° 3).

Présentation des administrateurs

À la page 38, nous aurions dû y voir apparaître la photo et le texte descriptif de madame Maryse Lessard, HD, administratrice :



Maryse Lessard, HD

Administratrice
Région administrative
Mauricie / Centre-du-Québec
Diplômée
THD, Cégep de Trois-Rivières, 1984
Formation complémentaire
Certificat en enseignement
professionnel et technique,
Université Laval de Québec, 2007
Secteur de travail
Bureau privé
Rôle à l'OHQDQ
• Administratrice – depuis juillet 2006.

Personnel du siège social

À la page 51, les initiales HD ont été omises après le nom de Cathy Voyer. Nous aurions dû lire :

**12. Cathy Voyer, HD,
commis Internet**

L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec désire transmettre ses plus sincères excuses.

LES SERVICES J'ARRÊTE : des services conçus spécifiquement pour les fumeurs québécois

Il nous fait plaisir que nous joignons à cette édition de *L'Explorateur* une affiche qui présente les services d'aide à l'abandon du tabac *j'Arrête* :

- une ligne téléphonique
- un site Internet
- et des centres d'abandon du tabagisme, répartis dans toutes les régions du Québec.



Ces services sont en place depuis presque 10 ans grâce au financement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec qui souhaite mettre à la disposition des fumeurs des services gratuits visant à les soutenir dans leur démarche de renoncement au tabac. Nous vous incitons à placer cette affiche dans un endroit bien visible par vos clients comme la salle d'attente.

Nous joignons également une petite carte aide-mémoire que vous pouvez remettre à vos clients fumeurs qui souhaiteraient profiter de l'expertise d'un conseiller de la ligne *j'Arrête* ou qui voudraient s'informer via le site internet *j'Arrête*. Pour recevoir des exemplaires supplémentaires de cet outil, il suffit de compléter le bon de commande joint à cet envoi et de l'acheminer au responsable de votre région dont les coordonnées apparaissent à l'endos du formulaire.

L'Ordre est impliqué activement dans la promotion de l'arrêt tabagique depuis 2004. Plusieurs interventions ont été réalisées afin de répondre à vos besoins. Les outils promotionnels des services *j'Arrête* que nous mettons maintenant à votre

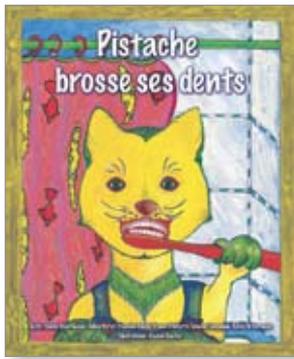


disposition ont pour objectif de faciliter la référence vers des services spécialisés en abandon du tabac.

En terminant, nous vous incitons à utiliser le cahier de table *Vous voulez vous libérer du tabac? Parlez-en à un membre de notre équipe dentaire* que vous avez reçu en avril 2008. Il contient une foule d'informations qui vous aideront à accompagner et soutenir vos clients fumeurs.

Nous comptons sur vous pour contribuer à réduire le tabagisme au Québec!





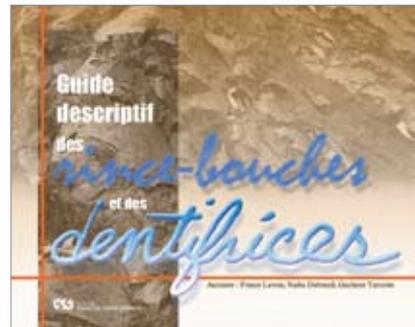
UN OUTIL pour vos tout-petits!

Le Comité Livre Éducatif 0-4 ans de la Table de concertation des hygiénistes dentaires en santé publique de Montréal a créé un livre d'histoire éducatif visant à promouvoir la santé dentaire auprès de la petite enfance. « Pistache brosse ses dents » a été distribué gratuitement aux **hygiénistes dentaires exerçant en santé publique** lors du lancement qui a eu lieu aux 11^e Journées de Santé Dentaire Publique du Québec à Lévis en juin 2011.

Si vous n'avez pu être présent(e) pour recevoir votre exemplaire, veuillez communiquer avec Nancy Desormeaux, HD au 514 626-2663, poste 4585.

Auteures : Nancy Desormeau, HD, Adina Dorvil, HD, Francine Dupuis, HD, France Fréchette, HD, Manon Longuépée, HD et Sylvie St-Germain, HD.

Bonne lecture!



Nouveau GUIDE DESCRIPTIF DES RINCE-BOUCHES ET DES DENTIFRICES

Le maintien d'une bonne santé buccodentaire est directement lié à la qualité des soins effectués quotidiennement. Les professionnels dentaires sont les mieux formés pour recommander des outils de prévention et un vaste choix de brosses à dents, d'adjuvants, de dentifrices et de rinçes-bouches s'offre à eux pour répondre aux besoins de leur clientèle.

Ce document réunit tous les résultats pertinents de deux études, l'une concernant les ingrédients et le potentiel érosif de plus de 90 rinçes-bouches, l'autre concernant aussi les ingrédients, le pH et l'abrasivité de 330 dentifrices. Le « *Guide descriptif des rinçes-bouches et des dentifrices* » est un document de référence complet que tout hygiéniste dentaire et toute clinique dentaire aimera consulter.

Vous pouvez effectuer votre commande par la poste, par téléphone ou par télécopieur. Le coût du guide est de 44,95\$ plus taxes.

Auteurs : Nadia Dubreuil, HD, France Lavoie, HD et Guylaine Turcotte, HD.

Coopsco E.-X.-GARNEAU
1660, boulevard de l'Entente, Québec (Québec) G1S 4S3
Téléphone : 418 681-8134, poste 0
Télécopieur : 418 688-7631
Courriel : r.bastien@coopfxgarneau.com

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/la candidat(e) doit être membre en règle de l'**OHDQ**. Toutes et tous les candidats(es) seront contactés(ées). Les dossiers sont traités dans la plus stricte confidentialité. Expérience requise pour remplacement à court terme.

MANUEL DE PRATIQUE SENSIBLE À L'INTENTION DES PROFESSIONNELLS DE LA SANTÉ:

Leçons tirées des personnes qui ont été victimes de violence sexuelle durant l'enfance



Source: Reproduit avec permission.

Schachter, C.L., C.A. Stalker, E. Teram, G.C.

Lasiuk, et A. Danilkewich. *Manuel de pratique*

sensible à l'intention des professionnels de la santé – Leçons tirées des personnes qui ont été victimes de violence sexuelle durant l'enfance,

Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2009.

Ce document est disponible sur demande seulement. Le Centre national d'information sur la violence dans la famille ne distribue plus de copies papier depuis le 30 juin dernier. Toutefois, vous pouvez vous procurer des copies du manuel, sans frais, en envoyant un courriel à l'adresse suivante: child.maltreatment@phac-aspc.gc.ca.

FLUORATION DE L'EAU

position du directeur national de santé publique

NOUVEL
OUVRAGE
À consulter
en ligne

La fluoruration de l'eau est la pierre angulaire de tout programme public de prévention en santé buccodentaire. Les municipalités concernées devraient instaurer cette mesure, car tous les citoyens du Québec ont avantage à boire de l'eau contenant suffisamment de fluorures. En effet, plusieurs bénéfices sont liés à l'instauration immédiate de la fluoruration ce qui en constitue une mesure recommandée pour l'ensemble du Québec.

Auteur: MSSS

**Ce document est disponible seulement
en version électronique.**



Vous pouvez télécharger ce document (803 K) de 12 pages en format PDF sur votre poste de travail. Rendez-vous au www.msss.gouv.qc.ca, ensuite dans la fenêtre à gauche, cliquez sur l'onglet *Documentation*. Parmi la sélection énumérée, choisir *Publications*.



À l'occasion du temps des fêtes, rien n'est plus agréable que de festoyer avec ceux qu'on aime. Beaucoup de bonheur et de sérénité pour la Nouvelle Année, ainsi que la réalisation de vos projets les plus chers! La direction et les membres du personnel de l'OHDQ vous souhaitent de

Joyeuses fêtes et Bonne Année!

During the Holidays, nothing is more pleasant than celebrating with your loved ones. May the New Year bring you happiness and serenity and much success in your future endeavours. Management and employees of the OHDQ wish you

Happy Holidays and Happy New Year!

PROGRAMME DE BOURSES

L'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec** désire reconnaître, valoriser et encourager les hygiénistes dentaires, tout comme les étudiants en techniques d'hygiène dentaire, à viser l'excellence dans l'exercice de leurs fonctions et à contribuer à l'avancement et au rayonnement de la profession. À cet égard, trois bourses ont été créées : **Bourse de la relève, Méritas institutionnel et prix Racine.**

Tout hygiéniste dentaire ou abonné étudiant répondant aux critères établis par le Comité des bourses devient admissible à l'une ou l'autre de ces bourses.

Ces bourses sont remises annuellement à l'automne.

Vous pouvez obtenir les critères et les détails des différentes bourses en visitant notre site Internet : **www.ohdq.com**.

Voici les gagnants pour 2011

Prix Racine

Gagnante forfait de 700 \$ hôtellerie champêtre	Article	<i><u>L'Explorateur</u></i>
Annick Ducharme, HD	L'abfraction : connaître pour reconnaître	Octobre 2010

Méritas institutionnel

Cette année, tous les lauréats du *Méritas institutionnel* gagnent une bourse de 300 \$.

De plus, madame **Karine Plante** du Collège Édouard-Montpetit est la gagnante d'une bourse additionnelle de 500 \$, le résultat du tirage au sort parmi les lauréats des huit collèges, lequel est effectué tous les ans par les membres du Comité des bourses.

Mélissa Tremblay	Cégep de Chicoutimi
Geneviève Sévigny	Collège de Maisonneuve
Karine Plante	Collège Édouard-Montpetit
Sabrina Laferrière	Collège François-Xavier-Garneau
Stephanie Rosen	Collège John Abbott
Caroline Loyer	Cégep de l'Outaouais
Jenny Faucher	Cégep de Saint-Hyacinthe
Mélissa Ferland	Cégep de Trois-Rivières

Bourse de la relève

LES LAURÉATS MÉRITENT UNE BOURSE DE 500 \$

1^{re} année	Érika Girouard	Cégep de l'Outaouais
2^e année	Clohée Nadeau-Poulin	Collège Édouard-Montpetit
3^e année	Marie-Ève Piché	Cégep de Trois-Rivières

Nous vous présentons les textes gagnants :

Érika Girouard – 1^{re} année – Cégep de l'Outaouais

« QUELLE EST VOTRE VISION DE LA PROFESSION D'HYGIÉNISTE DENTAIRE ? »

L'hygiéniste dentaire? Cette demoiselle qui nous nettoie les dents et qui nous montre comment les brosser, celle qui, à chaque rendez-vous, nous explique qu'il est bien important de passer la soie dentaire chaque jour. Voilà ce que je pensais, il y a plusieurs années. Cette profession que je jugeais connaître était bien loin de la réalité. Depuis mon entrée dans ce programme, j'ai compris ce que réalisait réellement cette professionnelle de la santé et donnez-moi la chance de vous le raconter à ma façon.

Avec ses trois années en techniques d'hygiène dentaire, elle acquiert l'expérience nécessaire pour s'occuper en partie de la prévention des maladies buccodentaires. Ces maladies sont en général méconnues pour autrui, mais ne devraient pas l'être, car elles ne sont pas aussi insignifiantes qu'elles en ont l'air. L'hygiéniste dentaire fait de son mieux pour nous en protéger, car son but est bien d'atteindre ou de maintenir un parodonte en santé. Celle qui sait reconnaître les structures normales et anormales de la tête et du cou peut aussi nous prévenir d'autres maladies, qui sait? Bref, l'hygiéniste dentaire requiert d'avoir un bagage scientifique typique à sa profession.

C'est aspect que j'adore n'est pas le seul évidemment. Par ses connaissances, elle nous enseigne les principes d'une bonne hygiène buccale. Enseigner? Eh oui, avec sa bonne capacité d'écoute et sa patience, elle devra s'adapter à chaque situation, comme celles avec les enfants qui sont en général craintifs ou bien avec les personnes âgées qui ont plus de difficultés à entendre. Cette professionnelle

devrait avoir un sens de l'organisation, car la confiance est ici une attitude à avoir pour le bien du client. Celle qui travaille avec d'autres professionnels de la santé, comme les dentistes, les autres hygiénistes dentaires ou les assistantes dentaires, devra avoir un bon esprit d'équipe, ce qui est essentiel à l'entraide. Enfin, le contact plus humain et non moins connu fait tout aussi partie de cette belle profession qu'est l'hygiéniste dentaire.

Cette personne, avec son engagement professionnel au sein de l'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, devra tout au long de sa carrière, parfaire ses connaissances pour le bien de nous tous, puisque notre monde est en constante évolution. Et, avec sa capacité de jugement acquise au long de ses études, elle sera en mesure de savoir s'il est convenable ou non d'accomplir les actes reliés à sa profession.

L'hygiéniste dentaire? Une professionnelle en prévention des maladies buccodentaires bien sûr, mais aussi une enseignante qui met tout son cœur en nous transmettant son savoir-faire sur les bons principes d'hygiènes et qui est à l'écoute de chaque client unique en son genre. Voilà ce que j'en pense, maintenant. Parce qu'elle peut faire une différence aussi minime soit-elle au sein de la société, je choisis fièrement cette carrière. Celle qui redonne le sourire aux petits enfants ou simplement aux personnes d'âges mûrs mérite sincèrement une pleine reconnaissance.

– Érika Girouard

Clohée Nadeau-Poulin – 2^e année – Collège Édouard-Montpetit

« COMMENT VOYEZ-VOUS VOTRE RÔLE DE FUTUR HYGIÉNISTE DENTAIRE SUR LE PLAN DE LA PRÉVENTION ET DE L'ÉDUCATION ? »

Plusieurs aspects de mon futur emploi ne cessent de m'interpeller jour après jour. Toutefois, je dois avouer qu'un sujet me fait grandement réagir et réfléchir quant à l'approche que j'aurai auprès des mes patients, et cela, dans quelques années seulement. Je parle ici du rôle de la prévention et de l'éducation en tant qu'hygiéniste dentaire. L'importance de ces éléments est cruciale et déterminante au niveau de la santé buccodentaire des clients, mais également auprès de leur santé générale.

En tant que future hygiéniste dentaire, je me vois fixer trois objectifs personnels qui feront, je le crois sincèrement, la réussite de cet aspect dans ma carrière.

Le premier d'entre eux serait d'instruire mes patients à l'aide d'un enseignement qui leur est propre et unique. Je conçois que chaque individu possède une personnalité singulière et qu'il faut porter une attention distincte en ce qui a trait aux attentes et aux questions qu'ils ont et qu'ils pourraient omettre de poser. L'éducation que je devrai faire se doit d'être originale, créative et attentionnée. L'automatisme doit être oublié et, quelles que soient les méthodes utilisées, je ferai tout pour que mon patient soit hautement conscientisé et comblé du rôle que nous devons avoir par rapport à celui-ci.

Subséquemment, je crois que l'une des priorités que l'on devrait avoir serait de s'attarder aux enfants ainsi qu'aux adolescents. Parfois, on croit qu'une connaissance est acquise alors que nous devrions persister et évoluer en innovant avec de nouveaux apprentissages aux mêmes moments que l'évolution du jeune. Dans le même ordre d'idées, **il** faut que les soins préventifs

d'hygiène dentaire soient pour ce public cible une routine agréable et essentielle à leur vie. Ils doivent réaliser l'impact que ces soins ont sur leur vie actuelle et future. Parfois, selon l'âge de l'enfant, sa capacité d'apprentissage et sa dextérité, j'impliquerais le parent afin que celui-ci collabore à la réussite de sa progéniture. Nonobstant, je crois que la réussite ne résulte que de la motivation de l'être même qui doit réaliser l'acte. C'est pourquoi je porterai une attention particulière à ces jeunes gens pour qui, disons-le, nous pourrions changer la vie.

En définitive, quoique les deux éléments ci-dessus soient d'une importance capitale, je persiste à souscrire qu'en tant qu'hygiéniste dentaire, **il** faut croire en ce métier et en l'impact considérable que nous pouvons avoir auprès de tous les individus que nous croisons jour après jour. Que cela soit en pharmacie alors qu'une personne hésite entre diverses brosses à dents, qu'il s'agisse d'un homme qui se questionne sur son alimentation au gymnase ou encore d'une amie de votre sœur qui se plaint de douleur à la mâchoire, nous nous devons, en tant que professionnels de la santé, mais également comme passionnés d'hygiène dentaire, répondre aux questions, prévenir et éduquer à chaque opportunité qui nous sera présentée. Les connaissances que nous possédons doivent être divulguées à qui s'interroge et je persiste à croire que nous devons également nous tenir au courant de toutes nouvelles découvertes dans notre domaine et dans ceux avoisinants, car l'hygiène dentaire n'est guère un emploi, mais bel et bien un mode de vie.

– Clohée Nadeau-Poulin

Marie-Ève Piché – 3^e année – Cégep de Trois-Rivières

« QUELS MOYENS ALLEZ-VOUS UTILISER AU QUOTIDIEN POUR SENSIBILISER ET ÉDUCER VOTRE CLIENTÈLE AU LIEN ENTRE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE ET LA SANTÉ GÉNÉRALE ? »

La première étape essentielle afin de sensibiliser les gens sera de leur faire comprendre le problème qu'ils ont. Je me dois de leur expliquer en quoi consiste le problème, mais je dois les convaincre pour que ça les touche vraiment. Ils doivent être concernés à 100 % en sachant le problème, où il est situé dans leurs bouches, quelle en est la gravité et ce qu'ils pourraient faire pour le stabiliser, guérir ou prévenir la récurrence. C'est donc en se servant d'eux comme modèle d'étude que je réussirai à les toucher. D'ailleurs, la caméra intra-orale et le miroir à main m'apparaissent comme d'excellents appuis visuels afin de montrer un problème comme une carie, une gingivite ou encore du tartre. En partant avec le fait que le client se sent ciblé par mes explications, je devrai lui faire comprendre que la bouche est une excellente porte d'entrée pour le reste du corps. D'ailleurs, les clients ne comprennent pas pourquoi on demande leurs médicaments lorsqu'on travaille dans la bouche. Dans leurs têtes, c'est à part du système corporel.

Avoir avec soi des appuis visuels comme le cahier de l'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* permet au client de nous faire davantage confiance et en montrant des images réelles des problèmes que l'on trouve dans leurs bouches. Énumérer des statistiques de cancers et de bactériémie sanguine pousse le client à faire face à la réalité. Sans lui faire peur, on permet au client de prendre conscience des impacts de sa santé buccale sur sa santé en général. Un fumeur est effectivement un bon exemple. On commence à lui parler du problème en lui donnant les ressources

et en expliquant les conséquences dans sa bouche puisqu'il vient nous voir pour ça. Ensuite, on utilise des moyens visuels pour lui faire réaliser les impacts sur ses dents par exemple, les taches. On ressort, à ce moment-là, des appuis crédibles comme des dépliants de Santé Canada afin de prouver nos dires. Le fait de référer à d'autres professionnels de la santé (médecin, cardiologue) sensibilise aussi le client à sa santé buccodentaire, mais aussi à sa santé générale. Se faire répéter plusieurs fois la même chose par différents professionnels l'incitera à changer son mode de vie, ses habitudes. On pousse le client à réfléchir à son état en se posant les bonnes questions.

Aussi, il faut rassurer le client en lui offrant une aide et des services afin d'améliorer le lien de confiance. On doit effectivement passer par cette confiance pour avoir un bon impact, un bon résultat. Se rendre disponible auprès d'eux peut être encourageant pour quelqu'un qui veut changer ses habitudes alimentaires causant l'érosion dentaire ou ses habitudes déficientes d'hygiène causant la gingivite. On se doit d'être une des ressources si jamais ils changent d'idée par après. Je me considère donc, en tant que future hygiéniste dentaire, un modèle de changement de comportement, de sources d'informations et de motivateurs auprès du client. Par contre, on ne peut pas changer pour lui malgré les efforts que nous faisons. Le client a toujours le dernier mot.

– Marie-Ève Piché

REER – CELI, CELI – REER: POUR ENFIN Y VOIR CLAIR!

Par Daniel Laverdière, ASA, Pl. Fin. Expert-conseil, Banque Nationale Gestion privée 1859



Depuis 1957, le Régime enregistré d'épargne retraite permet aux contribuables d'accumuler de l'épargne à l'abri de l'impôt jusqu'au moment de la retraite. Pour plusieurs, ce mode d'épargne a été, jusqu'à l'arrivée du CELI, le seul véhicule valable pour épargner ou préparer sa retraite. Cette arrivée a marqué le début d'un nouveau dilemme: REER ou CELI?

Ces deux instruments d'épargne ont chacun leurs objectifs et leurs avantages, mais lequel s'avère le plus avantageux en fonction de votre situation? Voyons-y de plus près.

Vue d'ensemble

Le REER et le CELI permettent tous deux d'investir dans une vaste gamme de produits financiers. Le tableau qui suit vous permettra de repérer rapidement les caractéristiques qui les distinguent.

Quand favoriser le REER?

Le REER est souvent utilisé afin d'accumuler des économies à l'abri de l'impôt en vue de la retraite. L'imposition des rendements est reportée jusqu'à ce que les sommes soient retirées du régime, généralement à l'âge de la retraite. Il s'agit ainsi d'un excellent moyen de différer une partie de l'impôt sur votre salaire afin de combler le manque à gagner à votre retraite. De plus, vos cotisations peuvent être déduites de votre revenu imposable, ce qui peut entraîner un remboursement d'impôt.

Le REER est avantageux si le taux d'imposition lors de retraits au compte est inférieur au taux de déduction lorsqu'on cotise au REER. C'est le cas de la majorité des gens, puisqu'il est fréquent que les revenus à la retraite soient moindres que lors de la vie active. De plus, le REER peut vous donner accès à d'autres programmes connexes, tels que le Régime d'accession à la propriété (RAP).

Quand favoriser le CELI?

Le CELI vous permet quant à lui d'investir jusqu'à 5 000 \$ annuellement (montant indexé au fil des ans) pour différents projets, cela sans imposition sur les revenus de placement générés. Lorsque vous effectuez un retrait au compte, le capital et les revenus ne sont pas assujettis à l'impôt. Vous pouvez donc y effectuer des retraits en tout temps, et à n'importe quelle fin. Le montant retiré ira alors s'ajouter à vos droits de cotisation pour l'année suivante. Cependant, vos cotisations au CELI ne sont pas déductibles du revenu imposable.

Le CELI peut être avantageux pour une multitude de projets à court ou à moyen terme. Il s'agit également du compte idéal pour accumuler des fonds en cas d'imprévus. À plus long terme, le CELI pourrait aussi vous profiter si vous:

- prévoyez un taux d'imposition plus élevé lors du retrait que lors de la cotisation à votre REER;
- avez déjà maximisé votre REER et disposez de sommes non enregistrées à investir;
- êtes un retraité de 71 ans ou plus ne pouvant plus cotiser au REER;
- êtes un investisseur qui réussit à épargner certaines sommes malgré vos faibles revenus, comme un étudiant (18 ans et plus) ou une personne ayant droit au Supplément de revenu garanti (SRG).

En somme, malgré leurs similarités, le REER et le CELI ne sont pas tout à fait interchangeables, et votre décision d'opter pour l'un plutôt que l'autre devrait dépendre de vos objectifs d'épargne et de votre situation financière. Un choix mûrement réfléchi s'impose, et demander l'aide d'un conseiller peut s'avérer judicieux afin d'utiliser à bon escient tout le potentiel offert par ces deux instruments d'épargne. ■

	REER	CELI
Droits de cotisation¹	2010: 22 000\$ 2011: 22 450\$ (jusqu'à concurrence de 18% du revenu gagné)	2010: 5 000\$ 2011: 5 000\$ (sans égard au revenu gagné)
Déduction de la cotisation	Oui	Non
Report des droits inutilisés	Accumulation annuelle	Accumulation annuelle
Création de nouveaux droits de cotisation si retrait	Non	Oui, à partir de l'année suivante
Imposition des revenus	Non	Non
Imposition des retraits	Oui	Non
Impact sur les programmes sociaux (PSV, SRG)*	Oui	Non
Échéance du régime	L'année du 71 ^e anniversaire du cotisant	Aucune
Possibilité de cotiser au compte du conjoint	Oui	Non (mais les fonds peuvent lui être transférés pour qu'il contribue à son compte)
Possibilité de donner en garantie	Non	Oui
Retrait minimum obligatoire	Oui (une fois le REER transformé en FERR**)	Non

*Pension de la Sécurité de la vieillesse, Supplément de revenu garanti.

** Fonds enregistré de revenu de retraite.

1. Pour le REER comme pour le CELI, certaines pénalités peuvent s'appliquer si vous dépassez le seuil de cotisation admissible.

© 2011 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés. Toute reproduction totale ou partielle est strictement interdite sans l'autorisation préalable écrite de la Banque Nationale du Canada. Les informations et les opinions qui sont exprimées dans la présente communication le sont uniquement à titre informatif et n'ont pas pour but de vous donner des conseils précis de nature juridique, financière, comptable, fiscale ou en matière de placements. La Banque Nationale du Canada a pris les moyens nécessaires afin de s'assurer de la qualité et de l'exactitude des informations contenues aux présentes à la date de la publication. Cependant, la Banque Nationale du Canada ne garantit ni l'exactitude ni l'exhaustivité de cette information et cette communication ne crée aucune obligation légale ou contractuelle pour la Banque Nationale du Canada ou l'une de ses filiales.

**Découvrez les avantages du programme financier
conçu pour les hygiénistes dentaires!**

banquedelasante.ca

ET ACTION!



CURAPROX

La précision suisse dans les soins interdentaires

L'OHQD a accrédité cette activité de formation continue selon des renseignements généraux recueillis. Il n'a pas vérifié le contenu détaillé de l'activité ni son déroulement. Il est de la responsabilité de l'hygiéniste dentaire de s'assurer que cette formation est directement liée à sa pratique professionnelle.

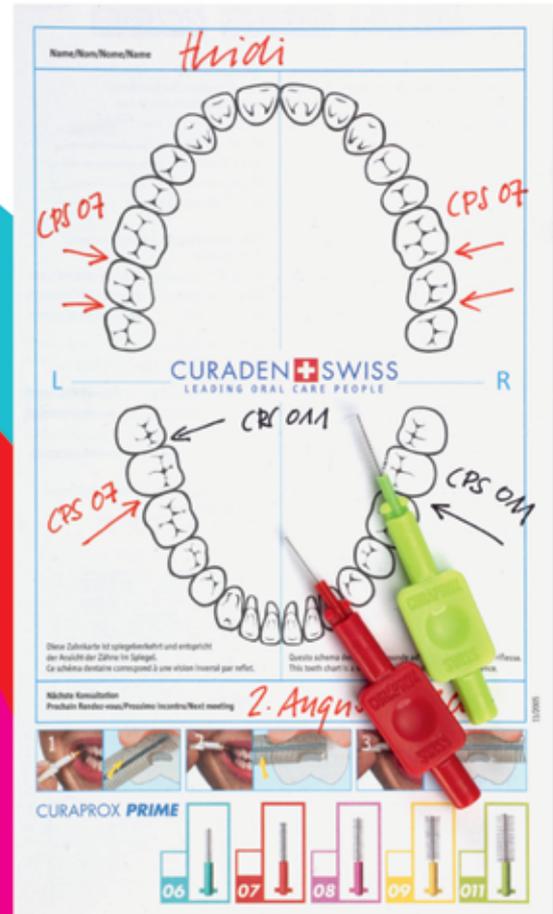
Diamètre d'insertion >0,6 mm
Diamètre d'efficacité du nettoyage <2,2 mm

Diamètre d'insertion >0,7 mm
Diamètre d'efficacité du nettoyage <2,5 mm

Diamètre d'insertion >0,8 mm
Diamètre d'efficacité du nettoyage <3,2 mm

Diamètre d'insertion >0,9 mm
Diamètre d'efficacité du nettoyage <4,0 mm

Diamètre d'insertion >1,1 mm
Diamètre d'efficacité du nettoyage <5,0 mm



NOUVEAU PROGRAMME DE FORMATION POUR HYGIÉNISTE DENTAIRE

Une approche différente et efficace pour guider vos patients!

Hygiéniste dentaire, vous jouez un rôle essentiel dans le développement de saines habitudes d'hygiène buccale. Reconnue en Europe depuis plusieurs années, l'approche iTOP propose une façon nouvelle et individualisée d'aborder l'hygiène dentaire. Grâce à notre programme de formation, vous apprendrez comment transmettre à vos patients les connaissances et les bonnes techniques de nettoyage tout en les amenant à intégrer leur propre routine d'hygiène avec des moyens auxiliaires adaptés et choisis selon chacun. **Pour plus d'information et pour vous inscrire :**

NOMBRE D'HEURES RECONNUES PAR L'OHQD

12

iTOP

LA PROPHYLAXIE BUCCODENTAIRE ENSEIGNÉE INDIVIDUELLEMENT acceptée - efficace - non traumatisante Selon Dr Jiri Sedelmayer



(514) 995-4872
www.curaprox.ca

Entreprise Dentalink inc.
Distributeur exclusif au Canada

SWISS PREMIUM ORAL CARE

Le guide Treize vérités...

QUE VOTRE HYGIÉNISTE DENTAIRE NE VOUS DIT PAS

Source : Reproduit avec permission. *Sélection*, septembre 2011. © 2011, Périodiques Reader's Digest Limitée, Montréal, Québec.

Sur l'hygiène...

01 On aimerait bien savoir **pourquoi certains patients mangent un plat à l'ail ou à l'oignon** avant leur rendez-vous.

02 Certaines hygiénistes mettent **deux masques pour traiter un patient qui a mauvaise haleine**. Parfois, cela ne suffit pas.

03 Voir une bouche d'**enfant pleine de grosses caries** nous crève le cœur.

04 Beaucoup de gens ne comprennent pas qu'en négligeant leurs dents ils se préparent des problèmes plus graves, **qui coûteront plus cher**.

Sur la ponctualité...

05 Il suffit d'un patient en retard pour décaler tous les rendez-vous et mécontenter les autres clients. Par la faute d'**un retardataire, toute notre journée est gâchée**.

06 Aux retardataires chroniques, **nous donnons une fausse heure de rendez-vous**. Quand ils se présentent en retard, ils sont à peu près à l'heure.

Sur la douleur...

07 Nous essayons de rassurer les patients qui se plaignent, mais ce que nous avons vraiment envie de leur dire, c'est : « Il y a des choses bien pires qu'un nettoyage dans la vie; alors, **cessez de faire l'enfant!** »

08 Certains patients grimacent avant même que nous ayons commencé à travailler. **D'accord, il y a des hygiénistes moins douces que d'autres**, mais la plupart ont la main très légère.

Sur la conversation...

09 Le secret le mieux gardé de la profession, c'est qu'une hygiéniste ne reconnaît pas toujours son patient et ne se rappelle pas forcément leur dernière conversation. Elle s'en sort en mettant dans le **dossier un résumé des sujets abordés** (vacances, travail, enfants, animaux).

10 Quand on a affaire à un bavard, **mieux vaut lui fourrer les instruments dans la bouche dès qu'il l'ouvre**; sinon, on risque de ne pas finir à temps.

Sur les enfants...

11 Quand un parent fait mine d'accompagner son enfant, nous lui demandons de rester dans la salle d'attente. Au lieu de le tranquiliser, **il lui communiquerait son anxiété, et l'enfant** se mettrait à pleurer ou ferait une scène. Les enfants se tiennent très bien quand ils sont seuls avec nous.

12 Il faut **habituer les enfants aux visites chez le dentiste quand ils sont jeunes**. Ils seront plus portés à continuer quand ils seront grands.

Sur le blanchiment des dents...

13 Les gens s'attendent à ce que **leurs dents deviennent aussi blanches que celles de telle vedette**, mais les stars se font souvent laquer le devant des dents. Beaucoup d'hygiénistes s'opposent à cette technique parce qu'on doit amincir l'émail pour obtenir une surface égale. De toute façon, les photos sont retouchées pour faire paraître les dents plus blanches. ■

Texte reproduit avec autorisation.

Test de paternité EN VENTE LIBRE

Source : Reproduit avec permission. *Magazine Enfants Québec*, juillet-août 2011.

En Grande-Bretagne, la chaîne de pharmacies Boots offre désormais à ses clients un test de paternité en kit. Ce test, très simple, consiste en un prélèvement de salive du présumé papa et de son enfant, qu'il suffit d'envoyer à un laboratoire. Les résultats reçus sous cinq jours seraient fiables à 99 %, affirme la compagnie Assuredna, qui commercialise les tests. Immédiatement, des voix inquiètes ont évoqué le risque important de voir des ruptures sentimentales en découler : une étude européenne datant de 2005 est en effet arrivée à la conclusion que de 10 à 24 % des enfants ne sont pas le fils ou la fille de leur père légal... sans que beaucoup d'hommes le sachent! ■

Texte reproduit avec autorisation.

Un acte préventif TROP SOUVENT BANALISÉ



Par **Elaine Bertrand**, HD, ND (Phy) – membre du RHDSQP



La fluorothérapie est devenue un geste routinier pour certains hygiénistes dentaires. Pourtant, la compréhension du mécanisme d'action du fluorure s'est modifiée depuis quelques années. En effet, des études sur les fluorures démontrent que ceux-ci ont un rôle déterminant dans la prévention de la

carie dentaire, surtout s'ils sont constamment présents en petites quantités dans la salive et le biofilm dentaire.

L'émail de la dent est poreux et principalement composé d'un réseau de cristaux d'hydroxyapatite de calcium, de 2 à 4% de carbonates et d'autres éléments (Na, Mg, K, Cl, Zn, F, etc.) pour environ 1%. De plus, les longs et fins cristaux de l'émail sont entourés d'une substance intercrystalline formée d'eau, de protéines et de lipides.

Les fluorures réduisent la perméabilité de cette structure dentaire en bloquant la dissolution des cristaux d'hydroxyapatite de calcium. C'est ainsi qu'ils ralentissent le processus de déminéralisation de l'émail de la dent. Dans un environnement acide, les ions fluorures réagissent fortement avec le calcium et le potassium. Il se forme des réservoirs de fluorure dans la matrice organique entourant les cristaux d'apatite. Le fluor se substitue ainsi à quelques ions hydroxyles. Ces cristaux de fluoroapatite sont moins solubles que l'hydroxyapatite en raison du meilleur arrangement cristallographique des atomes. Il en résulte un minéral plus résistant à la dissolution acide. Les fluorures favorisent également la reminéralisation de l'émail en se combinant aux nombreux minéraux présents dans la salive. Les fluorures contenus dans la phase aqueuse de la plaque dentaire sont déterminants dans le processus de déminéralisation et de reminéralisation de l'émail dentaire. Ils ont aussi une action bactériostatique sur la plaque dentaire.

Les applications professionnelles de fluorures

Ils sont constitués de vernis, de gel, ou de mousse, à haute teneur en fluorures. Les applications topiques de fluorures n'augmentent pas de beaucoup la concentration de l'émail en fluorures, mais tendent plutôt à fournir une protection locale en incorporant

... les fluorures (...) ont un rôle déterminant dans la prévention de la carie dentaire, surtout s'ils sont constamment présents en petites quantités dans la salive et le biofilm dentaire.

et en concentrant les fluorures dans le biofilm dentaire et les muqueuses buccales. L'absorption du fluor est proportionnelle au temps d'application et de contact avec les dents.

Le vernis fluoré

Son emploi, comme agent anticariogène, a débuté dans les années 1970 et dès les années 1980, il était largement utilisé en Europe. Depuis plusieurs années, il est employé aux États-Unis pour la prévention de la carie de la petite enfance. Au Québec, la majorité des hygiénistes dentaires en santé publique utilisent le vernis fluoré lors du suivi préventif individualisé.

Il contient du fluorure de sodium (NaF 5%) dans une base neutre de colophane (2,26%) et son pH est neutre (7,0%). Le vernis fluoré est caractérisé par une haute concentration en fluorures et sa capacité à prolonger le temps de contact entre les surfaces



dentaires et les fluorures. Un millilitre de vernis contient 50 mg de fluorure de sodium, l'équivalent de 22,6 mg d'ions fluor par ml, soit 22 600 ppm. Ses avantages cliniques sont nombreux, il est sécuritaire, rapide d'application et facile d'utilisation.

L'application de vernis fluoré nécessite qu'une très petite quantité de fluorure, 2,5 ml sont suffisants pour couvrir une dentition primaire et 0,5 ml pour une dentition mixte ou permanente. Il nécessite un léger séchage de la dentition puis son application se fait à l'aide d'un petit pinceau. L'idéal est de travailler un quadrant à la fois. Il est conseillé de commencer par les dents inférieures, puisque la salive s'accumule au niveau du plancher de la bouche. La durée de l'application peut varier entre une à trois minutes dépendant du nombre de dents présentes. Le vernis fluoré possède un risque d'ingestion réduit, car il se fixe aux dents dès qu'il entre en contact avec la salive ou l'eau. La quantité de fluorure ingérée lors d'une application de vernis fluoré chez l'enfant est à peine détectable au niveau plasmatique. C'est le seul traitement professionnel au fluorure acceptable pour les enfants d'âge préscolaire.

Le vernis se fixe aux dents dès qu'il entre en contact avec la salive ou l'eau. Il demeure en contact avec l'émail plusieurs heures ce qui lui permet de ralentir et même de stopper l'attaque carieuse. Ce point est un atout chez le jeune enfant. Son seul désavantage, il laisse des résidus inesthétiques sur les dents, mais ils disparaissent lors du brossage des dents. On peut boire et manger immédiatement après son application. Cependant, il faut éviter de se brosser les dents afin de permettre au vernis fluoré de demeurer au contact de l'émail le plus longtemps possible. Il faut également éviter de manger des aliments durs comme des carottes et des pommes ainsi que des aliments collants.

La technique de genoux à genoux

Les hygiénistes dentaires du secteur privé pourraient privilégier l'application du vernis fluoré chez les jeunes enfants présentant un risque carieux. La technique de genoux à genoux est la plus appropriée pour l'application du vernis fluoré chez la clientèle en bas âge (1 à 3 ans). Dans le document, *Ma première visite chez le dentiste, guide de soutien pour l'équipe dentaire, la technique de genoux à genoux est expliquée ainsi; «l'hygiéniste dentaire s'assoit de façon à être face au parent. L'enfant est assis sur les genoux du parent face à celui-ci et ce dernier tient les mains de l'enfant. L'enfant est alors basculé vers l'arrière de façon à ce que la tête soit déposée sur les genoux de l'hygiéniste dentaire. Cette position permet à l'enfant de voir et de demeurer en contact avec son parent pendant que l'hygiéniste dentaire procède à l'application du vernis fluoré dans un minimum de restrictions. Cette position offre une excellente vision de la cavité buccale pour l'hygiéniste dentaire. L'éclairage peut être amélioré par l'utilisation d'une lampe frontale».*

Il est donc essentiel de diagnostiquer la lésion carieuse de l'émail dans sa première phase, avant la cavitation, afin de mettre en œuvre une thérapie prophylactique permettant à la lésion de se reminéraliser, évitant ainsi la réalisation d'une obturation. Les hygiénistes dentaires devraient considérer les fluorures comme étant des agents actifs dans le traitement de la carie plutôt qu'une simple mesure préventive. ■

Références

- Ma première visite chez le dentiste, guide de soutien pour l'équipe dentaire, http://www.santesaglac.gouv.qc.ca/web/document/20060324_guide%20soutien%20équipe%20dentaire.pdf
- La fluorothérapie. *L'Explorateur*, vol. 14, no 1, avril 2004, Fluoride vanish in the prevention of dental caries in children and adolescents: a systematic review, JCDA, February 2008, Vol. 74, no 1, <http://www.cda-adc.ca/JCDA/vol-74/issue-1/73.pdf>
- Les fluorures quoi de neuf? *Journal dentaire du Québec*, vol. 40, janvier 2003, http://www.ordredesdentistesduquebec.qc.ca/publications/images/pdf/Article_2003_01_Fr.pdf
- Une mise à jour sur les fluorures et la fluorose, *Journal de l'Association dentaire canadienne*, vol. 69, no 5, <http://www.cda-adc.ca/JADC/vol-69/issue-5/286.pdf>
- Les fluorures et la santé humaine, Santé Canada, mise à jour octobre 2010, http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgaper/pdf/iyh-vsv/viron/fluor-fra.pdf
- Le vernis fluoré; quand et comment l'utiliser? http://www.information-dentaire.fr/pdf/10911_idvol92n6p23-27.pdf
- Fluorure et cario-prévention, <http://meddent2005.tripod.com/Epidemic/Fluorures.pdf>
- Anatomie pathologique bucco-dentaire, **Jean-Claude Kaqueler, Olivier Le May**

Boire beaucoup d'eau EST-IL DANGEREUX ?

Par **Priscilla Reig**, Agence Science Presse

Source : Texte reproduit avec permission. « Cet extrait a été reproduit aux termes d'une licence accordée par Copibec ». www.cyberpresse.ca/vivre/sante/201108/10/01-4424871-boire-beaucoup-deau-est-il-dangereux.php

« Buvez 8 verres d'eau par jour pour rester en bonne santé! » Qui n'a jamais entendu ce conseil? Ce message profite-t-il seulement aux marques d'eau en bouteille et à ceux qui font des affaires dans ce domaine? C'est en tout cas la position affichée par un médecin dans une lettre publiée dans le *British Medical Journal*: consommer autant d'eau peut nuire à la santé.

Selon Margaret McCartney, boire beaucoup d'eau peut perturber le sommeil et causer des dommages aux reins, entraînant une incontinence urinaire, surtout chez la femme. Une consommation excessive d'eau pourrait aussi déclencher une « hyponatrémie », une affection pouvant mener à une hypertension intracrânienne potentiellement mortelle. Selon elle, aucune preuve scientifique n'appuie les recommandations émises depuis plusieurs années par les nutritionnistes qui incitent à consommer autant d'eau.

Mais d'où vient ce chiffre de 8 verres d'eau? « De nos connaissances en physiologie », répond Anne St-Jacques, diététiste-nutritionniste. « C'est logique, le corps humain est composé à 60 % d'eau et nous avons des pertes quotidiennes de 1,5 litre à 2 litres d'eau qu'il faut suppléer. » Cette experte dit d'ailleurs ne pas comprendre l'appel à la modération de ce médecin écossais.

La défense de Margaret McCartney : boire autant d'eau pour être en bonne santé est un mythe entretenu par les embouteilleurs d'eau. Elle dénonce les campagnes de certaines entreprises, qui incitent d'après elle à un excès d'hydratation. Sur son site Internet *Hydratation for Health*, la compagnie française Danone – qui commercialise entre autres la marque Évian – recommande de boire entre 1,5 et 2 litres d'eau par jour. « Une telle hydratation est essentielle pour des fonctions corporelles normales », prévient le site sur un ton affirmatif.

En Europe et au Canada, la presse et les spécialistes de la profession s'interrogent et réagissent. Quelle quantité de liquide faut-il absorber chaque jour pour maintenir l'équilibre hydrique? Car c'est bien de liquide dont il est question. « 8 verres par jour ne sont pas dommageables », prévient la nutritionniste-diététicienne Paola Vergara. « Par contre, Margaret McCartney devrait viser tous les liquides, café, thé, jus... Les fruits et légumes apportent aussi beaucoup d'eau. » Pour cette professionnelle, des problèmes de santé pourraient survenir seulement au-delà de 4 litres d'eau ingérés par jour.

À Santé Canada, Olivia Caron, agente des relations avec les médias, précise qu'aucune limite n'a été fixée par l'organisme quant au nombre de verres d'eau à consommer par jour. « Puisque les individus en santé éliminent facilement l'excès d'eau et, de ce fait, maintiennent l'équilibre hydrique de leur corps, explique-t-elle, un apport maximal tolérable n'a pas été fixé pour l'eau. »

Eau, boissons, aliments, le guide alimentaire canadien de Santé Canada ne fait pas la différence et parle plutôt d'un apport d'eau suffisant par jour. C'est aussi l'avis des deux diététistes-nutritionnistes interrogées. Une chose est sûre, sportifs, jeunes enfants, personnes âgées et femmes enceintes ont des besoins supérieurs en eau. « Et en période de canicule, il faut boire encore plus souvent », conseille Paola Vergara. ■



L'usage du tabac chez les adolescents ET LE BROSSAGE DE DENTS

Par Wahaidi, V., Kowolik, M., Eckert, G., Galli, D: *Endotoxemia and the Host Systemic response during experiment gingivitis. J. Clin Perio 38:412-417, 2011.*

Source : Reproduit avec permission. *Perio Reports*, volume 23, numéro 17, juillet 2011



Fumer est un facteur de risque significatif pour la maladie parodontale aussi bien que d'autres maladies systémiques. Un autre facteur de risque est une pauvre hygiène buccodentaire. Si ces deux comportements à risque commencent tôt chez une personne, ils pourraient devenir des habitudes à long terme.

Les chercheurs à l'Université de Tampere en Finlande ont utilisé un sondage de 12 pages comportant 85 questions afin de rassembler des données concernant l'usage du tabac au quotidien et le brossage de dents chez les adolescents. Des questions démographiques étaient également incluses. Les adolescents sondés faisaient partie d'une plus grande étude sur la santé déjà en cours en Finlande.

Le sondage a été envoyé à 9 853 adolescents âgés respectivement de 14, 16 et 18 ans. De ce nombre, 5 643 sondages ont été retournés pour un taux de participation de 65 %. Le taux de réponse chez les filles a été de 73 % comparativement à 57 % chez les garçons.

Pour les adolescents qui fument quotidiennement, nous avons relevé un pourcentage de 10 % chez les adolescents âgés de 14 ans, de 25 % chez ceux âgés de 16 ans et de 33 % chez ceux de 18 ans. Un pourcentage plus élevé de filles fument à l'âge de 14 et 16 ans que chez les garçons. À l'âge de 18 ans, fumer au quotidien était similaire autant chez les filles que chez les garçons.

Un plus haut pourcentage de filles, comparativement aux garçons, se brossent les dents plus d'une fois par jour, et ce,

dans tous les groupes d'âges. Fumer quotidiennement et se brosser les dents moins d'une fois par jour ont été recensés chez 7 % des 14 ans, 18 % chez les 16 ans et 22 % chez les 18 ans et plus. La combinaison de ces deux mauvaises habitudes suggère une augmentation probable de risques de maladies parodontales chez les adolescents de la Finlande.

Implications cliniques : Les conseils de cessation tabagique ainsi que les instructions d'une bonne hygiène buccodentaire doivent faire partie de chaque visite d'adolescent au cabinet dentaire. Les recherches indiquent que les adolescents sont plus réceptifs aux instructions données par les professionnels de la santé au sujet de la cessation tabagique que celles données par les parents. ■

Traduit avec autorisation du texte original «*Adolescent Smoking and Toothbrushing*», *Perio Reports*.

On en sait plus sur L'ANÉVRISME DE L'AORTE

Par Odile Capronnier

Source : Reproduit avec autorisation. Odile Capronnier / Science & Vie, juillet 2011, n° 1126.

Le lien entre la parodontite (inflammation des tissus qui soutiennent les dents) et l'anévrisme de l'aorte abdominale (partie de l'aorte située dans l'abdomen) était connu, mais la relation de causalité restait à établir. Une équipe française y est parvenue en identifiant des bactéries présentes dans l'aorte abdominale. L'anévrisme est une dilatation de l'artère, parfois jusqu'à la rupture, due à un amincissement de la paroi vasculaire. Il se développe à partir d'un dépôt de graisse (un athérome), bientôt recouvert d'un caillot sanguin (thrombus) qui attire des globules blancs (neutrophiles) dont les sécrétions dégradent la paroi vasculaire. Que viennent faire ici ces cellules défensives?

Les chercheurs ont retrouvé, dans le thrombus des patients étudiés, l'ADN de bactéries *Porphyromonas gingivalis*, un agent infectieux des parodontites. Les neutrophiles seraient donc là pour les combattre. De plus, des injections répétées de *P. gingivalis* chez le rat accélèrent l'évolution de l'anévrisme. « Cette bactérie est probablement responsable de l'entretien du processus, explique Olivier Meilhac, à l'Inserm. La mastication entretient le passage chronique, dans la circulation, de bactéries qui se fixent sur le thrombus et attirent des neutrophiles au contact de la paroi de l'aorte : au lieu de cicatriser, elle continue de se dégrader. » Prochain cap : montrer via un essai clinique que soigner la parodontite stoppe l'évolution de cet anévrisme. ■



Bactérie MANGEUSE DE TARTRE

Par Dominique Forget

Source : L'Actualité, 1^{er} juin 2011, page 75.

Votre dentifrice ne sera jamais plus pareil. Hidenobu Senpuku, biologiste à l'Institut national des maladies infectieuses, à Tokyo, a découvert qu'une enzyme appelée FruA, synthétisée par la bactérie *Streptococcus salivarius*, était fort efficace pour lutter contre la formation de plaque sur l'émail des dents. La bactérie et son enzyme sont naturellement présentes dans notre bouche, mais leur concentration n'est pas toujours suffisante pour faire échec aux autres bactéries, comme *Streptococcus mutans*, à l'origine de la formation de la plaque dentaire. Le chercheur japonais croit qu'en ajoutant de petites quantités de FruA aux dentifrices, on pourrait accroître sa force d'action.

Le superdentifrice aura des limites et ne permettra pas à ceux qui l'utilisent de manger des bonbons impunément, prévient Hidenobu Senpuku. Au cours de ses expériences, il a constaté que lorsque le taux de sucre dans la bouche dépasse un certain seuil, la bactérie et son enzyme perdent tous leurs moyens. ■

Texte reproduit avec autorisation.



L'efficacité du masque... UNE QUESTION DE MANIPULATION ?

Par Christine Thibault B.Sc., HD



Dernièrement, je m'interrogeais sur l'efficacité de mon masque facial. Je sais qu'il y a différents degrés de protection selon les procédures. Je sais aussi que la clinique où je travaille s'assure que notre protection est adéquate et que dernièrement nous avons changé pour de nouveaux masques encore plus efficaces.

Je constate que des efforts sont faits pour choisir et acheter des masques sécuritaires, mais je me demandais si la manière de les manipuler, une fois sortis de la boîte, pouvait avoir un impact sur leur efficacité.

Au cours des vingt-cinq dernières années, j'ai travaillé dans diverses cliniques dentaires et je me rappelle avoir vu des masques déposés sur des lunettes de protection souillées près du lavabo, d'autres, accrochés au cou du personnel, à une oreille ou à un coude, dans les poches d'uniforme, dans la cuisine et même d'autres accrochés avec les sarraus au vestiaire!

J'ai donc décidé de faire quelques lectures sur le sujet. J'ai été surprise d'apprendre que des études datant d'avant 1940 démontrent que le port du masque prévenait l'exposition des patients aux gouttelettes exhalées par les travailleurs de la santé durant la toux, les éternuements et la conversation. ⁽¹⁾

Aujourd'hui, le concept a bien évolué et il sert plutôt à protéger les travailleurs de la santé contre l'exposition potentiellement infectieuse des microorganismes dans les aérosols, les débris et les éclaboussures. ⁽¹⁾ On n'a qu'à regarder notre uniforme à la fin d'une journée pour constater que ce n'est pas de la science-fiction!

Je suis aussi retournée consulter l'édition 2009 du Document d'information sur le contrôle des infections-Médecine dentaire qui confirme que:

« Le masque doit être utilisé pour toutes procédures cliniques où la production d'aérosols est anticipée, incluant le nettoyage et la désinfection des instruments et des surfaces. Il doit être changé

Le masque doit être utilisé pour toutes procédures cliniques où la production d'aérosols est anticipée, incluant le nettoyage et la désinfection des instruments et des surfaces. Il doit être changé après chaque patient.

après chaque patient ou lorsqu'il y a production élevée de gouttelettes et d'aérosols (détartreur, polisseur), **car le masque perd son efficacité lorsqu'il est humide.** » ⁽²⁾

Voici ce que j'ai aussi trouvé:

– **Un masque porté plus de 20 minutes dans un environnement avec aérosols perd ses propriétés de protection et permet aux microorganismes de pénétrer à travers le matériel mouillé.** ⁽¹⁾

– Le masque peut aussi devenir mouillé par l'air humide expiré par le travailleur de la santé. ⁽³⁾

– Le masque doit épouser parfaitement le nez et la bouche du travailleur de la santé pour que celui-ci respire bien à travers le masque et non autour du masque. ⁽³⁾

– Le masque ne doit pas venir en contact avec les narines, ni les lèvres. ⁽¹⁾

RÉFLEXION

– L'efficacité de filtration du masque est significativement réduite chaque fois que sa surface extérieure devient contaminée par des gouttelettes d'aérosols, ou en touchant le masque avec des gants ou des mains contaminés.⁽³⁾

– Pour enlever le masque :

Saisir seulement l'élastique ou l'attache du côté. Ne jamais manipuler l'extérieur d'un masque contaminé avec des mains nues ou gantées. Ne jamais placer le masque sous le menton.⁽⁴⁾

– Il doit être fait d'un matériel qui ne doit pas s'affaisser lorsque porté ou mouillé.⁽¹⁾

– Et finalement :

« Le pistolet air/eau, la turbine et le détartreur ultrasonique produisent de fortes concentrations de bioaérosols potentiellement infectieux. En moyenne, ces bioaérosols ont un diamètre inférieur à un micromètre. À cette dimension, ils flottent dans l'air et demeurent en suspension pendant des heures. C'est donc tout l'air de la pièce qui se trouve potentiellement contaminé par les bioaérosols et pas seulement l'environnement immédiat du patient. Cette contamination peut subsister bien après la fin de l'intervention »⁽⁵⁾

« L'étanchéité du masque sur le pourtour du visage est cruciale pour assurer une protection adéquate. »⁽⁵⁾

« En raison de la présence potentielle de bioaérosols infectieux sur la surface filtrante, **il faut manipuler le masque avec soin et se laver les mains après en avoir disposé.** »⁽⁵⁾

Dans le but d'améliorer ma sécurité personnelle, je vais davantage porter attention à ce qui précède pour exécuter un geste qui pourtant paraît très banal.

Je vais continuer à suivre les recommandations pour sa manipulation, soit de mettre le masque en place en premier, les lunettes et ensuite me laver les mains avant de mettre les gants.⁽⁴⁾

Et aussi, faire rincer le patient avant le début du traitement avec un antiseptique reconnu (ou eau pour les enfants) afin de réduire la flore bactérienne à la source.⁽²⁾ ■

Références

1. **John A. Molinari.** Face masks: Selection criteria and choices. RDH the national magazine for dental hygiene professionals, October 2009, p.94-95.
2. Ordre des dentistes du Québec et Ordre des hygiénistes dentaires du Québec. Document d'information sur le contrôle des infections Médecine dentaire, édition 2009, p.17-21.
3. **Dr. Trey L. Petty.** Canadian Dental Association Committee on Clinical & Scientific Affairs. Infection Prevention and Control in the Dental Office: An opportunity to improve safety and compliance. June 2006.
4. **Wilkins, E.** Clinical practice of the dental hygienist. 10th edition, p.57-58.
5. **Bousquet, L. & Lavoie, J.** Les bioaérosols en cabinet dentaire. Quel masque choisir? Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), Montréal (Québec)[®] IRSST, novembre 2008.

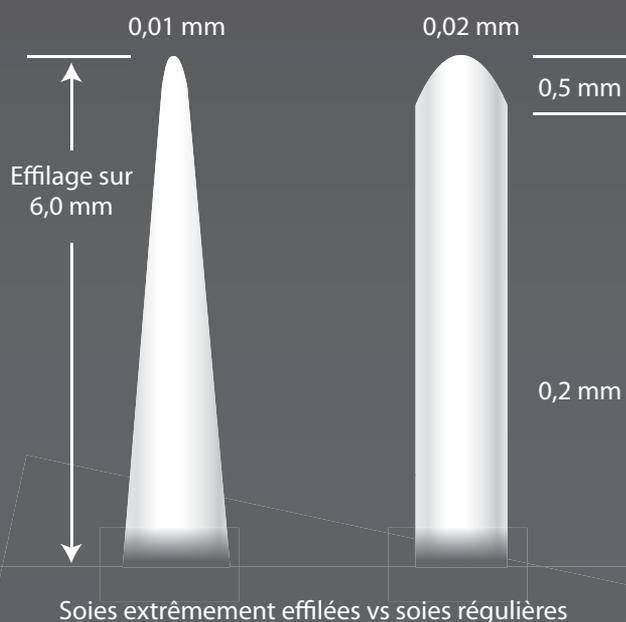
Demandez une soumission
1 888 476-8737
lapersonnelle.com
10 min
Découvrez vos tarifs de groupe exclusifs en aussi peu que 10 minutes !
Certaines conditions s'appliquent.

Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

laPersonnelle
Assureur de groupe auto, habitation et entreprise

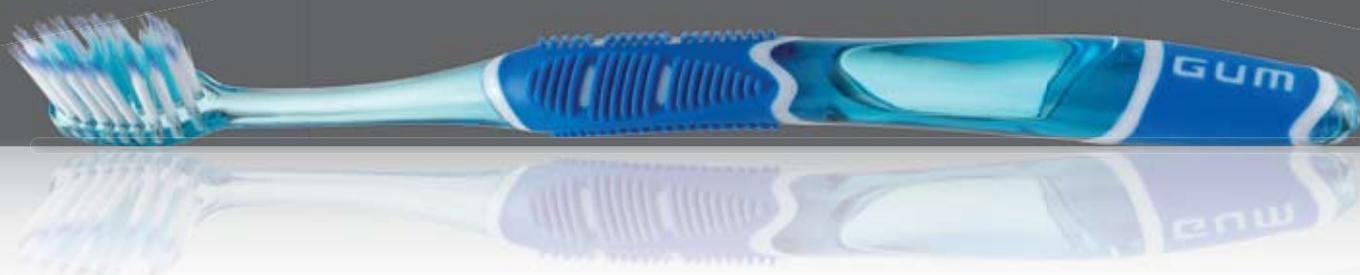
La bonne combinaison.

Ce n'est pas un vrai nettoyage si ce n'est pas **TECHNIQUE^{MD} DEEP CLEAN!**



GUM^{MD} Technique^{MD} Deep Clean

- Pénètre en douceur les sillons à une profondeur de 2,8 mm par rapport à 0,6 mm pour les brosses de la concurrence*
- Enlève 8 mm de plaque artificielle par rapport à 1,2 mm pour les brosses de la concurrence*
- Permet un accès plus profond aux espaces interdentaires (1,45 mm) que les brosses de la concurrence (0,89 mm)*



Nettoyage supérieur et élimination exceptionnelle de la plaque!

Voici GUM^{MD} Technique^{MD} Nettoyage en profondeur, une brosse à dents unique, munie de soies extrêmement effilées. Les soies contribuent au nettoyage en profondeur et en douceur des sillons, des espaces interdentaires et de la ligne gingivale. L'appui-pouce Quad-Grip^{MD} breveté aide à tenir naturellement le manche à un angle de 45° pour orienter les soies vers le sillon et favoriser le nettoyage sous-gingival. Recommandée pour les patients qui présentent des signes de gingivite. Essayez-la à votre clinique et faites l'expérience du nettoyage en profondeur.

SUNSTAR



**Pour plus d'information, visitez www.GUMbrand.com
ou composez 1-800-265-8353**

* Tests effectués au Medical Center College of Dentistry de l'université du Nebraska et au YRC inc. à l'aide d'équipement de laboratoire conçu selon les plans de Nygard-Ostby, Edvardsen et Spydevold. Cette méthode est fréquemment utilisée depuis 1998 pour l'évaluation des brosses à dents. Les données publiées sont disponibles et figurent au dossier.

Ne vous dégonflez pas.

Éliminez presque toute la gingivite.*

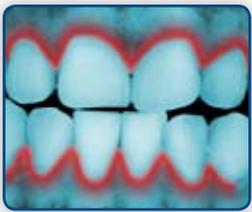


Une étude clinique a permis de démontrer que l'utilisation des produits suivants réduit la gingivite de 95 %¹ :

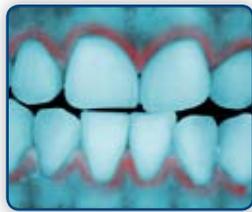
- la brosse à dents électrique Oral-B® Professional Care Série intelligente 5000 avec écran SmartGuide™† et
- la nouvelle soie dentaire Oral-B® Glide® Pro-Santé Protection clinique pour professionnels

*lorsqu'elle est utilisée avec le nouveau dentifrice Crest® Pro-Santé Protection thérapeutique des gencives

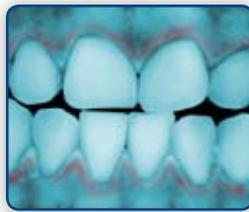
Images améliorées mettant en évidence le milieu de la bouche et la diminution marquée de la gingivite au fil du temps*



Avant d'utiliser le système :
Gingivite importante



2 semaines d'utilisation :
Début de la diminution de la gingivite



6 semaines d'utilisation :
Diminution remarquable de la gingivite

Pour en apprendre davantage au sujet de Pro-Santé Protection thérapeutique contre la gingivite, communiquez avec Crest® Oral-B® en composant le 1-888-767-6792 ou visitez le **dentalcare.com**

* Résultats cliniques obtenus après six semaines d'utilisation du nouveau dentifrice Crest® Pro-Santé Protection thérapeutique des gencives, de la nouvelle soie dentaire Oral-B® Glide® Pro-Santé Protection clinique pour professionnels et de la brosse à dents électrique Oral-B® Professional Care Série intelligente 5000 avec écran SmartGuide™.

¹ Après 6 semaines d'utilisation comparativement à un traitement prophylactique et au brossage à l'aide d'une brosse à dents manuelle ordinaire et d'un dentifrice anticarie ordinaire.

Le dentifrice Crest® Pro-Santé protège contre la sensibilité dentaire, combat la gingivite, la plaque et le tartre, et prévient la carie. Pour les adultes et les enfants de 12 ans et plus. Ne pas avaler.

Brisez le cycle de la gingivite*



Crest® Oral-B®

PRO-SANTÉ

PROTECTION

THERAPEUTIQUE

CONTRE LA GINGIVITE

Crest® Oral-B®