



Ordre des  
hygiénistes dentaires  
du Québec

# L'EXPLORATEUR

Le magazine de l'Ordre  
des hygiénistes dentaires  
du Québec

## Le cancer

Un dépistage précoce  
fait une réelle différence

Vol. 22 N° 1 Avril 2012 PP 40009269 - Retourner toute correspondance ne pouvant être livrée au Canada à: OHDQ 1155, rue University, bureau 1212, Montréal (Québec) H3B 3A7

### DOSSIER

Cancer buccal:  
une épidémie croissante?

### ACTUALITÉ

La planification  
de traitement  
de réhabilitation.  
L'importance de  
l'hygiéniste dentaire

### CONGRÈS 2012

Programme  
préliminaire

## 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](mailto:kguillemette@centreslapointe.com)**  
ou consultez le site web **[www.centreslapointe.com](http://www.centreslapointe.com)**

# L'EXPLORATEUR

Le magazine de l'Ordre  
des hygiénistes dentaires  
du Québec

- 5 Avant-propos
- 6 MOT DE LA PRÉSIDENTE ET DIRECTRICE GÉNÉRALE
- 7 A word from the President and Executive Director
- 8 L'Explorateur virtuel



## DOSSIER : LE CANCER

- 10 CANCER BUCCAL : UNE ÉPIDÉMIE CROISSANTE ?
- 12 L'oncologie bucco-dentaire
- 13 Cancer 101 : Introduction à la maladie maligne. En quoi consiste exactement cette terrible maladie ?
- 18 Cancer du poumon : le cancer qui tue le plus
- 19 Velscope : lumière bleue... nécessaire ou pas ?
- 20 ~~Le dépistage du cancer au scanner plus efficace que la radiographie~~

### Liste des annonceurs

America Dentaire inc.  
Banque Nationale groupe financier  
Caries.ca  
Centres dentaires Lapointe  
Conseil interprofessionnel du Québec  
Colgate Canada  
Crest Oral B – P&G Santé buccodentaire  
Fasken Martineau  
GlaxoSmithKline  
La Capitale – Assurances générales  
La Personnelle Assureur de groupe auto, habitation et entreprise  
Novalab (Novadent)  
Philips  
Université de Montréal

- 21 Quelles ramifications une chimiothérapie pour un lymphome récidivant pourrait-elle avoir chez un patient qui désire un implant ?
- 24 ~~Un antioestrogène réduirait de 65% le risque de cancer du sein~~
- 26 La lysine

### PROMOTION DE LA PROFESSION

- 28 Nous sommes présents !
- 29 Tabagisme se libérer de ce fléau
- 32 Calendrier de formation 2011-2012

### PRIX D'EXCELLENCE

- 41 Rappel – Bourse de la relève 2012

### ACTUALITÉ

- 42 Campagne pour une meilleure gestion de l'anaphylaxie dans les écoles du Québec : L'urgence d'agir
- 43 Avis de convocation
- 44 La planification de traitement de réhabilitation. L'importance de l'hygiéniste dentaire

- 46 **Énoncé de position du directeur national de santé publique. La fluoration de l'eau potable**

### NUTRITION

- 50 Nitrites : Le moins possible !

### À VOTRE SANTÉ

- 51 Doper les propriétés anti-cancer du brocoli avec des épices

### ASEPSIE

- 52 Le principe de précaution et le contrôle des infections : une bête sauvage à compter ?

### SÉLECTION DE PRESSE

- 58 La mammo dès 40 ans ?
- 58 Les vernis à ongles peuvent contenir des cancérigènes
- 59 ~~Un bonnet contre la perte de cheveux~~

### SERVICES FINANCIERS

- 60 Épargner ou rembourser ses dettes : quoi prioriser ?

### CAPSULE ÉCOLOGIQUE

- 63 L'environnement. Une clinique dentaire à l'avant-garde de la technologie

### COCASSERIE

- 64 Découverte : Fini la buée !

### VU LU ENTENDU

- 64 Sois futé, bois santé !

### 64 OFFRE D'EMPLOI

### RÉFLEXION

- 65 Can... cer que vous arrêtez de fumer ?

*L'Explorateur* est une source d'information fiable et crédible qui contribue depuis plus de 22 ans à l'avancement de notre profession. Il a pour mission de vous donner l'heure juste sur des enjeux importants touchant de près ou de loin l'hygiéniste dentaire. Avec justesse et objectivité, son contenu à saveur scientifique fait le point sur une variété de sujets d'actualité.

### Numéros à paraître

Thèmes	Date de parution	Date de tombée pour les textes
L'orthodontie	Juillet 2012	16 avril 2012
Le sommeil	Octobre 2012	15 juin 2012
Nouvelles technologies	Janvier 2013	12 octobre 2012

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

Adhérez au nouveau programme

*exclusivement*

pour les hygiénistes dentaires



Un nouveau programme créé  
exclusivement pour les hygiénistes dentaires.

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

Inscrivez-vous dès aujourd'hui! Remplissez le formulaire à l'intérieur  
ou visitez [SpécialisteSantéBuccodentaireColgate.ca](http://SpécialisteSantéBuccodentaireColgate.ca)

Inscrivez-vous et recevez une trousse

*gratuite*

pour spécialiste en santé  
buccodentaire Colgate\*



Présenté par

**Colgate\***

**L'EXPLORATEUR, VOL. 22, n° 1, AVRIL 2012**

**Comité des publications**

Caroline Boudreau, HD, membre  
Lucie Gagné, HD, membre  
Bibiane Gagnon, HD, membre  
Martine Plante, HD, membre  
Karyne Bédard, secrétaire

**Ont collaboré**

Pauline Anderson  
Brigitte Arends, HD  
Jean Barbeau, Ph. D.  
Agathe Bergeron, HD  
Elaine Bertrand, HD, ND (Phy)  
Nadine Caron, adj. adm.  
Nancy Côté, HD  
Pierre Croteau  
Marie-Claude Dorval, HD  
Annick Ducharme, HD  
Catherine Dube  
Luc Dupont  
Dominique Forget  
Marie-Claude Jérôme  
Jo-Anne Jones, HD  
Manon Létourneau, conseillère en placement  
Elizabeth McDermott, secrétaire de direction  
Marise Parent, commis secrétaire  
Sylvain Provencher, HD  
Guy Sabourin, journaliste  
Christine Thibault, B.Sc., HD  
Dre Michèle Tremblay  
Bob Wood, DDS, Ph. D., FRCD(C), DABFO

**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<sup>e</sup> Janique Ste-Marie, Notaire

**Conseil d'administration**

Régions  
05 et 16 Danielle Bonenfant, HD  
14 et 15 Johanne Côté, HD  
01, 09 et 11 Francine Demeules, HD  
03 et 12 Josée Desgagné, HD  
05 et 16 Carole Desroches, HD  
06 et 13 Marie-Eve 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** 6 000 exemplaires

**Abonnement**

Gratuit pour les membres inscrits au tableau de l'OHDQ  
Étudiants : 30 \$ plus taxes par année  
Associés : 80 \$ plus taxes par année

**Dépôt légal**

Bibliothèque nationale du Québec, 1<sup>er</sup> 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](http://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,

Il y a neuf ans déjà, l'édition de juillet 2003 de *L'Explorateur* traitait du cancer. Malgré les quelques années écoulées depuis, ce sujet est tout autant d'actualité aujourd'hui, sinon davantage.

En effet, d'après les taux d'incidence actuels, 40 % des Canadiennes et 45 % des Canadiens seront atteints d'un cancer au cours de leur vie et d'après les taux de mortalité actuels, 24 % des femmes et 29 % des hommes, soit environ un Canadien sur quatre, mourront d'un cancer selon les *Statistiques canadiennes sur le cancer 2011*.

Conséquemment, même si nous avons la chance de ne pas être touchés personnellement par le cancer, les chances d'avoir un patient sur notre chaise qui en est atteint sont élevées. Les membres du Comité des publications ont donc travaillé très fort afin de vous offrir un contenu scientifique varié. Vous pourrez en apprendre davantage sur le cancer buccal, le cancer du sein, le cancer du poumon, le dépistage au scanner, l'introduction à la maladie maligne et encore plus.

De plus, ce numéro vous permettra de lire sur d'autres sujets enrichissants par le biais d'articles comme « La planification de traitement de réhabilitation. L'importance de l'hygiéniste dentaire. » par madame Annick Ducharme, HD, « Le principe de précaution et le contrôle des infections : une bête sauvage à dompter ? » par le docteur Jean Barbeau, etc.

Dans un autre ordre d'idées, les membres du Comité de formation continue et professionnelle vous rappellent que le calendrier de formation 2011-2012 tire à sa fin et que le calendrier 2012-2013 sera bientôt prêt. Nous vous invitons à surveiller votre *L'Explorateur* de juillet 2012 pour son dévoilement.

Enfin, vous trouverez joint à cette édition, le programme préliminaire du Congrès 2012, qui aura lieu au Palais des congrès de Montréal les 9, 10 et 11 novembre. Ce programme, situé au milieu de votre magazine, vous fournira les renseignements dont vous avez besoin sur l'évènement comme l'horaire, le programme scientifique, et surtout, la date du début des inscriptions, soit le **7 mai** prochain !

Nous vous souhaitons une bonne lecture printanière !

**Le Comité des publications,**

Caroline Boudreau, 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,

Comme annoncé dans le *Mots d'Ordre* de mars, le 10 avril 2012 marquera notre

première *Journée de l'hygiéniste dentaire*.

Eh oui! Lors de la réunion du Conseil d'administration du mois de janvier dernier, il a été décidé d'instaurer une journée de l'hygiéniste dentaire.

Celle-ci aura toujours lieu le 2<sup>e</sup> mardi du mois d'avril, soit pendant le mois de la santé buccodentaire au Québec.

### Objectif de cette journée

L'objectif pour cette première journée dans le contexte du mois d'avril sera de permettre à chaque hygiéniste dentaire :

- de faire ressortir son apport très important dans l'équipe dentaire,
- de mettre l'accent sur son rôle distinctif,
- de rappeler à la population que l'hygiéniste dentaire est le spécialiste en prévention et en éducation,
- de mentionner que nous sommes 5 500 experts en soins buccodentaires préventifs.

Alors, afin de susciter l'intérêt et peut-être même des questionnements, nous vous invitons à porter, lors de cette journée, le macaron et d'installer l'affichette bien en vue dans votre environnement professionnel : deux articles promotionnels créés spécialement pour cette journée et qui sont joints au présent envoi.

Chaque hygiéniste dentaire devrait profiter de cette belle occasion pour renseigner ses patients sur qui nous sommes, sur notre spécialité, que nous faisons partie d'un ordre professionnel, que nous devons faire de la formation continue obligatoire, que nous sommes tous soumis à une inspection professionnelle, etc.

Le 10 avril 2012  
1<sup>re</sup> Journée de  
l'hygiéniste dentaire  
5 500 experts en soins  
buccodentaires  
préventifs

Imaginez l'impact promotionnel si chacun des 5 500 hygiénistes dentaires parlait de sa profession à au moins cinq patients lors de cette journée!

De plus, l'Ordre aura sa page *Facebook* afin de promouvoir cet important événement. Alors, je vous lance l'invitation. Profitez de votre journée et pourquoi pas de tout le mois d'avril pour faire connaître à la population qui nous sommes et notre impact sur leur santé buccodentaire, tout comme sur leur santé générale.

### Jeunes en santé = Sourires HD!

Vous trouverez également dans cette édition de *L'Explorateur* la brochure éducative s'adressant aux adolescents, la clientèle ciblée cette année dans notre campagne pour souligner le *Mois de la santé buccodentaire au Québec*.

Si plus d'exemplaires vous étaient nécessaires, vous n'avez qu'à remplir le formulaire qui se trouve sur le site de l'Ordre au [www.ohdq.com](http://www.ohdq.com) dans la section 3 **MEMBRES ET ÉTUDIANTS**.

Je tiens à vous féliciter tous et toutes, car encore une fois près de 60 000 brochures seront distribuées dans toutes les régions du Québec et pendant tout le mois d'avril grâce à vous, hygiénistes dentaires.

Je vous rappelle que l'Ordre fera la promotion de notre campagne dans les médias tout au long du mois d'avril.

Bon mois d'avril! ■

Johanne Côté, HD  
Présidente et directrice générale

Pour tout commentaire :

[jcote@ohdq.com](mailto:jcote@ohdq.com)

Tél. : 514 284-7639, poste 208

Dear Members:

As announced in last month's *Mots d'Ordre*, April 10, 2012 will mark our *First Dental Hygienist Day!*

Yes indeed! At the meeting of the Board of Directors last January, it was decided to establish a day for the dental hygienist.

It will always be held on the second Tuesday of April during Oral Health Month in Quebec.

### Goal for this day

The goal for this first day during Oral Health Month is to allow each dental hygienist:

- to highlight his/her very important contribution to the dental team,
- to emphasize his/her distinctive role,
- to remind the public that the dental hygienist is a specialist in prevention and education, and
- that we are 5,500 experts in preventive oral care.

So, in order to generate interest and perhaps even questions, we invite you to wear your badge during that day and put up the small poster in plain view in your business environment; these two promotional items were created especially for this day and are enclosed with this issue.

Each dental hygienist should take this opportunity to inform his/her patients about who we are, our specialty, that we belong to a professional order, that we are required to do mandatory continuing education and that we are all subject to a professional inspection, etc.

Imagine the promotional impact if each of the 5,500 dental hygienists spoke of his/her profession to a minimum of five patients during that day!

April 10, 2012  
The First Dental  
Hygienist Day  
5,500 Experts in  
Preventive Oral Care

In addition, the **OHDQ** will have its own *Facebook* page to promote this important event. So, I encourage you to enjoy your day and why not enjoy the entire month of April to inform Québec population about who we are and the impact we have on their oral health as well as on their overall health.

### DH Tips for an HD Smile!

Also included in this edition of *L'Explorateur* is an educational brochure aimed at teens, the target audience this year in our campaign to mark the Oral Health Month in Quebec.

If you need more copies of the brochure, you simply have to fill out the form that you will find on our website at [www.ohdq.com](http://www.ohdq.com) in Section 3 **MEMBRES ET ÉTUDIANTS**.

I want to congratulate you all, because once again nearly 60,000 brochures will be distributed in all regions of Quebec and throughout the whole month of April thanks to you, dental hygienists.

I wish to remind you that the OHDQ will also promote the campaign in the media throughout the month of April.

Have a great month of April! ■



Johanne Côté, DH  
President and Executive Director

*For comments:*  
[jcote@ohdq.com](mailto:jcote@ohdq.com)  
Tel.: 514 284-7639, ext. 208

# LE CANCER DE LA BOUCHE et bien plus

Par Marie-Claude Dorval, HD



C'est avec impatience que je regarde la neige fondre devant chez moi et qu'il me tarde de pouvoir écrire cette chronique réchauffée par les doux rayons printaniers. En attendant le temps plus clément, voici une suggestion de sites intéressants à visiter. Je vous présente encore une fois le site de Santé Canada, en regard du cancer de la bouche et des urgences dentaires à l'étranger. Je vous propose aussi du cybermentorat et une étude sur les boissons énergisantes. De plus, quelques propositions de formation continue en ligne. Enfin, je démystifie ce qu'est un « code QR ».



## Cancer de la bouche

Santé Canada nous offre un dossier très intéressant au sujet du cancer de la bouche. Vous trouverez sur le site Web les faits et statistiques concernant ce cancer qui touche principalement les hommes de 40 ans et plus. On y fait aussi l'inventaire des facteurs de risques conduisant au cancer de la bouche. Enfin, on y parle de prévention et de détection précoce, donc de l'auto-examen de la cavité buccale. Une vidéo de sensibilisation pour le grand public est aussi disponible en ligne. Le tout est accessible à partir de la page d'accueil du site, dans la section *Vie saine et Santé buccodentaire*.

<http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/oral-bucco/disease-maladie/cancer-fra.php>



## Urgences dentaires à l'étranger

C'est bien connu, notre clientèle voyage beaucoup, que ce soit pour le loisir ou pour les affaires. Malgré toutes les précautions prises avant leur départ à l'étranger, personne n'est à l'abri d'une urgence dentaire. Que faire quand une douleur nous terrasse? Santé Canada nous propose des outils pour répondre à nos questions. Cette fois-ci, sous l'onglet *Soins dentaires sûrs pour les voyageurs*, vous y trouverez des conseils pour s'assurer du respect des mesures de contrôle des infections, entre autres, en ce qui a trait à la stérilisation, au port des gants et à l'hygiène, les normes en cette matière n'étant pas les mêmes partout. Un aide-mémoire est disponible pour partir l'esprit en paix.

<http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/oral-bucco/travel-voyage/index-fra.php>



## Cybermentorat

Avez-vous déjà entendu parler d'Academos? Depuis 1999, Academos est un organisme qui s'efforce de mettre en relation des jeunes avec des bénévoles pour les guider et les informer sur les réalités du monde du travail. Accessible aux élèves de secondaire trois et plus et aux étudiants du cégep, le cybermentorat se fait selon des règles de sécurité élémentaires afin de protéger tous les participants; aucun clavardage n'est possible entre autres choses. Si vous souhaitez inspirer un jeune vous aussi en lui transmettant votre passion pour votre métier, vous trouverez sur leur site toute la démarche à suivre pour déposer votre candidature. Quelques minutes par semaine suffisent à guider un jeune vers l'accomplissement de ses projets.

<http://www.academos.qc.ca/>





### Boissons énergisantes

Outre les effets sur la santé buccodentaire des jeunes, devrait-on s'inquiéter de l'augmentation de la consommation de ce type de boissons? L'Institut national de santé publique s'est penché sur la question. La *Direction de la santé environnementale et de la toxicologie* et la *Direction du développement de l'individu et des communautés* ont collaboré à la conception de ce document de cent quarante-sept pages qui fait le point sur les effets des boissons énergisantes sur la santé et cible des enjeux de santé publique potentiels. Très intéressant à lire, surtout la section sur les effets sur la santé!

[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1167\\_BoissonsEnergisantes.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1167_BoissonsEnergisantes.pdf)



### Formation continue en français

Caries.ca est un nouveau portail pour participer à de la formation en ligne reconnue par l'OHDQ. Bien que le site soit en construction au moment d'écrire ces lignes, vous trouverez facilement comment vous inscrire, moyennant cinquante dollars, au cours : La carie revisitée en regard des besoins sondés par l'OHDQ. En souhaitant que d'autres formations soient disponibles sous peu.

[http://caries.ca/index.php?option=com\\_content&view=article&id=49&Itemid=55](http://caries.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=55)



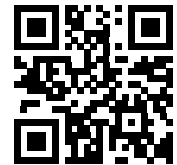
### Formation continue en anglais

Ineedce.com de l'Academy of Dental Therapeutics and Stomatology est un site d'origine américaine, dans la langue de Shakespeare qui propose une panoplie de formations en ligne. Énormément de sujets sont explorés; il y en a pour tous les goûts: prévention, endodontie, orthodontie, pharmacologie et j'en passe. Certaines formations sont gratuites et d'autres sont disponibles pour quelques dollars.

<http://www.ineedce.com/default.aspx>

### Code QR

Êtes-vous comme moi et entendez ce terme pour la première fois? Si oui, laissez-moi éclairer vos lanternes. Le **QR code** (QR pour *Quick Response*) est un type de code-barres en deux dimensions constitué de modules noirs disposés dans un carré à fond blanc. QR veut dire en anglais *Quick Response*, car le contenu du code peut être décodé rapidement. Destiné à être lu par un lecteur de code-barres, un téléphone mobile, un téléphone intelligent, ou encore une webcam, il a l'avantage de pouvoir emmagasiner plus d'informations qu'un code-barres. Depuis juillet 2011, l'OHDQ a son propre **Code QR**. Simple d'utilisation, vous n'avez qu'à lire le code à l'aide de votre appareil intelligent muni d'une application lecteur de code-barres et il vous enverra directement au site de l'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*.



## 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](http://www.fasken.com)

VANCOUVER CALGARY TORONTO OTTAWA MONTRÉAL QUÉBEC LONDRES PARIS JOHANNESBURG

# CANCER BUCCAL : une épidémie croissante ?

Par Jo-Anne Jones, hygiéniste dentaire autorisée

Source : Reproduit avec permission. [www.oralhealthgroup.com](http://www.oralhealthgroup.com).

Traduit du texte original « Oral Cancer : An Emerging Epidemic », *Oral Hygiene*, Fall 2011, page 26 and 27.



La communauté de médecine générale et de médecine dentaire a été alertée au sujet d'un nouveau facteur de risque de cancer oropharyngé qui connaît une croissance alarmante. Au Canada, le cancer buccal se classe au 13<sup>e</sup> rang des cancers les plus courants sur les 23 types de cancer répertoriés<sup>1</sup>.

Il y a à peine dix ans, la communauté de médecine dentaire était davantage persuadée de pouvoir déceler, au sein de la population de patients, ceux qui présentaient un risque élevé de cancer buccal. Les données de surveillance indiquent que les taux d'incidence du cancer de la langue et des amygdales ont augmenté de façon constante entre 1973 et 2007, alors que les taux des cancers d'autres régions oropharyngées ont diminué<sup>2-11</sup>. Le coupable est un virus transmissible sexuellement : le VPH ou virus du papillome humain. Parmi les sites de cancers les plus courants associés au VPH, l'oropharynx se classe au second rang après le col de l'utérus<sup>12-14</sup>. Les types à risque élevé du VPH-16 et du VPH-18 sont associés à environ 70 à 80 % de tous les cancers du col de l'utérus, et, à lui seul, le VPH-16 est responsable de 85 à 95 % de tous les cancers oropharyngés associés au VPH<sup>15</sup>. On estime que si cette tendance se poursuit, le nombre de cas de cancer oropharyngé associé au VPH dépassera le nombre de cas de cancer du col de l'utérus chez les femmes d'ici 2020<sup>16</sup>.

## Le nouveau profil des personnes à risque

Les personnes atteintes de cancer oropharyngé associé au VPH ont tendance à présenter un profil tout à fait différent de celui des personnes habituellement atteintes de cancer oropharyngé associé au tabagisme et à la consommation d'alcool. Ce nouveau profil est celui d'un homme blanc, jeune, qui a un nombre élevé de partenaires sexuels et qui adopte certains comportements sexuels particuliers. Ces hommes ont moins tendance à consommer alcool et tabac et, sur le plan statistique, ont des taux de survie supérieurs à ceux qui sont atteints de carcinomes non associés au VPH.

## Mécanisme du virus du papillome humain

Comment le virus envahit-il la cavité buccale ? Le VPH est un virus à ADN qui s'introduit dans l'épithélium stratifié ou les cellules basales de la peau ou des muqueuses. Le même virus qui infecte les organes génitaux peut infecter la cavité buccale. Le

Figure 1



**Une verru vulgaire sur la lèvre inférieure.**

Image utilisée avec permission. Newland, J.R. et T.F. Meiller, R.L. Wynn et coll. *Oral Soft Tissue Diseases: A Reference Manual for Diagnosis & Management*, 5<sup>e</sup> édition, Hudson, OH: Lexi-Comp. Inc., 2011.

« VPH oral » est transmis sexuellement par contact oral-génital ou oral-anal avec la muqueuse. Il peut également se propager lors du baiser lingual, le « french kiss ».

Il existe plus de 120 souches différentes du virus ; la plupart d'entre elles sont classées dans les catégories de virus à faible risque.

## Aspect clinique

Les verrues vulgaires sont causées par le VPH-2, le VPH-4 et le VPH-40. Ces lésions apparaissent le plus souvent sur les lèvres, la voûte du palais et les gencives. Elles ont habituellement l'aspect d'une lésion papillaire isolée et blanche, jointe à la paroi par une base étroite ou large<sup>17</sup>. Les condylomes acuminés, ou verrues génitales, qui sont causés par le VPH-6, le VPH-11, le VPH-16 et le VPH-18, apparaissent le plus souvent sur les lèvres, la langue et le voile du palais. Typiquement, les indices visuels comprennent la présence de multiples nodules de forme légèrement papillaire joints à la paroi par une base large. Les nodules sont habituellement réunis en agrégats. Les lésions ont tendance à être indolores et persistantes ; elles sont plus souvent présentes chez les jeunes adultes et peuvent aussi se manifester cliniquement dans la région anogénitale<sup>18</sup>.

Le virus du papillome humain présente une affinité envers les tissus lympho-épithéliaux, particulièrement ceux de la langue et des régions du palais et des amygdales. Dans ces régions anatomiques, il existe des cryptes tonsillaires qui permettent au virus d'être en contact avec les cellules basales immatures.

## Rôle des professionnels de la santé dentaire

Il est essentiel que le dépistage du cancer buccal soit réalisé grâce à une méthode à la fois visuelle et tactile. Un examen approfondi

Figure 2



**Agrégats de condylomes acuminés sur la lèvre inférieure.**

Image utilisée avec permission. Newland, J.R. et T.F. Meiller, R.L. Wynn et coll. *Oral Soft Tissue Diseases: A Reference Manual for Diagnosis & Management*, 5<sup>e</sup> édition, Hudson, OH: Lexi-Comp. Inc., 2011.

Figure 3



**Verrue vulgaire associée au VPH sur la bordure latérale gauche de la langue.**

Image offerte par le D<sup>r</sup> Samson Ng.

des régions oropharyngées de la cavité buccale, et en particulier de la région postérieure de la langue et des amygdales, augmentera considérablement les possibilités de détecter une lésion buccale anormale dès les premiers stades de son développement.

Un diagnostic précoce est essentiel ! Le taux de survie à cinq ans est d'environ 30 %. Quand le cancer buccal est diagnostiqué dès les premiers stades d'évolution, le taux de survie grimpe pour se situer entre 80 et 90 %, selon le site des lésions<sup>19</sup>. Nous pouvons changer le cours des choses ! ■

## Références

1. <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/oral-bucco/disease-maladie/cancer-eng.phg> Health Canada/Healthy Living/Oral Cancer
2. Chaturvedi AK, Engels EA, Anderson WF, Gillison ML. Incidence trends for human papillomavirus-related and -unrelated oral squamous cell carcinomas in the United States. *J. Clin Oncol.* 2008; 25(4): 612-619.
3. Ryerson AB, Peters ES, Couthlin SS et al. Burden of potentially human papillomavirus-associated cancers of the oro-
4. Shiboski CH, Schmidt BL, Jordan RC. Tongue and tonsil carcinoma; increasing trends in the U.S. population ages 20-44 years. *Cancer* 2005;108(9):1843-1849.
5. Sturgis EM, Cinciripini PM. Trends in head and neck cancer incidence in relation to smoking prevalence: an emerging epidemic of human papillomavirus-associated cancers? *Cancer* 2007;110(7): 1429-1435.
6. Nasman A, Attner P, Hammarstedt L et al. Incidence of human papillomavirus (HPV) positive tonsillar carcinoma in Stockholm, Sweden; an epidemic of viral-induced carcinoma? *Int J Cancer* 2009; 125(2): 362-366.
7. Horner MJ, Ries LAG, Krapcho M et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006. Bethesda, MD.: National Cancer Institute; 2009.
8. Attner P, Du J, Nasman A et al. The role of human papillomavirus in the increased incidence of base of tongue cancer. *Int J Cancer* 2010;126(12):2879-2884.
9. Ernster JA, Sciotto CG, O'Brien MM et al. Rising incidence of oropharyngeal cancer and the role of oncogenic human papillomavirus. *Laryngoscope* 2007; 117 (12): 2115-2128.
10. Chaturvedi A, Engels E, Pfeiffer R et al. Human papillomavirus (HPV) and rising oropharyngeal cancer incidence and survival in the United States. In: Program and Abstracts of the 2011 American Society of Clinical Oncology Annual Meeting; June 3-7, 2011; Chicago, Abstract 5529.
11. Cleveland J, Watson M, Wilson R, Saraiya M. Incidence of potentially human papillomavirus-associated cancers of the oropharynx in the U.S., 2004-2007. In: Program and Abstracts of the 2011 North American Central Cancer Registries Annual Meeting; June 21-24, 2011; Louisville, Ky. Abstract P-045.
12. Watson M, Saraiya M, Ahmed F, et al. Using population-based cancer registry data to assess the burden of human papillomavirus-associated cancers in the United States; overview of methods. *Cancer* 2008; 113(10 suppl): 2841-2854.
13. Gillison ML, Chaturvedi AK, Lowy DR. HPV prophylactic vaccines and the potential prevention of noncervical cancers in both men and women. *Cancer* 2008; 113(10 suppl): 3036-3046.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Human papillomavirus (HPV)-associated cancers: number of HPV-associated cancer cases per year. <http://www.cdc.gov/cancer/hpv/statistics/cases.htm> Accessed August 22, 2011.
15. Dayyani F, Etzel CJ, Liu M et al. Meta-analysis of the impact of human papillomavirus (HPV) on cancer risk and overall survival in head and neck squamous cell carcinomas (HNSCC). *Head Neck Oncol* 2010; 2:15.
16. Cleveland JL, Junger ML, Saraiya M et al. The connection between human papillomavirus and oropharyngeal squamous cell carcinomas in the United States. Implications for Dentistry. *JADA* 142(8): 2011; 915-924.
17. Newland JR, Meiller TF, Wynn RL, Crossley HL. *Oral Soft Tissue Diseases: A Reference Manual for Diagnosis and Management*. Lexi-Comp Dental Reference Library 2007; p. 101.
18. Newland JR, Meiller TF, Wynn RL, Crossley HL. *Oral Soft Tissue Diseases: A Reference Manual for Diagnosis and Management*. Lexi-Comp Dental Reference Library 2007; p. 103.
19. <http://oralcancerfoundation.org/>

# L'ONCOLOGIE bucco-dentaire

Par le **Ministère de la santé et des Services sociaux (MSSS)**

Source: Texte reproduit avec permission. Rapport d'activité 2008-2009. Direction de la lutte contre le cancer, MSSS, 2009, pages 20-21.

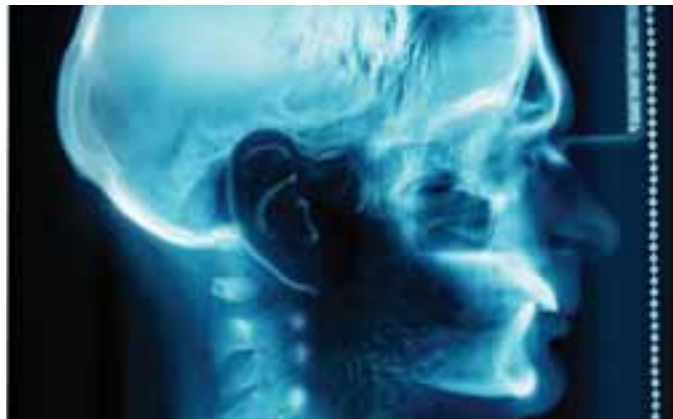
En 2006, au Québec, près de 750 patients ont reçu des soins dentaires préalablement à une irradiation au niveau de la cavité buccale. On estimait qu'en 2008, quelque 850 patients nécessiteraient de tels soins. Ces services bucco-dentaires s'avèrent indispensables pour éviter des effets secondaires majeurs chez les patients qui doivent recevoir de la radiothérapie au niveau de la bouche.

Comme ces services bucco-dentaires n'étaient pas couverts par la RAMQ, en septembre 2007, le ministre de la Santé et des Services sociaux attribuait le mandat suivant à un comité d'experts :

- répertorier la gamme de soins et de services dentaires offerts dans les dix centres de radio-oncologie du Québec;
- définir le panier de services de base et proposer un modèle provincial d'accessibilité aux services bucco-dentaires permettant une prise en charge optimale des patients souffrant de cancers de la sphère ORL et maxillo-faciale;
- faire des recommandations à la DLCC relativement aux services qui pourraient faire l'objet d'un remboursement par le gouvernement;
- déposer le compte rendu des travaux auprès de la DLCC, au plus tard le 30 juin 2008.

Dans son rapport déposé en juillet 2008, le comité d'experts recommandait l'implantation d'un panier de services de base comprenant 12 éléments afin d'assurer une prise en charge de qualité des patients souffrant de cancers de la sphère ORL et maxillo-faciale. Cette prise en charge pré, per et post-radiothérapie éviterait les effets secondaires majeurs dans la très grande majorité des cas.

Les recommandations ont été entérinées par le MSSS, et un budget récurrent a été consenti pour en payer les coûts.



Comme les besoins de cette clientèle sont très spécifiques du point de vue dentaire, le comité considérait qu'afin de garantir et de standardiser la qualité des services, il fallait procéder à l'élaboration de lignes directrices définissant la prise en charge optimale de ces patients et s'assurer de dispenser une formation standardisée aux dentistes exerçant en oncologie bucco-dentaire.

Les experts des centres suprarégionaux du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et du CHUM ont établi ces lignes directrices, et des formations en oncologie bucco-dentaire pour les dentistes souhaitant participer au programme ont eu lieu à Montréal et à Québec en mars 2009.

Le panier de services est disponible dans tous les services de radio-oncologie depuis le 1<sup>er</sup> avril 2009. ■



**Vous manquez de temps pour  
votre formation continue?**



**Nous offrons des crédits de formation continu, visitez [www.Caries.ca](http://www.Caries.ca)!**

**Nous offrons actuellement une formation de 3 heures et plusieurs autres à venir.**

Si vous avez besoin d'aide pour l'inscription, contactez l'administrateur de Caries.ca par téléphone au **450.513.0468**

# CANCER 101 : INTRODUCTION À LA MALADIE MALIGNNE.

## En quoi consiste exactement cette terrible maladie ?

Par **Pauline Anderson**

Source : Reproduit avec permission. *Santé Canadienne*, Hiver 2011, pages 33 à 35. [www.santecanadienne.com](http://www.santecanadienne.com)

**De multiples facteurs incitent les cellules saines à devenir cancéreuses. Mentionnons les rayons ultraviolets du soleil et les substances industrielles toxiques que sont les bisphénols présents dans les plastiques et les pesticides.**

Bien que de nombreux progrès ont été effectués par la médecine en matière de traitements et en dépit de l'augmentation du taux de survie, le cancer demeure, encore aujourd'hui, une cause importante de décès chez ceux qui en sont victimes. Selon la Société canadienne du cancer, pas moins de 76 200 personnes ont succombé, l'an dernier seulement, à cette terrible maladie.

Mais pourquoi le cancer est-il encore aussi mortel? Après tout, les cellules cancéreuses ne proviennent ni d'un virulent parasite tropical ni même d'un virus venu d'un autre monde, mais plutôt de nos propres cellules qui se divisent à l'infini, à l'instar des cellules fœtales au premier stade de développement d'un être humain. Pourquoi les cellules cancéreuses se propagent-elles à d'autres parties du corps? Et pourquoi seuls certains types de cancer sont-ils douloureux?

Pour mieux comprendre les rudiments du cancer, nous avons consulté deux de nos plus éminents spécialistes en recherche oncologique : le D<sup>r</sup> Gurmit Singh, professeur en pathologie et en médecine moléculaire à l'Université McMaster de Hamilton et le D<sup>r</sup> Poul Sorensen, scientifique émérite qui œuvre au Centre de recherche sur le cancer de la Colombie-Britannique à Vancouver.

### **Les déclencheurs**

De multiples facteurs incitent les cellules saines à devenir cancéreuses. Parmi les facteurs externes, mentionnons les rayons ultraviolets du soleil et les substances industrielles toxiques que sont, par exemple, les bisphénols présents dans les plastiques et les pesticides. Il faut souligner que même certains virus comme le VPH (virus du papillome humain associé au cancer du col de l'utérus) peuvent envahir le corps et déclencher le processus de cancérisation. Le tabagisme est sans aucun doute le plus connu des carcinogènes. Les produits chimiques contenus dans la fumée du tabac endommagent les cellules qui tapissent les poumons et extirpent l'oxygène de l'air. « Ces cellules endommagées par la fumée du tabac entrent en mutation, déclenchent les protéines cancérogènes ou neutralisent les protéines anti-tumorales », nous explique le D<sup>r</sup> Sorensen.

### **Comment les cellules passent-elles de l'état normal à l'état malin ?**

De nombreuses toxines présentes dans l'environnement peuvent provoquer la mutation de la structure des protéines produites par l'ADN, ce matériel génétique qui contient les instructions nécessaires au fonctionnement du corps. Il en résultera des protéines anormales qui peuvent outrepasser le signal demandant aux cellules de cesser de croître. « Avec le temps, la cellule normale se dérègle », de dire le D<sup>r</sup> Singh. Toute cellule normale a une durée de vie préréglée; elle est programmée pour mourir après une période déterminée.

La fin du processus est gérée par des gènes appelés suppresseurs de tumeurs. « Si ces gènes sont endommagés, les instructions relatives à la fin de processus et à la mort de la cellule sont perdues. Ne sachant plus quand elles doivent mourir, les cellules continuent de proliférer. »

Au début, ces cellules prendront une forme anormale, c'est-à-dire qu'elles deviendront dysplasiques. « Quand on les observe sous un microscope, on constate qu'elles n'ont pas un aspect normal », de dire le Dr Singh. Sujettes à d'autres mutations, certaines de ces cellules commencent à se diviser beaucoup trop rapidement et deviennent hyperplasiques. Quelles cellules deviendront hyperplasiques et dans quel délai le deviendront-elles ? La réponse dépend, entre autres facteurs, de la gravité des dommages causés à l'ADN », d'expliquer le Dr Singh.

### Qu'est-ce qu'une tumeur ?

Une tumeur est une masse de cellules qui se sont multipliées de façon anarchique. Quand elles sont malignes (cancéreuses), les cellules croissent à l'infini, entravant le fonctionnement des cellules normales. Les cellules malignes d'une tumeur au foie, par exemple, ne peuvent prendre en charge les fonctions digestives et régulatrices des cellules saines. De plus, elles peuvent se répandre et envahir d'autres parties du corps — comme le cerveau ou les poumons — dont elles tenteront d'usurper les fonctions. Il s'agit encore une fois d'un comportement destructeur : des cellules cancéreuses du sein qui envahissent les poumons empêchent les cellules saines d'effectuer leurs fonctions respiratoires. Les tumeurs bénignes, par ailleurs, n'ont pas une croissance aussi rapide et ne se propagent habituellement pas. Certes, elles peuvent causer de l'inconfort, mais elles n'entraîneront pas la mort.

### Une erreur de transcription

Certains facteurs internes peuvent provoquer le cancer. Un de ces facteurs consiste en une erreur de transcription. Chaque fois qu'une cellule humaine se divise, la même séquence exacte de trois milliards de nucléotides (les unités structurales de l'ADN) doit être copiée et transmise aux cellules « rejetons ». Quand un mauvais nucléotide ou un nombre erroné de nucléotides est introduit dans la séquence — comme lorsqu'un dactylographe, généralement précise, fait une faute de frappe — ces erreurs biologiques sont généralement corrigées par les mécanismes de réparation de l'ADN. Mais si la réparation échoue, ces erreurs deviennent des mutations permanentes et provoquent un cancer.

**L'être humain possède des gènes qui produisent des enzymes nécessaires à la réparation de l'ADN endommagé. Mais si, à votre naissance, ces gènes sont défectueux, vous serez plus à risque de développer un cancer.**

### Les facteurs génétiques

Tous les cancers sont d'origine génétique dans le sens où ils impliquent des changements dans le matériel génétique des cellules. Mais certains d'entre eux sont également héréditaires, c'est-à-dire que la prédisposition à la maladie est transmise par les gènes, de génération en génération. L'être humain possède des gènes qui produisent des enzymes nécessaires à la réparation de l'ADN endommagé. Mais si, à votre naissance, ces gènes sont défectueux, vous serez plus à risques de développer un cancer. « Si ces enzymes sont manquantes ou si elles ont subi une mutation et que vous êtes exposé, par exemple, à des radiations ultraviolettes qui pourraient induire une mutation génétique, vous courez plus de risques de souffrir d'un cancer », d'expliquer le Dr Singh.

À titre d'exemple de mutations génétiques, mentionnons les gènes BRCA1 et BRCA2. Les femmes porteuses d'une de ces déficiences des gènes suppresseurs de tumeur sont plus à risque de souffrir d'un cancer du sein (80 % plus à risque que la population féminine en général, dont les risques sont de 10 %). Il faut préciser toutefois que seulement 5 % des cancers du sein sont attribuables à la mutation des gènes BRCA1 et BRCA2. Les chercheurs ont également découvert des mutations génétiques dans d'autres types de cancers, comme celui de la prostate et du côlon.

### Les facteurs hormonaux

Les hormones comptent aussi parmi les facteurs de risque les plus importants. Certains cancers — celui du sein, des ovaires, de l'endomètre et de la prostate, notamment — ont besoin d'hormones comme les œstrogènes (chez la femme) et les androgènes (chez l'homme) pour gérer la croissance cellulaire. « Certaines tumeurs sont hormonodépendantes, ce qui signifie que même si nous sommes en présence d'une mutation génétique, il faut également un facteur hormonal pour déclencher la prolifération cellulaire », d'expliquer le D<sup>r</sup> Sorensen. Les chercheurs spécialisés en oncologie s'intéressent de plus en plus à une autre hormone, l'insuline, qui régule le taux de glucose sanguin. « Une carence en insuline ou l'impossibilité pour le corps d'utiliser adéquatement cette hormone peut favoriser l'apparition du diabète. Or, les personnes diabétiques sont plus susceptibles que d'autres de développer certains types de cancers », nous dit le D<sup>r</sup> Singh.

Les risques pourraient être associés à l'obésité, qui est elle-même un facteur majeur du diabète de type 2. « L'obésité constitue maintenant le facteur de risque numéro un du cancer », d'expliquer le D<sup>r</sup> Singh. La première place revenait autrefois au tabagisme, mais il a été supplanté par l'obésité. « L'obésité est, probablement, associée principalement au cancer du sein et à celui de la prostate. « Une personne obèse court un très grand risque de développer le diabète et une maladie cardiovasculaire. Si elle ne devient pas diabétique, elle pourrait souffrir d'une maladie cardiovasculaire. Si elle est épargnée par cette maladie, elle pourrait encore souffrir d'un cancer », affirme le D<sup>r</sup> Singh.

### Le stress oxydatif

Aujourd'hui, les médecins parlent aussi du stress oxydatif, qui consiste en une incapacité du corps à métaboliser l'oxygène nécessaire à la production d'énergie. Ce type de stress peut augmenter l'incidence à développer un cancer. « Quand le corps tente de gérer le stress, un très grand nombre de voies de signalisation se développent à travers le corps, et quelques-unes d'entre elles peuvent être associées au cancer », de dire le D<sup>r</sup> Singh. Certains secteurs de pointe de la recherche se consacrent à l'élaboration de médicaments pour gérer le stress oxydatif », d'ajouter le pathologiste.

### Le stress psychologique

Nous possédons certaines indications à l'effet que le stress psychologique joue un rôle dans le déclenchement des « accidents » cellulaires qui conduisent au cancer. « Un stress trop intense peut surcharger le système immunitaire et plusieurs autres mécanismes de défense », de dire le D<sup>r</sup> Sorensen. Cependant, le lien entre le stress psychologique et le cancer « est très difficile à mesurer », dit-il. Malgré le fait que nous n'ayons jamais pu établir de liens de cause à effet entre stress et cancer depuis les trente dernières

années, il est indéniable qu'il existe des liens indirects entre les deux. Le stress peut contribuer à accélérer la croissance d'une tumeur existante et favoriser sa prolifération, en plus d'entraîner des comportements malsains — tabagisme ou consommation excessive de nourriture et d'alcool — qui peuvent contribuer à favoriser l'apparition d'un cancer.

### La propagation du cancer

En plus de se multiplier de façon anarchique à leur position initiale (*in situ*), certaines cellules cancéreuses produisent un nombre anormalement élevé de protéines qui ont la capacité de faire propager les cellules cancéreuses vers d'autres parties du corps — un processus connu sous le nom de métastases. Ces cellules migrent vers d'autres régions du corps, passant du site primaire à un site secondaire et même au-delà. Les scientifiques ne peuvent expliquer avec précision comment les cellules s'y prennent pour se détacher de la masse originelle, pénétrer dans le sang et envahir d'autres tissus. L'un des procédés utilisés est peut-être l'angiogenèse, par lequel les cellules cancéreuses attirent





les vaisseaux sanguins pour s'en nourrir et les utilisent ensuite comme moyen de transport. Les cellules tumorales peuvent également envahir la circulation sanguine par l'entremise du système lymphatique, avec l'aide des enzymes qu'elles produisent », d'expliquer le D<sup>r</sup> Singh.

Une fois dans le système sanguin, certaines cellules cancéreuses ont leur destination de prédilection. Selon le D<sup>r</sup> Singh, 85 % des cancers de la prostate et du sein ont tendance à migrer vers les os, alors que les cellules cancéreuses du côlon choisiront plutôt le foie. La théorie derrière cette affirmation est « la graine poussera là où le terrain est le plus fertile », nous explique le spécialiste. Par exemple, les os ont des facteurs de croissance qui attirent les cellules tumorales hormonodépendantes telles que celles du sein et de la prostate, alors qu'ils pourraient être hostiles aux cellules tumorales du côlon.

### Les cellules cancéreuses imitent les cellules fœtales

La prolifération rapide des cellules cancéreuses, leur mobilité ainsi que leur nature invasive ne sont pas sans nous rappeler les cellules fœtales. « Quand un spermatozoïde et un ovule se fusionnent pour former un zygote, des cellules non différenciées se déplacent jusqu'à leur lieu de destination pour former les muscles, les os et les autres parties du corps », d'expliquer le D<sup>r</sup> Sorensen. Ces cellules se divisent rapidement parce qu'elles n'ont pas encore reçu le signal de s'arrêter. « Certaines cellules tumorales retrouvent cette aptitude en activant les mêmes voies de développement qui ont été désactivées chez l'adulte. Fondamentalement, il s'agit donc d'une réappropriation des caractéristiques propres aux cellules embryonnaires », nous dit le D<sup>r</sup> Sorensen. À la différence que les cellules cancéreuses ne se contentent pas de se diviser et de migrer; elles s'emploient aussi à détruire les tissus du corps.

Mais le D<sup>r</sup> Sorensen indique que ce ne sont pas tous les cancers qui poursuivent leur croissance et leur migration; certains restent tapis dans l'ombre. « Ces cellules sont très difficiles à cibler, parce qu'à l'heure actuelle, la plupart des médicaments s'attaquent aux cellules en division. » Et dans l'éventualité où ces cellules dormantes s'activent, elles peuvent être mortelles. « Une fois la thérapie terminée, il pourrait rester un petit nombre de cellules dormantes isolées qui peuvent ensuite se propager », ajoute le D<sup>r</sup> Sorensen.

### La douleur causée par le cancer

En plus de changer de forme et de proliférer rapidement, les cellules cancéreuses commencent à extraire du corps le glucose pour en extirper l'énergie. Ce processus de conversion du glucose pourrait expliquer pourquoi certains cancers entraînent de la douleur. Tandis qu'elles convertissent le glucose en énergie, les cellules cancéreuses sécrètent des substances chimiques nerveuses appelées neurotransmetteurs qui jouent un rôle dans la transmission du signal de la douleur. « Nous avons découvert que ces neurotransmetteurs sont de véritables déchets extraits des cellules tumorales », nous dit le D<sup>r</sup> Singh. Ainsi, ils peuvent interagir avec les terminaisons nerveuses et envoyer des signaux de douleurs au cerveau. » Et le spécialiste d'ajouter que les tumeurs moins douloureuses utilisent probablement d'autres moyens pour générer de l'énergie.

### Les meilleurs moyens de se défendre du cancer

Vous savez déjà qu'il ne faut pas fumer ni s'exposer trop longtemps au soleil. Voici quelques autres conseils qui vous aideront à réduire vos risques de souffrir d'un cancer.

- Faites régulièrement de l'activité physique. Visez au moins 30 minutes d'une activité modérée à raison de cinq fois par semaine.
- Faites en sorte de maintenir votre poids santé.
- Consommez une grande diversité de fruits et de légumes frais.
- Prenez les quantités recommandées de vitamine D et de calcium, sous forme d'aliments ou de suppléments.
- Veillez à ne pas consommer d'alcool à l'excès.
- Contrôlez votre niveau de stress. ■



Nouveau



Bain de trempage pour  
prothèses dentaires

**Ergonomique.  
Simple.  
Pratique.**

**1 800 474-6682**


Visitez [www.novadent.com](http://www.novadent.com)


**NOVA**  
*Dent*<sup>MD</sup>

Un produit fièrement québécois

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



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

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

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

Voir toute la gamme  
de produits NOVADENT  
disponible en pharmacie  
et sur [www.novadent.com](http://www.novadent.com)

Visitez [www.novadent.com](http://www.novadent.com)

**NOVA**  
*Dent*

Un produit fièrement québécois

# CANCER DU POUMON : le cancer qui tue le plus

Par Pierre Croteau, *info-tabac.ca*

Source: Reproduit avec permission. *info-tabac.ca*, numéro 83, juillet 2010, page 5.

Le cancer du poumon est le plus meurtrier de tous les cancers, tant chez les femmes que les hommes, aussi bien au Canada qu'au Québec, et 85 % des cancers du poumon sont attribuables au tabagisme.

Voilà des faits que la Société canadienne du cancer (SCC) constate une fois de plus en 2010, qui lui font considérer « *le tabagisme comme sa première priorité nationale* » et lui font revendiquer un gel de la mise en marché légale de nouveaux produits du tabac, ainsi qu'une action étendue contre les produits de contrebande.

## Tueur en série

Les experts scientifiques de la SCC estiment que 2 900 Québécoises vont mourir du cancer du poumon en 2010, soit deux fois plus que du cancer du sein (1 400 décès). Le cancer du côlon et du rectum tuera 1 150 autres femmes au Québec, pour un total de 9 600 décès de femmes attribuables à l'ensemble des 15 types de cancers répertoriés au registre de Statistique Canada. Pendant ce temps, les cancers feront mourir un total de 10 700 hommes au Québec, en frappant particulièrement leurs poumons (3 700 décès), leur côlon et leur rectum (1 350 décès) ainsi que leur prostate (870 décès).

Le cancer du poumon est donc responsable d'environ le tiers des décès causés par l'ensemble des cancers (6 600 sur 20 300 décès) dans la province francophone, longtemps perçue comme le « *fumoir* » du royaume canadien.

Au Canada dans son ensemble, les décès par cancer du poumon correspondent à « *seulement* » environ le quart des décès par cancer, soit 20 600 décès sur 76 200.

## Tendances discordantes

Dans l'ensemble du pays, le nombre annuel des décès par divers cancers poursuit sa

lente augmentation. Cependant, lorsque les statisticiens veulent mesurer des tendances sociales en tenant compte de l'accroissement de la population totale et de son vieillissement plus ou moins rapide, ils calculent des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour les différents types de cancer.

En observant l'évolution de ces TMNA, la Société canadienne du cancer note que la mortalité normalisée par cancer du poumon chez les hommes est passée d'un sommet de 81,2 décès par 100 000 hommes en 1998 à 59,8 en 2005, et devrait descendre à 57,1 en 2010. Chez les hommes, la mortalité normalisée due au cancer du poumon a décliné de 2,2 % par année entre 1996 et 2005. De son côté, la mortalité normalisée des femmes n'a pratiquement pas cessé de monter depuis une trentaine d'années, passant de 17,9 décès par 100 000 femmes en 1981 à un taux projeté de 39,4 en 2010.

Les analystes de la SCC expliquent que « *les différences dans les tendances entre les hommes et les femmes sont le reflet des différences passées dans les profils de consommation du tabac, notamment de la diminution du tabagisme qui s'est amorcée au milieu des années 1960 dans le cas des hommes, puis beaucoup plus tard, soit au milieu des années 1980, pour ce qui est des femmes.* » Les hommes continuent toutefois d'être plus nombreux que les femmes à fumer.

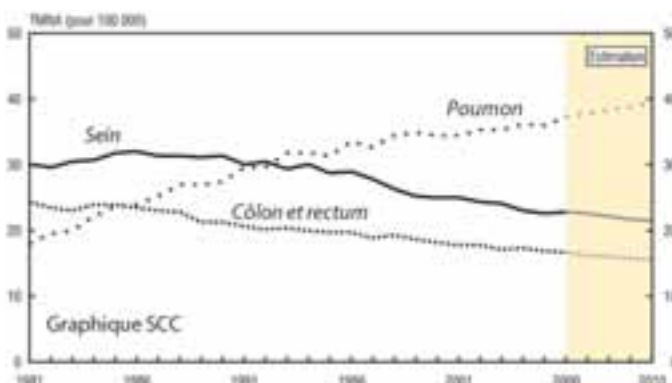
## Dissuader le tabagisme

La SCC considère que des produits du tabac accessibles à bas prix, grâce à la contrebande,

« *encourageant l'adoption du tabagisme, surtout chez les jeunes adultes, et dissuadent les fumeurs de cesser de fumer* ». Tout en réclamant de « *s'attaquer à la source du problème sur les réserves autochtones* », la SCC demande l'extension à l'ensemble du Québec de VITAL (pour Vente Illégale de Tabac à Laval), un projet-pilote de lutte contre les revendeurs de quartier lancé en 2008 par la police de Laval avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), et adopté à l'automne 2009 par les villes de St-Jérôme et de Montréal, toujours avec le parrainage du ministère de la Santé.

En octobre 2009, au moment où VITAL a été étendu à la ville de St-Jérôme, le Service de lutte contre le tabagisme du MSSS et la police estimaient qu'environ le tiers du tabac fumé au Québec provenait du marché noir. Ce genre de situation ne manque pas de susciter de l'inquiétude parmi les 20 000 bénévoles québécois de la Société canadienne du cancer.

Selon une étude citée dans la brochure *Statistiques canadiennes sur le cancer 2010*, il en coûte annuellement 50 305 \$ pour soigner une seule personne atteinte du cancer du poumon, généralement à la fin de sa vie raccourcie. Ce montant ne tient pas compte des coûts et des peines de l'entourage du malade. ■



# VELSCOPE : lumière bleue... nécessaire ou pas ?

Par Sylvain Provencher, HD, Consultant pour LED Dental Inc.



Une composante importante de la pratique dentaire est la détection des changements de la muqueuse buccale qui représentent des menaces graves pour la santé globale chez les patients. L'*American Cancer Society* et le *National Cancer Institute* prédisent que le risque de développer un cancer de

la bouche est de 1 sur 152 femmes et de 1 sur 71 hommes. Le cancer buccal est un problème important parce que le taux de survie n'est que de 53 %, 5 ans après un diagnostic.

Les facteurs de risque importants du cancer de la bouche sont l'âge, l'origine ethnique, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, les antécédents familiaux et personnels. La présence de changements muqueux tels que la leucoplasie, l'érythroplasie, le lichen plan, les infections chroniques, les candidoses, l'herpès simplex et le virus du papillome humain sont également associés à un risque accru.

Le but de l'étude était d'évaluer la pertinence de l'ajout de l'appareil de dépistage VELscope. Ce dispositif portable permet de détecter tout changement des muqueuses buccales non visibles à la lumière ambiante. Sur 620 dépistages, une perte de la fluorescence, suggestive de pathologie, a été détectée sur 69 sujets (11,1 %). Après une seconde évaluation immédiate, 41 sujets ont été reclassés sans nécessité de suivi et 28 sujets (4,5 %) ont été revus pour un suivi ou une biopsie. Parmi ces derniers, 5 sujets ont reçu une biopsie immédiate compte tenu de la persistance de la perte de fluorescence et 4 sujets ont prévu voir leur dentiste régulier alors que 19 sujets ont pris rendez-vous pour un suivi ultérieur; 15 s'y sont présentés et 11 d'entre eux n'avaient plus de perte de fluorescence lors d'un examen avec l'appareil VELscope. Par contre quatre sujets ont subi une biopsie étant donné la persistance de la perte de fluorescence.

Sur les 9 sujets ayant eu une biopsie suite à un examen avec l'appareil VELscope, on notait chez 3 sujets la présence d'une dysplasie légère et chez deux d'entre eux, une dysplasie légère à modérée. Deux sujets ont reçu un diagnostic de lichen plan et deux avaient des lésions inflammatoires. Neuf des 28 sujets avaient des antécédents de tabagisme, 5 avaient une mauvaise hygiène dentaire, 4 avaient rapporté une maladie auto-immune. Aucune des lésions n'avait été détectée à la lumière ambiante et à l'œil nu.

En conclusion, l'ajout de l'imagerie VELscope au dépistage clinique de routine a permis aux cliniciennes et aux cliniciens de déceler des lésions non visibles à la lumière ambiante et à l'œil nu pour 69 des 620 sujets, soit 11,1 % du groupe témoin. Ces sujets avaient des lésions inflammatoires potentiellement dangereuses, comme la dysplasie orale. L'appareil de dépistage VELscope a donc le potentiel de révéler et de dépister tôt ces maladies afin d'augmenter les chances de survie des patients. ■

Figure 1



Figure 2



Vue de la tumeur salivaire sans l'appareil de dépistage VELscope (figure 1), puis avec cet appareil (figure 2). Cette tumeur est difficile à voir à l'œil nu, mais elle se distingue sous visualisation par fluorescence.

Figure 3



Figure 4



Vue d'un carcinome in situ sans l'appareil de dépistage VELscope (figure 3), puis avec cet appareil (figure 4).

## Quelles ramifications une chimiothérapie pour un lymphome récidivant

# POURRAIT-ELLE AVOIR CHEZ UN PATIENT QUI DÉSIRE UN IMPLANT ?

Par **Bob Wood**, DDS, PhD, FRCD(C), DABFO

Source: Reproduit avec permission de l'Association dentaire canadienne. *J Can Dent Assoc.* 2010;76:a91\_f.

Trois éléments d'information sont essentiels à la prise d'une décision concernant la mise en place d'un implant : le type d'agents chimiothérapeutiques utilisés, l'intervalle entre la mise en place de l'implant et le dernier traitement de chimiothérapie et l'intervalle prévu avant la prochaine chimiothérapie (s'il y a lieu).

### Agents chimiothérapeutiques utilisés

Des centaines d'agents chimiothérapeutiques sont actuellement en usage, que ce soit dans le cadre de protocoles établis ou d'essais cliniques, et la plupart de ces médicaments sont utilisés en association avec d'autres agents anticancéreux. Certains comme la dexaméthasone sont relativement inoffensifs; d'autres en revanche sont très toxiques pour la moelle osseuse et les cellules qui se divisent rapidement – c'est le cas notamment de la doxorubicine. En raison de leurs effets sur la moelle osseuse, bon nombre d'agents chimiothérapeutiques provoquent une diminution de l'hémoglobine, des plaquettes et des leucocytes. Ce processus s'amorce habituellement dans les 7 jours suivant l'administration du médicament, et le rétablissement de la moelle osseuse peut prendre jusqu'à 28 jours ou plus, à partir de la date d'administration du médicament. Ces médicaments peuvent également causer des effets indésirables plus immédiats, notamment des nausées, des malaises et – élément important pour tout patient désirant un implant dentaire – une mucosite, c.-à-d. une réaction inflammatoire douloureuse des muqueuses, y compris de la muqueuse buccale. Il est donc impératif de savoir quels médicaments ont été administrés au patient. À l'heure actuelle, les bisphosphonates comme le pamidronate et le zolendronate

administrés par voie intraveineuse ne sont habituellement pas utilisés pour le traitement des lymphomes autres que le myélome multiple. Il convient de noter qu'un implant dentaire serait contre-indiqué pour tout patient recevant des bisphosphonates par voie intraveineuse, car ces médicaments altèrent radicalement le métabolisme osseux. La publication de nombreux rapports de cas d'ostéonécrose de la mâchoire induite par des bisphosphonates a toutefois entraîné la modification des schémas posologiques, notamment une réduction de la durée des traitements par des bisphosphonates intraveineux dans de nombreux sièges pathologiques. Cette réduction des schémas posologiques pourrait permettre à l'avenir la mise en place d'implants dentaires.

Demandez à votre patient s'il a déjà reçu des bisphosphonates par voie intraveineuse. Si le patient ne prend pas de bisphosphonates



## Illustration 1



Zone d'ostéonécrose (A) dans la mandibule postérieure droite d'une patiente recevant des bisphosphonates par voie intraveineuse pour le traitement d'un cancer du sein métastatique.

actuellement (et qu'il n'en a jamais reçus), la mise en place d'un implant pourrait être envisagée. Il ne faut cependant pas oublier que même sans la prise de bisphosphonates, la chimiothérapie associée à la radiothérapie peut causer une nécrose des maxillaires (ill. 1).

### Intervalle entre la pose d'un implant et la plus récente chimiothérapie

Pour plus de sécurité, le dernier traitement de chimiothérapie devrait remonter à au moins un mois et, préférablement, à 60 jours. De plus, toute lésion buccale devrait avoir été traitée et les numérations globulaires devraient se situer dans les fourchettes normales. Les résultats des récentes numérations globulaires devraient être examinés pour tout patient ayant reçu quelque forme de chimiothérapie, en s'intéressant plus particulièrement à l'hémoglobine, à la leucocytémie (surtout le taux absolu de neutrophiles) et au nombre de plaquettes. En général, le laboratoire fournit les intervalles de référence normaux avec les résultats du patient.

En plus d'obtenir les numérations globulaires récentes, demandez à votre patient s'il porte des cathéters veineux centraux (tubes introduits à travers la peau dans la circulation sanguine). L'antibiothérapie n'est pas nécessaire pour les patients porteurs d'une sonde nasogastrique, d'une canule à trachéotomie, d'un réservoir d'Ommaya ou d'une sonde gastrique, mais une antibiothérapie à dose unique doit être administrée aux patients porteurs d'un cathéter veineux central qui doivent subir une procédure chirurgicale ou un traitement d'hygiène buccodentaire. Le cathéter veineux central est habituellement retiré à la fin de la chimiothérapie, mais le patient doit savoir si d'autres tubes sont encore en place.

### Intervalle prévu avant la prochaine chimiothérapie

Il peut être difficile de déterminer les intervalles entre les traitements de chimiothérapie. Il serait toutefois prudent que la mise en place d'un implant chez un patient atteint de cancer se fasse au moins 60 jours après la fin de la dernière chimiothérapie et qu'il y ait au moins 60 jours après la pose de l'implant. L'intervalle après le traitement le plus récent varie en fonction de l'agressivité de la maladie et du traitement, alors que le temps nécessaire à l'ostéointégration dépend du type d'implant et de son emplacement, ainsi que du plan de traitement prothétique.

L'idéal serait que le délai de guérison post-implantaire soit le plus long possible. De nombreux agents utilisés pour prévenir la récurrence des lymphomes ou d'autres formes de cancer peuvent également empêcher la guérison et nuire à l'ostéointégration. Aucun essai contrôlé randomisé en double aveugle n'a été réalisé sur la mise en place d'implants en présence de chimiothérapie pour le traitement de lymphomes primitifs ou récidivants.

### Planification de la mise en place d'un implant chez un patient atteint de cancer

Votre patient peut vous aider à planifier la mise en place en toute sécurité d'un implant dentaire.

1. Demandez au patient d'obtenir, auprès de son établissement de cancérologie, une copie de ses plus récentes numérations globulaires et des données sur l'évolution de ces numérations (liste séquentielle des résultats d'analyses sanguines sur une certaine période de temps). En établissant un lien entre l'évolution des numérations globulaires et les dates connues des traitements, vous serez en mesure d'évaluer les effets des

**Pour plus de sécurité, le dernier traitement de chimiothérapie devrait remonter à au moins un mois et, préférablement, à 60 jours.**

## Illustration 2



Zone de nécrose osseuse (zone B rehaussée) qui s'est formée chez un patient ayant reçu des implants dentaires avant un traitement pour le cancer. Malgré cette zone nécrotique, le patient a pu continuer de bien s'alimenter grâce à sa prothèse inférieure implanto-portée.

chimiothérapies précédentes. Si les numérations globulaires du patient sont demeurées relativement normales durant la chimiothérapie, vous n'avez pas à communiquer avec l'oncologue pour discuter de la mise en place d'un implant. Les plus récentes numérations globulaires devraient être obtenues et examinées avant chaque visite dentaire afin de confirmer que le patient est toujours apte au traitement. Il serait également indiqué de demander alors au patient s'il a reçu une chimiothérapie active ou des médicaments expérimentaux.

2. Assurez-vous que vous et votre patient êtes à l'aise avec la mise en place d'un implant. Si l'un de vous a quelque inquiétude, envisagez de diriger le patient vers un spécialiste en chirurgie buccale et maxillofaciale. De plus, vous, votre patient et l'oncologue ne devez avoir aucun doute quant à la possibilité d'offrir un traitement adéquat au patient en cabinet privé.
3. Si vous devez appeler l'oncologue médical, préparez au préalable une liste sommaire de questions en y joignant le nom complet du patient, sa date de naissance, le numéro de son dossier d'hôpital et le consentement écrit signé; vous pourriez devoir envoyer ces documents par télécopieur au bureau de l'oncologue. Une bonne préparation vous aidera à obtenir les réponses dont vous avez besoin et évitera d'incommoder l'oncologue. Demandez des renseignements précis sur le plan de traitement médical futur : le patient est-il en rémission? Combien de temps cette période de rémission devrait-elle durer? Est-il prévu de pratiquer une greffe de cellules souches du sang périphérique? Les réponses à ces questions pourraient modifier l'intervalle thérapeutique.
4. Grâce aux traitements aujourd'hui disponibles, le nombre de patients qui vivent avec un cancer de tout type et qui y survivent est plus élevé que jamais. Ces patients devraient faire l'objet d'examen cliniques et radiographiques plus fréquents pour préserver leur santé buccodentaire. Le concept clé de la prise en charge des patients en oncologie est de prévenir les problèmes dentaires plutôt que d'essayer de les traiter lorsque le patient est inapte – sur le plan hématologique ou sur quelque autre plan médical – à subir un traitement.



### Conclusion

Il n'y a aucune raison pour laquelle la chimiothérapie devrait priver un patient par ailleurs apte des avantages des implants dentaires. De fait, chez un des patients de l'auteur, 4 implants ont été mis en place avec succès pour favoriser l'ancrage d'une prothèse inférieure complète (ill. 2). Sans ces implants, le patient aurait été incapable de manger. Le patient a par la suite subi une chimiothérapie et une radiothérapie pour un carcinome de l'oropharynx; ces traitements ont causé la formation d'une zone de nécrose spontanée dans la partie postérieure droite du maxillaire inférieur, mais ceci n'a pas eu d'effets défavorables sur les implants. Bien des gens atteints de cancer ont une vie longue et heureuse. Si une prothèse implanto-portée peut améliorer les fonctions et le bien-être de ces patients, pourquoi devraient-ils en être privés? ■

# Votre assurance responsabilité? **C'est réglé.**

À tous les jours, vous donnez le meilleur de vous-même.  
Et quotidiennement, La Capitale assurances générales est heureuse  
de vous en offrir plus en protégeant les activités professionnelles  
des membres de l'OHDQ.

N'hésitez pas à nous contacter pour toute question sur  
votre programme d'assurance.

**1 800 644-0607 • [lacapitale.com/ohdq](http://lacapitale.com/ohdq)**



**LaCapitale**  
Assurances générales

CABINET EN ASSURANCE DE DOMMAGES

# LA LYSINE

Par **Élaine Bertrand**, HD, ND(phy)



La lysine est une lipoprotéine, c'est-à-dire qu'elle assure le transport des lipides dans le sang. Cet acide aminé essentiel participe activement à la transformation des glucides. Il s'agit d'un des éléments de base dans le métabolisme énergétique de la cellule humaine. Elle contribue également

à la formation des anticorps. De plus, le collagène est composé d'environ 25 % de lysine.

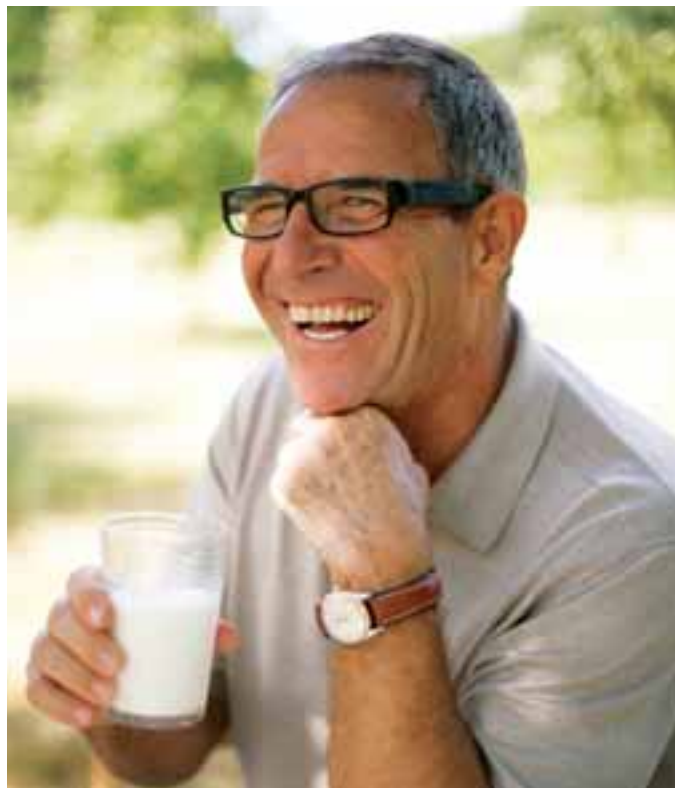
C'est en 1889 que la lysine fut isolée pour la première fois à partir d'une protéine du lait, la caséine. C'est un acide aminé essentiel, c'est-à-dire que notre corps doit la puiser dans notre alimentation. Elle est surtout présente dans le soya, mais aussi dans les légumineuses, les œufs, le poisson, la viande et bien entendu dans les produits laitiers. Les substituts de repas, les préparations pour nourrissons, les succédanés de viande et les suppléments de protéines contiennent également de la lysine, mélangée à d'autres acides aminés. Une carence de cet acide aminé est donc très rare.

Durant les années 1980, des chercheurs ont associé cet acide aminé essentiel au virus *de l'herpès simplex* de type 1. Ces recherches scientifiques ont associé le taux de lysine et d'arginine au développement du virus. Lorsque le taux de lysine dépassait celui de l'arginine, le virus de l'herpès labial cessait de se multiplier. Ces deux acides aminés sont donc en compétition.

Une supplémentation de 1 à 3 grammes de lysine par jour, prise de façon systémique, aide à réduire les récurrences et favorise la guérison de l'herpès labial<sup>(1)</sup>. La lysine doit être prise dès les premiers symptômes d'éclosion, tels que l'engourdissement ou un très léger picotement de la peau, qui annoncent l'apparition des douloureuses vésicules. Il est recommandé lorsqu'il y a prise de supplément de lysine, d'éviter les aliments riches en arginine, tels que le chocolat, les arachides, les noix et les graines, ainsi que les suppléments d'arginine, car ils pourraient atténuer l'effet de la lysine.

Il existe une pâte à prophylaxie ainsi qu'un dentifrice produits par la compagnie Colgate *Sensitive Pro-Relief*. Ces produits contiennent de l'arginine (*Pro-Argin*) comme agent désensibilisant. L'arginine de ces produits agit localement sur les tubulis dentinaires ne causant pas d'interaction avec les suppléments de lysine.

En 1992, un scientifique a démontré de l'intérêt pour la lysine afin d'inhiber la migration des cellules cancéreuses dans l'organisme<sup>(2)</sup>. Cette thérapie ayant comme fondement des doses excessives de lysine n'a aucune reconnaissance scientifique et a été très



sévèrement critiquée par l'Organisation Mondiale de la Santé<sup>(3)</sup>. Et attention ! Une posologie de plus de 10 grammes par jour, peut causer des douleurs abdominales et de la diarrhée chez les personnes souffrant de maladies rénales chroniques et chez celles souffrant de maladies hépatiques. ■

## Sources

[http://www.passeportsante.net/fr/Solutions/PlantesSupplements/Fiche.aspx?doc=lysine\\_ps](http://www.passeportsante.net/fr/Solutions/PlantesSupplements/Fiche.aspx?doc=lysine_ps)

[http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=herpes\\_labial\\_pm](http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=herpes_labial_pm)

1. **Milman N, Scheibel J, Jessen O.** Lysine prophylaxis in recurrent herpes simplex labialis; a double-blind, controlled crossover study. *Acta Derm Venereol.* 1980 ;60(1) :85-7.
2. <http://www.drrathresearch.org/cancer.html>
3. [http://fr.wikipedia.org/wiki/Matthias\\_Rath](http://fr.wikipedia.org/wiki/Matthias_Rath)



## Formation dentaire continue 2011-2012

### Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal

#### Programme 2011-2012

inscription en ligne sur [fdc-umontreal.ca](http://fdc-umontreal.ca)



[fdc-umontreal.ca](http://fdc-umontreal.ca)

CONFÉRENCES AVRIL ET MAI 2012 / Réservez vos places dès maintenant !

#### Avril

##### Samedi 14 avril 2012

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

9 h à 12 h

Coût : D 225 \$ / H 100 \$ / A 100 \$ / T 175 \$

La chirurgie buccale et neuroplasticité, AINS, tunnel lingual, antibiothérapie préopératoire de prévention, greffe d'os allogène, imagerie digitale (outil d'enseignement et de renseignement)

avec le docteur Aldo-Joseph Camarda

9 h à 16 h, lunch inclus

Coût : D 325 \$ / H 150 \$ / A 150 \$ / T 175 \$

##### Mille et une réponses aux questions sur le blanchiment des dents

avec la docteure Annie St-Georges

9 h à 13 h

Coût : D 225 \$ / H 100 \$ / A 100 \$ / T 175 \$

##### Samedi 21 avril 2012

La dentisterie esthétique: ponts et couronnes sans armature métallique

avec le docteur Robert Valiquette

9 h à 12 h

Coût : D 225 \$ / H 100 \$ / A 100 \$ / T 175 \$

Restaurations postérieures en résine composite / avec le docteur Yves Sitbon

9 h à 16 h, lunch inclus

Coût : D 550 \$

Comprendre la pharmacopée de patients âgés vulnérables et son influence sur la prestation de soins dentaires

avec le docteur Christian Caron

9 h à 12 h

Coût : D 225 \$ / H 100 \$ / A 100 \$ / T 175 \$

##### Jeudi 26 au samedi 28 avril 2012

Soins avancés en cardiologie (ACLS)

avec Hélène Quevillon

9 h à 16 h, lunch inclus

Coût : D 875 \$ / H 875 \$ / A 875 \$ / T 875 \$

##### Samedi 28 avril 2012

Les facettes de porcelaine: de la théorie à la pratique

avec la docteure Annie St-Georges

9 h à 16 h, lunch inclus

Coût : D 550 \$

L'occlusion et la réhabilitation prosthodontique: une alliance compliquée?

avec le docteur Pierre De Grandmont

et le docteur Yves Gagnon

9 h à 16 h, lunch inclus

Coût : D 325 \$ / H 150 \$ / A 150 \$ / T 175 \$

#### Mai

##### Samedi 5 mai 2012

Les ciments, revus et corrigés

avec le docteur Louis de Koninck

9 h à 12 h

Coût : D 325 \$ / H 100 \$ / A 100 \$ / T 175 \$

Réanimation cardiorespiratoire et situations d'urgence en médecine dentaire

avec la docteure Sophie Labelle

9 h à 17 h, lunch inclus

Coût : D 325 \$ / H 325 \$ / A 325 \$ / T 325 \$

9 h à 12 h

Coût : D 225 \$ / H 225 \$ / A 225 \$ / T 225 \$

13 h à 17 h

Coût : D 225 \$ / H 225 \$ / A 225 \$ / T 225 \$

##### 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

8 h 30 à 16 h, lunch inclus

Coût : D 8 500 \$

##### Vendredi 11 mai et samedi 12 mai 2012

Advanced Surgical and Prosthetic Management of the Resorbed Maxilla: Hands-On Training for 'Molar-to-Malar' Zygomatic Implant Placement

avec le docteur Yvan Fortin et le docteur Richard M. Sullivan

9 h à 16 h, lunch inclus

Coût : D 4 500 \$

inscriptions : [marydt.marius@gmail.com](mailto:marydt.marius@gmail.com)

ou 1-800-934-0464

L'examen orthodontique et temporo-mandibulaire : présentation et gestion de cas cliniques

avec le docteur Normand Bach et la docteure Nathalie Rei

9 h à 12 h

Coût : D 225 \$ / H 100 \$ / A 100 \$ / T 175 \$

#### GOLF

Tournoi de golf annuel de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal

Club de Golf de l'Île de Montréal  
3700, rue Damien-Gauthier  
Montréal  
[www.cgimgolf.com](http://www.cgimgolf.com)

#### JEUDI 16 AOÛT 2012

10 h 30 à 12 h Brunch  
12 h 30 Départ simultané «Shotgun»  
19 h Souper

Informations et réservations :  
[communications-medent@umontreal.ca](mailto:communications-medent@umontreal.ca)

# Nous sommes PRÉSENTS!

## NOUS Y ÉTIONS

Depuis janvier 2012, l'OHDQ a participé :

### Comme exposant :

- Journée de réflexion et de maillage sur le thème de l'éducation et la sensibilisation aux boissons énergisantes en janvier à l'ITHQ
- Journée-conférence *SHV à l'ère des TIC* de l'équipe des diététistes des Producteurs laitiers du Canada en février au Marché Bonsecours
- 29<sup>e</sup> journée scientifique de l'Université Laval en février

### L'OHDQ a également été présent aux événements suivants :

- Assemblée des membres du Conseil interprofessionnel du Québec
- Conférence de presse de la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* en janvier
- Diffusion d'une émission de *Kampaï* en février à Radio-Canada
- Journées Carrières d'écoles secondaires, par la participation d'hygiénistes dentaires bénévoles pour LaSalle, Montréal et Québec

### Ainsi que dans les publications suivantes :

- Magazine *L'Orientation* de janvier de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec
- Section *Des soins pour nos parents vieillissants* du journal *La Revue* de Gatineau-Hull-Aylmer en mars

## NOUS Y SOMMES ACTUELLEMENT

### Comme exposant :

- Salon Ma Santé les 10 et 11 avril au Complexe Desjardins

### Comme exposant en vedette avec vidéo :

- Site du Salon national de l'éducation de Montréal

## NOUS Y SERONS PROCHAINEMENT

### Comme exposant aux événements suivants :

- Journées dentaires internationales du Québec en mai à Montréal
- Salon Fadoq en juin à Rivière-du-Loup



# TABAGISME

## se libérer de ce fléau

Par la D<sup>re</sup> Michèle Tremblay

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les professionnels de la santé incluant les hygiénistes dentaires devraient intervenir auprès des fumeurs pour les sensibiliser à l'importance de cesser de fumer et les accompagner dans une démarche de renoncement au tabac. Au Québec, l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec** est impliqué activement dans la promotion de l'arrêt tabagique depuis 2004 et plusieurs interventions ont été réalisées : offre de formations sur le counseling en abandon du tabac, publication de plusieurs articles dans *L'Explorateur*, développement et distribution en 2008 de l'outil *Vous voulez vous libérer du tabac? Parlez-en à un membre de notre équipe dentaire*, etc. Récemment, nous vous faisons parvenir une affiche qui présente les services d'aide à l'abandon du tabac *j'Arrête*, une carte aide-mémoire à remettre à vos clients fumeurs et un bon de commande vous permettant de recevoir des exemplaires supplémentaires de ces outils.

C'est donc avec conviction que l'Ordre a endossé l'énoncé de position *Le tabagisme, un fléau de santé publique – des professionnels de la santé engagés* qui fut lancé durant la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac. Cet énoncé de position a été adopté par l'Institut national de santé publique du Québec et le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec, l'Ordre des dentistes du Québec, l'Ordre des optométristes du Québec et l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. Tous les signataires conviennent de l'importance de s'allier pour faire de la lutte contre le tabagisme une priorité d'intervention.



L'énoncé de position stipule que chaque professionnel de la santé devrait saisir toutes les occasions pour motiver leurs clients fumeurs à cesser de fumer, pour les conseillers et pour les soutenir pendant leur cheminement. On le sait maintenant, les interventions des professionnels de la santé doublent les taux de succès d'abandon du tabac.

L'apport des hygiénistes dentaires et des différents professionnels de la santé est essentiel pour aider les quelque 1,6 million de Québécois et de Québécoises qui font usage du tabac et qui veulent, pour la très grande majorité, se libérer de cette dépendance. Quelques minutes de votre temps peuvent sauver des vies! Nous comptons sur vous... ■

## Fiche plastifiée disponible

# CONTRÔLE DES INFECTIONS: RÉSUMÉ DES OBLIGATIONS ET RECOMMANDATIONS

CET OUTIL PRATIQUE RÉSUME LE DOCUMENT D'INFORMATION SUR LE CONTRÔLE DES INFECTIONS – MÉDECINE DENTAIRE, PUBLIÉ PAR L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC ET L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC EN 2009.

La fiche peut être téléchargée en sélectionnant **Fiches buccodentaires** dans la section **6 – Nos publications** du site de l'Ordre au [www.ohdq.com](http://www.ohdq.com) ou être commandée en écrivant à l'adresse suivante : [mparent@ohdq.com](mailto:mparent@ohdq.com)

		obligations	recommandations	points
INSTRUMENTS INSTRUMENTAUX	Précautions	Respecter les normes, par tout le personnel, des moyens de production standards (sanitaires).	Déjà en application en 2002 (déclaration des fournisseurs de la santé, des entreprises et de leur prestataires et vérification de la conformité à l'article 1).	13
	Tablettes	Prohiber à toute affiche bois et en bois chaque table opératoire.	Au moins une année de usage exclus par clinique (déclaration à l'article 1).	42 à 44 et 47 à 50
	Équipements professionnels	Équipement dentaire (dentaire) avant et après chaque patient, à l'exception des instruments utilisés en chirurgie, en orthodontie et en soins orthodontiques.	17 à 19	
	Autoprotecteur des yeux	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
	Colliers	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
	Capts d'extrusion	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
	Capts d'aspiration	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
	Capts de succion	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
	Capts de ventilation	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
	Capts de refroidissement	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
PRATIQUE CLINIQUE	Précautions	Respecter les normes, par tout le personnel, des moyens de production standards (sanitaires).	Déjà en application en 2002 (déclaration des fournisseurs de la santé, des entreprises et de leur prestataires et vérification de la conformité à l'article 1).	13
	Tablettes	Prohiber à toute affiche bois et en bois chaque table opératoire.	Au moins une année de usage exclus par clinique (déclaration à l'article 1).	42 à 44 et 47 à 50
	Équipements professionnels	Équipement dentaire (dentaire) avant et après chaque patient, à l'exception des instruments utilisés en chirurgie, en orthodontie et en soins orthodontiques.	17 à 19	
	Autoprotecteur des yeux	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
	Colliers	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
	Capts d'extrusion	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
	Capts d'aspiration	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
	Capts de succion	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
	Capts de ventilation	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
	Capts de refroidissement	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
INSTRUMENTS INSTRUMENTAUX	Précautions	Respecter les normes, par tout le personnel, des moyens de production standards (sanitaires).	Déjà en application en 2002 (déclaration des fournisseurs de la santé, des entreprises et de leur prestataires et vérification de la conformité à l'article 1).	13
	Tablettes	Prohiber à toute affiche bois et en bois chaque table opératoire.	Au moins une année de usage exclus par clinique (déclaration à l'article 1).	42 à 44 et 47 à 50
	Équipements professionnels	Équipement dentaire (dentaire) avant et après chaque patient, à l'exception des instruments utilisés en chirurgie, en orthodontie et en soins orthodontiques.	17 à 19	
	Autoprotecteur des yeux	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
	Colliers	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
	Capts d'extrusion	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
	Capts d'aspiration	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
	Capts de succion	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
	Capts de ventilation	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	
	Capts de refroidissement	Prêt à l'emploi ou lavé et changé au moins une fois par jour ou lorsque nécessaire.	17 à 19	

# Énoncé de position



## LE TABAGISME, UN FLÉAU DE SANTÉ PUBLIQUE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ENGAGÉS

### DÉCLARATION COMMUNE

Cette déclaration a été adoptée par le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des dentistes du Québec, l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des optométristes du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, et l'Institut national de santé publique du Québec.

### CONTEXTE

Les effets du tabagisme sur la santé sont incontestables. Depuis plusieurs années et encore aujourd'hui, le tabagisme constitue l'un des plus sérieux problèmes de santé publique au Québec. L'usage du tabac entraîne plusieurs maladies chez les fumeurs et les non-fumeurs, en plus d'imposer un lourd fardeau au système de santé ainsi que des coûts sociaux considérables. Il constitue le principal facteur de risque des maladies chroniques les plus meurtrières, soit les maladies cardiovasculaires et les cancers. Plus de 10 000 Québécois meurent chaque année des conséquences du tabagisme.

Les fumeurs, soumis à une forte dépendance induite par les produits du tabac, ont le désir de se libérer de la cigarette. En effet, la grande majorité d'entre eux ont déjà tenté de cesser de fumer. Les professionnels de la santé sont des acteurs clés de notre système de santé et jouent un rôle essentiel dans le succès d'un processus d'abandon du tabagisme. Comme l'efficacité des interventions de counseling en abandon du tabagisme a été démontrée, les contacts privilégiés des professionnels de la santé auprès de leurs patients fumeurs représentent de multiples occasions visant à protéger et à améliorer la santé des Québécois contre les méfaits du tabac.

### PLAN QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME

Pour faire face à la problématique du tabagisme, le Québec s'est doté d'une stratégie intégrée qui vise à prévenir l'usage du tabac, à favoriser l'abandon et à protéger les non-fumeurs contre la fumée de tabac dans l'environnement. Le Plan québécois de lutte contre le tabagisme sollicite la participation de plusieurs acteurs de différentes disciplines où les forces individuelles de chacun sont complémentaires et contribuent à créer une synergie.



## Vision

*Étant donné l'ampleur et la gravité de l'usage du tabac dans notre société, tous les acteurs du réseau de la santé se doivent d'inclure la lutte contre le tabagisme dans la pratique clinique et faire en sorte que celle-ci fasse partie intégrante des soins de santé au Québec*

## LES ORDRES PROFESSIONNELS S'ENGAGENT

Afin de maximiser le potentiel des professionnels de la santé quant à l'abandon du tabagisme chez les adultes et les jeunes, la protection contre la fumée de tabac dans l'environnement et la prévention du tabagisme, les ordres professionnels s'engagent à :

*Favoriser l'abandon du tabagisme est un des plus importants services qu'un professionnel de la santé puisse offrir*

- encourager leurs membres à faire de la lutte contre le tabagisme une priorité d'intervention et à faire valoir le rôle essentiel qu'ils peuvent jouer ;
- offrir et à promouvoir des formations sur le tabagisme et le counseling en abandon du tabac ;
- donner des outils qui inciteront et aideront les professionnels de la santé dans leur rôle de conseiller et d'orienteur ;
- promouvoir les ressources communautaires d'aide à l'abandon du tabagisme (les services j'Arrête) ;
- sensibiliser le public sur la problématique du tabagisme et sur l'aide que peuvent apporter les professionnels de la santé ;
- statuer sur la nécessité d'inclure dans les programmes d'études obligatoires de base les connaissances sur le tabagisme et sur le counseling.

## L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

L'Institut national de santé publique du Québec s'engage à collaborer avec les ordres professionnels, les universités et les collèges au développement et au maintien des compétences cliniques des professionnels de la santé de façon à ce qu'ils puissent intervenir efficacement auprès de leurs patients et clients en matière de tabagisme.

## DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ EN ACTION

### Reconnaître l'importance :

- de saisir **toutes les occasions pour motiver** les fumeurs à prendre la décision de cesser de fumer ;
- d'intervenir auprès des fumeurs même si le temps disponible n'est que de **trois à cinq minutes** ;
- de considérer les patients et clients fumeurs comme des **partenaires actifs** dans le processus d'abandon du tabac ;
- d'avoir des **connaissances à jour** en participant aux activités de formation sur le counseling en abandon du tabagisme ;
- d'utiliser les **outils d'aide** à la pratique disponibles.

### Lors des interventions cliniques :

**Demander** à chaque patient et client s'il fume et **inscrire** le statut tabagique au dossier.

**Conseiller** de cesser de fumer en soulignant, par exemple, que « cesser de fumer est la décision la plus importante qu'un patient puisse prendre pour préserver sa santé ».

**Soutenir** le fumeur selon son degré de motivation :

- Discuter des effets du tabac sur la santé et de ceux de la fumée de tabac dans l'environnement.
- Renforcer la motivation en parlant des bienfaits de la cessation.
- Discuter des stratégies pour cesser de fumer ou pour interdire de fumer à l'intérieur de la maison et de la voiture.
- Proposer des aides pharmacologiques.
- Offrir de la documentation.
- Diriger le fumeur vers les ressources en abandon du tabac : lignes téléphoniques, sites Internet, centres d'abandon du tabagisme.

**Personnaliser** les interventions grâce à une démarche motivationnelle non culpabilisante.

**Reconnaître** que les rechutes sont fréquentes et offrir des suivis.

## 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](http://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 *D<sup>r</sup> 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](mailto: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](mailto: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.**

**PHILIPS**

# 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'intervencionniste 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](http://www.ohdq.com)**

Date	Heure	Ville	Lieu	Maximum de participants
<del>Samedi 10 septembre 2011</del>	9 h à 16 h	Carleton	Hostellerie Baie Bleue et Golf	30
<del>Samedi 1<sup>er</sup> octobre 2011</del>	9 h à 16 h	Val-d'Or	Traiteur chez Vic	50
<del>Vendredi 14 octobre 2011</del>	9 h à 16 h	Chicoutimi	Hôtel Le Montagnais	80
<del>Samedi 5 novembre 2011</del>	9 h à 16 h	Baie-Comeau	Hôtel-Motel Hauterive	40
<del>Vendredi 18 novembre 2011</del>	9 h à 16 h	Québec	L'Hôtel Québec	200
<del>Vendredi 9 décembre 2011</del>	9 h à 16 h	Montréal	Hôtel Espresso	180
<del>Samedi 14 janvier 2012</del>	9 h à 16 h	Gatineau	Hôtel Best Western Plus Gatineau-Ottawa	80
<del>Samedi 28 janvier 2012</del>	9 h à 16 h	Saint-Hyacinthe	Hôtel des Seigneurs	150
<b>*Vendredi 27 avril 2012</b>	<b>9 h à 16 h</b>	<b>Rimouski</b>	<b>Hôtel Rimouski</b>	<b>40</b>

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

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



**laPersonnelle**

Assureur de groupe auto, habitation  
et entreprise

## 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](http://www.ohdq.com)**



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

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

**Veillez 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](http://www.ohdq.com).**

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

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 les régions de Montréal, Joliette et Saint-Marc-sur-Richelieu 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](http://www.ohdq.com)**

Date	Heure	Ville	Lieu	Maximum de participants
<del>Samedi 10 septembre 2011</del>	8 h à 12 h	Gatineau	Hôtel Best Western Plus Gatineau-Ottawa	60
<del>Vendredi 23 septembre 2011</del>	8 h à 12 h	Québec	L'Hôtel Québec	60
<del>Samedi 24 septembre 2011</del>	8 h à 12 h	Québec	L'Hôtel Québec	60
<del>Samedi 19 novembre 2011</del>	8 h à 12 h	Sherbrooke	Hôtel Le Président	60
<del>Vendredi 13 janvier 2012</del>	8 h à 12 h	Laval	Salles de réception Paradis	60
<del>Samedi 14 janvier 2012</del>	8 h à 12 h	Laval	Salles de réception Paradis	60
<del>Samedi 11 février 2012</del>	8 h à 12 h	Joliette	Château Joliette	30** ANNULÉE
<del>Samedi 24 mars 2012</del>	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.

\*\* Annulée dans la région de Joliette pour manque de participants.



**Académie  
DENTAIRE**  
multidisciplinaire

## 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](http://www.ohdq.com)**

Date	Heure	Ville	Lieu	Maximum de participants
<del>Vendredi 9 septembre 2011</del>	9 h à 12 h	Montréal	Hôtel Espresso	180
<del>Vendredi 16 septembre 2011</del>	9 h à 12 h	Sherbrooke	Hôtel Le Président	50 ** ANNULÉE
<del>Samedi 12 novembre 2011</del>	9 h à 12 h	Saint-Jérôme	Hôtel Best Western Plus Saint-Jérôme	50
<del>Samedi 10 décembre 2011</del>	9 h à 12 h	Trois-Rivières	Hôtel L'Urbania	80
<del>Vendredi 17 février 2012</del>	9 h à 12 h	Saint-Marc-sur-Richelieu	Auberge Handfield	150
<del>Vendredi 16 mars 2012</del>	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 make an emergency call;
- **Prevent** and identify risk factors;
- **Recognize** heart disease (angina, coronary thrombosis, heart attack);
- **Treat** heart problems (nitro, AAS);

- Clearing the respiratory tract;
- Cardio-pulmonary resuscitation (CPR) and AED (automated external defibrillator);
- How to take care of the AED;
- Practice on the manikin. Each participant will receive a certification card and a guide.

Date	Time	City	Where	Maximum participants
<del>Saturday, November 5, 2011</del>	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](http://www.ohdq.com)**

Date	Time	City	Where	Maximum participants
<del>Friday, February 17, 2012</del>	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 : <u> JJ / MM / AA </u>
<b>OHDO</b> 1212-1155, rue University, bureau 1212, Montréal (Québec) H3B 3A7 ou par télécopieur : 514 284-3147		J'acquiesce les frais requis, le cas échéant, par : Chèque de \$ ci-inclus, libellé au nom de l' <b>Ordre des hygiénistes dentaires du Québec</b> . Le chèque postdaté doit être daté au plus tard un mois avant la date du cours choisi. <b>Les paiements par carte de crédit sont encaissés à la réception.</b>
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard	N° de la carte : <u>    /    /    </u>	Date d'expiration : <u> MM / AA </u>
Nom du détenteur de la carte :		Signature :

**\* Au 1<sup>er</sup> 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 <b>ANNULÉE</b>                      |
| <input type="checkbox"/> Montréal-PM <b>ANNULÉE</b>       | <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 <b>ANNULÉE</b>                      |
| <input type="checkbox"/> Saint-Marc-Richelieu-AM: 23-mars | <input type="checkbox"/> Saint-Marc-Richelieu-PM: 23-mars <b>ANNULÉE</b> |
| <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 <b>ANNULÉE</b> | <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- <b>ANNULÉE</b> |
| <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.

Rappel  
Abonnés étudiants OHDQ

# N'OUBLIEZ PAS LE CONCOURS BOURSE DE LA RELÈVE 2012

BOURSE  
DE 500 \$

CETTE BOURSE A ÉTÉ CRÉÉE EXCLUSIVEMENT POUR VOUS, ABONNÉS  
ÉTUDIANTS, ET ELLE POURRAIT VOUS RAPPORTER 500 \$. VOUS AVEZ  
JUSQU'AU **30 AVRIL 2012** POUR FAIRE PARVENIR VOTRE TEXTE À L'OHDQ.



Alors, qu'attendez-vous? Vite, à vos ordis!

Pour plus de renseignements, consultez le menu *Prix d'excellence*, de la section *2 La Profession* de notre site Internet [www.ohdq.com](http://www.ohdq.com) ou communiquez avec Elizabeth McDermott par courriel à [emcdermott@ohdq.com](mailto:emcdermott@ohdq.com) ou par téléphone au 514 284-7639, poste 215.

Profitez d'un partenariat  
solide qui vous offre  
des tarifs préférentiels  
pour vos **assurances auto,**  
**habitation et entreprise.**



DEMANDEZ UNE SOUMISSION  
**1 888 476-8737**  
[lapersonnelle.com/ohdq](http://lapersonnelle.com/ohdq)

Certaines conditions s'appliquent.



La bonne combinaison.

## Campagne pour une meilleure gestion de l'anaphylaxie dans les écoles du Québec :

# L'URGENCE D'AGIR

Par **Marie-Claude Jérôme**, conseillère aux communications, Association québécoise des allergies alimentaires

**Les allergies alimentaires sont souvent banalisées, mais saviez-vous que même d'infimes traces d'un allergène peuvent déclencher une réaction allergique grave ?**

*Le 11 janvier dernier, un regroupement de diverses organisations œuvrant dans le domaine des allergies alimentaires, dont fait partie l'Association québécoise des allergies alimentaires (AQAA), a fait parvenir plus de 2 500 lettres à la vice-première ministre et ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport, M<sup>me</sup> Line Beauchamp et au ministre de la Santé et des Services sociaux, D<sup>r</sup> Yves Bolduc, leur demandant de mettre en place une politique sur la gestion de l'anaphylaxie dans toutes les écoles québécoises.*

Les allergies alimentaires sont souvent banalisées, mais saviez-vous que même d'infimes traces d'un allergène peuvent déclencher une réaction allergique grave, causant la mort, aussi appelée anaphylaxie? En effet, il peut suffire de quelques minutes à peine d'exposition à un allergène pour que se manifestent les signes et symptômes d'un choc anaphylactique. Il faut donc agir rapidement et injecter l'épinéphrine, le seul médicament à privilégier dans le traitement d'une réaction allergique.

Malgré qu'on estime à 72 000 le nombre d'élèves québécois allergiques à un ou à plusieurs aliments et à des dizaines de milliers le nombre d'asthmatiques, la gestion de l'anaphylaxie à l'école est tout de même laissée à la discrétion de chaque établissement scolaire. En plus, d'une école à l'autre, il n'y a pas toujours de protocole d'urgence établi quant à la façon de gérer un choc anaphylactique.

C'est dans cette optique qu'une Coalition a été créée dans le but de demander au gouvernement de mettre en place une loi sur la gestion de l'anaphylaxie dans toutes les écoles du Québec. Cette loi comprendrait, entre autres, les éléments suivants :

- L'élaboration de stratégies visant à réduire les risques d'expositions accidentelles aux principaux allergènes;
- La mise en place d'un plan de communication permettant d'informer tous les parents, élèves et employés de l'établissement quant aux risques reliés aux allergies alimentaires;
- Le déploiement d'une formation, sur une base régulière, du personnel en contact direct avec les élèves qui permettrait de reconnaître les symptômes d'une réaction allergique ou asthmatique et d'administrer l'auto-injecteur d'épinéphrine à un élève connu allergique ou non;

Il est essentiel de savoir que les réactions allergiques et l'asthme ne sont pas des caprices, ils peuvent réellement causer la mort. Il est donc temps d'agir et de se pourvoir d'une politique comme l'Alberta, la Colombie-Britannique, l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick et l'Ontario qui l'ont déjà fait auparavant.

Si vous souhaitez appuyer cette campagne ou avoir plus de renseignements quant aux allergies alimentaires, visiter le site de l'AQAA au [www.aqaa.qc.ca](http://www.aqaa.qc.ca) ■



# Avis de CONVOCAATION

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE 2012  
DES MEMBRES DE L'ORDRE  
DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC

**Date :** Le lundi 28 mai 2012  
**Heure :** 16 h 30  
**Lieu :** Palais des Congrès de Montréal  
201, rue Viger Ouest, Montréal  
**Salle :** 516-D

## Projet d'ordre du jour

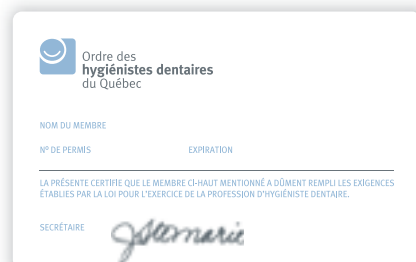
1. Constatation du quorum;
2. Lecture de l'ordre du jour;
3. Lecture et adoption du procès-verbal de l'assemblée générale annuelle du 30 mai 2011;
4. Rapport de la présidente et directrice générale incluant :  
– le rapport d'étape de la planification stratégique 2008-2012;  
– la modernisation de la pratique professionnelle;
5. Dépôt des états financiers vérifiés de l'exercice 2011-2012;
6. Nomination des vérificateurs pour l'exercice 2012-2013;
7. Rapports des comités;
8. Cotation 2013-2014;
9. Levée de l'assemblée générale annuelle.

**Note :** Conformément à l'article 31 du Règlement sur les affaires du Conseil d'administration, le comité exécutif et les assemblées générales de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec en vigueur, tout membre de l'Ordre peut demander au Conseil d'administration qu'un sujet soit inscrit au projet d'ordre du jour d'une assemblée générale annuelle. Cette demande doit parvenir par écrit au siège social de l'Ordre, à l'attention du secrétaire, au moins 45 jours avant la date fixée pour la tenue de cette assemblée générale annuelle, soit **avant le 13 avril 2012 à 16 heures.**

La secrétaire,



Janique Ste-Marie, notaire




Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

NOM DU MEMBRE \_\_\_\_\_

N° DE PERMIS \_\_\_\_\_ EXPIRATION \_\_\_\_\_

LA PRÉSENTE CERTIFIÉ QUE LE MEMBRE CI-HAUT MENTIONNÉ A DÔNEMENT REMPLI LES EXIGENCES ÉTABLIES PAR LA LOI POUR L'EXERCICE DE LA PROFESSION D'HYGIÉNISTE DENTAIRE.

SECRÉTAIRE 



1155, rue University, bureau 1212  
Montréal (Québec) H3B 3A7

Tél. (514) 284-7639 1-800-361-2996  
Télec. (514) 284-3147  
info@ohdq.com  
www.ohdq.com

SIGNATURE DU MEMBRE \_\_\_\_\_

CONFIRMATION D'ASSURANCE-RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE  
Nous certifions que chaque membre en règle de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec est adhérent au programme de responsabilité professionnelle et est assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars par sinistre et d'un million de dollars par période d'assurance, en vertu de la police d'assurance de la responsabilité professionnelle souscrite par l'Ordre auprès de La Capitale assurances générales inc. Le membre doit aviser l'assureur, dès qu'il en a eu connaissance, de toute circonstance pouvant donner lieu à une réclamation et confirmer le tout à : La Capitale assurances générales inc. Téléphone : (418) 256-9525 - 1 800 361-7739 (418) 256-9600 - 1 800 644-9807

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE 2012  
DE LA FIDUCIE DE L'ORDRE DES HYGIÉNISTES  
DENTAIRES DU QUÉBEC

**Date :** Le lundi 28 mai 2012  
**Heure :** Après l'assemblée générale de l'OHDQ  
**Lieu :** Palais des Congrès de Montréal  
201, rue Viger Ouest, Montréal  
**Salle :** 516-D

## Projet d'ordre du jour

1. Constatation du quorum et ouverture de l'assemblée;
2. Lecture de l'ordre du jour;
3. Lecture et adoption du procès-verbal de la réunion du 30 mai 2011;
4. Présentation des activités;
5. Dépôt des états financiers en date du 31 mars 2012;
6. Levée de l'assemblée.



Johanne Côté, HD  
Présidente et directrice générale

## Vin d'honneur

Au nom des administrateurs de l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec**, vous êtes cordialement invités à prendre part au vin d'honneur qui aura lieu le lundi 28 mai 2012 après les deux assemblées générales.

Cette rencontre est une excellente occasion d'échanger avec les administrateurs et vos collègues.

Au plaisir de vous voir en grand nombre!

\*Les membres devront présenter leur **carte de membre de l'OHDQ** et une **pièce d'identité** afin d'assister à l'Assemblée générale annuelle 2012 et à l'Assemblée générale annuelle 2012 de la Fiducie. Dans le cas contraire, l'accès leur sera refusé.

# La planification de traitement de réhabilitation.

## L'IMPORTANCE DE L'HYGIÉNISTE DENTAIRE

Par **Annick Ducharme, HD**

Source : Reproduit avec permission. [www.oralhealthgroup.com](http://www.oralhealthgroup.com). « La planification de traitement de réhabilitation. L'importance de l'hygiéniste dentaire », *Oral Hygiene*, Fall 2011, pages 10 et 11.



J'ai la chance de pratiquer le métier d'hygiéniste dentaire dans une équipe multidisciplinaire qui considère ses membres tous aussi importants les uns que les autres. Dentistes, denturologistes, hygiénistes dentaires, parodontistes, orthodontistes et techniciens dentaires font partie d'une même équipe où chacun apporte sa

contribution selon son expertise et son champ de pratique sur un pied d'égalité, ceci pour le bien-être du patient. Il arrive même que mon expertise, en tant qu'hygiéniste dentaire, influence le choix d'un plan de traitement. Voici, dans les lignes qui suivent,

traitements dentaires, l'examen des tissus mous et de la masse osseuse permettent aux dentistes de faire un bon diagnostic et d'établir les possibilités de traitement. Les plans de traitement possibles sont ensuite exposés à la patiente en lui expliquant les avantages et les inconvénients de chacun. Après toutes ces explica-



Figure 1



Figure 2

un cas vécu récemment à notre bureau qui témoigne de l'importance qu'a l'implication de l'hygiéniste dentaire dans l'élaboration d'un plan de traitement.

Début 2011, une patiente âgée de 75 ans nous est référée (Figure 1). Elle consulte dans le but d'améliorer sa mastication et par le fait même améliorer sa qualité de vie. Depuis plus de 50 ans, cette patiente est édentée et porte des prothèses complètes amovibles des maxillaires inférieur et supérieur. Elle se plaint, entre autres, de l'instabilité de celles-ci, de blessures fréquentes à la bouche et finalement d'être restreinte dans le choix de ses aliments puisqu'elle ne parvient pas à les mastiquer adéquatement (Figure 2).

Suite à ce mandat, une radiographie panoramique, l'évaluation de l'ATM, de la santé physique et de la capacité à recevoir des



Figure 3



Figure 4

tions et une mûre réflexion, notre patiente prend finalement une décision bien éclairée : prothèse complète équilibrée du maxillaire supérieur et implants au maxillaire inférieur dans le but de recevoir une prothèse fixe-fixe.

Le chirurgien travaillant à notre clinique procède donc à la mise en place des 5 implants mandibulaires. Ensuite, entre en ligne le denturologiste; il sera responsable de la transition des prothèses pendant l'ostéo-intégration. Il sera celui qui veille au confort de la patiente tout au long du traitement qui devrait s'étendre sur une période de six à huit mois. Finalement, il sera également responsable de la fabrication de la prothèse équilibrée du maxillaire supérieur. Lors de la première rencontre avec cette patiente, le denturologiste note dans ses observations d'usage une accumulation de tartre sur les capuchons de guérisons. La patiente est donc dirigée vers une hygiéniste dentaire, en l'occurrence moi-même, qui réévalue l'hygiène, repasse les bonnes techniques d'hygiène dentaire enseignées lors de la mise en place des implants et procède au détartrage des capuchons avec l'accord préalable du chirurgien (Figures 3 et 4).

Considérant l'importance de l'accumulation, j'enseigne alors les techniques d'hygiène requises et je m'assure de la capacité de la

patiente à les accomplir. Je recommande ensuite un contrôle deux semaines plus tard pour évaluer la condition afin d'éviter d'éventuelles complications pouvant compromettre une bonne guérison et nuire à la réussite du traitement. Un rapport au dentiste et au denturologiste est fait et des photos sont prises. Le retour de la patiente deux semaines plus tard me permet de constater une accumulation toujours aussi surprenante.

Travaillant régulièrement en implantologie, je suis à même de constater la difficulté de réhabilitation des patients édentés depuis plusieurs années, ceux-ci ayant perdu depuis fort longtemps l'habitude du brossage en bouche. La rééducation peut prendre jusqu'à un an avant d'en arriver à une bonne maîtrise des techniques d'hygiène. À une grande majorité de ces patients, je recommande des rendez-vous mensuels durant le premier trimestre suivant la mise en charge des implants. Par la suite, il est de mon devoir d'évaluer les besoins du patient en matière d'hygiène dentaire et de faire en sorte que les traitements soient réalisés dans les meilleures conditions dans le but d'optimiser leur longévité tout en diminuant les risques de complications.

Il n'est pas rare de voir de l'accumulation importante de tartre dans les premières semaines suivant la mise en bouche de capuchons, mais à cette étape, il est d'une importance capitale d'évaluer la capacité du patient à entretenir ses futures prothèses, barre, piliers, etc. Malheureusement, il existe peu de moyens

Figure 5



d'évaluer l'accumulation de tartre versus la capacité d'entretien avant cette phase du processus. Dans le cas qui nous concerne, nous sommes en présence d'une salive fortement alcaline et d'accumulation de tartre pouvant devenir problématique. Nous sommes également en présence d'une

personne confrontée à la réalité d'un âge avancé, encore très alerte en apparence, mais m'avouant remarquer que ses capacités diminuaient depuis qu'elle avait l'obligation d'entretenir de si petite pièce dans sa bouche.

C'est à ce moment que le fruit de mes observations change le cours du traitement (Figure 5). Un petit mémo sur le bureau du dentiste accompagné des photos prises tout au long de mon suivi ainsi que mon questionnement sur la capacité de la patiente à entretenir sa future prothèse fixe-fixe du maxillaire inférieur est le prélude à une rencontre entre le dentiste, le denturologiste ainsi que moi-même, l'hygiéniste dentaire au dossier. Lors de cette rencontre, j'exprime mes inquiétudes et suite à une revue de l'historique

et une synthèse du dossier, nous estimons qu'il est indispensable de rencontrer la patiente pour lui faire part de nos craintes et lui proposer des alternatives comme du fixe-amovible ou des ancrages de type « locator ». La patiente est donc rencontrée lors

d'un rendez-vous de suivi d'hygiène. Elle n'est pas surprise, au contraire. Depuis la prise en charge de son hygiène par une spécialiste, elle a été à même de constater qu'il lui serait difficile de voir à l'hygiène d'une prothèse fixée en permanence sur les petits capuchons qu'elle trouvait déjà difficile à entretenir.

Le denturologiste est la personne qui au fil de ses rencontres avec la patiente, ses observations et ses conclusions, a été en mesure de choisir le type de prothèse avec laquelle la patiente serait le plus à l'aise et qui lui procurerait le maximum de confort et de rendement. Le plan est salué par le chirurgien et la mise en place d'un nouveau plan de traitement est élaborée.

Le dénouement de ce traitement fut bénéfique pour la patiente grâce à un travail d'équipe bien coordonné. L'hygiéniste dentaire dans ce cas précis a modifié le traitement prévu et son implication s'est démontrée d'une importance capitale. Aurais-je été capable de rendre mon expertise pour le bien-être de cette patiente si le dentiste, denturologiste et chirurgien avec qui je travaille n'estimait pas mon champ de pratique important? Non. Je profite de cette tribune pour les en remercier puisque le fait de prendre en considération mes compétences professionnelles a non seulement permis à une patiente d'être heureuse et satisfaite, mais a aussi permis au rayonnement de ma profession. ■

À une grande majorité de ces patients, je recommande des rendez-vous mensuels durant le premier trimestre suivant la mise en charge des implants.




Accumulation de tartre en deux mois suite à la mise en charge.



Énoncé de position du directeur  
national de santé publique

# La fluoration de l'eau potable



« Je recommande  
la fluoration de l'eau  
de consommation. La  
fluoration constitue  
la pierre angulaire  
de tout programme  
public de prévention en  
santé buccodentaire  
car elle est bénéfique  
pour les citoyens de  
tous les âges et de  
toutes les situations  
économiques. »

- Alain Poirier

Directeur national de Santé publique  
et sous-ministre adjoint,  
ministère de la Santé et des  
Services sociaux

## QUELQUES FAITS

- > La carie dentaire constitue un important problème de santé publique pour lequel les mesures préventives individuelles sont insuffisantes.
- > La carie dentaire a des conséquences négatives sur l'état de santé global de la population, particulièrement des personnes les plus vulnérables.
- > La carie dentaire affecte la très grande majorité de la population et elle cause généralement des dommages irréversibles aux dents.
- > La carie dentaire est particulièrement présente chez les personnes socioéconomiquement défavorisées qui n'ont pas les ressources financières nécessaires pour recevoir des soins buccodentaires, soins qui sont souvent coûteux.
- > Les mesures actuellement en place pour prévenir la carie dentaire ont atteint une limite sur le plan des résultats possibles et ne permettent plus de réduire davantage les dommages liés à cette maladie.
- > La santé buccodentaire des Québécois n'est pas aussi bonne que celle des Canadiens ou des Américains, qui ont davantage accès à de l'eau fluorée.
- > La fluoration de l'eau de consommation est une mesure de prévention populationnelle sécuritaire, peu coûteuse et efficace. Il n'existe aucune solution équivalente à la fluoration afin de prévenir la carie dentaire et d'améliorer la santé buccodentaire et la santé globale de la population.
- > Il existe un consensus dans la communauté scientifique et médicale internationale quant à la fluoration de l'eau. Son implantation contribue à diminuer grandement la souffrance associée à la carie dentaire ainsi que les coûts de la prévention et du traitement de cette dernière.

## La carie dentaire est un important problème de santé publique

La carie dentaire affecte la très grande majorité de la population. Elle est une maladie chronique, infectieuse et transmissible. D'origine bactérienne, elle est aggravée par des comportements alimentaires et des comportements d'hygiène buccodentaire déficients. Plus souvent qu'autrement, la carie dentaire cause des dommages irréversibles aux dents. La restauration des dents cariées ralentit la progression de la maladie, mais les récives sont fréquentes. Elle nécessite des traitements de plus en plus perfectionnés, coûteux (donc moins accessibles) et comportant des risques pour certaines personnes dont l'état de santé est fragilisé. La carie peut provoquer des douleurs, des infections et d'autres affections buccales qui nuisent grandement au développement des enfants ainsi qu'à la qualité de vie et à la santé globale des personnes atteintes.

Les dernières enquêtes sur la santé buccodentaire menées au Québec montrent que, en général, les enfants québécois ont de 40 % à 50 % plus de caries que les autres écoliers nord-américains du même âge. Trois adultes québécois sur quatre ayant au moins une dent naturelle en bouche souffrent de maladies parodontales, et plus de la moitié de leurs dents ont déjà été cariées. Quant au taux d'édentation complète (perte de toutes les dents) de la population québécoise, il figure parmi les plus élevés au Canada. En 2007-2009, 13 % des Québécois de 45 à 64 ans et 40 % des 65 ans et plus étaient complètement édentés, alors que respectivement 5 % et 20 % des Ontariens l'étaient.

La carie dentaire est une maladie coûteuse. Avec les maladies cardiovasculaires, les traitements de la carie et de ses complications sont parmi les soins de santé qui engendrent le plus de dépenses au Canada. En effet, au pays, les services dentaires représentent un fardeau de plus de 13 milliards de dollars par année, soit une moyenne de 380 \$ par Canadien. Pour le Québec seulement, compte tenu du faible taux de fluoruration de l'eau potable et des hauts taux de carie et d'édentation, il est possible, selon la répartition démographique, d'estimer ces coûts à environ trois milliards de dollars par année.

Ces données sont d'autant plus décourageantes que les professionnels des réseaux de santé public et privé du Québec déploient de nombreux efforts depuis plus de 30 ans contre la carie dentaire. Le programme public québécois comprend notamment

des actions préventives en milieu scolaire menées par plus de 300 hygiénistes dentaires. Les enfants à risque élevé de carie qui sont visés par le programme font l'objet d'un suivi individuel pour l'acquisition de saines habitudes alimentaires et d'hygiène buccodentaire ainsi que pour l'application de fluorures topiques et d'agents de scellement dentaire afin de protéger leurs dents.

De plus, des soins dentaires curatifs de base sont assurés par l'État pour les enfants, de la naissance jusqu'à l'âge de neuf ans, ainsi que pour les prestataires d'aide financière de dernier recours. Force est de constater que même les meilleures interventions ciblant directement les individus ne donnent pas des résultats comparables à ceux d'une mesure populationnelle comme la fluoruration de l'eau de consommation.

## L'eau fluorée permet de prévenir la carie dentaire de façon efficace

La fluoruration de l'eau potable est une mesure de prévention de la carie dentaire reconnue et considérée comme sécuritaire, efficace et économique selon de nombreuses études et revues de littérature scientifique. La fluoruration peut réduire jusqu'à 64 % la prévalence de la carie chez certains groupes, et ce, en fonction de la gravité de l'atteinte carieuse initiale de la population et de son exposition globale aux fluorures.

Les connaissances actuelles permettent d'estimer que l'implantation de la fluoruration au Québec apportera une diminution de la carie de 20 % à 40 % selon les régions. Il est bien prouvé que les fluorures augmentent la résistance des dents à la carie et neutralisent l'action des bactéries cariogènes. Il est aussi clairement prouvé que la fluoruration agit en complément des autres mesures préventives. En effet, la fluoruration permet un effet systémique pré et postéruptif, et elle optimise l'effet topique des produits fluorés.

La fluoruration permet également aux adultes et aux personnes âgées de développer moins de caries de racines et de conserver leurs dents plus longtemps. Ainsi, grâce à la fluoruration, la santé buccodentaire globale de la population est améliorée, et cela se reflète sur l'état de santé général des individus, ceux-ci présentant une meilleure mastication et une meilleure alimentation.



## L'eau fluorée est sécuritaire et n'a pas d'effet néfaste sur la santé en général

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs attribue à la fluoration de l'eau potable une cote de niveau A, soit la cote la plus élevée. Cette cote est attribuée selon des critères de données scientifiques suffisantes démontrant que la fluoration est la mesure la plus efficace, la plus équitable et la plus efficiente de prévention de la carie coronaire ou radiculaire. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a publié, en juin 2007, un avis scientifique intitulé *Fluoration de l'eau : analyse des bénéfices et des risques pour la santé*. Cet avis est un résumé des connaissances actuelles sur l'innocuité et l'efficacité de la fluoration auprès des populations.

Actuellement, aucune donnée scientifique ne permet d'associer un problème de santé quelconque à la fluoration à la concentration recommandée, qui varie de 0,6 mg/l à 1,2 mg/l. Une veille scientifique et une mise à jour périodique de cet avis de l'INSPQ permettra, notamment, une analyse et une critique objective des nouvelles études relatives à la fluoration de l'eau et à l'exposition aux fluorures. De plus, les études démontrent que la fluorose dentaire est faiblement liée à la fluoration et qu'elle est un problème essentiellement cosmétique qui est la plupart du temps imperceptible. Quant à la fluorose osseuse, elle n'est nullement associée à la fluoration de l'eau à la concentration recommandée.

La communauté médicale et scientifique reconnaît l'efficacité de la fluoration, qui est mise de l'avant depuis plus de 65 ans. La fluoration reçoit l'appui de plus de 90 organismes nationaux et internationaux, dont les associations médicales et dentaires canadiennes et américaines, les associations pédiatriques canadiennes et américaines, l'Ordre des dentistes du Québec, Santé Canada, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), la Fédération dentaire internationale et l'Organisation mondiale de la Santé.

Les CDC considèrent la fluoration comme l'une des dix plus importantes mesures de santé publique du 20<sup>e</sup> siècle avec la vaccination de masse, la pasteurisation du lait, etc. Actuellement, moins de 3 % de la population québécoise a accès à de l'eau fluorée, comparativement à 75 % pour les résidents des États-Unis, à 75 % pour les résidents de l'Alberta, à 73 % pour les résidents du Manitoba et à 76 % pour les résidents de l'Ontario. Cela n'est sûrement pas étranger au fait que la santé buccodentaire des Québécois n'est pas aussi bonne que celle des Canadiens ou des Américains.

## La fluoration est un moyen peu coûteux de prévenir la carie

Chaque dollar investi dans la fluoration de l'eau réduit les coûts de soins buccodentaires de 60 \$ à 100 \$. Cela renforce la pertinence de la fluoration. Pour une famille québécoise de quatre personnes, la fluoration peut représenter des économies de 320 \$ par année sur les soins buccodentaires, mais aussi des économies par rapport à tous les autres coûts associés à un meilleur état de santé général.

En plus d'être économique pour chaque personne, elle est bénéfique pour l'ensemble de la société, car elle permet l'allègement des fardeaux du régime public de santé et des individus devant assumer les coûts des soins et des assurances privées. Les soins buccodentaires étant toujours l'une des principales causes d'absentéisme à l'école et au travail, il faut aussi voir dans la fluoration un gain en matière de productivité et de qualité de vie.


Selon les résultats de la dernière Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2,3 millions de journées d'école et 4,1 millions de journées de travail sont perdues chaque année relativement à des consultations pour des soins buccodentaires. La fluoration de l'eau permet de réduire les coûts directs et indirects associés à la carie dentaire et aux besoins de soins qu'elle engendre.

## Une mesure équitable qui contribue à réduire les inégalités sociales de santé

La carie dentaire, comme la plupart des problèmes de santé, affecte plus fortement les individus ayant un faible revenu et une faible scolarité. La fluoration est une mesure de santé publique qui est particulièrement avantageuse pour la population présentant ces caractéristiques sociodémographiques et n'ayant pas les ressources financières nécessaires pour recevoir des soins buccodentaires. De plus, cette même population à risque a aussi souvent beaucoup de difficultés à adopter les comportements alimentaires et les comportements d'hygiène buccodentaire souhaitables. En effet, selon les dernières données de l'Institut de la statistique du Québec, plus de 25 des enfants âgés de 5 à 8 ans se brossent les dents une fois ou moins par jour malgré les nombreux efforts déployés depuis des années pour promouvoir de sains comportements d'hygiène buccodentaire. Également, la soie dentaire est utilisée régulièrement par moins de 30 % de la population, et à peine 50 % des individus interrogés visitent le dentiste annuellement pour des soins préventifs.

Une étude récente portant sur la pauvreté et l'accessibilité des soins buccodentaires a démontré que 24 % des Québécois de 35 à 44 ans dont le revenu annuel est de 15 000 \$ ou moins étaient complètement édentés, alors que cette proportion baisse à 6 % chez les personnes ayant un revenu de 75 000 \$ ou plus par année. Plus ou moins 30 % des Québécois disent avoir de la difficulté à se payer les soins buccodentaires requis. Cet écart entre les riches et les pauvres se manifeste dès le plus jeune âge. On trouve en effet plus du double de caries dentaires dans la bouche des enfants de 5 à 6 ans dont les parents gagnent moins de 30 000 \$ par année que dans celle des enfants dont les parents ont un revenu annuel de 50 000 \$ ou plus. Au Canada, 20 % des adultes âgés de 20 à 79 ans ont en moyenne trois





caries non traitées. Les personnes à faible revenu sont deux fois plus nombreuses à avoir des caries non traitées que celles plus nanties. Toutefois, les personnes socioéconomiquement défavorisées qui vivent dans des régions où l'eau est fluorée présentent une meilleure santé buccodentaire que celles de même situation socioéconomique qui ne sont pas exposées à de l'eau fluorée.

Les effets limités des activités d'éducation et de promotion de la santé sont bien documentés et ne sont pas uniques à la santé dentaire. La meilleure campagne de promotion du lavage de mains n'aura jamais l'impact positif d'une campagne de vaccination massive pour prévenir la grippe. L'ajout d'iode au sel pour prévenir le goitre, l'ajout de la vitamine D au lait pour prévenir le rachitisme et l'addition de certaines vitamines et de certains minéraux aux aliments sont d'autres exemples de l'utilité et de l'efficacité des mesures populationnelles et universelles de prévention.

Certains principes relatifs à l'éthique et à l'acceptabilité sociale commandent d'agir en fonction du bien-être de la majorité et des plus démunis. Lors d'un récent sondage mené au Québec en 2010, la fluoration de l'eau recevait l'appui de 62 % de la population, même si, en général, les Québécois considèrent que la santé buccodentaire relève principalement de comportements individuels. Cela confirme une certaine acceptabilité sociale, bien que les problèmes liés à la carie dentaire soient fort peu connus de la population.

### La fluoration n'a pas d'impact sur l'environnement

Le fluorure est un élément omniprésent dans l'environnement, car il se trouve dans le sol, les minerais, l'air, l'eau et, par conséquent, dans les plantes et les animaux. C'est un élément utilisé dans divers procédés industriels et dans la composition de produits d'hygiène et de certains médicaments. Lorsqu'il est utilisé pour ajuster la teneur en fluorures de l'eau de consommation, le fluorure n'est pas considéré comme un médicament, mais comme un minéral ou un élément naturel contribuant à la formation et à la santé des dents. Les fluorures utilisés pour la fluoration de l'eau sont d'origine naturelle et proviennent surtout de l'apatite, un minéral très présent dans la croûte terrestre.

La concentration naturelle du fluorure varie selon la source de l'eau : l'eau de mer contient environ 1,4 mg/l (ou 1,4 ppm) de fluorure, et l'eau douce au Canada en contient de 0,01 à 11 mg/l. Plusieurs études ont démontré que fluorer volontairement l'eau à la concentration recommandée de 0,6 à 1,2 mg/l n'avait pas d'impacts écologiques. La fluoration augmente, de façon générale, la concentration totale de fluorures dans les cours d'eau d'à peine 0,001 à 0,002 mg/l. Cette élévation est sous le seuil de la détection du fluorure dans l'eau.

Toute démarche de fluoration de l'eau doit être réalisée selon le taux de fluorures contenus dans les sources naturelles d'approvisionnement en eau potable et les autres sources potentielles d'exposition aux fluorures (aliments, habitudes culturelles, etc.). Au Québec, toute démarche de fluoration devra aussi respecter les objectifs environnementaux de rejets aux effluents pour la protection de la faune du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs.

### Ailleurs dans le monde, nombre de personnes ont accès à de l'eau fluorée

Plus de 400 millions de personnes dans 60 pays consomment de l'eau fluorée, soit naturellement (50 millions de personnes dans 27 pays) ou volontairement ajustée (350 millions de personnes dans 33 pays) à un taux optimal situé entre 0,6 mg/l et 1,2 mg/l. Aux États-Unis, c'est 75 % de la population qui a accès à de l'eau fluorée naturellement (4 %) ou volontairement (71 %).

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur la fluoration de l'eau potable, veuillez consulter le document intégral intitulé *La fluoration de l'eau potable – Position du directeur national de santé publique*, disponible à l'adresse suivante :

[msss.gouv.qc.ca/publications](http://msss.gouv.qc.ca/publications)



# NITRITES : LE MOINS POSSIBLE !

On soupçonne l'existence d'un lien entre nitrites et cancer.

Par Guy Sabourin, journaliste



Il y a deux ans, le Fonds mondial de recherche contre le cancer (FMRCC) recommandait de manger le moins possible de ces viandes transformées que recèle le comptoir à charcuterie : salami, pepperoni, mortadelle, jambon, *baloney* (saucisson de Bologne), saucisses à hot-dog, bacon... La raison : elles contiennent toutes des nitrites, sauf de rares exceptions, qui ont souvent été associés au cancer, notamment colorectal.

L'automne dernier, le FMRCC demandait aux parents de ne pas mettre de ces viandes dans la boîte à lunch. Pas de peur que les enfants qui en mangent développent un cancer dans les deux ou cinq ans, mais surtout parce que s'ils prennent tôt l'habitude d'en manger, ils risquent de conserver ce mauvais pli toute leur vie et de développer un cancer plus tard, par effet d'accumulation.

## Moins, c'est mieux

Des scientifiques anglais ont calculé qu'en ne consommant pas plus de 2 ½ oz (70 g) par semaine de ces viandes industrielles, 3 700 cancers colorectaux pourraient être évités en Angleterre, pays où se développe 35 000 nouveaux cas par année, avec 17 000 décès.

L'industrie de la charcuterie utilise les nitrites pour conserver la couleur de la viande, éviter que les graisses rancissent rapidement et empêcher que se développe la bactérie qui donne le botulisme. Au Canada, il est permis d'en ajouter dans le bacon, le jambon, les produits de charcuterie et dans certains fromages. « La quantité est réglementée et doit être réduite au minimum », rappellent les nutritionnistes du groupe Extensio.

Les nitrites ne sont pas toxiques. Mais ils le deviennent quand, dans notre corps, ils se lient aux acides aminés des protéines et se transforment en nitrosamines. Ces dernières sont associées à un risque plus élevé de cancer, démontré chez les animaux.

D'autres scientifiques pensent que l'acidité de l'estomac empêcherait la formation de nitrosamines. Certaines viandes traitées par des nitrites contiennent de la vitamine C ajoutée, qui bloque la conversion des nitrites en nitrosamines. Fruits et légumes ont aussi la réputation de prévenir la même conversion.

La Société canadienne du cancer n'en soutient pas moins qu'un certain pourcentage des nitrites se transforme en nitrosamines, sans pouvoir préciser combien. Pour ne pas prendre de chance, il est sage de diminuer l'exposition aux nitrites, d'autant plus que les charcuteries sont souvent très grasses et très salées, ce qui en fait de mauvais choix alimentaires. Il existe tant d'autres aliments à savourer! ■



# Doper les propriétés anti-cancer du brocoli

## AVEC DES ÉPICES

Par RelaxNews

**Source:** Texte reproduit avec autorisation.

<http://www.cyberpresse.ca/vivre/sante/nutrition/201109/19/01-4449123-doper-les-proprietes-anti-cancer-du-brocoli-avec-des-epices.php>

L'ingrédient secret est l'enzyme appelé myrosinase nécessaire à la production de sulforaphane, le composé anti-cancer du légume.



Une étude américaine montre que l'ajout de moutarde, de raifort ou de wasabi au brocoli peut accroître ses propriétés anti-cancer.

L'ingrédient secret est l'enzyme appelé myrosinase nécessaire à la production de sulforaphane, le composé anti-cancer du légume.

Des scientifiques de l'Université de l'Illinois ont montré que lorsqu'on consomme cet enzyme avec du brocoli, leur association accroît la production de sulforaphane.

L'étude a été publiée le 13 septembre sur la version internet du *British Journal of Nutrition*.

Les chercheurs conseillent donc de manger ce légume le plus épicé possible, pour bénéficier de toutes ses propriétés. « Plus il sera épicé et mieux ce sera », explique le co-auteur de l'étude Elizabeth Jeffrey.

D'autres aliments contenant aussi du myrosinase produisent des résultats similaires, c'est le cas du radis, du chou, de la roquette, du cresson et des choux de Bruxelles.

Les chercheurs ont aussi noté, au cours de l'étude, que l'association de brocoli frais à de la poudre de brocoli (qui ne contient pas de myrosinase mais est riche en sulforaphane) dopait l'activité des composés bioactifs des deux ingrédients. ■

### Erratum – Santé dentaire publique

Veuillez prendre note qu'une erreur s'est malencontreusement glissée dans l'édition du mois de janvier 2012 de *L'Explorateur* (Vol. 21, N° 4). Dans l'article intitulé : *Un acte préventif trop souvent banalisé*, nous devrions lire « L'application de vernis fluoré nécessite qu'une très petite quantité de fluorure, c'est-à-dire 0,25 ml est suffisant pour couvrir une dentition primaire et 0,5 ml pour une dentition mixte ou permanente. »

## Le principe de précaution et le contrôle des infections :

# UNE BÊTE SAUVAGE À DOMPTER ?

Par Jean Barbeau, Microbiologiste, professeur titulaire à la Faculté de médecine dentaire de l'UdM

Source : Reproduit avec permission. Le principe de précaution et le contrôle des infections : une bête sauvage à dompter? Le Journal de l'Ordre des dentistes du Québec, volume 48, numéro 4, août-septembre 2011, pages 7-11.

**La question n'est pas de savoir qui a tort ou raison au sujet de la contamination aéroportée. La question n'est pas la science, mais la sécurité. Les connaissances scientifiques changent constamment. En ce qui concerne les travailleurs de la santé dans les hôpitaux, nous ne devons pas subir les diktats des dogmes scientifiques d'hier ni même d'aujourd'hui. Nous devons être dirigés par le principe de précaution, qui dit que des actions raisonnables doivent être prises pour réduire le risque, et ne pas avoir à attendre des preuves scientifiques<sup>1</sup>.** (Ma traduction)

Ce constat de la Commission d'enquête sur le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) de l'Ontario était formulé en 2006, à la suite de la crise du SRAS qui, au printemps 2003, a fait sortir les scientifiques et les décideurs de la « zone de confort » dans laquelle ils s'étaient installés. Des prises de décisions importantes pour la sécurité des travailleurs avaient été différées dans l'attente de ce que la science avait à dire, menant au décès de deux infirmières et d'un médecin. Le constat de la Commission sur le SRAS a été sévère, relevant des erreurs et des lacunes dans l'arbre décisionnel élaboré trois ans plus tôt.

Le principe de précaution en est le point central. Dans le présent article, nous analyserons le contexte qui module ce principe en rapport avec les recommandations touchant le contrôle de l'infection en dentisterie.

### Jusqu'où pouvons-nous pousser le principe de précaution ?

Voilà une question philosophique à laquelle il n'y a pas et il ne peut y avoir de réponse précise, ce qui en augmente l'intérêt. L'évaluation des facteurs de risque dépend en partie de l'état de la science – et celle-ci est de nature évolutive dans le temps – et en partie du niveau de tolérance au risque – qui, étant affaire de perception, ne peut être la même pour tous et pas toujours pour les mêmes considérations<sup>2</sup>. Illustrons ce dernier point par l'exemple suivant. Il y a, à cinq mètres de mon bureau, un panneau rouge vif et un cordon de sécurité qui bloquent l'accès aux escaliers. Une enquête sommaire m'indique que des travaux destinés à changer

une tuile sont en cours. La même enquête révèle que je cours le risque de tomber dans ces escaliers. Bien que le risque soit très faible, il est fini dans le temps et dans l'espace, et peut être calculé statistiquement. Pour ma part, je trouve ce risque très acceptable en regard de mes habiletés physiques. Pour l'Université, le risque, bien qu'étant statistiquement le même en ce qui a trait à ma personne, devient un risque dit « cumulatif » : d'une part, le grand nombre de personnes circulant dans la zone à risque, chacune ayant un risque fini de trébucher, fait grimper les statistiques à un niveau supérieur. D'autre part, on retrouve les impératifs de l'Université qui, outre des considérations d'empathie qui nous font chaud au cœur, doit tenir compte du fardeau financier que constituerait une poursuite éventuelle pour négligence et de ses conséquences sur son image d'établissement responsable.

On ne peut donc pas résoudre le problème par la question simpliste : « Qui a raison ? » Nous avons tous les deux raison, l'Université et moi. C'est notre perception du risque qui diffère ainsi que nos motivations. Il y a quelques années, j'ai eu à émettre une opinion sur la pertinence de réutiliser les pompes à salive (l'embout jetable). Un dentiste les réutilisait après les avoir, il est vrai, laissé tremper dans de l'alcool, jusqu'à ce que – et je concède qu'il y avait là un effort louable – la pompe à salive tire moins bien. En réaction à mon étonnement, le dentiste m'a fait cette remarque judicieuse : « Et alors ? Aucun de mes patients ne s'en est plaint, et personne n'est tombé malade. » Ces deux constats, certainement honnêtes, peuvent-ils être acceptés comme justification ? Et si non, pourquoi ? Il n'existe aucune preuve scientifique directe démontrant qu'une pompe à salive souillée puisse transmettre une infection, bien qu'un risque théorique puisse être invoqué<sup>3</sup>. Intuitivement, on sent que la chose est sinon dangereuse, du moins inacceptable, mais qu'avons-nous comme argument ? D'abord, nous pouvons invoquer notre connaissance intuitive et la perception négative qui naît de l'idée même d'avoir une pompe à salive usagée dans la bouche et, ensuite, il y a le principe de précaution. Dans les deux cas, nous n'avons pas à attendre le résultat d'études scientifiques pour décider que la pratique présente un risque : nous pouvons exprimer notre aversion et



opposer notre intuition, basée sur des connaissances réelles, mais indirectes, pour dire que : « Oh là ! Ça ne se fait pas. » Dans ce cas, la perception du risque et les connaissances coïncident et peuvent être invoquées de façon valable<sup>1</sup>.

### Sur les causes de la « prolifération » des règles de l'asepsie

À des fins d'illustration, j'utiliserai ici l'argument du « moi-mon-p'tit-gars-dans-mon-temps », que nous entendons *ad nauseam* et qui provient, en général, des *babyboomers* dont je fais partie. L'argument va comme suit : « Moi, mon p'tit gars, dans mon temps, je ne portais pas de casque lorsque j'enfourchais mon vélo, et je suis encore en vie. » L'argument a un poids certain et je l'utilise à l'occasion pour marquer mon appartenance à un groupe de fiers défricheurs.

N'empêche que je ne pourrais maintenant plus m'imaginer bondir vigoureusement sur deux roues de trois centimètres de largeur dans les rues de Montréal sans mon casque (comme vous ne pourriez plus, probablement, imaginer travailler en bouche sans gants, même si vous l'avez déjà fait par le passé). L'âge n'y est pour rien, le fait de vivre à Montréal non plus. Cette règle de sécurité fait maintenant partie de mon quotidien, et bien que je sois contre l'obligation de porter un tel casque, les arguments en sa faveur me convainquent. Qui plus est, sans casque, je me sens intuitivement vulnérable. Je pourrais appuyer ma perception actuelle sur des statistiques, mais il y aurait incohérence avec mon

expérience passée : dans mon enfance, je me suis régulièrement retrouvé sur le dos, après une chute à vélo, sans n'avoir jamais senti le besoin de porter un casque. Il faut donc chercher la source de mon changement de perception ailleurs que dans l'évolution des données scientifiques.

Ma vision est que le problème n'est pas « moi-mon-p'tit-gars-dans-mon-temps », qui n'est qu'une anecdote nostalgique, mais plutôt l'enracinement de nouvelles façons de faire dans notre cerveau reptilien où elles deviennent, dès lors, instinctives ou, à tout le moins, subjectives. Ce faisant, ces nouveaux automatismes deviennent des données référentielles et, ainsi, une nouvelle assise est créée sur laquelle pourra se greffer une nouvelle « couche » de règles de sécurité.

Si un hurluberlu avait prophétisé dans les années 1960 que les dentistes devraient un jour porter systématiquement un masque et des gants durant des heures, stériliser tout et jouer aux plombiers en purgeant la tuyauterie de leurs unités pendant ce qui semble être une éternité, il aurait probablement été interné. S'il avait fallu passer du jour au lendemain du milieu du XX<sup>e</sup> siècle au début du XXI<sup>e</sup> siècle, il y aurait eu émeute. Or les changements ont eu lieu sans insurrection parce qu'ils se sont opérés par petits bonds successifs, irritants certes, mais individuellement acceptables.

Suivant l'hypothèse de John Holdren<sup>4</sup>, la perception d'un risque est modulée non pas (seulement) en fonction de la sévérité réelle du risque en question, mais aussi en rapport avec l'état actuel de contrôle (ou non) des autres risques coïncidents (p. ex. associés à une procédure). En d'autres termes, puisque des risques aux conséquences plus sérieuses sont pratiquement maîtrisés (p. ex. la contamination par le sang des instruments « éliminée » par la chaîne de procédures conduisant à la stérilisation), nous pouvons nous attarder maintenant à des problèmes qui n'éveillaient pas de craintes avant (les bactéries dans les conduites d'eau des unités dentaires, les embouts des lampes à polymériser, etc.). Par exemple, lorsque je suis allé donner, en 2006, une formation sur le contrôle de l'infection à Ouagadougou, en Afrique, les considérations sur les biofilms des conduites d'eau dentaires étaient à des années lumière des préoccupations des populations subsahariennes qui ont à composer avec le VIH et la tuberculose<sup>5</sup>.

Si l'hypothèse de Holdren se révèle exacte, l'escalade de la réglementation pourrait ne pas avoir de fin<sup>6,7</sup>. Je crois que le paradigme de la contamination croisée peut, si nous n'y prenons garde, ouvrir la porte à la pente glissante menant à un puits sans fond.

Notre question d'introduction ne doit plus être : « Jusqu'où *pouvons-nous* pousser le principe de précaution (théoriquement vers l'infini) », mais plutôt : « Jusqu'où *devons-nous* pousser ledit principe. » Alors que dans un cas, la question de *pouvoir* est régie par la science désincarnée et l'existence pratiquement sans fin de risques toujours plus petits, la notion de devoir fait intervenir une décision, un choix et une volonté (individuelle ou politique). En

outre, il est possible de mettre encore plus de poids sur la décision en posant plutôt la question : « Jusqu'où *devrions-nous* pousser le principe de précaution ? »

En ce qui a trait à la prévention des infections, il devient difficile, voire impossible, de faire marche arrière, une fois une directive gravée dans le « grand livre ». L'escalade des recommandations en est le résultat où une règle, déplaisante d'un point de vue pratique ou financier, génère une descendance perçue comme étant encore plus irritante. Une fois écrite, une règle devient parole d'évangile.

Je n'écris toutefois pas pour « sortir du garde-robe » et dire que les règles de contrôle de l'infection, c'est de l'eau de lessive. Loin de là. La plupart ont une assise avec laquelle je suis très à l'aise.

### Oui mais, M. le microbiologiste, lorsque l'on est au restaurant...

On a parfois tenté de me coincer en faisant le rapprochement entre les ustensiles d'un restaurant et les instruments dentaires. C'est la même bouche et, en dehors de toute intervention invasive, une fourchette entre bel et bien en contact avec les muqueuses. Or cette fourchette n'est pas stérilisée, elle est parfois mal lavée et elle a passé dans de multiples bouches, pas toujours recommandables. Suivant la classification de Spaulding, une fourchette est un instrument semi-critique, et elle devrait être stérilisée. « Ah ! Ah ! M. le microbiologiste ! », direz-vous. Toutefois, la classification de Spaulding ne s'applique pas aux restaurateurs. Le devrait-elle ? Soulever le fait qu'un restaurant n'est pas un établissement de soins ne résout pas le fond du problème; il le déplace. Si la finalité de la stérilisation est d'éliminer la contamination croisée, elle devrait s'appliquer aussi à la fourchette. Nous nous retrouvons face au paradoxe du « dentiste-restaurateur » : si tout ce qui va en bouche, peu importe la procédure, doit être stérilisé, un dentiste-restaurateur doit-il stériliser les ustensiles ? À première vue, l'antilogie semble inextricable et n'est pas sans rappeler le paradoxe du barbier\* de Bertrand Russell<sup>8</sup>. Le paradoxe peut toutefois se résoudre, du moins en partie, en faisant fi de la vocation première d'une fourchette ou d'une curette, et en imaginant des situations qui, bien que burlesques, ne sont pas dépourvues d'intérêt pédagogique.

Ainsi, si un restaurateur se distinguait par l'utilisation d'instruments dentaires uniquement comme ustensiles, le plongeur du restaurant ferait un travail que je jugerais très convenable pour les nettoyer. Si, en contrepartie, une fourchette devait, pour une raison qui m'échappe, servir lors d'une intervention dentaire, j'exigerais qu'elle soit stérilisée. Une fourchette « dentaire » serait un instrument destiné à donner des soins. Elle pourrait, de façon prévue ou non, entrer en contact avec du sang ou des tissus stériles\*\*, donc vulnérables aux infections. Il nous reste ensuite à imaginer notre perception si, au moment de piquer une fesse de ruminant en sauce avec notre fourchette, nous apprenions que l'instrument en question a servi à faire du détartrage. Poussons notre imagination débordante jusqu'à la confection de cure-dents réutilisables et voyons ce qu'il reste du paradoxe du dentiste-restaurateur.

## La solution au paradoxe apparent repose donc, en partie, sur une perception et non pas sur des faits scientifiques directs.

La solution au paradoxe apparent repose donc, en partie, sur une perception et non pas sur des faits scientifiques directs. En est-elle moins valable ?

\* Un barbier qui rase tous ceux et uniquement ceux qui ne se rasent pas eux-mêmes se rase-t-il ? Pour résoudre l'antinomie, Russell a créé la théorie des types : les espèces logiques sont hiérarchisées et aucune fonction logique ne peut s'appliquer à des objets ayant sont propre type.

\*\* Comme mentionné dans la classification de Spaulding.

### Peut-on se permettre d'être contre la vertu ?

Pour le médecin, biophysicien et philosophe Henri Atlan, le principe de précaution est une tarte à la crème rhétorique qui sert à ouvrir des parapluies pour justifier *a priori* ou *a posteriori* des décisions politiques<sup>9</sup>. Cette conception, par trop cynique, jette avec désinvolture le poupon avec l'eau de la baignoire. Le principe de précaution a son utilité. Mais je pense néanmoins qu'il peut y avoir abus et que la vigilance est de mise pour les prévenir. Le problème est que cette vigilance est coincée dans la définition même du principe de précaution : le fait qu'il ne soit pas nécessaire d'obtenir une preuve scientifique directe. Nous quittons dès lors le champ objectif de la science pour entrer dans une zone éthérée qui, à partir de faits scientifiques indirects, combine 1) des différences dans l'interprétation des données (par l'individu, les groupes ou les instances); 2) l'élasticité de la tolérance au risque; 3) l'émotivité; 4) les considérations politiques et financières; 5) l'image de responsabilité que l'on souhaite conserver; 6) la protection, légitime, contre d'éventuelles poursuites.

## Qui doit prendre la décision et sur quels critères celle-ci doit-elle être basée ?

Nous voici devant le nœud du problème. Il peut soit être tranché sans trop s'encombrer de subtilités intellectuelles, comme l'a fait Alexandre Le Grand avec le nœud gordien<sup>10</sup>, soit être dénoué après avoir 1) trouvé les bouts et; 2) découvert sur quelle boucle tirer pour détendre le nœud, ce qui n'est pas simple. Si trop de gens, sans consensus, tirent en même temps dans des directions différentes, il est certain que le nœud va se serrer davantage.

En ce qui a trait au contrôle de l'infection, édicter une règle ou une recommandation implique qu'une décision a été prise en fonction d'une problématique nouvelle. Qui peut prendre cette décision ?

Certains penseurs croient que les décisions qui entourent le principe de précaution devraient être assujetties aux mathématiques du risque et à la théorie des décisions<sup>11,12</sup>. On entre les différents paramètres à considérer dans une formule et celle-ci génère deux indices de risque associés au fait d'agir ou de ne pas agir. L'indice le plus élevé l'emporte et oriente la prise de décision. L'avantage est que la méthode est à l'épreuve des erreurs d'appréciation et qu'elle laisse très peu de place à la subjectivité. En outre, les mathématiques étant pratiquement infaillibles, il deviendrait dès lors illusoire d'imaginer en contredire les résultats, ce qui peut être commode d'un point de vue administratif. Par contre, nous pourrions avoir les mains liées par la tyrannie des chiffres. J'ai tendance à rejeter cette solution.

Il faut probablement s'en remettre, en partie, à l'avis des experts<sup>13</sup>. Mais cette solution n'est pas non plus dépourvue de méandres et de culs-de-sac : 1) qui sont les experts ?; 2) en quoi sont-ils experts ?; 3) représentent-ils un consensus ?; 4) et, ce qui nous ramène au début : quel est leur seuil personnel de tolérance au risque ? Ce dernier point n'est pas farfelu. Si un « expert » a à se prononcer pour établir une recommandation ou une règle – en l'absence de faits scientifiques directs –, son avis sera probablement teinté par des considérations subjectives, voire émotives<sup>14</sup>. Mais jusqu'à quel point, et dans quel sens ? Si les experts peuvent se permettre de parler d'un risque très faible, tolérable, ils ne peuvent (ni ne veulent) s'avancer sur un risque zéro. Un risque négligeable peut-il vraiment être ignoré ?

Ajoutons une autre couche de difficulté. Est-ce que les preneurs de décisions suivent vraiment l'avis des experts ? Deux récentes études, dont une réalisée à l'Université de Montréal, démontrent que les gens, y compris ceux qui ont à prendre des décisions, ont tendance à croire davantage (et à suivre) les experts si ceux-ci confirment leur propre opinion<sup>15,16</sup>. Il semble qu'au bout du compte, une décision reposera en partie sur des perceptions. Les experts n'assurent donc qu'une garantie limitée, puisqu'ils peuvent être choisis en fonction de la réponse que l'on souhaite obtenir (ce qui n'implique pas que celle-ci sera mauvaise). De même en est-il de l'utilisation de la littérature scientifique. L'impact est majeur.



Vous constaterez que je n'ai pas contribué à dénouer le nœud gordien : j'en ai probablement éparpillé les bouts. J'ai surtout voulu partager une réflexion.

La décision d'édicter une règle ou une directive en est une de « système », non d'individus. L'*imprimatur* est aussi hors de portée d'une quelconque responsabilité individuelle, ce qui comporte des avantages et des inconvénients. En théorie, plusieurs paliers décisionnels couplés à une responsabilité *individuelle* anonyme diminuent les risques d'erreur. D'un autre côté, remettre en question ce même système est une tâche parfois aussi efficace que de secouer son écran d'ordinateur pour faire obéir un logiciel. Lorsqu'une règle devient écrite, elle gagne presque une vie propre; elle peut donner des descendants par génération spontanée jusqu'au point où il devient virtuellement impossible de mettre la main sur les géniteurs originels. Les citations en boucle sans réexamen des sources premières accablent trop souvent et la science, et l'impact que celle-ci devrait avoir sur la société.

Le principe de précaution est un mécanisme valable qui repose sur un objectif noble : la protection de la société et de l'environnement. Il faut en comprendre les mécanismes afin de mieux en contrôler les impacts, ce qui implique d'être en mesure de prévoir les impacts.

En conclusion, je crois sincèrement, comme je l'ai écrit ailleurs<sup>17</sup>, qu'il faut être prudent avant d'édicter des règles à suivre qui, inévitablement, imposent un carcan rigide à tous les niveaux. Une juste flexibilité doit être aménagée, quoique bien encadrée avec des principes scientifiquement reconnus, pour permettre aux professionnels d'exercer leur jugement et leur privilège de contribuer, par leurs réflexions et commentaires, à des processus qui ont un impact sur leur pratique. Un carcan s'oppose à cette flexibilité, et il n'est pas rare de voir tous les niveaux d'un organigramme pénalisés par une camisole de force qu'ils se sont imposée, sans que personne puisse changer ce que tout le monde, soit les éléments du système, trouverait logique de changer. L'univers des

agents infectieux nous a réservé des surprises et il continuera de le faire : les connaissances scientifiques doivent suivre. L'expérience l'a souvent démontré : les hommes de science s'imposent aussi des carcans, et s'en débarrasser est toujours une tâche longue et ardue. Si ce monde évolue, il faut se donner les moyens d'en épouser les contours.

Durant ma réflexion, j'ai jonglé avec l'idée de proposer un organigramme décisionnel en ce qui a trait au contrôle de l'infection. Je me suis très rapidement retrouvé face à l'éventualité, inévitable, de saborder moi-même mes propres conclusions. Un organigramme écrit, comme le serait une mauvaise convention collective, ne ferait que rajouter des sangles encore plus serrées à la camisole de force. ■

- *Why is it my old friend that you moved so far away from me?*
- *Well all movement being relative my friend, maybe it's you who moved away by standing still.*

(*Inherit the Wind*, 1960. Échange entre Spencer Tracy et Frederic March dans ce film sur le procès Scope Monkey opposant darwinisme et créationnisme.)

## Références

**Campbell, A.** *Recommendations. In The SARS Commission final report. Spring of fear, volume 1.* Ontario Ministry of Health and Long Term Care, Toronto, 2006. *Document disponible sur le site : <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/16000/268478.pdf>*

**Wildavsky, A., Dake, K.** *Theories of risk perception: who fears what and why?* Daedalus 1990; 119 : 4160.

**Barbeau, J., ten Bokum, L., Gauthier, C., Prévost, A. P.** *Crosscontamination potential of saliva ejectors used in dentistry.* J Hosp Inf 1998; 40 : 303311.

**Holdren, J.** *The risk assessors.* Bull Atomic Sci 1983; 39 : quotation 36.

**Abdool Karim, S. S., Churchyard, G. J., Abdool Karim, Q., Lawn, S. D.** *HIV infection and tuberculosis in South Africa: an urgent need to escalate the public health response.* Lancet 2009; 374 : 92133.

**Klein, H. G.** *Will blood transfusion ever be safe enough?* JAMA 2000; 284 : 238240.

**Hardie, J.** *Critique of the draft guidelines on infection prevention and control as proposed by the RCDSO.* Oral Health & Dent Pract sept. 2009. [www.oralhealthjournal.com/issues/story.aspx?aid=1000341003](http://www.oralhealthjournal.com/issues/story.aspx?aid=1000341003)

**Russell, B.** *Mathematical logic as based on the theory of types,* Am J Math 1908; 30 : 222262.

**Thuan, T. X., Prigogine, I., Jacquard, A., de Rosnay, J., Pelt, J.M., Atlan, H.** *Le monde s'est-il créé tout seul?* Albin Michel, éd. 2008, 199 p.

**Lane Fox, Robin.** *Alexander The Great.* Penguin, UK, 1973, p. 149151.

**Resnik, D. B.** *Is the precautionary principle unscientific?* Stud Hist Phil Biomed Sci 2003; 34 : 329344.

**Basili, M., Franzini, M.** *Understanding the risk of an avian flu pandemic: rational waiting or precautionary failure?* Risk Analysis 2006; 26 : 617630.

**Claycamp, H. G.** *Rapid benefit/risk assessment: no escape from expert judgments in risk management.* Risk Analysis 2006; 26 : 147156.

**Burns, W. J.** *Risk Perception: a review. Center for risk and economic analysis of terrorism events,* University of Southern California, 2007, Report 07001.

**Bouthillette, J.F.** *On croit les experts s'ils confirment nos opinions.* Forum 2010, 45 : 12.

**Kahan, D. M., Jenkins-Smith, H., Braman, D.** *Cultural cognition of scientific consensus.* J Risk Res 2010, 128.

**Barbeau, J.** *Spontaneous Generation: The Life Cycle of Infection Control Rules.* J Can Dent Ass 2011 (accepté pour publication).

Le 10 avril 2012

# Journée de l'hygiéniste dentaire

# 5500

experts en soins buccodentaires préventifs



# Voici le nouveau Sensodyne<sup>®</sup> Soulagement Rapide<sup>MC</sup>

Un soulagement **rapide**\* et durable† de la douleur causée par l'hypersensibilité dentinaire<sup>1,2</sup>

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



Pour en savoir plus, visitez [www.professionnel-dentaire.ca](http://www.professionnel-dentaire.ca)

\* Lorsque utilisé selon les directives de l'emballage. † Avec un brossage deux fois par jour<sup>2</sup>.

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



<sup>MC</sup>/© ou licencié GlaxoSmithKline  
Soins de santé aux consommateurs Inc.  
Mississauga, Ontario L5N 6L4

©2012 GlaxoSmithKline



# La mammo DÈS 40 ANS ?

Par **Dominique Forget**, journaliste

**Source :** Reproduit avec permission. « La mammo dès 40 ans ? »,  
L'actualité, 15 décembre 2010, page 97.

Offrir le dépistage par mammographie réduirait de 26 % le taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans. C'est du moins ce qui ressort d'une étude menée en Suède (de 1986 à 2005) auprès de 620 000 femmes appartenant à ce groupe d'âge. Les chercheurs ont comparé le nombre de décès dans les comtés suédois offrant le programme de dépistage avec celui enregistré dans les autres parties du pays.

De nombreux services de santé, dont ceux du Québec, ne proposent le dépistage systématique qu'aux femmes de 50 ans et plus. En effet, l'utilité des mammographies chez les 40-49 ans ne fait pas consensus. L'étude suédoise, l'une des plus importantes réalisées auprès de ce groupe d'âge, relance le débat. ■

# LES VERNIS À ONGLES peuvent contenir des cancérigènes

Par **RelaxNews**

**Source :** Texte reproduit avec autorisation.

<http://www.cyberpresse.ca/vivre/sante/201106/14/01-4409124-les-verniss-a-ongles-peuvent-contenir-des-cancérigènes.php>

Le 10 juin, les autorités de santé américaines ont publié un rapport identifiant le formaldéhyde et le styrène comme des substances susceptibles de provoquer un cancer. Elles entrent dans la composition de nombreux produits dont, respectivement, les vernis à ongles et les défrisants capillaires et les objets en plastique et en caoutchouc.

Il est donc conseillé d'éviter le plus possible ces substances nocives. Le *New York Times* précise cependant que les dangers sont bien plus importants pour tous ceux qui manipulent ces produits chimiques à l'échelle industrielle.

Le formaldéhyde sert à toutes sortes de produits, des contreplaqués aux plastiques en passant par les vernis à ongles, les dissolvants et les défrisants. Les experts recommandent de choisir des marques qui évitent cette substance, en utilisant par exemple le site Skin Deep, base de données conçue par l'*Environmental Working Group* qui permet de se renseigner sur la composition des cosmétiques et leur impact sur l'environnement et la santé.

Le lissage brésilien, ce traitement capillaire aussi coûteux que tendance, aimé des vedettes telles que Jennifer Aniston, a fait l'objet d'une enquête des autorités américaines. Les produits utilisés peuvent contenir jusqu'à 12 % de formaldéhyde.

Suite à des plaintes de coiffeurs et clients souffrant de brûlures aux yeux, au nez et à la gorge, de difficultés respiratoires et d'un cas de chute de cheveux, l'organisme gouvernemental Santé Canada a publié un communiqué sur les dangers de ces produits capillaires l'an dernier.

Aux États-Unis, le Centre de recherche sur la toxicologie du travail et de l'environnement (*Center for Research on Occupational and Environment Toxicology*) de l'*Oregon Health and Science University* (Oregon OSHA) a également mis en garde les coiffeurs et recommandé la prudence en cas d'utilisation de ces produits. Certains salons en ont tiré la leçon, équipant leurs employés de masques et informant les clients des risques encourus. ■

## Pour plus d'information

- Pour en savoir plus sur les produits chimiques à éviter: [treehugger.com/files/2009/08/beyond-parabens.php](http://treehugger.com/files/2009/08/beyond-parabens.php)
- Base de données Skin Deep: [ewg.org/skindeep/browse.php?category=nail%20polish](http://ewg.org/skindeep/browse.php?category=nail%20polish)
- Rapport des autorités de santé américaines: [ntp.niehs.nih.gov/go/roc12](http://ntp.niehs.nih.gov/go/roc12)



## Épargner ou rembourser ses dettes :

# QUOI PRIORISER ?

Par **Manon Létourneau**, conseillère en placement

«Dois-je rembourser toutes mes dettes, ou devrais-je plutôt investir?». Le sujet des finances personnelles suscite un grand nombre de questions, et celle-ci est posée fréquemment. Il est vrai qu'entre rembourser son hypothèque, par exemple, et faire des placements, le choix n'est pas toujours simple à faire; la réponse varie en fonction de chacun. Voici quelques pistes qui pourront vous aider à déterminer quelle solution est la plus appropriée pour vous.

### Les cartes de crédit dans la mire

Peu importe votre situation financière, la première action à préconiser devrait être le remboursement du solde de vos dettes à intérêts élevés, plus particulièrement celui de vos cartes de crédit. Plus les soldes sur vos cartes sont importants, plus ils monopolisent votre budget et plus vous payez un montant d'intérêt élevé, rendant ainsi difficile le remboursement du capital.

### Un fonds d'urgence pour parer aux imprévus

Une fois vos cartes de crédit sous contrôle, il vous faudrait alors penser à mettre sur pied un fonds d'urgence. Ce type d'épargne s'avère très utile en cas d'imprévu coûteux. En effet, certaines personnes doivent parfois s'endetter ou piger dans leurs placements

**Peu importe votre situation financière, la première action à préconiser devrait être le remboursement du solde de vos dettes à intérêts élevés, plus particulièrement celui de vos cartes de crédit.**

## UN REMÈDE AU BRUXISME FINANCIER

Adhérez au programme financier<sup>1</sup> pour hygiénistes dentaires et profitez d'avantages dont vous n'avez même pas idée.

Passez nous voir et vous verrez.

[banquedelasante.ca](http://banquedelasante.ca)



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

parce qu'elles n'ont malheureusement prévu aucune marge de manœuvre en cas d'ennuis financiers. Un fonds d'urgence efficace devrait être en mesure de couvrir au moins trois mois de salaire. Le CELI est un bon moyen de se créer une réserve. D'autres gens choisissent plutôt le REER. Avant d'opter pour un type de compte plutôt qu'un autre, consultez votre conseiller à ce sujet : il pourra vous aider à identifier le choix le plus avantageux pour vous.

### Étudier ses taux d'intérêt

Ensuite, toujours en compagnie de votre conseiller, il peut être judicieux d'effectuer une comparaison des différents taux d'intérêt présents dans votre situation financière. Cet exercice peut vous aider à comparer le taux sur vos emprunts et le rendement espéré sur vos placements. Si le taux d'emprunt est plus élevé que le rendement espéré, vous devriez favoriser le remboursement plus rapide de vos dettes. Dans le cas contraire, il serait normalement préférable pour vous de continuer à investir afin de bénéficier pleinement de l'effet des intérêts composés.


Si vous êtes accablés de plusieurs dettes, il est possible d'établir certaines priorités pour accélérer le remboursement. Il est judicieux de favoriser le remboursement des dettes dont le taux

après impôt est le plus élevé. Par exemple, si vous détenez une marge de crédit dont le taux d'intérêt annuel est de 6 % et un prêt étudiant à un taux de 3,5 %, vous devriez songer à prioriser le remboursement de la marge, d'autant plus que les intérêts sur le prêt étudiant donnent droit à un crédit d'impôt. La consolidation de dettes pourrait également être une option à considérer, un seul prêt étant beaucoup plus facile à gérer.

Bien sûr, chaque situation est différente, et votre conseiller demeure la personne la mieux placée pour vous guider. Idéalement, vous devriez le rencontrer chaque année afin qu'il puisse évaluer avec vous votre valeur nette. Cela lui permettra alors de déterminer si vous êtes sur la bonne voie ou si des ajustements doivent être apportés. ■

Financière Banque Nationale est une filiale en propriété exclusive indirecte de Banque Nationale du Canada qui est une société ouverte inscrite à la cote de la Bourse de Toronto (NA:TSX). 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 prodiguer des conseils précis en matière financière, de fiscalité ou de comptabilité.





AGIR  
DE FAÇON

# RESPONSABLE

C'est ça, être membre d'un  
ordre professionnel.

347 000 MEMBRES RESPONSABLES

ACUPUNCTEURS / ADMINISTRATEURS AGRÉÉS / AGRONOMES / ARCHITECTES / ARPEUTEURS-  
GÉOMÈTRES / AUDIOLOGISTES / AUDIOPROTHÉSISTES / AVOCATS / CHIMISTES / CHIRO-  
PRATICIENS / COMPTABLES AGRÉÉS / COMPTABLES EN MANAGEMENT ACCRÉDITÉS /  
COMPTABLES GÉNÉRAUX ACCRÉDITÉS / CONSEILLERS EN RESSOURCES HUMAINES AGRÉÉS /  
CONSEILLERS EN RELATIONS INDUSTRIELLES AGRÉÉS / CONSEILLERS ET CONSEILLÈRES  
D'ORIENTATION / DENTISTES / DENTUROLOGISTES / DIÉTÉTISTES / ERGOTHÉRAPEUTES /  
ÉVALUATEURS AGRÉÉS / GÉOLOGUES / HUISSIERS DE JUSTICE / HYGIÉNISTES DENTAIRES /  
INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS / INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES / INGÉNIEURS /  
INGÉNIEURS FORESTIERS / INHALOTHÉRAPEUTES / INTERPRÈTES AGRÉÉS / MÉDECINS /  
MÉDECINS VÉTÉRINAIRES / NOTAIRES / OPTICIENS D'ORDONNANCES / OPTOMÉTRISTES /  
ORTHOPHONISTES / PHARMACIENS / PHYSIOTHÉRAPEUTES / PODIATRES / PSYCHO-  
ÉDUCATEURS ET PSYCHOÉDUCATRICES / PSYCHOLOGUES / SAGES-FEMMES / TECHNI-  
CIENNES ET TECHNICIENS DENTAIRE / TECHNOLOGISTES MÉDICAUX / TECHNOLOGUES  
EN IMAGERIE MÉDICALE ET EN RADIO-ONCOLOGIE / TECHNOLOGUES PROFESSIONNELS /  
TERMINOLOGUES AGRÉÉS / THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX / THÉRAPEUTES EN  
RÉADAPTATION PHYSIQUE / TRADUCTEURS AGRÉÉS / TRAVAILLEURS SOCIAUX / URBANISTES

WWW.**PROFESSIONS-QUEBEC**.ORG

# L'ENVIRONNEMENT

## Une clinique dentaire à l'avant-garde de la technologie

Par Nancy Côté, HD



L'intégrité, la famille, l'entraide et le respect sont des valeurs que les docteurs Vallée, Jetté et Ritchie ont décidé de privilégier dans leur

milieu de pratique. L'an dernier, lorsque la décision d'investir dans un nouveau projet de clinique est survenue, elles ont décidé d'ajouter l'environnement à cette liste. Puisqu'elles désiraient faire l'effort de diminuer l'impact environnemental de la région, de même que de conscientiser les gens qui y habitent, le projet d'une clinique sans papier est né. Pour ce faire, certaines procédures internes ont dû être modifiées, et la façon de travailler a changé. J'aimerais donc, au moyen de cet article, partager avec vous mon expérience de ce projet d'envergure.

Le projet s'est réalisé progressivement dans le but de pouvoir éventuellement fonctionner sans papier. D'abord, tous les dossiers de mes patients actuels ont été numérisés afin de conserver leur historique et ainsi, pouvoir continuer à ajouter de l'information à l'aide d'un logiciel dentaire spécialisé.

Ce logiciel dentaire spécialisé permet de conserver toute l'information à un seul endroit et tous les besoins spécifiques d'un patient, quels qu'ils soient : parodontie, implantologie, orthodontie et esthétique sont coordonnés entre les différents spécialistes de la clinique. Ainsi, le spécialiste a la possibilité de retrouver tout l'historique d'un patient au même endroit et dans un temps éclair.

L'espace bureau et l'environnement visuel de la clinique ont complètement

changé. Le logiciel dentaire sans papier conserve l'historique bien au-delà des normes de l'industrie. Comme les salles de consultation sont dorénavant munies d'une tablette de signature digitale, l'aspect légal de la documentation y est bien conservé.

Comme vous le savez sans doute, le client d'aujourd'hui aime être bien informé. Une clinique sans papier permet de transmettre au client l'information de façon visuelle, grâce aux écrans installés dans les différentes salles et avec lesquels, il peut entrer en interaction. L'information est transmise de façon instantanée, complète et démocratisée.

Certains avantages d'une clinique sans papier sont toutefois notables. Entre autres, j'ai constaté après un certain temps qu'il est beaucoup plus facile de contrôler l'asepsie, puisque j'évite les manipulations de dossiers. Les risques de contamination croisée sont donc évités et toute l'équipe, dentistes, hygiénistes dentaires, assistantes dentaires et secrétaires ainsi que le client, bénéficient d'un meilleur contrôle de l'environnement.

J'ai également constaté que la productivité est un autre avantage. L'économie de temps pour la recherche d'un dossier améliore les communications entre les différents spécialistes et intervenants. L'efficacité de l'équipe dentaire s'en trouve accrue et permet un climat de travail des plus intéressants pour tous.

J'ai constaté qu'avec ce changement majeur, il y a un meilleur climat de travail et les employés sont bien plus conscients des bienfaits positifs de l'environnement. De nouvelles idées et suggestions d'utilisation de produits « verts » sont



proposées régulièrement par l'équipe, comme le bac à recyclage afin d'y jeter les sachets des instruments stérilisés, le bac pour les piles, un système à eau distillée et plus encore. Tous les employés sont fiers de travailler pour une clinique dentaire aussi innovatrice, tant au niveau technologique qu'environnemental et de pouvoir faire une différence et ainsi faire vivre une expérience agréable à la clientèle.

J'aimerais profiter de cette occasion pour remercier et féliciter les dentistes de la clinique dentaire soit, les docteurs Chantal Vallée, Sylvie Jetté, Mélanie Vallée et Marie-Claude Ritchie ainsi que le docteur Daniel Martel pour cette belle initiative, qui m'a fait réaliser que l'environnement est une notion importante et que chaque geste, quel qu'il soit, peut faire une grande différence à long terme. ■

## DÉCOUVERTE : fini la buée!

**Source:** Reproduit avec permission. « Fini la buée! », par Catherine Dubé, *L'actualité*, juillet 2011, volume 36, numéro 11, page 14.

Bonne nouvelle pour les amateurs de plongée sous-marine : des chercheurs de l'Université Laval viennent de mettre au point un produit qui prévient l'apparition de buée dans les masques de plongée.

Ce revêtement permanent, fait d'alcool polyvinylique, résiste aux nettoyages et au passage du temps. Contrairement aux produits antibuée vendus en magasin, que l'on doit réappliquer souvent, celui conçu par Gaétan Laroche et son équipe ne nécessite qu'une seule application, faite directement chez le fabricant.

Le procédé peut être utilisé sur à peu près n'importe quelle surface de plastique ou de verre. En se liant au produit, les molécules d'eau forment un film transparent et continu au lieu des minuscules gouttelettes à l'origine de la buée.

Plusieurs entreprises négocient déjà avec l'université pour utiliser le revêtement, protégé par deux brevets. « Nous avons été contactés par des fabricants de fenêtres, de visières de casque de moto, de parebrises et de lunettes », dit Gaétan Laroche. Les premiers objets « garantis sans buée » devraient être sur le marché d'ici un an ou deux. ■



## Sois futé, BOIS SANTÉ!

La Fondation des maladies du cœur du Québec diffuse actuellement ce nouveau programme en milieu scolaire qui vise à outiller et sensibiliser les jeunes à l'adoption d'une saine hydratation. Le programme vise à sensibiliser les élèves de 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année ainsi que leurs enseignants aux risques associés à la consommation de boissons sucrées et à les orienter vers des options plus saines. Il a été adapté selon le curriculum québécois à partir du programme initialement développé en Colombie-Britannique.

Le matériel pédagogique proposé inclut le manuel de ressources à l'intention des enseignants, deux affiches géantes (référence figure 1), les découpes représentant les boissons en grandeur réelle, un calculateur de consommation ainsi qu'un guide à l'intention des parents.

Il est actuellement disponible en français et en anglais, pour les **professionnels de la santé œuvrant en milieu scolaire.** ■

Pour plus d'information, communiquer avec Emmanuelle Dumoulin, chargée de projet en prévention et promotion de la santé : [emmanuelle.dumoulin@fmcoeur.qc.ca](mailto:emmanuelle.dumoulin@fmcoeur.qc.ca).



**Figure 1 :** Outil pédagogique tiré du programme *Sois futé, bois santé!* illustrant la quantité de sucre dans les boissons populaires auprès des jeunes.

### 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](mailto:info@prodentcv.com)  
Site Internet : [www.prodentcv.com](http://www.prodentcv.com)

Recherche des hygiénistes dentaires pour combler des postes à temps plein, à temps partiel ainsi que pour des remplacements journaliers. Le candidat ou la candidate doit être membre en règle de l'OHQ. Tous les candidats et toutes les candidates seront contactés. Les dossiers sont traités dans la plus stricte confidentialité. Expérience requise pour remplacement à court terme.

# Can... cer QUE VOUS ARRÊTEZ DE FUMER?

Par Christine Thibault B.Sc., HD



La Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, qui a lieu en janvier, vient de se terminer. Cela me rappelle qu'il y a une quinzaine d'années, je commençais à sentir la pression et le besoin comme professionnelle de la santé à inciter mes patients à arrêter de fumer. J'étais mal à l'aise d'avoir à m'immiscer comme tel

dans leur vie personnelle et certains me disaient que ça ne me regardait pas.

Timidement, je faisais quand même des tentatives pour aider mes patients. Ensuite, j'ai eu la chance de suivre un cours en ligne (*Tobacco Cessation, Canadian Dental Hygienists Association: 2006*) qui m'a sensibilisée à ce que vivait le fumeur qui essaie d'arrêter de fumer. Cela m'a donné davantage confiance.

Aujourd'hui, j'ai l'habitude de commencer avec le questionnaire de santé du patient en reprenant la question « Êtes-vous fumeur? ». Si la réponse est positive, j'ajoute : « Combien de cigarettes par jour? » Et ensuite, « Depuis combien d'années? » Ces questions incitent le patient à exprimer lui-même son désir de renoncer au tabac. Elles sont souvent suivies d'un silence... plusieurs ne tiennent pas le compte des années, je les encourage donc à faire le calcul et cela semble augmenter leur prise de conscience du problème. Quand ils réalisent que cela fait maintenant 25 ou 30 ans qu'ils fument, ils sont parfois surpris que ça fasse si longtemps. La plupart me confient qu'ils ont déjà pensé à arrêter et qu'ils ont aussi fait des tentatives. Je les encourage en leur disant que c'est normal de se reprendre à plusieurs fois, car c'est une drogue. Aussi, que c'est plus facile avec de l'aide et que maintenant ils ont encore plus d'expérience pour leur prochaine tentative!

En effet, la majorité des fumeurs savent que le tabac est un produit toxique.

Mais des informations surprenantes sont dévoilées dans « *L'Étude sur les fumeurs au Québec : portrait et stratégies* » rendue publique en juin 2011.

« Nos résultats montrent que le désir d'arrêter de fumer est présent : en moyenne, les fumeurs ont fait quatre tentatives d'arrêt. Le problème est que, en moyenne, ils évaluent leurs chances de réussite à 6,3 sur 10. En somme, les fumeurs qui

tentent d'arrêter doivent se faire rappeler qu'ils sont dépendants et que c'est normal qu'ils aient du mal à abandonner leur dose. »<sup>(1)</sup>

« Par exemple, la plupart des fumeurs ne croient qu'à moitié qu'ils sont dépendants d'une drogue. Certes, 74 % d'entre eux se disent très ou assez dépendants de la cigarette; mais à peine 22 % qualifient celle-ci de drogue! La majorité la voit plutôt comme une habitude (53 %), un plaisir (14 %) ou un choix (10 %). »<sup>(1)</sup>

Je pousse parfois un peu plus loin, en leur demandant s'ils se sont déjà posé la question « pourquoi ils fument? » (C'est plus facile de s'occuper d'un problème quand on connaît son origine). Je suis

Amérique Dentaire

Distributeur exclusif des produits :  
**mectron**  
medical technology

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

combi  
UNITÉ DE PROPHYLAXIE FIABLE ET COMPLET

Nouvelle fonction PERIO

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

toujours stupéfaite de constater que certains ne le savent même pas. Dans ce cas, j'enchaîne avec « Qu'est-ce que vous auriez à perdre d'arrêter de fumer ? » Je ne veux pas avoir de réponse, c'est simplement pour leur propre réflexion, mais ça semble les éclairer.

« Les fumeurs savent qu'il est difficile d'arrêter de fumer, mais ils ne savent pas vraiment pourquoi... »<sup>(2)</sup>

« Il ne viendrait à l'idée de personne qu'un cocaïnomanie ou un alcoolique puisse se débarrasser seul de sa toxicomanie... Pourtant, seulement un fumeur sur cinq fait appel à une aide extérieure lorsqu'il essaie d'arrêter, qu'il s'agisse d'un médecin, d'un psychologue, d'un groupe d'entraide ou de la ligne J'arrête. La majorité (54 %) d'entre eux se tourne plutôt, en solo, vers les produits pharmacologiques comme les timbres de nicotine. »<sup>(2)</sup>

Je crois que notre influence en tant que professionnels de la santé dentaire est plus grande que l'on pense. Les gens qui viennent nous voir s'attendent naturellement à ce qu'on leur parle de brossage et de soie dentaire, mais aussi d'arrêt tabagique... c'est notre département ! De plus, si on ne dit rien, c'est comme si on approuvait le fait de fumer.

« La Société canadienne du cancer a publié en mai dernier ses plus récentes statistiques sur cette maladie. Coup de projecteur sur les effets du tabagisme, encore responsable d'environ 30 % de tous les décès dus au cancer et de 85 % des cancers du poumon. »<sup>(3)</sup>

L'hygiène dentaire est une des seules professions dont la préoccupation première est la prévention des maladies buccodentaires. Nous sommes donc professionnellement responsables d'informer le patient des signes buccodentaires du tabagisme, qu'il (est) soit prêt à cesser de fumer ou non. Et je crois qu'il faudrait redoubler d'effort pour promouvoir le renoncement au tabac chaque fois qu'un client **non motivé** nous consulte. À cet effet, l'examen intrabuccal nous fournit l'occasion de souligner les effets de la nicotine (stomatite, taches et jaunissement des dents, langue noire pileuse...) et d'éduquer le patient.

Vous aurez deviné que mon intervention se déroule sur plusieurs rendez-vous, au rythme du patient et dans le respect de celui-ci.

Mes patients savent que je serai toujours là pour les écouter et les aider, ils peuvent compter sur moi. Ils sont aussi très fiers de me dire qu'ils ont réussi et je ne ménage pas les éloges pour les féliciter et le redire devant le dentiste. L'arrêt tabagique, c'est un travail et un succès d'équipe !

Alors, *can... cer* que vos patients arrêtent de fumer?! ■

#### Références

1. Léger Marketing. Études sur les fumeurs au Québec : portrait et stratégies. Juin 2011.
2. Perreault-Labelle, Anick. Trois fumeurs sur quatre envisagent d'arrêter. Info-tabac, No 88, août 2011.
3. Info-tabac. No 88, p.16, août

## RETROUVAILLES – CÉGEP FRANÇOIS-XAVIER-GARNEAU Cohorte 74-77 – 35 ans... de pur bonheur !

Toutes les finissantes sont cordialement invitées à un souper.

**Date:** Vendredi 11 mai 2012

**Endroit:** CAFÉ AU TEMPS PERDU, resto-bar  
867, avenue Myrand, Sainte-Foy (Québec)

**Heure:** 18 h

Veillez communiquer avec Marie-Andrée Marcoux, HD, par courriel [marie-andree.marcoux@hotmail.com](mailto:marie-andree.marcoux@hotmail.com) afin de confirmer votre présence. Parlez-en à vos amies.

**Au plaisir de vous voir !**





« Une façon  
beaucoup  
plus facile  
de nettoyer  
entre les  
dents.  
J'adore. »

– Michelle Hurlbutt, RDH, MSDH

## Découvrez une nouveauté révolutionnaire : Philips Sonicare AirFloss.

Les patients qui ne veulent pas passer la soie dentaire adoreront le nouvel outil Philips Sonicare AirFloss. Sa technologie de microcliclement novatrice projette une rafale d'air et de gouttelettes pour nettoyer les interstices en profondeur et en douceur.

**Efficace :** L'outil Sonicare AirFloss contribue à améliorer la santé des gencives interdentaires avec douceur et efficacité en deux semaines à peine<sup>1</sup>

**Facile à utiliser :** Elle a été qualifiée de plus facile à utiliser par 86 % des patients interrogés<sup>2</sup>

**Préférée :** Après un mois d'utilisation, 96 % des personnes qui n'utilisaient pas régulièrement la soie dentaire ont utilisé Sonicare AirFloss au moins quatre fois par semaine<sup>3</sup>

Appelez au 1-800-676-SONIC (7664) pour organiser un dîner-conférence au bureau.  
[www.sonicare.ca](http://www.sonicare.ca)

<sup>1</sup> de Jager M, Jain V, Schmitt P, DeLaurenti M, Jenkins W, Milleman J, Milleman K, Putt M. Efficacité et sécurité d'après les études en cliniques d'un nouveau dispositif pour le nettoyage interproximal. *J Dent Res* 90 (édition spéciale A), 2011. <sup>2</sup> Krell S, Kaler A, Wei J. Essai d'utilisation à la maison visant à comparer la facilité d'utilisation de Philips Sonicare AirFloss à celles du fil dentaire Reach et de l'appareil Waterpik Ultra Water Flosser. Données archivées, 2010. <sup>3</sup> Krell S, Kaler A, Wei J. Essai d'utilisation à la maison en vue d'évaluer le maintien de saines habitudes de brossage à l'aide de Philips Sonicare AirFloss. Données archivées, 2010

**PHILIPS**  
**sonicare**

Du sens et de la simplicité



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 %<sup>1</sup> :**

- 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

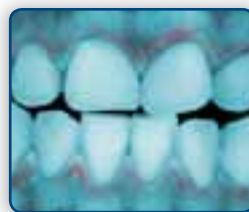
Images améliorées mettant en évidence le milieu de la bouche et la diminution marquée de la gingivite au fil du temps\*



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](http://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™.

<sup>1</sup> 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  
**THÉRAPEUTIQUE**  
CONTRE LA GINGIVITE

**Crest** **Oral-B**