

L'EXPLORATEUR

LA REVUE PROFESSIONNELLE DE L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRE DU QUÉBEC

**SANTÉ BUCCODENTAIRES DES ENFANTS: PORTRAIT
POPULATIONNEL ET PRATIQUES CONTEMPORAINES
EN MATIÈRE DE PRÉVENTION**



**LES ÉVIDENCES SCIENTIFIQUES
SOUTENANT LA PRATIQUE DU
TRAITEMENT RESTAURATEUR
ATRAUMATIQUE**

**CONSENTEMENT CHEZ
LES ENFANTS DE MOINS
DE 14 ANS**

**PORTRAIT DE LA SANTÉ
BUCCODENTAIRE CHEZ
LES ÉLÈVES DU PRIMAIRE**



**On s'occupe
de vos finances.
On vous laisse
le soin des patients.**

Économisez jusqu'à 1 035 \$* annuellement.

Adhérez à l'offre exclusive pour les hygiénistes dentaires.

bnc.ca/professionnel-sante

Fière partenaire de:



**Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec**

* Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Platine, *World Mastercard*^{MD} ou *World Elite*^{MD} *Mastercard*^{MD} de la Banque Nationale. L'économie annuelle potentielle de 1 036 \$ est une illustration de ce qui peut être obtenu par un détenteur de l'offre. Elle est basée sur le profil type d'un détenteur de l'offre qui détient ce qui suit: un forfait bancaire équivalent au forfait Le Total^{MC}; une carte de crédit *World Elite Mastercard*; une marge hypothécaire Tout-En-Un Banque Nationale^{MD} avec un solde annuel courant de 150 000 \$; une marge de crédit personnelle avec un solde annuel courant de 25 000 \$, le tout avec une bonne cote de crédit auprès des bureaux de crédit. L'économie a été calculée de la manière suivante: absence de frais mensuels liés aux transactions incluses dans le forfait Le Total (économie annuelle de 311 \$), plus un rabais annuel de 0,25% sur le taux de la marge Tout-En-Un (économie annuelle de 375 \$), plus un rabais annuel de 2,00% sur le taux de la marge personnelle (économie annuelle de 500 \$), moins le montant des frais annuels liés à la carte de crédit *World Elite Mastercard* pour un an. Ces rabais représentent la différence entre ce que pourrait avoir un client ne faisant pas partie de l'offre, et un client qui en fait partie. Certaines conditions d'admissibilité s'appliquent, pour plus de détails, visitez bnc.ca/specialiste-sante. Il se peut que l'économie potentielle ne représente pas l'économie nette que vous obtiendrez, puisqu'elle varie selon votre situation financière. ^{MC} LE TOTAL est une marque de commerce de la Banque Nationale du Canada. ^{MD} MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International Inc., employées sous licence par la Banque Nationale du Canada. ^{MD} TOUT-EN-UN BANQUE NATIONALE est une marque de commerce déposée de la Banque Nationale du Canada. © 2019 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés. Toute reproduction totale ou partielle est strictement interdite sans l'autorisation préalable écrite de la Banque Nationale du Canada.

L'EXPLORATEUR

LA REVUE PROFESSIONNELLE DE L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC

4 **Avant-propos**

6 **Mot de la présidente**

8 **Mot du directeur général
et secrétaire**

**DOSSIER: SANTÉ BUCCODENTAIRES
DES ENFANTS: PORTRAIT
POPULATIONNEL ET PRATIQUES
CONTEMPORAINES EN MATIÈRE
DE PRÉVENTION**

12 JE SUIS GRAND MAINTENANT!

Le consentement avant 14 ans

**14 SANTÉ BUCCODENTAIRE DES
ÉLÈVES DU PRIMAIRE**

**20 LES ÉVIDENCES SCIENTIFIQUES
SOUTENANT LA PRATIQUE DU
TRAITEMENT RESTAURATEUR
ATRAUMATIQUE**

**28 PRÉAMBULE AUX LIGNES
DIRECTRICES FDA
(UNIVERSITÉ DU MANITOBA)**

**29 LIGNES DIRECTRICES FDA
(UNIVERSITÉ DU MANITOBA)**

**32 FORMULAIRE DE
CONSENTEMENT À
L'UTILISATION DU FLUORURE
DIAMINE D'ARGENT
(UNIVERSITÉ DU MANITOBA)**

34 EXPLORATEUR VIRTUEL

Ressources Web

**36 CALENDRIER DES
FORMATIONS CONTINUES ET
WEBCONFÉRENCES 2019-2020**

48 PORTRAIT

Stage en santé dentaire
publique en Afrique

Séance photo au
Collège John Abbott

50 MESSAGES OHDQ

52 SERVICES FINANCIERS

Faire un budget de couple avec
deux salaires différents

**53 ASSURANCE
RESPONSABILITÉ
PROFESSIONNELLE**

Comment réagir en cas de
réclamation touchant votre
responsabilité professionnelle ?



Depuis sa première édition en mars 1991, *L'Explorateur* poursuit sa mission de donner l'heure juste sur des enjeux importants de la profession d'hygiéniste dentaire centrés sur le mandat premier de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ) qui est la protection du public.

Cette revue professionnelle vise à développer les connaissances des membres de l'Ordre aux plans légal, déontologique, scientifique et clinique. Elle vise aussi à soutenir la qualité de la pratique professionnelle et à faire connaître la mission de l'Ordre et ses activités.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Présidente

M^{me} Diane Duval, H.D.

Administrateurs élus et régions administratives

Sud	M. Jean-François Lortie, H.D., vice-président
Centre	M ^{me} Stéphanie Ritchie, H.D., trésorière
Sud-Est	M ^{me} Héléne Deschênes, H.D.
Nord-Est	M ^{me} Sophie Deshaies, H.D.
Sud	M ^{me} Kim Farrell, H.D.
Centre	M. Franck Giverne, H.D.
Nord-Ouest	M ^{me} Annik Lacroix, H.D.
Nord-Est	M ^{me} Marie-Andrée Marcoux, H.D.
Centre	M ^{me} Josée Tessier, H.D.

Administratrice âgée de 35 ans ou moins

M^{me} Kamilya Kaddouri, H.D.

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

M. Jean-Louis Leblond, B.A.
M. André Roy, M. Ps. Éd.
M. Cyriaque Sumu, Ph. D. (sociologie)
M^{me} Renée Verville, M.A., M.A.P.

Directeur général et secrétaire de l'Ordre

M. Jacques Gauthier, erg., M.A.P., ASC

Rédaction :

Susan Badanjak, H.D., M. Sc. DH, responsable du développement de la profession
Julie Boudreau, H.D., syndique
M^{re} Marc-Antoine Bondu, L.L.B., MBA, secrétaire adjoint et conseiller juridique
Diane Duval, H.D., présidente
Jacques Gauthier, erg., M.A.P., ASC, directeur général et secrétaire
Dr. Robert J. Schroth, DMD, M. Sc., PhD
Sophie Lecavalier, responsable des communications

Comité des publications

Caroline Boudreault, H.D.
Bibiane Gagnon, H.D.
Éloïse Lafrenière, H.D.
Sophie Lecavalier, responsable des communications et secrétaire du comité

Production

Révision Gilles Vilasco
Publicité OHDQ
Graphisme Z Communications
Photo couverture Shutterstock

Note : Le générique masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes et n'est utilisé que dans le but d'alléger le texte.

Abonnement à L'Explorateur

(gratuit pour les membres inscrits au tableau de l'OHDQ)
Associés : 90 \$ plus taxes (par année)
Étudiants : 30 \$ plus taxes (par année)
Retraités : 60 \$ plus taxes (par année)

Dépôt légal - 1^{er} trimestre 2020

Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BAnQ)
Bibliothèque et Archives Canada
ISSN : 2369-6915 (en ligne)
ISSN : 1183-4307 (imprimé)
Envoi de publication – contrat de vente No 40009269

Politique publicitaire de l'OHDQ

Disponible à la demande au service des communications.

Droits d'auteur

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



700-606, rue Cathcart
Montréal (Québec) H3B 1K9
Téléphone : 514 284-7639 ou 1 800 361-2996
Télécopieur : 514 284-3147
info@ohdq.com www.ohdq.com

AVANT-PROPOS

- SOPHIE LECAVALIER, responsable des communications

Dès avril, l'Ordre débutera sa nouvelle campagne de communication pour l'année 2020-2021. Cette fois-ci, la thématique sera centrée sur les enfants de 6 à 12 ans, les premières dents d'adulte. Tout au long de l'année, par les différents réseaux, Facebook, microsite Ma santé, mon sourire ainsi que par d'autres communications, l'Ordre invitera les parents à lire les conseils, partager des activités ludiques avec leurs enfants et revisiter les grands principes d'une bonne santé buccodentaire à cet âge.

Déjà, dans ce numéro de *L'Explorateur*, nous abordons le sujet par différents articles comme celui de Susan Badanjak sur « Les évidences scientifiques soutenant la pratique du traitement restaurateur atraumatique » (TRA). Le TRA comprend la prévention des lésions carieuses des puits et fissures et la réparation de lésions carieuses cavitaires chez l'enfant. L'auteure propose une analyse documentaire afin de présenter les données probantes les plus récentes sur le TRA.

Comment vont nos enfants sur le plan de la santé buccodentaire ? Pour répondre à cette question, un portrait tiré de l'Institut national de santé publique du Québec sur la santé buccodentaire des élèves du primaire vous est offert dans le Dossier de cette livraison de *L'Explorateur*.

Nous vous proposons également un rappel sur le consentement des soins buccodentaires avant 14 ans. Cet aspect déontologique de la pratique revisite le rôle du professionnel lors du consentement et le processus des différentes options, soit refus ou acceptation des parents.

De plus, vous pourrez consulter les protocoles et lignes directrices conseillés aux membres de l'OHDQ concernant l'utilisation du fluorure diamant d'argent, sous la plume du Dr Robert J. Schroth de l'Université du Manitoba. Ces lignes directrices représentent les meilleures pratiques adoptées dans ce domaine par les professionnels du domaine buccodentaire du Canada et des États-Unis. Ces lignes directrices abrégées et le formulaire de consentement, présenté à la suite, offrent aux hygiénistes dentaires du Québec une référence utile.

Bonne lecture !

MISSION DE L'OHDQ

Le mandat d'un ordre professionnel est, en vertu du Code des professions, d'assurer la protection du public.

L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec protège le public en :

- contribuant sans cesse à l'amélioration de la santé buccodentaire en rendant les soins en hygiène dentaire accessibles à tous ;
- assurant le maintien et le développement des compétences de ses membres ;
- soutenant le leadership de ses membres en matière d'information et d'éducation.

VISION DE L'OHDQ

L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec tout en assurant sa mission de protection du public :

- sensibilise la population à l'importance de la prévention en santé buccodentaire et à ses effets bénéfiques sur la santé générale des personnes ;
- agit sur les iniquités sociales par l'accroissement de l'accessibilité aux soins en hygiène dentaire ;
- améliore de façon continue la santé générale de toute la population en agissant en collaboration avec les autres professionnels de la santé ;
- assure un leadership en matière d'éducation et de prévention en santé buccodentaire.

LES VALEURS PRIVILÉGIÉES POUR LA PROFESSION D'HYGIÉNISTE DENTAIRE

La rigueur – L'engagement – Le respect – La collaboration – L'équité



16/17

OCTOBRE 2020

CONGRÈS DE L'OHdq

CENTRE DE CONGRÈS
DE SAINT-HYACINTHE

UNE NOUVELLE
ÈRE S'AMORCE :
SAVOIR S'Y
PRÉPARER!

NOUVEAUTÉS!

►► DES FRAIS D'INSCRIPTION
AU CONGRÈS RÉDUITS :

250 \$! + taxes

(total des repas inclus dans le 250 \$ est de 120 \$)

►► PRÉ-CONGRÈS
(OPTIONNEL)

75 \$ + taxes

(total des repas inclus dans le 75 \$ est de 12 \$)

Participez au congrès, au
pré-congrès ou aux
deux événements!

DÉBUT DES INSCRIPTIONS
DÈS CE PRINTEMPS



CRISE DU COVID-19: OPPORTUNITÉ?



Fin des années 80. Un virus échauffe les esprits scientifiques internationaux, sème l'inquiétude chez les professionnels de la santé et engendre peur et panique dans la population: le VIH (virus d'immunodéficience humaine).

À l'époque, on le nommait SIDA. Deux syllabes faciles à prononcer, comme un nom sur un visage, pour mieux l'identifier, le craindre, le marginaliser et le discriminer.

On n'en savait très peu sur ce virus venu d'ailleurs. Une fois la personne infectée, on savait qu'aucun médicament ni vaccin ne permettrait d'en guérir, d'éviter la mort, quasi certaine après deux ans, précédée de souffrances psychologiques et physiques atroces dans les derniers mois. Infection transmise par le sang, les sécrétions, la salive et quoi encore? De quoi créer la panique chez les professionnels appelés à soigner les patients atteints. Pour eux, la question de l'heure était aussi COMMENT ME PROTÉGER?

Montréal, juin 1989. Premier Symposium International sur le Sida buccal, mis sur pied par le Centre de Recherche Immunologique de l'Institut Armand Frappier. Aucun doute, il fallait y être, participer activement et être bien préparé.

Présidente de l'Ordre à cette époque, c'est ainsi que je me retrouvai stagiaire d'un jour à la clinique dentaire de l'Université McGill à l'Hôpital Juif de Montréal. Dans le cadre d'un programme de recherche, j'ai assisté l'hygiéniste dentaire, Nathalie Iulianie, en charge des prélèvements salivaires et des suivis d'hygiène auprès des patients infectés. Puis, auprès du professeur et dentiste en chef de la clinique, j'ai participé à la tournée des patients présentant des lésions buccales à la phase finale de la maladie (leucoplasie chevelue, sarcome de Kaposi, parodontite nécrosante, etc.). J'ai été impressionnée par les mesures de protection auxquelles je fus soumise: gants, visière, bonnet, jaquette chirurgicale, etc., identiques aux mesures mises en œuvre en Chine auprès des personnes malades du COVID-19 (Corona Virus Disease 2019).

Je ne remercie jamais assez ces deux professionnels de l'Université McGill d'avoir partagé leurs connaissances avec moi et l'Ordre. J'étais prête comme professionnelle clinicienne et comme porte-parole de l'Ordre à présenter le sujet devant la communauté scientifique et faire valoir le rôle de l'hygiéniste dentaire auprès des personnes infectées par le VIH. Toutefois, une question me hantait, celle de l'asepsie. Fallait-il stériliser deux fois les instruments ayant servi au traitement dentaire d'une personne infectée du VIH? C'est ce que prétendait le conférencier qui me précédait.

Dernière à présenter au terme du Symposium, j'ai lancé une question à débattre: Doit-on vraiment effectuer une double procédure de stérilisation des instruments utilisés auprès d'un patient porteur du VIH, alors que très souvent il l'ignore lui-même? Est-ce à dire qu'une seule procédure de stérilisation n'assure pas les mesures de protection suffisantes pour tous et pour toute infection, le VHB par exemple? La circonstance était opportune et la question des plus pertinentes.

Et maintenant le COVID-19

Trente ans plus tard, je suis à nouveau présidente de l'Ordre. Un nouveau virus échauffe les esprits scientifiques internationaux, sème l'inquiétude chez les professionnels de la santé et engendre la peur dans la population générale: le COVID-19. Aucun médicament ni vaccin n'est efficace pour combattre la maladie et enrayer l'épidémie. À l'instar du VIH, les communautés chinoises se sentent pointées du doigt et discriminées.

Du côté des autorités fédérales et provinciales de santé, on tente de se faire rassurant. À ce jour, le risque de propagation est faible au Québec nous dit la Direction de la santé publique. Le personnel médical et infirmier des hôpitaux cibles se dit bien préparé. On est prêt! L'Hôpital Juif de Montréal a accueilli le premier malade. Mais, qu'en est-il du rôle des hygiénistes dentaires dans les cliniques dentaires?

La ministre de la Santé, Danielle McCann, rappelle que la prévention des infections est la responsabilité de tous et que chacun doit faire sa part. Quotidiennement, on souligne les mesures élémentaires de prévention des infections: le lavage fréquent des mains, tousser dans son coude, limiter les poignées de mains, etc.

Il est clair que les hygiénistes dentaires sont parmi les professionnels de la santé les mieux préparés en mesure de prévention et de contrôle des infections (gestion des aérosols, des barrières de protection en prévention de la contamination croisée, etc.).

La période est propice à faire de la crise du COVID-19 une opportunité d'éducation auprès de vos patients. En langue japonaise, le mot CRISE s'écrit à l'aide de deux idéogrammes: le premier signifie DANGER et le second OPPORTUNITÉ. Profitez de cette crise pour faire l'éducation de vos patients et de votre entourage quant aux mesures élémentaires de prévention de la contamination. À l'avenir, prenez 5 minutes de votre précieux temps pour expliquer l'attention que vous accordez à leur protection dans votre salle de travail et tout au long des soins que vous leur prodiguez. Propagez le message de la Santé publique à vos patients encore et encore. Votre enseignement sera rassurant pour tous.

Quant à l'Ordre, comme mentionné il y a quelques semaines, il vous informera de tout développement lié à votre pratique clinique au fur et à mesure de l'évolution de la situation.

Note au lecteur: Le mot de la présidente a été rédigé le 6 mars 2020

Diane Duval, H.D.
Présidente

Pour tout commentaire:
info@ohdq.com
514 284-7639
(1 800 361-2996), poste 215

COVID-19 CRISIS: OPPORTUNITY?



It's the late 1980s. A virus is confounding scientific minds around the world, raising red flags among healthcare professionals, and sowing fear and panic among the general population. That virus is HIV, or the human immunodeficiency virus.

At the time, it was called AIDS: one simple syllable, a name to a face, all the better to identify, fear, marginalize and discriminate against it.

Little was known about the virus, which originated in a far-off land. What we did know was that once a person was infected, there was no drug or vaccine that would cure them or stave off their almost-certain death within the next two years, but only after a period of horrific mental and physical suffering in the last few months of their life. Was the infection transmitted through blood, secretions, saliva, or some other way? Talk about causing a panic among the professionals whose job it was to treat the infected patients. Even back then, the burning question was: HOW DO I PROTECT MYSELF?

It's June 1989, and the First International Symposium on Oral AIDS is being held in Montréal, organized by the Centre de recherche immunologique of the Institut Armand Frappier. There was no doubt about it: We had to be there, be prepared, and participate actively.

As the president of the Ordre at that time, I found myself doing a one-day internship at McGill University's dental clinic at Montréal's Jewish General Hospital. As part of a research program, I was assisting dental hygienist Nathalie Lulianie, who was in charge of collecting saliva samples and doing hygiene check-ups on infected patients. Accompanied by the professor and head dentist at the clinic, I also took part in rounds on patients with oral lesions in the end stage of the disease (hairy leukoplakia, Kaposi's sarcoma, necrotizing periodontitis, etc.). I was impressed by the protective equipment I was required to wear (gloves, visor, cap, surgical gown, etc.)—exactly the same measures put in place in China for people infected with COVID-19 (Corona Virus Disease 2019).

I'll never be able to thank these two individuals at McGill University enough for having shared their knowledge with me and the Ordre. As a clinician and spokesperson for the Ordre, I was about to give a presentation on the subject to the scientific community, promoting the role of dental hygienist with HIV patients. However, one thing haunted me: the question of sterilization. Did dental instruments used to treat HIV patients really need to be sterilized twice? Because that's what the speaker ahead of me was claiming.

The last to present at the Symposium, I threw out a question to the audience: Is double sterilization really necessary for instruments used on a patient carrying HIV, when they themselves often don't even know they have the virus? Does that mean a single sterilization cycle isn't enough to protect everyone against all infections, for example, HBV? The question could not have come at a better time.

Now there's COVID-19

Fast-forward thirty years and I'm once again the president of the Ordre. A new virus is confounding scientific minds around the world, raising red flags among healthcare professionals, and sowing fear and panic among the general population. That virus is COVID-19. No drug or vaccine exists to fight the disease or control the epidemic. As with HIV, certain communities—this time, the Chinese—are feeling singled out and discriminated against.

Federal and provincial health authorities, for their part, are doing their best to reassure the public. The Direction de la santé publique is telling us that the risk of transmission is currently low in Québec. The medical and nursing staff at the targeted hospitals say they're prepared to handle cases. We're ready! The first person in Québec to be diagnosed with the virus has been admitted to the Jewish General Hospital. But, what about dental hygienists working at dental clinics? What role do we play in all this?

Health Minister Danielle McCann pointed out that infection prevention is everyone's responsibility and that we all need to do our part. Basic preventive measures are being hammered into us on a daily basis: wash your hands often, cough into your elbow, limit handshakes, etc.

One thing is clear: Dental hygienists are among the healthcare professionals best prepared to prevent and control infections (aerosol management, cross-contamination control barriers, etc.).

The COVID-19 crisis is the perfect opportunity to educate your patients. In the Japanese language, the word CRISIS is made up of two characters, the first meaning DANGER and the second OPPORTUNITY. Take advantage of this crisis to teach your patients and surroundings about basic infection prevention measures. In the future, take five minutes of your precious time to explain exactly how you are keeping them safe in your exam room and throughout their visit with you. Spread the message from our public health department far and wide. The information you share will help put minds at ease.

As for the Ordre, as mentioned a few weeks ago, we will keep you informed of any developments related to your clinical practice as the situation evolves.

Note to the reader: A word from the President was written on March 6, 2020

Diane Duval, H.D.
President

Send all comments to:
info@ohdq.com
514 284-7639
(1 800 361-2996), extension 215



DIVERSITÉ CULTURELLE

considérations pour les ordres professionnels et leurs membres

– JACQUES GAUTHIER, erg., M.A.P., ASC



Les grands enjeux sociétaux, qu'ils soient régionaux, nationaux ou internationaux, mènent non seulement à l'adoption de politiques ou de programmes gouvernementaux, voire de traités internationaux, ils affectent également le travail quotidien des organismes de réglementation professionnelle et des personnes qui en sont membres.

De nos jours, on peut observer un important mouvement sociétal vers une plus grande sensibilité culturelle des états et des organisations, notamment en revoyant les politiques publiques et l'offre de services publics pour notamment réduire la présence de pratiques discriminatoires systémiques. On peut penser aux travaux de la Commission de vérité et de réconciliation du Canada¹ dont les travaux terminés en 2015 visaient : 1) à entendre les membres des Premières Nations retirés de leurs familles lorsqu'ils étaient enfants et placés, parfois de force, dans les écoles résidentielles pour la majorité de leur enfance, et 2) face aux constats établis, à définir le chemin vers la réconciliation des Peuples. On peut également citer les travaux menés tout récemment au Québec par la Commission Viens (Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès²) sur lesquels nous reviendrons plus loin dans cet article. On peut aussi penser à la création au Québec de la fonction de Commissaire aux plaintes en matière de reconnaissance des compétences professionnelles, dont l'appellation est devenu en 2017 « Commissaire à l'admission aux professions³ », et dont le mandat initial était de traiter les plaintes et de surveiller les processus de reconnaissance des qualifications professionnelles des personnes formées à l'étranger.

Le présent numéro de *L'Explorateur* a pour thématique centrale les enfants, leurs problématiques populationnelles particulières et les soins buccodentaires préventifs les plus probants pour cette tranche de la population. Le lien avec la nécessité d'une plus grande sensibilité culturelle s'établit tout naturellement avec cette thématique. Pensons aux difficultés d'accès aux soins buccodentaires des enfants des Premières Nations. Pensons également aux difficultés d'accès aux soins préventifs vécus par les enfants nouvellement arrivés au pays, soit en raison de leur situation socioéconomique précaire ou de la méconnaissance des parents des programmes et des soins offerts au Québec.

C'est pourquoi cet article a pour objectif de sensibiliser les hygiénistes dentaires au rôle et aux responsabilités attendus des ordres professionnels en matière de sensibilité culturelle. Il vise encore à faire un rappel aux membres de l'Ordre de leurs propres responsabilités et obligations à cet égard.

LA CHARTE DES DROITS ET DES LIBERTÉS DE LA PERSONNE⁴

10. Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, l'identité ou l'expression de genre, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit.

Pourquoi les ordres professionnels sont-ils concernés par l'enjeu de la sensibilité culturelle ?

Les ordres professionnels ont l'obligation de s'assurer que leurs pratiques de gouvernance de même que les processus mis en place pour appliquer la réglementation respectent les bonnes pratiques en matière de gestion de la diversité ethnoculturelle et qu'ils sont exempts de discrimination.

En matière de gouvernance, le *Code des professions* a introduit en 2017 une disposition voulant que l'Ordre doive favoriser tant la parité entre les hommes et les femmes que la diversité culturelle des personnes qui composent le Conseil d'administration lorsque ce dernier doit pourvoir un poste vacant.

78.1. Toute nomination d'un administrateur au sein du Conseil d'administration d'un ordre, faite en vertu du présent code ou de la loi constituant un ordre par l'Office ou par un tel conseil, doit tendre à une parité entre les hommes et les femmes et à ce que l'identité culturelle de l'ensemble des administrateurs reflète les différentes composantes de la société québécoise⁵.

Cette même réforme a introduit des obligations de formation à la gestion de la diversité ethnoculturelle pour de nombreuses personnes composant les instances de l'Ordre susceptibles de prendre des décisions relatives aux demandes de permis de personnes formées à l'étranger.

62.0.1. Le Conseil d'administration, notamment :
[...]

4° impose à ses membres l'obligation de suivre une formation sur le rôle d'un Conseil d'administration d'un ordre professionnel, notamment en matière de gouvernance et d'éthique, d'égalité entre les femmes et les hommes, ainsi qu'une formation en gestion de la diversité ethnoculturelle, et s'assure qu'elles leur soient offertes;

5° impose à toute personne chargée par l'ordre d'élaborer ou d'appliquer des conditions de délivrance de permis et de certificat de spécialiste l'obligation de suivre une formation sur l'évaluation des qualifications professionnelles, sur l'égalité entre les femmes et les hommes, ainsi qu'une formation en gestion de la diversité ethnoculturelle, et s'assure qu'elles leur soient offertes⁶;

[...]

Le *Code des professions* édicte également des obligations relatives à la délivrance des permis afin que ces processus soient exempts de pratiques discriminatoires :

43. Un ordre ne peut refuser de délivrer un permis ou un certificat de spécialiste ou d'accorder une autorisation spéciale pour des raisons de race, de couleur, de sexe, de religion, d'ascendance nationale ou d'origine sociale⁷.

En matière de délivrance des permis, l'Ordre doit aussi tenir compte d'exceptions à la *Charte de la langue française*⁸ précisées dans le *Règlement autorisant les ordres professionnels à déroger à l'application de l'article 35 de la Charte de la langue française*⁹ qui permettent de délivrer des permis particuliers aux personnes qui, par exemple, résident ou ont résidé sur une réserve autochtone et qui ne détiennent pas de preuve de maîtrise de la langue française, ce permis ne permettant d'offrir des services qu'exclusivement dans une réserve autochtone.

D'ailleurs, à cet effet, le rapport de la Commission Viens² mentionné en introduction contient un appel à l'action en vue de l'abolition de l'obligation de résider ou d'avoir résidé dans une réserve autochtone pour obtenir un tel permis, pourvu que les services offerts par le professionnel le soient exclusivement dans une réserve ou dans un établissement où vit une communauté autochtone. Dans ses commentaires transmis au Conseil interprofessionnel du Québec, qui recueillait l'avis des ordres professionnels sur cet appel à l'action, l'Ordre a donné son appui à cette modification qu'il considère comme étant un obstacle superflu pour la délivrance de ces permis qui ont par ailleurs une portée très limitée en termes de territoires où s'exerce la profession du titulaire du permis.

Au Canada et dans d'autres pays du Monde, la question de la diversité culturelle est également une préoccupation à l'avant-plan des réflexions des professions réglementées et des gouvernements et agences qui les encadrent. Lors du récent congrès international du *Council on Licensure, Enforcement and Regulation* (CLEAR) tenu à Vancouver en juin 2019, une journée complète fut consacrée aux enjeux associés aux peuples autochtones et aux personnes immigrées et réfugiées¹⁰. Les conférences de cette journée ont abordé :

- la nécessité d'une meilleure compréhension de la culture des Premières Nations, des Métis et des Inuit;
- le rôle potentiel des organismes de réglementation dans les processus de réconciliation avec les peuples autochtones;
- les approches à considérer pour intégrer aux pratiques des ordres professionnels les principes de réconciliation;
- la perspective de personnes immigrées et réfugiées sur les processus de délivrance des permis et de réglementation professionnelle.

Comme on peut le constater, il n'y a donc pas qu'au Québec où ces enjeux sont à l'avant-scène des préoccupations sociales et réglementaires.

Les actions de l'Ordre en matière de diversité culturelle

Tout d'abord, il est à souligner que l'ensemble des intervenants de l'Ordre ayant l'obligation de suivre les formations obligatoires en matière de gestion de la diversité ethnoculturelle les ont suivies, comme le requiert le *Code des professions*. Chacun a suivi la ou les formations adaptées aux fonctions qu'ils occupent :

- Membres du Conseil d'administration;
- Membres du comité de délivrance des permis;
- Membres du comité d'admission;
- Membres du comité d'examen des conditions particulières d'exercice;
- Membres du comité de révision des équivalences;
- Membres du personnel de l'Ordre impliqués dans les processus de délivrance des permis et d'études des demandes d'équivalence de diplôme et de la formation.

Par ailleurs, reconnaissant que ses membres ont aussi des obligations déontologiques et des considérations cliniques liées à la diversité culturelle à intégrer à leur pratique quotidienne, l'Ordre leur rend disponible de la formation continue dans ce domaine (voir le programme de formation inclus à ce numéro de *L'Explorateur* et sur le site Web de l'Ordre).

À titre de rappel pour les membres de l'Ordre

Le *Code des professions* rappelle aux hygiénistes dentaires, comme à tous les membres d'ordre professionnel, leurs obligations relatives à une pratique exempte de discrimination, dont la discrimination basée sur la race, la couleur, la religion et l'ascendance nationale ou l'origine sociale.

Code des professions, article 57.

Nul professionnel ne peut refuser de fournir des services à une personne pour des raisons de race, de couleur, de sexe, d'âge, de religion, d'ascendance nationale ou d'origine sociale de cette personne¹¹.

L'hygiéniste dentaire doit non seulement s'assurer d'une pratique exempte de discrimination, elle doit également avoir une pratique adaptée à la réalité culturelle de ses patients¹². Ainsi, les caractéristiques sociodémographiques et culturelles des patients vus en hygiène dentaire doivent être considérées entre autres lors de la cueillette de données initiale, de l'évaluation du patient, par exemple lors de l'évaluation de ses besoins et de ses préférences, de la planification du traitement et du processus mené pour obtenir le consentement libre et éclairé du patient, puisqu'elles ont le potentiel d'influencer chacune des étapes du processus de soins en hygiène dentaire.

Compétences et normes d'agrément et de pratique pour les hygiénistes dentaires au Canada¹²

A. L'hygiéniste dentaire à titre de professionnelle...

L'hygiéniste dentaire débutante a montré de manière fiable son habileté à :

A9. respecter la diversité des autres pour favoriser la prestation de services sûrs qui tiennent compte des différences culturelles.

Conclusion

La diversité culturelle reflétée dans la société québécoise, comme dans celle des autres provinces canadiennes et celle d'autres pays, requiert des instances gouvernementales, des organismes de réglementation et des professionnels, des pratiques adaptées à cette diversité. Dans tous les domaines, les personnes impliquées doivent faire preuve de vigilance pour éviter de mettre en place ou de maintenir des pratiques discriminatoires, que ce soit sur une base individuelle ou systémique. Le partage de bonnes pratiques et la formation continue constituent des moyens privilégiés pour développer ses compétences culturelles et s'assurer de bien desservir sa clientèle, quelles que soient leurs caractéristiques sociodémographiques et ethnoculturelles.

Références :

1. [Code civil du Québec](#), RLRQ, c. CCQ-1991, art. 17.
1. Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015). **Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir. Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada**. [Repéré à : https://nctr.ca/fr/assets/reports/Final%20Reports/Honorer_la_v%C3%A9rit%C3%A9_r%C3%A9concilier_pour_l%E2%80%99avenir.pdf]
2. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès (2019). Rapport final. [Repéré à https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf]
3. Office des professions du Québec (2019). **Le Commissaire à l'admission aux professions**. [Repéré à : <https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Commissaire/FichInfoCommissaire.pdf>]
4. *Charte québécoise des droits et des libertés de la personne*, c. C-12, art. 10.
5. *Code des professions*, RLRQ, c. C-26, art. 78.1.
6. *Code des professions*, RLRQ, c. C-26, art. 62.0.1., alinéa 4o et 5o.
7. *Code des professions*, RLRQ, c. C-26, art. 43.
8. *Charte de la langue française*, RLRQ, c. C-11.
9. *Règlement autorisant les ordres professionnels à déroger à l'application de l'article 35 de la Charte de la langue française*, RLRQ, c. C-11, r. 10
10. Council on Licensure, Enforcement and Regulation (2019). **Vancouver CLEAR Regional Symposium Agenda. Cultural Awareness: Valuing Indigenous and Minority Populations in Professional Regulation**, CLEAR, Vancouver, Colombie-Britannique, 25 juin 2019. [Repéré à : <https://clearhq.org/event-3166676>]
11. *Code des professions*, RLRQ, c. C-26, art. 57.
12. Association canadienne des hygiénistes dentaires (2010). **Compétences et normes d'agrément et de pratique pour les hygiénistes dentaires au Canada**. ACHD, Ottawa. [Repéré à : https://www.cdha.ca/pdfs/Competencies_and_Standards.pdf]



Oral-B NOUVEAU GENIUS™ X

BROSSEZ-VOUS LES DENTS COMME UN GÉNIE

LA TECHNOLOGIE DE L'IA AMÉLIORE LE BROSSAGE POUR UN NETTOYAGE PLUS INTELLIGENT



Brossette ronde unique
à action de pulsation oscillo-rotative
pour un nettoyage supérieur*

* vs une brosse à dents manuelle ordinaire.

Anneau intelligent 360°
vous avertit lorsque vous brossez
trop vigoureusement

**La technologie de détection
de la position avec intelligence
artificielle (IA)** est spécialement
conçue pour reconnaître votre style
de brossage et vous aider à brosser
tous les quadrants le temps nécessaire



Téléphone intelligent non compris.

**SOYEZ PARMIS LES PREMIÈRES
PERSONNES À VIVRE
L'EXPÉRIENCE DE BROSSAGE
AVEC IA ET RECOMMANDEZ-LA
EN TOUTE CONFIANCE!**

**OFFRE À PRIX RÉDUIT EXCLUSIVE
POUR LES PROFESSIONNELS.**

PRIX DE DÉTAIL 299,99 \$/UNITÉ

79,99 \$[†]

COMMANDEZ MAINTENANT[†]
Dentalcare.ca/fr-ca/GeniusX

Veillez prévoir jusqu'à 4 semaines pour la livraison après réception de la commande. Les taxes de vente s'appliquent. Toutes les commandes doivent être approuvées par Procter & Gamble Inc. Cette offre ne peut être jumelée à aucune autre offre. Procter & Gamble Inc. n'est pas responsable des erreurs typographiques.

[†] L'offre prend fin : Le 30 juin 2020. Limite d'une (1) offre pour les professionnels Oral-B® GENIUS™ X à 79,99 \$ chacune (plus 7 \$ de frais de livraison et de manutention) par dentiste, hygiéniste dentaire, assistant/personnel dentaire et étudiant en médecine dentaire par année civile. Vous devez être un membre inscrit à Dentalcare.ca pour commander. Remarque : Cette transaction apparaîtra sous le nom de Archway Marketing sur votre relevé de carte de crédit.

[†] Les commandes passées directement sur dentalcare.ca peuvent être livrées à votre domicile OU à l'adresse de votre cabinet.



JE SUIS GRAND MAINTENANT!

Le consentement avant 14 ans

– M^e **MARC-ANTOINE BONDU**, LL. B, MBA, secrétaire adjoint et conseiller juridique de l'Ordre

En collaboration avec:

– **JULIE BOUDREAU**, H.D., syndique

Plusieurs publications ont déjà été faites par l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec au sujet du consentement aux soins par les patients et sur l'importance que celui-ci soit donné de façon libre et éclairé. Certaines considérations particulières s'appliquent toutefois lorsque ce sont à des enfants que les soins doivent être prodigués, surtout s'ils sont âgés de moins de 14 ans.

En effet, atteindre l'âge de 14 ans est un passage déterminant dans la vie d'un enfant en ce qu'il traverse le seuil où il devient légalement apte à consentir à des soins¹. En revanche, jusqu'à la toute fin de ses 13 ans, l'enfant — aussi futé soit-il — ne peut y consentir seul, qu'il s'agisse de soins requis ou non par son état de santé.

Qui décide à sa place ?

Le Code civil du Québec prévoit que le consentement aux soins pour un mineur de moins de 14 ans doit alors provenir du titulaire de l'autorité parentale ou, s'il y a lieu, du tuteur légal de l'enfant². Règle générale, ce sont les deux parents qui, conjointement, exercent l'autorité parentale à l'égard de leur enfant³.

Il n'est pas déterminant de savoir si les parents font vie commune ou non, car la séparation ou le divorce ne retire pas aux parents le droit de consentir aux soins de leur enfant, et ce, même si la garde est accordée à l'un ou l'autre⁴. Cela ne signifie toutefois pas qu'il faille systématiquement obtenir le consentement des deux parents avant de prodiguer des soins à des enfants en bas âge. Heureusement, il existe dans la loi une présomption faisant en sorte que la présence d'un seul des deux parents est suffisante à présumer, de bonne foi, le consentement du parent absent⁵.

En cas de litige ?

Dans la majorité des situations, les parents se seront effectivement concertés avant de prendre rendez-vous dans une clinique dentaire et auront tous deux consenti aux soins pour lesquels ils font appel aux services de professionnels. Toutefois, il peut exister des contextes litigieux au sein de la famille et en présence de signes qui laissent douter du consentement d'un des parents à un soin ou un traitement à prodiguer à l'enfant, on ne peut plus présumer du consentement de l'autre.

On peut aisément imaginer une situation où des parents récemment séparés ou divorcés pourraient ne pas s'entendre sur la nécessité de recourir à des soins pour leur enfant, surtout si ceux-ci sont coûteux, par exemple un traitement orthodontique. Dans le cas où l'un des parents refuse de donner son consentement à quelque traitement ou soin que ce soit, l'autre devra se présenter devant le tribunal pour obtenir une autorisation en démontrant que les soins envisagés sont dans l'intérêt de l'enfant.

Lorsque la vie de l'enfant est en danger ou que son intégrité est menacée, les règles sont différentes. En effet, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire dans un tel cas d'urgence lorsqu'il est impossible de l'obtenir le consentement en temps utile⁶.

Quel est le rôle du professionnel ?

L'hygiéniste dentaire qui traite un enfant de moins de 14 ans doit faire preuve de vigilance. Au moindre indice permettant de comprendre que l'un des deux parents puisse ne pas être en accord avec les traitements envisagés, le professionnel devrait refuser toute intervention tant qu'il n'a pas reçu le consentement officiel des deux parents titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, l'autorisation du tribunal⁷.

Une infraction disciplinaire ?

L'hygiéniste dentaire qui ferait abstraction d'indices d'un tel désaccord pourrait faire l'objet d'une plainte disciplinaire au même titre que celui qui aurait prodigué des soins malgré le refus de l'un des parents.

Par exemple⁸, le Tribunal des professions a déclaré un psychologue coupable d'une infraction disciplinaire pour avoir omis d'obtenir le consentement libre et éclairé du père d'un enfant qu'elle a eu sous ses soins dans un contexte de séparation et d'allégation d'abus de la part du père. Dans cette situation, le professionnel s'était contenté d'une déclaration de la mère indiquant que le père consentait, sans chercher directement à obtenir le consentement du père. Or, le *Guide explicatif concernant le Code de déontologie des psychologues du Québec* stipule que « dans des contextes particuliers permettant de douter du consentement de l'autre parent, le psychologue devrait prendre tous les moyens nécessaires pour l'obtenir. »

Dans un autre dossier⁹, une chiropraticienne a procédé à des traitements chiropratiques sur les enfants mineurs de moins de 14 ans de son conjoint, sachant pertinemment que leur mère était en désaccord avec ces manipulations. Même si la mère n'avait jamais avisé directement la chiropraticienne de son refus concernant les traitements, elle transmettait son message de refus par l'intermédiaire de son ex-conjoint et de ses enfants. Le Conseil de discipline de l'Ordre des chiropraticiens du Québec a décidé que devant la connaissance du refus de la mère et malgré le consentement du père, la chiropraticienne n'avait d'autre choix que de cesser les traitements chiropratiques à l'enfant.

En cas de refus des deux parents ?

L'élément central qui doit guider toute décision en matière de consentement aux soins pour un enfant devrait toujours être l'intérêt de ce dernier. Toutefois, il peut arriver que les convictions ou les valeurs des parents entrent en conflit avec l'intérêt de l'enfant.

Dans un environnement hospitalier, par exemple, il peut même arriver que ce soit l'établissement de santé qui requiert

l'autorisation du tribunal de soigner l'enfant face à un refus de la part des parents. Ainsi, dans un dossier ayant été jusqu'à la Cour suprême du Canada, le plus haut tribunal du pays a conclu que des transfusions sanguines pouvaient être administrées à un enfant, malgré l'opposition des parents pour des motifs religieux, si une telle procédure est nécessaire dans l'intérêt de l'enfant¹⁰.

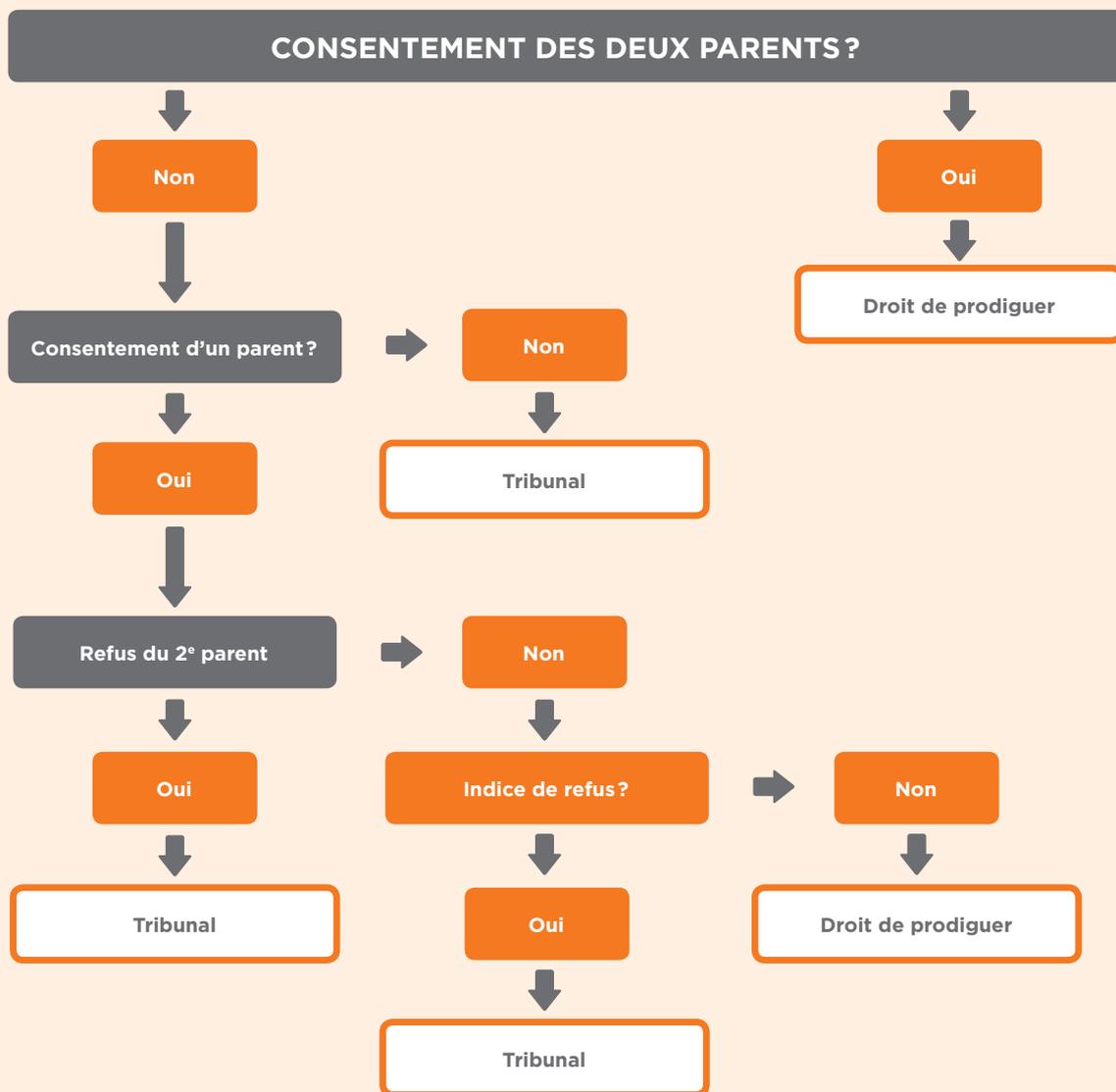
Dans une autre affaire portant sur le même sujet, la Cour supérieure du Québec allait dans le même sens et rappelait qu'« [i]l n'est pas nécessaire que la vie du mineur soit en danger pour que le tribunal intervienne. Il suffit que le Tribunal détermine que le refus est injustifié par rapport au meilleur intérêt de l'enfant¹¹. »

Pour terminer, que le refus soit basé sur des raisons financières ou sur des croyances personnelles, gardons en tête qu'il n'appartient pas au professionnel d'en juger le bienfondé. Seule l'autorisation du tribunal pourra se substituer au consentement d'un ou des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur de l'enfant.

Références :

1. Code civil du Québec, RLRQ, c. CCQ-1991, art. 17.
2. Ibid, art. 18.
3. Ibid, art. 600.
4. Ibid, art. 605.
5. Ibid, art. 603.
6. Ibid, art. 13.
7. Ibid, art. 16.
8. *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Vallières*, 2018 QCTP 121 (CanLII).
9. *Lachance c. Gagnon*, 2011 CanLII 94597 (QC OQC).
10. *B. (R). c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto*, [1995] 1 R.C.S. 315.
11. *Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine c. X*, 2011 QCCS 3803, au par. 3. (voir aussi: *CHU de Québec - Université Laval c. A. L.*, 2019 QCCS 3310)

ARBRE DÉCISIONNEL SUR LE CONSENTEMENT DES ENFANTS DE MOINS DE 14 ANS





SANTÉ BUCCODENTAIRE DES ÉLÈVES DU PRIMAIRE

- GALARNEAU C, ARPIN S, BOITEAU V, DUBÉ MA, HAMEL D, WASSEF N.

Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 (ÉCSBQ) - Rapport national. 2^e éd. Montréal: Institut national de santé publique du Québec; 2018.

Reproduction autorisée.

INSPQ. 2019. « Portrait de la santé buccodentaire au Québec ».

<https://www.inspq.qc.ca/sante-buccodentaire/portrait-de-la-sante-buccodentaire-au-quebec/sante-buccodentaire-des-eleves-du-primaire>.

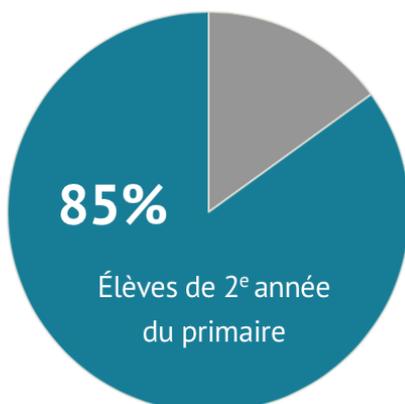
Santé buccodentaire des élèves du primaire

L'Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire réalisée en 2012-2013 (ÉCSBQ 2012-2013) rapporte la condition buccodentaire des élèves québécois de 2^e et 6^e années du primaire et met en lumière les tendances par rapport à l'évolution de leur santé buccodentaire depuis la fin des années 1990.

De façon plus spécifique, l'ÉCSBQ 2012-2013 dresse un portrait de la carie dentaire et ses conditions associées, des scellants dentaires, des maladies des gencives, de la qualité de l'hygiène buccodentaire, des traumatismes dentaires et de la fluorose dentaire. Elle permet aussi de comparer les prévalences de la carie selon les différents stades du développement de la maladie.

La carie réversible et irréversible

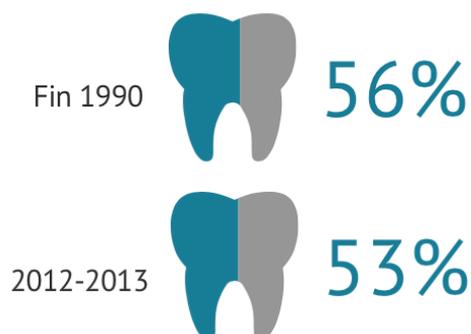
La quasi-totalité des élèves de 2^e et 6^e années du primaire sont atteints de carie réversible¹ sur leurs dents temporaires² et / ou permanentes³



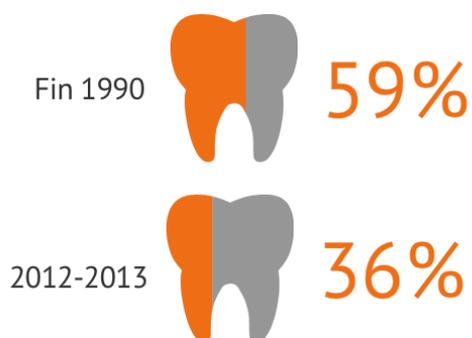
En 2012-2013, 85 % des élèves de 2^e année du primaire et 89 % des élèves de 6^e année du primaire ont au moins une dent temporaire ou permanente atteinte de carie réversible.

La santé des dents temporaires des élèves de 2^e année ne s'est pas améliorée de façon significative

En 2012-2013, 53 % des élèves de 2^e année du primaire sont touchés par la **carie irréversible** sur leurs dents temporaires alors qu'à la fin des années 1990, on en observait 56 %.



La santé des dents permanentes des élèves de 6^e année s'est grandement améliorée



Alors qu'à la fin des années 1990, 59 % des élèves de 6^e année du primaire étaient touchés par la **carie irréversible**⁴ sur leurs dents permanentes, en 2012-2013 on observe une diminution à 36 %.

1. La **carie réversible** est une lésion de la dent se limitant aux premières manifestations de la maladie qui peut être renversée par des actions préventives comme l'utilisation des fluorures.
2. La **dentition temporaire**, aussi connue sous le nom de dentition primaire, constitue la première série de 20 dents qui apparaît chez l'enfant et qui restera quelques années avant de s'exfolier et de laisser sa place à la dentition permanente. Les dents temporaires font normalement éruption entre l'âge de 6 à 33 mois et sont habituellement toutes en bouche vers l'âge de 2 ou 3 ans.
3. La **dentition permanente** constitue la deuxième série de dents qui apparaît généralement en bouche entre l'âge de 6 et 21 ans.
4. La **carie irréversible** se présente, pour sa part, sous trois formes : une lésion de la dent non traitée ayant atteint un stade plus avancé de la maladie, une dent extraite ou une réparation de la dent.

Les inégalités sociales de santé dentaire

La majorité de la carie irréversible se retrouve chez une minorité d'élèves de 2^e et 6^e années du primaire



En 2012-2013, 76 % de la **carie irréversible** observée sur les dents temporaires des élèves de 2^e année du primaire affecte près du quart des élèves de 2^e année du primaire. Comme d'autres problèmes de santé, la carie irréversible se rencontre plus fréquemment chez les élèves moins favorisés sur le plan socioéconomique.

On observe également la même tendance chez les élèves de 6^e année du primaire : à peine plus du dixième des élèves cumulent 63 % de la **carie irréversible** observée sur les dents permanentes des élèves de ce niveau scolaire.

Les scellants dentaires

Une proportion croissante d'élèves de 6^e année ont des dents permanentes scellées



À la fin des années 1990, 3 élèves sur 10 de 6^e année du primaire présentaient au moins une dent permanente scellée, alors que cette proportion atteint près de 6 élèves sur 10 en 2012-2013.



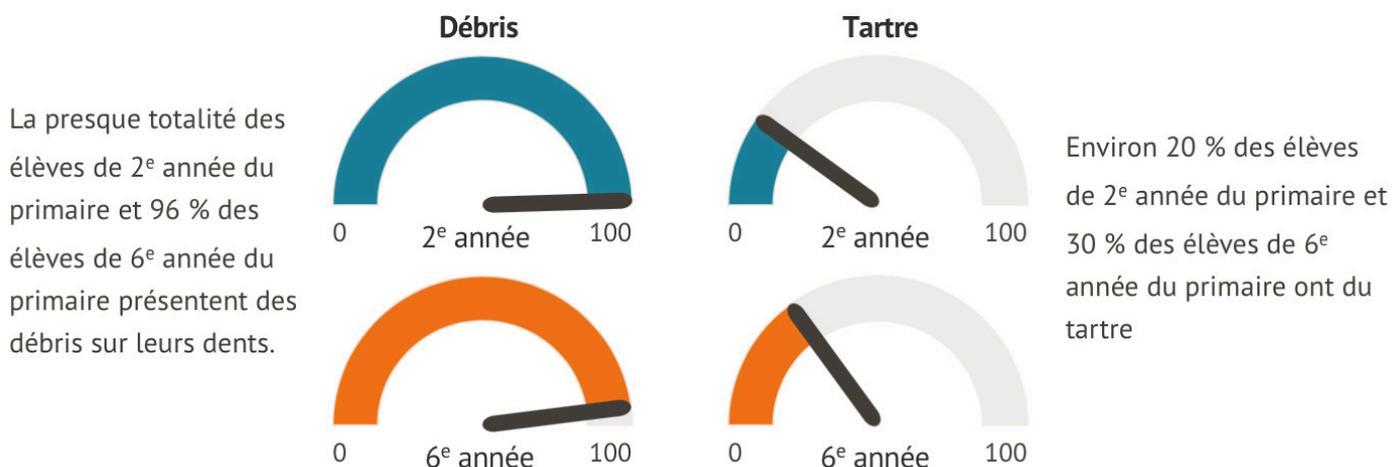
Le **scellant dentaire**, aussi appelé agent de scellement dentaire, est une pellicule composée de matériaux à base de résine ou de verre ionomère appliquée sur les faces des dents présentant des puits et des fissures. Son application débute généralement vers l'âge de 6 ans pour les premières molaires permanentes et vers l'âge de 12 ans pour les deuxièmes molaires permanentes. Le scellant dentaire forme une barrière protectrice contre l'accumulation de débris alimentaires et de bactéries dans les puits et les fissures de la dent, évitant ainsi la formation de la carie.



La qualité de l'hygiène buccodentaire et la gingivite

On apprécie la qualité de l'hygiène buccodentaire en considérant les débris et le tartre accumulés sur les dents.

Beaucoup de débris sur les dents, mais peu de tartre



Les élèves québécois du primaire apparaissent fréquemment touchés par la gingivite

Ces résultats démontrent de grands besoins en matière d'hygiène buccodentaire par la présence de débris presque généralisée et la prévalence élevée de **gingivite**¹ chez les jeunes.



7 élèves sur 10 de 2^e année du primaire ont une gingivite



8 élèves sur 10 de 6^e année du primaire ont une gingivite

1. La **gingivite** est une inflammation des gencives causée principalement par les bactéries de la plaque dentaire. Selon le niveau de gravité, la gingivite se présente sous la forme de rougeur, de saignement ou d'enflure.

Les traumatismes dentaires

Un traumatisme dentaire consiste en un dommage à la dent causé principalement par une chute ou un accident. Selon sa gravité, on peut observer un bris allant de la perte à peine perceptible d'un morceau d'émail jusqu'à la perte complète de la dent.

Les traumatismes dentaires sont fréquents, en particulier chez les élèves de 6^e année



7%

En 2^e année du primaire, 7 % des élèves ont fracturé ou perdu au moins une incisive permanente en raison d'un traumatisme dentaire.

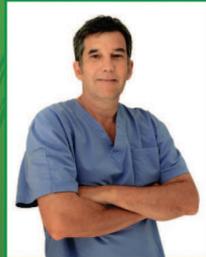


24%

En 6^e année du primaire, 24 % (ou près d'un élève sur quatre) présentent au moins une incisive permanente ayant subi un traumatisme dentaire.

Référence

Galarneau C, Arpin S, Boiteau V, Dubé MA, Hamel D, Wassef N. [Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 \(ÉCSBO\)](#) – Rapport national. 2^e éd. Montréal : Institut national de santé publique du Québec; 2018.



DEVELOPPÉ AU QUÉBEC
par un cariologiste québécois
Dr Jacques Veronneau

FORMULATION UNIQUE ET PROUVÉE POUR RÉDUIRE LES LÉSIONS CARIOGÈNES

Vs un dentifrice au fluorure régulier

60% moins de lésions non-cavitaires
80% moins de caries
40% plus de lésions reminéralisées

Pour vos patients:



JeanCoutu



boutique.
oralscience.com

Pour commander, une formation continue ou vos tablettes de recommandation, contactez-nous:
oralscience.com/ohdq-02-2020
ou **1.888.442.7070**.



oral science
CRÉER LA SYNERGIE

FORMULATION UNIQUE ET PROUVÉE POUR RÉDUIRE LES CARIÉS ET LA GINGIVITE

AUCUN EFFET SECONDAIRE

Aucune tache permanente
Aucune altération du goût
Aucune formation de calculus
Aucune irritation



Pour vos patients:



boutique.
oralscience.com





LES ÉVIDENCES SCIENTIFIQUES SOUTENANT LA PRATIQUE DU TRAITEMENT RESTAURATEUR ATRAUMATIQUE

– SUSAN BADANJAK, H.D., M. Sc. DH, responsable du développement de la profession

Introduction

Le traitement restaurateur atraumatique (TRA), aussi connu comme la dentisterie opératoire micro-invasive, est une façon de gérer les lésions carieuses sans traumatisme aux tissus buccodentaires. Chez l'enfant, le TRA comprend la prévention des lésions carieuses des puits et fissures et la réparation de lésions carieuses cavitaires. La technique est utilisée surtout sur les dents primaires et permanentes d'enfants. Elle peut aussi être utilisée chez l'adulte, néanmoins avec certaines limites. Sur une dentition primaire, la méthode du TRA est indiquée pour la réparation des lésions uni et plurisurfaces, c'est-à-dire les lésions des classes I à VI, sur une même dent. Dans le cas d'une dentition permanente, le TRA est limité à une seule surface de dent, faute d'études plurisurfaces chez les adultes. À ce jour, seulement les obturations de classe I, II ou V sur les surfaces coronaires et sur les surfaces radiculaires des dents permanentes ont été étudiées. Le TRA n'est pas indiqué lorsqu'il y a une inflammation ou une exposition pulpaire ni dans le cas d'une douleur dentaire spontanée.

Un des objectifs de cette analyse documentaire est de présenter les données probantes les plus récentes sur le TRA dans le but d'informer les hygiénistes dentaires à l'égard de ce type de traitement. Un deuxième objectif est de leur fournir la documentation requise pour comprendre que le TRA devrait être parmi les premiers choix d'interventions chez les patients présentant des lésions carieuses de l'émail et des lésions de types cavitaires au premier tiers externe de la dentine de la dentition primaire et permanente, ainsi que des lésions radiculaires. Finalement, cet article sert de guide pour orienter les professionnels de la santé buccodentaire lors de leur processus de prise de décision clinique et s'assurer qu'ils prodiguent des soins fondés sur des données probantes. Cet article sur le TRA, notamment sa description des preuves scientifiques soutenant cette approche, doit être utilisé en conjonction avec le jugement professionnel et en considérant les besoins, les préférences, les valeurs et les croyances du patient.

Méthodologie

Une méthodologie de recherche, visant à recueillir des données de haute qualité sur le sujet, a été élaborée. On a interrogé la base de données PubMed et OVID pour trouver des études publiées en anglais et en français. Une recherche utilisant les filtres « humain », « 10 ans », « méta-analyse », « revue systématique » et le terme « traitement restaurateur atraumatique » a été lancée pour explorer les données disponibles. Les 22 résultats ont été contre-vérifiés manuellement pour repérer les doublons. Parmi les 22 articles retrouvés et retenus, aucun article n'était écrit en français. D'autres recherches utilisant « traitement restaurateur atraumatique » avec l'opérateur booléen « ET » et les termes « retrait des tissus carieux », « échec », « longévité », « taux de survie », « coût », « verre ionomère », un terme à la fois, ont été effectuées. Neuf (9) articles ont été retenus pour expliquer ces concepts. Ensuite, trois (3) études décrites dans une méta-analyse ont été retrouvées et retenues pour mieux comprendre l'analyse statistique utilisée lors de la méta-analyse. Finalement, pour comprendre cette méthode statistique, un document explicatif sur le sujet a été repéré et utilisé à cette fin.

Résultats

LE TRA : UN APERÇU HISTORIQUE ET SA RAISON D'ÊTRE

Le concept et la pratique du TRA ont vu le jour il y a une trentaine d'années et le besoin continu d'améliorer la qualité et l'accès aux soins buccodentaires à l'échelle mondiale est le catalyseur de cette approche de restauration dentaire¹⁻⁶. La pratique du TRA s'avérait essentielle aux mouvements de santé publique qui visaient à fournir des soins fondés sur des données probantes et à éradiquer les obstacles qui limitaient l'accès à ces soins¹⁻⁶. Le TRA est recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

au même titre que les traitements buccaux urgents et la pâte dentifrice au fluorure, à prix abordable, en tant que service de base de soins de santé buccodentaire¹.

L'approche comprend six stratégies visant à protéger les dents contre les lésions carieuses¹⁻¹⁰:

1. Détection précoce des caries et évaluation du risque de caries;
2. Reminéralisation des structures dentaires déminéralisées;
3. Mesures optimales de prévention de la carie dentaire;
4. Programme d'examen-nettoyage adapté aux besoins du patient;
5. Interventions chirurgicales dentaires minimalement invasives;
6. Préférence accordée à la réparation plutôt qu'au remplacement des restaurations.

SIGNIFICATION CLINIQUE :

Le TRA est une méthode de gestion et l'arrêt de l'évolution des lésions carieuses favorisant une approche biologique est à l'opposé d'une approche chirurgicale.

UNE INTERVENTION NON INVASIVE ET SANS TRAUMATISME

Le traitement restaurateur atraumatique, aussi connu comme la dentisterie opératoire micro-invasive, est une intervention conservatrice et libre de traumatisme, qui sert à traiter les lésions carieuses, quel que soit le groupe d'âge¹⁻¹⁰. Il est surtout utile chez

les enfants^{1-5, 7-22}, les aînés^{3, 4, 6, 7}, les personnes ayant des besoins spéciaux^{3, 4, 7, 9} et celles qui souffrent d'anxiété dentaire¹⁻²². Le traitement est atraumatique, car seuls les tissus déminéralisés et insensibles sont enlevés, et ce, exclusivement au moyen d'instruments à main¹⁻¹⁷. Comme la douleur est minimale, l'anesthésie locale n'est habituellement pas requise¹⁻¹⁷. Ce type de traitement restaurateur est aussi jugé conservateur, parce qu'il conserve plus de structure dentaire par rapport à la préparation traditionnelle de la cavité au moyen d'instruments rotatifs¹⁻¹⁷. La toute petite cavité, en comparaison avec une cavité préparée avec une turbine, et les puits et fissures adjacents de l'émail sont ensuite obturés avec un ciment verre ionomère (CVI), servant à la fois de restauration et de scellant préventif de la carie¹⁻¹⁷.

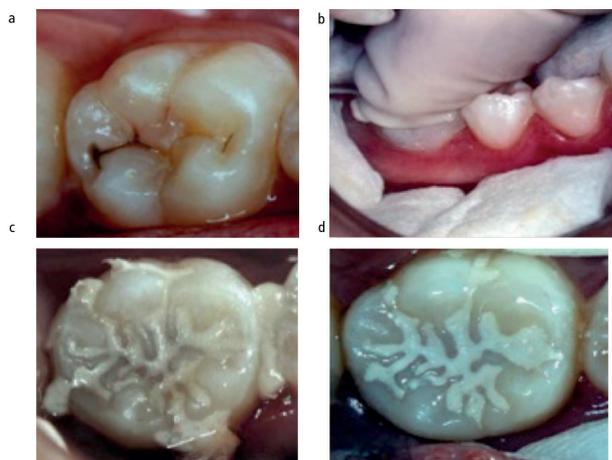


Figure 1. La figure 1 montre l'application d'un CVI pour scellement sur des puits et des fissures vulnérables dans le cadre d'un TRA. Application d'un CVI comme scellant des puits et fissures dans le cadre d'un TRA: (A) Puits et fissures vulnérables. (B) CVI de haute viscosité, appliqué par pression du doigt. (C) Vue après le retrait du doigt. (D) Scellant en CVI complété.

Images tirées de l'article original: Frencken J. Atraumatic restorative treatment and minimal intervention dentistry. *Br Dent J.* 2017;223:183-189. doi:<https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.664>. © 2020. Springer Nature Limited. Accès autorisé.

SIGNIFICATION CLINIQUE :

Le TRA est minimalement invasif et cause peu d'inconfort et de douleur. Il devrait donc être envisagé en traitement de première intention en cas de lésions carieuses de la dentine sur les dents primaires. Le TRA devrait être le traitement de premier recours pour les dents primaires et les dents permanentes, sauf s'il n'est pas indiqué, par exemple en cas d'inflammation ou d'exposition pulpaire et d'un mal de dent spontané.

L'ÉLIMINATION DES TISSUS CARIEUX

Une revue systématique de la littérature effectuée par Bergenholtz et collègues¹¹ a révélé l'intervention par TRA comme appropriée pour traiter les dents primaires et permanentes atteintes de lésions carieuses profondes. Les données d'études examinant l'excavation incomplète de la dentine des dents primaires et permanentes ont démontré que la rétention de dentine cariée n'interfère pas avec la vitalité de la pulpe¹¹⁻¹⁷. Deux revues systématiques et méta-analyses distinctes effectuées par Schwendicke et collègues^{12, 13} concordent avec deux revues systématiques Cochrane menées par Ricketts et collègues^{14, 15}, affirmant à nouveau que l'élimination incomplète du tissu carié ne présente aucun avantage significatif en comparaison de l'élimination

totale des tissus cariés. Li et collègues¹⁶ ont constaté que l'élimination sélective ou incomplète des tissus cariés, par rapport à son élimination complète, a de façon statistiquement significative réduit le risque d'exposition pulpaire. Les conclusions d'une revue systématique effectuée par Ferreira et collègues¹⁷ ont souligné deux conclusions importantes. Premièrement, lorsque le tissu carié des dents primaires n'avait pas du tout été enlevé, ou avait été enlevé partiellement avant la restauration dentaire, la progression de la lésion carieuse s'était arrêtée comme si le tissu carieux avait été enlevé en totalité¹⁷. Deuxièmement, l'élimination du tissu carié, s'il y a lieu, doit être minimalement invasive afin de préserver le tissu de la dent et arrêter l'activité de la lésion carieuse¹⁷. L'utilisation de solvants à caries (trypsine, papaine ou une solution d'hypochlorite de sodium diluée), en raison de leur action chimio-mécanique, permet d'enlever les lésions carieuses de façon efficace et s'est avérée aussi efficace que l'élimination de la lésion carieuse au moyen d'un fraisage à faible vitesse. L'intervention chimio-mécanique demande plus de temps et son utilisation pour enlever les lésions carieuses n'améliore pas le taux de survie des restaurations par TRA¹⁸. Bref, la destruction du tissu dentaire pour contrôler la carie n'est pas nécessaire, accordant donc une crédibilité au traitement restaurateur atraumatique¹⁻¹⁸.

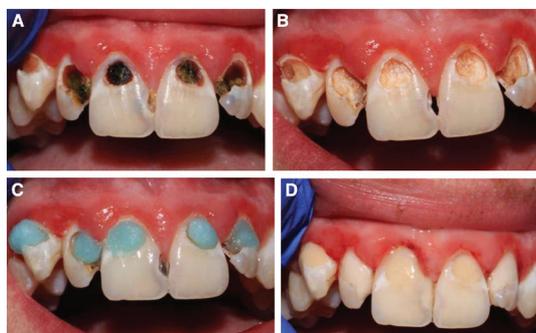


Figure 2. La figure 2 montre l'enlèvement de lésions carieuses au moyen du TRA et les lésions restaurées avec un CVI. (A) Dents avec lésions carieuses avant le TRA. (B) L'enlèvement des lésions par TRA. (C) Préparation par morsure chimique des lésions avant le placement du CVI. (D) Restaurations en CVI polymérisables complétées.

Source: Photos utilisées avec l'autorisation de Nels Ewoldsen, D.D.S., M.S.D. Images tirées de l'original: Byrd T.O. Preventing advanced carious lesions with caries atraumatic restorative technique. *J Evid Base Dent Pract.* 2016;16(suppl):84S-90S. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2016.01.028>. © 2018.Elsevier B.V. Accès autorisé.

SIGNIFICATION CLINIQUE :

L'élimination de toute la dentine déminéralisée empêche le tissu dentinaire de se reminéraliser, augmente le risque d'exposition pulpaire et fragilise inutilement la dent dans son ensemble. Le TRA n'exige pas l'élimination de toute la dentine déminéralisée.

RESTAURATIONS DE TYPE TRA AVEC UN CVI: AUSSI DURABLES QUE LES AMALGAMES ET COMPOSITES

La prépondérance des données probantes évaluées pour cet article montre que les obturations en CVI utilisés dans le TRA pour une dentition primaire sont aussi durables que les amalgames et les résines composites placées en utilisant une technique de remplissage en vrac^{2-5, 8-10, 19-22}. De plus, lorsque le CVI est utilisé à titre de scellant dentaire, il fournit un effet préventif élevé contre la carie^{4, 8, 10}. Le taux de faillite des restaurations avec un CVI comparé à celui des restaurations en résine composite placées dans les dents permanentes postérieures a montré qu'il n'y avait aucune différence entre le taux de faillite des deux matériaux dentaires²⁰.

Les résultats d'une revue systématique et d'une méta-analyse, ainsi qu'une méta-analyse effectuée ultérieurement par de Amorim et collègues^{4, 8} ont permis de conclure que le taux de survie du TRA avec des restaurations en CVI sur une seule surface est élevé, autant pour les dents primaires que pour les dents permanentes, et qu'il est d'une durée de 2 et 3 ans, respectivement. Les TRA avec des restaurations plurisurfaces en CVI sur dentition permanente ont une durée de vie de plus de 5 ans^{4, 8}.

Les restaurations TRA avec un CVI sur une seule surface démontrent une bonne longévité, ou un bon taux de survie, notamment sur les surfaces occlusales. Une revue systématique et une méta-analyse menées par Raggio et collègues² accordent un soutien égal au TRA en tant qu'option de traitement pour les lésions carieuses occluso-proximales des dents primaires. D'ailleurs, lorsque les restaurations des lésions carieuses occluso-proximales sur les dents primaires sont effectuées au moyen de la technique de TRA et en utilisant des CVI à haute viscosité, leur taux de survie est comparable à celui des restaurations aux résines composites ou en amalgame². Ces constats concordent avec les résultats d'une revue systématique et d'une méta-analyse de Tedesco et collègues⁵. Ces chercheurs ont démontré que, statistiquement parlant, il n'y avait aucune différence entre les obturations occluso-proximales sur dentition primaire par le TRA avec un CVI et par les modalités conventionnelles en ce qui concerne le taux de survie⁵. Dias et collègues²¹ ont constaté que les CVI et les obturateurs traditionnels sont similaires du point de vue de la performance et de leur pérennité, mais que les CVI à base de résines dépassent largement la qualité d'endurance des CVI sans résines et des obturateurs traditionnels, surtout dans le cas des lésions carieuses secondaires. L'analyse menait sur des lésions carieuses occluso-proximales des dentitions primaires²¹. Une revue systématique de Ruengrungsom et collègues²² suggère par contre, que les obturations occluso-proximales sur dentition primaire avec un CVI sont plus fragiles lorsque ces obturations sont assujetties à des forces porteuses²².

Une revue Cochrane menée par Dorri et collègues⁷ a démontré que les interventions micro-invasives effectuées sur les lésions carieuses des dentitions primaires et permanentes, localisées en surfaces proximales amélaire, ou ayant progressé jusqu'au premier tiers externe de la dentine, sans cavitation, ont réduit le risque de progression de la lésion comparativement aux interventions préventives, comme l'application du vernis au fluorure et l'utilisation de la soie dentaire. Cependant, étant une analyse rigoureuse et systématique, la revue Cochrane de Dorri et collègues suggère des études plus poussées pour évaluer le taux de survie des obturations en CVI⁷.

Trois revues systématiques effectuées par Mickenautsch et collègues^{3, 19, 20} confirment que les CVI à haute viscosité utilisés dans le TRA sont une option convenable et avantageuse pour restaurer les caries dentinaires localisées sur une seule surface des molaires primaires. Parmi l'ensemble de données évaluées, le CVI a affiché de meilleurs résultats que l'amalgame et les composites en résines hybride^{3, 19, 20}. Mickenautsch et collègues^{3, 19} ont déterminé que le TRA est comparable aux obturations à l'amalgame préparées et restaurées de façon traditionnelle. Le type de lésion carieuse, la dentition ou le temps qui s'est écoulé avant le suivi n'ont pas eu d'effet sur la durée de survie des restaurations effectuées par TRA en comparaison avec celles effectuées par amalgame^{3, 19}. Aucune différence dans le temps de survie n'a été observée dans la dentition primaire. Le temps de survie des restaurations par TRA dans les dents permanentes était équivalent à celui des restaurations à l'amalgame ou l'a surpassé pour une période allant jusqu'à 6,3 ans³. Le tableau 1 fournit les détails de ces sites et de leurs risques relatifs respectifs.

Tableau 1. Taux de succès en faveur des restaurations avec TRA plus CVI^a

Classe de restauration sur dents postérieures	Risque relatif en faveur du TRA et du CVI	Nombre d'années	Valeur p
I	6 à 9%	2,3 à 4,3	< 0,05
II	61%	2,3	< 0,05
V	28%	6,3	< 0,05

^a Adapté de S. Mickenautsch, V. Yengopal et A. Banerjee, «Atraumatic restorative treatment versus amalgam restoration longevity: a systematic review», *Clin Oral Invest.*, 2010, 14: 233-240.

Voici l'interprétation des données du tableau 1. Le taux de survie d'une restauration postérieure de type classe I par TRA avec un CVI est entre 91% et 94% sur une durée de 2,3 à 4,3 années. En ce qui concerne les restaurations de classe II sur une dent postérieure, obturées avec la méthode du TRA avec un CVI, le taux de survie de restauration est calculé à 39% sur 2,3 ans. Finalement, l'utilisation du TRA avec un CVI sur une dent postérieure, pour obturer une lésion carieuse de classe V, est estimé avoir un taux de survie de 72% sur 6,3 ans.

SIGNIFICATION CLINIQUE :

La longévité et la durabilité des TRA avec restaurations CVI sont semblables à celles des restaurations en amalgame et en composite sur les dents primaires et les dents permanentes. Les restaurations plurisurfaces par TRA avec un CVI de classe I à VI sont indiquées sur les dents primaires. Les restaurations d'une seule surface par TRA avec un CVI de classe I, II et V sont indiquées sur les dents permanentes.

RAPPORT COÛT-QUALITÉ DES RESTAURATIONS TRA AVEC UN CVI

La marque du CVI semble avoir un effet sur le taux de survie des restaurations par TRA²³⁻²⁷. Hesse et collègues²³ ont reconnu que les taux de rétention et de survie variaient en fonction de la qualité du CVI. Les marques de CVI à coût élevé avaient un taux de survie qui était le double de celui des marques à bas prix²³. Lorsqu'ils ont évalué la solubilité, la résistance au cisaillement et les analyses des coûts correspondants, Calvo et collègues²⁴ ont déterminé que les CVI à bas prix ne possèdent pas les propriétés souhaitées des marques à coût élevé. Les matériaux dentaires désignés précisément pour le TRA ont des propriétés mécaniques et physiques distinctes et ce facteur doit être pris en considération lorsqu'il s'agit de sélectionner un CVI pour le TRA²³⁻²⁷. À préconiser sont les CVI : à marque haut de gamme²³⁻²⁷, à viscosité élevée^{5, 7, 9, 19, 20}, modifiés par adjonction de résine^{9, 22} et à libération prolongée de fluorure^{3, 7, 9, 19, 20, 22, 27}.

SIGNIFICATION CLINIQUE :

Les CVI à viscosité élevée, particulièrement ceux qui sont modifiés par adjonction de résine, polymérisables à la lumière et à élution de fluore, doivent être privilégiés. Les marques haut de gamme de CVI ont les propriétés bioactives et biomimétiques requises pour les restaurations par TRA avec CVI.

Les populations idéales pour le TRA avec un CVI

L'utilisation du TRA en tant qu'approche à la gestion de la carie de la petite enfance permet de réduire le besoin de diriger les patients vers un dentiste pédiatrique, diminuant ainsi le besoin d'utiliser l'anesthésie générale et les coûts associés aux soins dentaires par un spécialiste en dentisterie pédiatrique^{7,9}. Le TRA est une option viable pour les patients ayant une déficience cognitive et physique^{3,4,7,9}. Les données montrent que le TRA est une méthode de traitement efficace pour les patients ayant des déficiences et surtout pour ceux pour qui la thérapie traditionnelle s'avère être un défi¹⁻²². Alors que les aînés vivent un déclin cognitif et une baisse de leur endurance physique, le TRA pourrait être une option possible pour eux, surtout ceux qui sont confinés à leur maison ou qui habitent dans un établissement de soins de longue durée.

SIGNIFICATION CLINIQUE :

L'utilisation de la technique de TRA avec un CVI requiert peu d'instruments, de matériaux dentaires, d'équipement et d'anesthésie, voire pas du tout. Autrement dit, cette technique peut être utilisée dans un vaste éventail de milieux cliniques. De plus, le CVI tolère bien l'humidité, ce qui en fait le scellant et le matériau de restauration idéal pour les enfants agités. Il convient également aux personnes anxieuses ou qui ont des problèmes physiques ou cognitifs.

Limites du TRA avec un CVI chez la population aînée : vrai ou faux ?

La méthodologie employée pour cet article se limitait à des méta-analyses et à des revues systématiques de deux bases de données, par conséquent une seule méta-analyse en relation avec une population aînée a été trouvée, soit celle de Göstemeyer et collègues⁶. La méta-analyse effectuée par ces chercheurs⁶ comprenait seulement 3 essais cliniques évaluant les traitements conventionnels (TC) et le TRA, ce qui augmente beaucoup le risque de biais. Il est important de noter que dans la méta-analyse de Göstemeyer et collègues⁶, le TRA était associé à un risque significatif d'échec dans l'analyse *per protocole* (PP), ce qui n'était pas le cas dans l'analyse en intention de traiter (IT). L'analyse en IT fournit une estimation plus réaliste d'un résultat que l'approche PP²⁸. L'analyse en IT conserve la répartition aléatoire en fonction des caractéristiques de départ des cohortes de l'étude et prend en considération les situations réelles telles que l'interruption du suivi des participants ou l'attrition (décès, abandon, changement de cohortes), ainsi que la non-observance du traitement ou des interventions (absence à un traitement, posologie ou dose inappropriée)²⁸.

L'une des études²⁹ analysées dans la méta-analyse de Göstemeyer et collègues⁶, menée sur une période de 24 mois, comparait le taux de survie des restaurations au TRA par rapport aux techniques de restauration traditionnelle d'une population âgée. Les restaurations étaient réévaluées par un examinateur indépendant à 6, 12 et 24 mois après la restauration²⁹. Aucune différence statistiquement significative des taux de survie n'a été démontrée entre les cohortes²⁹. Les chercheurs ont conclu que le TRA est un moyen rentable de prodiguer des soins dentaires aux aînés habitant en établissement de soins de longue durée²⁹. En contraste,

lorsque Göstemeyer et collègues⁶ ont complété la méta-analyse, le risque d'échec de restaurations TRA avec un CVI était statistiquement significatif. Il faut interpréter les résultats de la méta-analyse de Göstemeyer et collègues⁶ avec précaution, car le taux d'attrition totale, mesurée en nombre de restaurations, était de 27,7 %, ce qui fausse les résultats en faveur des restaurations conventionnelles. De plus, il y avait plus de restaurations dans la cohorte traitée de façon conventionnelle au début de l'étude (10,1%) et surtout à la fin de l'étude (20,7%)⁶.

L'étude des données de Cruz-Gonzalez et collègues³⁰ effectuée par Göstemeyer et collègues⁶ révèle que le taux de survie des restaurations traditionnelles chez les aînés était, à 6 mois, significativement plus élevé sur le plan statistique que les restaurations au TRA, qui avaient respectivement des taux de survie de 92,9% et 81,2%. Le taux de faillite plus élevé de la cohorte du TRA était attribué aux caries secondaires, ce qui suggère que la mauvaise hygiène buccale a joué un rôle dans ces résultats³⁰. Le pourcentage d'attrition totale était 15,0% et encore cette fois ici, il y avait plus de restaurations dans la cohorte traitée de façon conventionnelle au début de l'étude (17,7%) qu'à la fin de l'étude (13,8 %) ⁶. En conséquence, il est recommandé d'interpréter les résultats de la méta-analyse de Göstemeyer et collègues⁶ avec précaution.

Dans la troisième étude³¹ évaluée par Göstemeyer et collègues⁶, le taux d'attrition totale était de 24,7% et le nombre de restaurations traitées de façon conventionnelle au début de l'étude et ensuite à la fin de l'étude était respectivement⁶ de 7,1% et 6,3%. Les cohortes dans cette étude ont reçu 1 ou 2 restaurations sur des lésions radiculaires exclusivement³¹. Après 12 mois, aucune différence statistique du taux de survie n'a été décelée entre les dents traitées par TRA avec un CVI (86,4%) par rapport aux méthodes conventionnelles (92,1%)³¹. L'attrition biaise les résultats de la méta-analyse de Göstemeyer et collègues⁶. Ces résultats doivent donc être interprétés avec précaution.

Dans la méta-analyse de Göstemeyer et collègues⁶, le suivi sur les dents traitées n'a pas pu être complété en raison de l'attrition, ce qui signifie que le nombre de dents restaurées au début et à la fin des trois études était différent. Certaines raisons peuvent expliquer cette situation, entre autres l'extraction d'une dent, le décès d'un participant ou le transfert d'un groupe de traitement à un autre. Le tableau 2 présente les taux d'attrition, entre le début du traitement et l'évaluation finale, dans les trois études qui ont fait l'objet de la méta-analyse de Göstemeyer et collègues⁶.

Tableau 2. Taux d'attrition entre le départ et l'évaluation finale

Méta-analyse d'études par auteur principal	Attrition par TRA	Attrition par TC	Attrition totale
da Mata	32,4%	23,4%	27,7%
Cruz-Gonzalez	12,3%	16,8%	15,0%
Lo	24,4%	25,0%	24,4%

⁹ Adapté de G. Göstemeyer, C. da Mata, G. McKenna et F. Schwendicke. « Atraumatic vs conventional restorative treatment for root caries lesions in older patients: meta- and trial sequential analysis », *Gerodontology*, 2019, 36 (3) : 285-293.

Dans deux des études analysées par Göstemeyer et collègues⁶, les taux d'attrition étaient élevés et ont influencé les résultats et la validité des analyses. Dans l'étude de Lo et collègues³¹ par exemple, aucune différence statistique n'a été observée entre le TRA et le TC, alors que dans l'étude de da Mata et collègues²⁹, les résultats favorisaient plutôt le TC par rapport au TRA. Même si dans l'étude de Lo et collègues³¹ les taux d'attrition étaient élevés, les types de restauration, entre autres pour les surfaces radiculaires de classe V, présentaient un taux plus élevé de longévité. Dans le cas de l'étude de da Mata et collègues²⁹, les restaurations étaient pratiquées sur de multiples surfaces, dont 27 surfaces radiculaires et 72 surfaces coronaires. De manière générale, la restauration de surfaces coronaires par TRA n'a pas la même longévité que la restauration des surfaces radiculaires par la même technique. La troisième étude de la méta-analyse de Göstemeyer et collègues⁶ ne faisait pas de distinction entre le type de surfaces et le nombre de surfaces. Selon Göstemeyer et collègues⁶, les calculs en IT ont joué un rôle important dans les résultats de l'étude de da Mata^{6, 29}, et on observe que la comparaison de différentes variables et ensembles de données avec des facteurs pouvant se manifester avec le temps, tel que l'attrition, affecte la validité interne de l'analyse.

Il est évident qu'en fin d'étude, la diminution du nombre de restaurations pour des raisons d'attrition influencera le nombre de restaurations considérées comme un échec. Le tableau 3 présente une comparaison des pourcentages d'échecs par TRA et TC obtenus dans les études de la méta-analyse de Göstemeyer et collègues⁶.

Tableau 3. Pourcentage d'échecs du TRA par rapport au TC

Méta-analyse d'études par auteur principal	Échec du TRA (tout type de lésions)	Échec du TC (tout type de lésions)
da Mata	14,6%	9,0%
Cruz-Gonzalez	18,8%	7,1%
Lo	13,6%	7,9%

³ Adapté de G. Göstemeyer, C. da Mata, G. McKenna et F. Schwendicke. «Atraumatic vs conventional restorative treatment for root caries lesions in older patients: meta- and trial sequential analysis», *Gerodontology*, 2019, 36 (3) : 285-293.

Afin d'illustrer l'importance de la répartition aléatoire dans les études, et en utilisant les données de l'IT plutôt que les données PP, le tableau 4 présente les différences de pourcentage, identifiées par le symbole delta (Δ), entre les lésions restaurées par le TRA et celles restaurées par le TC au début et à la fin de l'étude. L'écart est plus de deux fois supérieur dans l'étude de da Mata²⁹. Le taux d'attrition, calculé statistiquement par IT, était de presque 39%, ce qui signifie qu'à la fin de l'étude, environ 2 dents sur 5 n'avaient pu être évaluées^{6, 29}. Cette situation provoque une distribution asymétrique des données en faveur du TC^{6, 29}.

Tableau 4. Différence de pourcentages de restaurations totales par le TRA et le TC

Paramètres	da Mata	Cruz-Gonzalez	Lo
Valeurs de départ pour le TRA	142	73	78
Valeur de départ pour le TC	158	101	84
Δ %	10,1%	17,7%	7,1%
Valeurs de fin d'étude pour le TRA	96	64	59
Valeur de fin d'étude pour le TC	121	84	63
Δ %	20,7%	13,8%	6,3%

³ Adapté de G. Göstemeyer, C. da Mata, G. McKenna et F. Schwendicke. «Atraumatic vs conventional restorative treatment for root caries lesions in older patients : meta- and trial sequential analysis», *Gerodontology*, 2019, 36 (3) : 285-293.

En 2019, da Mata et collègues³² ont publié les résultats du suivi sur une période de 5 ans de leur étude principale (avec les deux mêmes cohortes). Les résultats de cette étude contrôlée à répartition aléatoire ont de nouveau montré que pour une population plus âgée, la technique de TRA est tout aussi efficace que le traitement conventionnel³². Aucune différence significative n'a été observée entre les résultats obtenus pour les deux cohortes³². Les taux de survie pour la technique de TRA et le TC, 5 ans après le début de l'étude, étaient respectivement de 85% et de 79%³².

SIGNIFICATION CLINIQUE :

Les données sur l'utilisation du TRA avec un CVI chez les personnes âgées, qui sont tirées d'une seule méta-analyse et revue systématique menée par Göstemeyer et ses collègues, doivent être interprétées avec prudence, car l'analyse statistique a été compromise et altère la validité de l'étude. Les données tirées des études à répartition aléatoire contrôlées menées chez les personnes âgées révèlent que le TRA avec un CVI est comparable au traitement classique, c'est-à-dire les restaurations en amalgame et en résine de composite, pour ce qui est de la durabilité et de la longévité.

RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ

Estupinan-Day et autres³³ ont indiqué le taux de survie à douze mois et le coût du TRA effectué sur les enfants par deux professionnels différents, notamment par les dentistes et les auxiliaires. Ce que l'on entend par auxiliaire n'est pas clairement défini dans cette étude menée dans de multiples pays de l'Amérique latine. Néanmoins, le taux de survie après un an était comparable entre les dentistes et les auxiliaires, mais les coûts étaient nettement moins élevés chez les auxiliaires³³. Le tableau 5 illustre la différence de coût par pays et par professionnel.

Tableau 5. Coût total par pays, matériau dentaire et clinicien^a

	Équateur		Panama		Uruguay	
	Amalgame	TRA	Amalgame	TRA	Amalgame	TRA
Dentiste	7,77 \$	3,64 \$	12,95 \$	9,00 \$	33,64 \$	19,38 \$
Auxiliaires	-	1,48 \$	-	3,48 \$	-	3,37 \$

^a Adapté de S. Estupinan-Day, M. Tellez, S. Kaur, T. Milner et A. Solari. « Managing dental caries with atraumatic restorative treatment in children: successful experience in three Latin American countries », *Rev Panam Salud Publica*, 2013, 33 (4): 237-243.

Un autre essai effectué par da Mata et autres³⁴ a analysé la rentabilité du TRA par rapport aux traitements restaurateurs traditionnels pour les aînés. Le système d'évaluation des coûts comprenait le temps, les matériaux et la main-d'œuvre, et l'efficacité était calculée sur le taux de survie à douze mois³⁴. Deux coûts des soins ont été calculés dans le groupe du TRA; le premier pour le traitement offert par un dentiste et le second pour le traitement offert par un hygiéniste dentaire³⁴. Le coût moyen pour une restauration traditionnelle était de 41,28 CAD avec un rapport coût-efficacité de 0,29 alors que le coût d'une restauration au TRA était de 24,24 CAD avec un rapport coût-efficacité de 0,18³⁴. Lorsque le TRA était effectué par un hygiéniste dentaire, le rapport coût-efficacité était de 0,14 avec un prix moyen de 18,85 CAD³⁴.

Une étude de Goldman et collègues³⁵ a établi que le TC pouvait être plus rentable dans 49,2% du temps, comparativement à 50,6% pour la technique de TRA utilisée avec un CVI à viscosité élevée. Les dépenses estimées pour la restauration par TRA d'une seule surface étaient de 51 USD, avec l'utilisation de CVI à viscosité élevée; la restauration de plusieurs surfaces se traduisait par des économies de 11 USD³⁵. Le coût de remplacement d'une restauration avec amalgame à l'aide d'un CVI à viscosité élevée entraînait des économies d'environ 1 USD et des dépenses allant jusqu'à 0,84 USD. Le seuil de coût était cependant de 237 USD³⁵. Les coûts liés au personnel (dentiste pédiatrique et assistance dentaire) représentaient le principal fardeau financier³⁵. Le tableau 6 présente le détail des coûts par variable. Il n'y a pas eu d'analyse comparative effectuée en tenant compte des salaires versés aux hygiénistes dentaires, mais il est permis de croire que si le TRA était pratiqué par un(e) hygiéniste dentaire, les dépenses liées au personnel seraient moindres.

Tableau 3. Pourcentage d'échecs du TRA par rapport au TC

Variabes	TRA (CVI à viscosité élevée)	TC (amalgame)
Personnel	57 %	57 %
Instruments et matériaux	39 %	32 %
Équipement	-	4 %
Transport	3 %	3 %
Anesthésie	1 %	4 %

^a Adapté de A. Goldman, J. E. Frencken, R. G. De Amorim et S. C. Leal, « Replacing amalgam with high-viscosity glass-ionomer in restoring primary teeth: a cost-effectiveness study in Brasilia, Brazil », *J Dent.*, 2018, 70: 80-86.

SIGNIFICATION CLINIQUE :

Le TRA avec un CVI est une méthode rentable de traitement des lésions carieuses qui n'ont pas touché le tissu pulpeux, comparativement au traitement classique (restaurations en amalgame et en résine de composite). Un ensemble limité de données révèle que lorsque cette technique est adoptée par les hygiénistes dentaires, le coût global de l'intervention est réduit pour le clinicien et le patient.

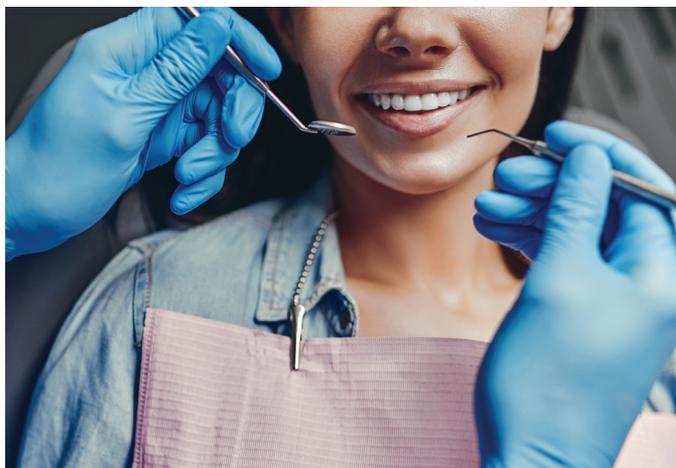
Discussion

Le TRA peut constituer un outil puissant, mais minimalement invasif pour traiter les lésions carieuses dentaires. Outre les enfants, le TRA est surtout bénéfique pour les personnes n'ayant pas accès ou ayant un accès limité à un professionnel de la santé buccodentaire, et dont les ressources financières ne permettent pas de recourir au traitement conventionnel des lésions carieuses. Il est temps que tous les professionnels de la santé buccodentaire adoptent les techniques restauratrices minimalement invasives, pour toutes les populations, et ce, dans le but de prévenir et de minimiser la douleur, de diminuer les infections pulpaires, tout en préservant au maximum la structure et l'intégrité de la dent.

L'approche du TRA concorde avec les valeurs fondamentales de la profession de l'hygiéniste dentaire. De plus, cette approche fait partie du processus de soins en hygiène dentaire et les actes liés au TRA sont posés par les hygiénistes dentaires au quotidien. Donc, il est essentiel que ses connaissances (théoriques et pratiques) soient à jour pour pouvoir contribuer à la prévention et la gestion bioactive et biomimétique de la carie.

Conclusion

La pierre angulaire de la dentisterie opératoire peu invasive est le TRA¹⁻²². L'OMS recommande le TRA pour restaurer les caries dentaires et pour prévenir la carie¹. Les données probantes démontrent que le TRA est efficace dans toutes les populations et est durable et efficace par rapport au coût^{1-22, 32, 33}. L'excavation complète de la dentine cariée n'est pas requise dans le TRA et par conséquent ne compromet pas la vitalité de la pulpe¹¹⁻¹⁸. Le TRA peut même être utilisé pour traiter les lésions carieuses profondes avec peu d'excavation ou d'élimination de tissu carieux; dans ce cas il agit comme pansement ou coiffage désensibilisant et obturation temporaire¹¹⁻¹⁸. Cependant, le TRA n'est pas une option de traitement lorsqu'il y a une inflammation ou exposition de la pulpe ou une histoire de douleur dentaire ou une douleur dentaire spontanée¹¹⁻¹⁸. Les marques de CVI de grande qualité, à viscosité élevée et modifiée par adjonction de résine doivent être privilégiées²³⁻²⁷.



LEXIQUE

Analyse de l'intention de traiter: L'analyse en intention de traiter est fondée sur le principe selon lequel l'analyse des groupes de traitement ou d'intervention dépend du groupe auquel leurs sujets ont initialement été affectés. Le risque de biais augmente lorsque les groupes d'étude ne sont pas analysés selon l'affectation initiale de leurs sujets. Si un traitement ou une intervention est réellement efficace, l'analyse en intention de traiter fournira des données non biaisées sur son efficacité au moment de sa pratique. La répartition aléatoire ne peut pas à elle seule permettre d'éviter ce biais.

Analyse per protocole: L'analyse selon le protocole est le contraire de l'analyse en intention de traiter. Elle entraîne un biais significatif des données sur l'efficacité d'une intervention au moment de sa pratique. La répartition aléatoire n'est pas un rempart contre ce type de biais.

Méta-analyse: La méta-analyse est l'examen approfondi d'un nombre d'études valides sur un sujet et l'assemblage des résultats au moyen d'une méthodologie statistique reconnue afin de faire état des résultats comme s'ils relevaient d'une même étude d'envergure. Cela est vraiment utile lorsqu'un grand nombre d'études examinent les mêmes résultats, mais que chaque étude individuelle ne compte qu'un petit nombre de participants.

Revue systématique: Une revue systématique met l'accent sur un sujet particulier afin de répondre à une question très précise. Premièrement, une recherche documentaire exhaustive est menée sur le sujet afin de cerner les études qui utilisent des méthodologies solides et correspondantes et de rejeter les études qui n'utilisent pas ce type de méthodologie. Puis, une révision et une évaluation sont effectuées sur les études sélectionnées, et une synthèse est faite selon les critères prédéterminés adaptés à la question à l'étude. Les revues systématiques étant des synthèses concises et rigoureuses de la documentation, elles sont généralement effectuées par des auteurs et des chercheurs scientifiques dotés de compétences très poussées en recherche de bases de données, en évaluation critique et en interprétation statistique.

Risque relatif: Le risque relatif est le ratio entre la probabilité de la survenue d'un événement dans un groupe exposé et la probabilité de sa survenue dans un groupe non exposé. Pour mieux comprendre le concept, prenons les données du tableau 1. L'objectif de l'étude menée par Mickenautsch et ses collègues était de comparer la survie (en années) des restaurations par traitement restaurateur atraumatique (TRA) avec ciment verre ionomère (CVI) à celle des restaurations en amalgame. Le groupe exposé dans cet exemple était le groupe recevant le TRA avec CVI, et le groupe non exposé était le groupe recevant les restaurations en amalgame. Selon les données grisées du tableau 1 sur les restaurations de classe I, le risque relatif d'échec d'une restauration de classe 1 par TRA avec CVI était de 6% à 9% en faveur du TRA avec CVI sur une période de 2,3 à 4,3 ans. Autrement dit, le risque d'échec d'une restauration par TRA avec CVI était faible au cours des 2 à 4 années suivant l'insertion. En d'autres mots, puisque les résultats du calcul du risque relatif étaient en faveur du TRA avec CVI, le taux de survie des restaurations effectuées par TRA avec CVI après 2,3 à 4,3 ans était de 91% à 94%. Ce calcul a été fait en soustrayant 6% de 100%, ce qui a donné 94%, et en soustrayant 9% de 100% pour obtenir 91%. Il est recommandé d'exprimer ces pourcentages du plus faible au plus fort, comme dans l'exemple ci-dessus. Il n'y a aucune inférence liée aux restaurations en amalgame dans ce calcul du risque relatif. Il est faux de dire que de 6% à 9% des restaurations en amalgame échoueront ou survivront au cours d'une période de 2,3 à 4,3 ans, tout comme il est faux de dire que de 91% à 94% des restaurations en amalgame échoueront ou survivront au cours d'une période de 2,3 à 4,3 ans. Le calcul du risque relatif était fondé sur les résultats du groupe exposé et non sur ceux du groupe non exposé.

Références :

1. World Health Organization. Promoting oral health in Africa. Prevention and control of oral diseases and noma as part of essential noncommunicable disease interventions site Web. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205886/1/9789290232971.pdf?ua=1&ua=1>. Publié : 2016. Consulté : 13 février 2020.
2. Raggio DP, Hesse D, Lenzi TL, Guglielmi CAB, Braga MM. Is atraumatic restorative treatment an option for restoring occlusoproximal caries lesions in primary teeth? A systematic review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent*. 2013; 23:435-443.
3. Mickenautsch S, Yengopal V, Banerjee A. Atraumatic restorative treatment versus amalgam restoration longevity: a systematic review. *Clin Oral Invest*. 2010;14:233-240.
4. de Amorim RG, Frencken JE, Raggio DP et al. Survival percentages of atraumatic restorative treatment (ART) restorations and sealants in posterior teeth:an updated systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*. 2018; 22(8): 2703-2725.
5. Tedesco TK, Calvo AF, Lenzi TL et al. ART is an alternative for restoring occlusoproximal cavities in primary teeth - evidence from an updated systematic review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent*. 2017; 27(3): 201-209.
6. Göstemeyer G, da Mata C, McKenna G, Schwendicke F. Atraumatic vs conventional restorative treatment for root caries lesions in older patients: meta-and trial sequential analysis. *Gerodontology*. 2019;36(3):285-293.
7. Dorri M, Dunne SM, Walsh T, Schwendicke F. Micro-invasive interventions for managing proximal dental decay in primary and permanent teeth. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2015;5(11):CD010431.
8. de Amorim RG, Leal SC, Frencken JE. Survival of atraumatic restorative (ART) sealants and restorations: a meta-analysis. *Clin Oral Invest*. 2012; 16: 429-441.
9. Duangthip D, Chen KJ, Gao SS, Lo ECM, Chu CH. Managing early childhood caries with atraumatic restorative treatment and topical silver and fluoride agents. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(10):e1204.
10. Schwendicke F, Jäger AM, Paris S, Hsu LY, Tu YK. Treating pit-and fissure caries:a systematic review and network meta-analysis. *J Dent Res*. 2015; 94(9): 522-533.
11. Bergenholtz G, Axelsson S, Davidson T et al. Treatment of pulps in teeth affected by deep caries - a systematic review of the literature. *Singapore Dent J*. 2013; 34: 1-12.
12. Schwendicke F, Dorfer CE, Paris S. Incomplete caries removal:a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res*. 2013;92(4):306-314.
13. Schwendicke F, Paris S, Tu YK. Effects of using different criteria for caries removal:a systematic review and network meta-analysis. *J Dent*. 2015;43:1-15.
14. Ricketts DN, Kidd EA, Innes N, Clarkson J. Complete or ultraconservative removal of decayed tissue in unfilled teeth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 19(3): CD003808.
15. Ricketts D, Lamont T, Innes NP, Kidd E, Clarkson JE. Operative caries management in adults and children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;28(3): CD003808. doi: 10.1002/14651858.CD003808.pub.3.
16. Li T, Zhai X, Song F, Zhu H. Selective versus non-selective removal for dental caries:a systematic review and meta-analysis. *Acta Odontol Scand*. 2018; 76(2): 135-140.
17. Ferreira JM, Pinheiro SL, Sampaio, FC, de Menezes VA. Caries removal in primary teeth - a systematic review. *Quintessence Int*. 2012;43(1):9-15.
18. Hamama HHH, Yiu CKY, Burrow MF, King NM. Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials on chemomechanical caries removal. *Oper Dent*. 2015;40(4):167-178.
19. Mickenautsch S, Yengopal V. Failure rate if high-viscosity GIC ART compared with that of conventional amalgam restorations - evidence from an update of a systematic review. *SADJ*. 2012;67(7):329-331.
20. Mickenautsch S, Yengopal V. Failure rate of direct high-viscosity glass-ionomer versus hybrid resin composite restorations in posterior permanent teeth - a systematic review. *Open Dent J*. 2015;9:438-448.
21. Dias AGA, Magno MB, Delbem ACB et al. Clinical performance of glass ionomer cement and composite resin in Class II restorations in primary teeth:a systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2018;73:1-13.
22. Ruengrungsom C, Palamara JEA, Burrow MF. Comparison of ART and conventional techniques on clinical performance of glass-ionomer cement restorations in load bearing areas of permanent and primary dentitions:a systematic review. *J Dent*. 2018;78:1-21.
23. Hesse D, Bonifacio CC, Guglielmi CAB, Franca C, Mendes FM, Raggio DP. Low-cost glass ionomer cement as ART sealant in permanent molars: a randomized clinical trial. *Braz Oral Res*. 2015;29(1). doi:10.1590/1807-3107BOR-2015.vol29.0063.
24. Calvo AFB, Kicuti A, Tedesco TK, Braga MM, Raggio DP. Evaluation of the relationship between the cost and properties of glass ionomer cements indicated for atraumatic restorative treatment. *Braz Oral Res*. 2016;30(1). doi:10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0008.
25. Olegario IC, Pacheco AL, de Araujo MP et al. Low-cost GICs reduce survival rate in occlusal ART restorations in primary molars after one year: a RCT. *J Dent*. 2017;57:45-50.
26. Bonifacio CC, Hesse D, Rocha R, Raggio DP, Bonecker M, Van Loveren C, van Amerongen WE. The effect of GIC-brand on the survival rate of proximal-art restorations. *Int J Paediatr Dent*. 2013;23:251-258.
27. Ferreira JM, Pinheiro SL, Sampaio, FC, de Menezes VA. Use of glass ionomer cement containing antibiotics to seal off infected dentin: a randomized clinical trial. *Braz Dent J*. 2013;23(1):68-73.
28. McCoy CE. Understanding the intention-to-treat principle in randomized controlled studies. *West J Emerg Med*. 2017;18(6):1075-1078.
29. da Mata C, Allen PF, McKenna G, Cronin M, O'Mahony D, Woods N. Two-year survival of ART restorations placed in elderly patients: a randomised controlled clinical trial. *J Dent*. 2015;43:405-411.
30. Cruz-Gonzalez A, Zuluaga DJ. Clinical outcome of root caries restorations using ART and rotary techniques in institutionalized elders. *Braz Oral Res*. 2016;30(1). doi:10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0063.
31. Lo EC, Luo Y, Tan HP, Dyson JE, Corbet EF. ART and conventional root restorations in elders after 12 months. *J Dent Res*. 2006;85(10):929-932.
32. da Mata C, McKenna G, Anweigi L et al. An RCT of atraumatic restorative treatment for older results:5-year results. *J Dent*. 2019;83:95-99.
33. Estupinan-Day S, Tellez M, Kaur S, Milner T, Solari A. Managing dental caries with atraumatic restorative treatment in children: successful experience in three Latin American countries. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(4):237-243.
34. da Mata C, Allen PF, Cronin M, O'Mahony D, McKenna G, Woods N. Cost-effectiveness of ART restorations in elderly adults: a randomized clinical trial. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2014;42:79-87.
35. Goldman A, Frencken JE, De Amorim RG, Leal SC. Replacing amalgam with high-viscosity glass-ionomer in restoring primary teeth:a cost-effectiveness study in Brasilia, Brazil. *J Dent*. 2018;70:80-86.



PRÉAMBULE AUX LIGNES DIRECTRICES FDA

Introduction au protocole sur le fluorure diamine d'argent et au formulaire de consentement développé par l'équipe du Dr Robert J. Schroth (Université du Manitoba), traduit et adapté par l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec.

- SUSAN BADANJAK, H.D., M. Sc. DH, responsable du développement de la profession

Le fluorure diamine d'argent (FDA) est un produit ayant été récemment introduit dans la pratique des professionnels du domaine buccodentaire. Le FDA est un agent désensibilisant et anticariogène appliqué de façon topique¹⁻⁴ qui peut être utilisé seul ou en combinaison avec le traitement restaurateur atraumatique (TRA)⁵⁻⁷ par les hygiénistes dentaires. Le FDA est un produit sécuritaire, efficace, bien toléré, et rentable¹⁻²². Son efficacité est restreinte aux dents éruptées, tout comme n'importe quel autre fluorure. Les dents non éruptées ne sont pas affectées par une application de FDA, car le germe (dent partiellement formée) est encapsulé jusqu'au moment de l'éruption¹⁻⁴.

On obtient de meilleurs résultats en appliquant le FDA avant le TRA, le TRA étant décrit plus loin dans l'article de Susan M. Badanjak H.D., parce qu'il arrête le processus de déminéralisation et prévient de nouvelles lésions carieuses¹⁻²². De plus, l'utilisation du FDA combinée au TRA est 20 fois moins coûteuse qu'une obturation conventionnelle⁸. Il peut être effectué sur tous les patients pour lesquels le TRA est indiqué, il est donc un agent de prévention secondaire et tertiaire de grand intérêt pour une multitude de populations¹⁻²². Le FDA associé au TRA peut constituer un outil puissant pour éradiquer les lésions dentaires, en particulier chez les patients lourdement atteints de lésions carieuses, n'ayant pas accès ou ayant un accès limité à un cabinet de dentiste, et dont les ressources financières ne permettent pas de recourir au traitement conventionnel de la lésion carieuse^{1-4,8-21}.

En plus de son utilisation dans le cadre du TRA ou de son application topique à titre de substance désensibilisante, le FDA peut aussi être utilisé à titre d'agent anticariogène dans le cadre de soins préventifs de niveau primaire, par exemple :

- pour prévenir la lésion dentaire sur une ou des dents sans lésion dentaire, c'est-à-dire dont l'émail et la dentine sont intacts et sains, chez une personne à haut risque de lésion dentaire¹⁻²² ou radiculaire^{1,9-12} ;
- pour prévenir la lésion dentaire sur une ou des dents permanentes, plus précisément les premières molaires permanentes nouvellement éruptées, sans lésion dentaire, c'est-à-dire dont l'émail et la dentine sont intacts et sains²².

Il est à noter que le FDA n'est pas considéré comme un médicament par Santé Canada. Le produit porte le numéro de produit naturel (NPN) 80075746 et il est classifié comme tout autre fluor²³.

Les protocoles et lignes directrices conseillés aux membres de l'OHDQ, concernant l'utilisation du FDA, sont ceux de Jeremy A. Horst et al⁴, Rebecca L. Slayton²⁴ et Robert J. Schroth²⁵. Ils représentent les meilleures pratiques dans ce domaine telles qu'elles sont exercées par les professionnels du domaine buccodentaire du Canada et des États-Unis. Les lignes directrices abrégées et le formulaire de consentement éclairé du Dr Robert J. Schroth, traduits en français et validés par deux hygiénistes dentaires québécois (Franck Giverne, H.D., et Susan M. Badanjak, H.D.), offrent aux hygiénistes dentaires du Québec une référence utile. De plus, ces documents permettent aux hygiénistes dentaires du Québec d'exercer ces activités professionnelles, que ce soit selon les paramètres du cadre légal en vigueur au moment

de publier ce numéro de *L'Explorateur* et, éventuellement, selon le nouveau cadre légal attendu par l'adoption du projet de loi 29²⁶ (Loi modifiant le *Code des professions* et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées). Les populations les plus vulnérables de notre société auraient l'occasion de bénéficier des soins les plus probants, recommandés comme l'intervention de choix sur le plan mondial.

Références :

1. Rajendra A, Veitz-Keenan A, Oliveira BH et al. Topical silver diamine fluoride for managing dental caries in children and adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;CD012718. doi:10.1002/14651858.
2. Duangthip D, Jiang M, Chu CH, Lo ECM. Non-surgical treatment of dentin caries in preschool children - systematic review. *BMC Oral Health*. 2015;14:44. doi:10.1186/s12903-015-0033-7.
3. Contreras V, Toro MJ, Elias-Boneta, AR, Encarnacion-Burgos A. Effectiveness of silver diamine fluoride in caries prevention and arrest: a systematic literature review. *Gen Dent*. 2017;66(3):22-29.
4. Horst JA, Ellenikiotis H. UCSF protocol for caries arrest using silver diamine fluoride: rationale, indications, and consent. *J Calif Dent Assoc*. 2016;44(1):16-28.
5. Cao CY, Mei ML, Li Q, Lo ECM, Chu CH. Methods for biomimetic remineralization of human dentine: a systematic review. *Int. J. Mol. Sci*. 2015;16:4615-4627.
6. Nantaneer R, Santiwong B, Trairatvorakul C, Hamba H, Tagami J. Silver diamine fluoride and glass ionomer differentially remineralize early caries lesions, in situ. *Clin Oral Invest*. 2016;20:1151-1157.
7. Quock RL, Barros JA, Yang SW, Patel SA. Effect of silver diamine fluoride on microtensile bond strength to dentin. *Operative Dentistry*. 2012;37(6):610-616.
8. Wright JT, White A. Silver diamine fluoride: changing the caries management paradigm and potential societal impact. *N C Med J*. 2017;78(6):394-397.
9. Tan HP, Lo ECM, Dyson JE, Luo Y, Corbet EF. A randomized trial on root caries prevention in elders. *J Dent Res*. 2010;89(10):1086-1090.
10. Zhang W, McGrath C, Lo ECM, Li JY. Silver diamine fluoride and education to prevent and arrest root caries among community-dwelling elders. *Caries Res*. 2013;47:284-290.
11. Hendre AD, Taylor GW, Chavez Em, Hyde S. A systematic review of silver diamine fluoride: effectiveness and application in older adults. *Gerodontology*. 2017;34:411-419.
12. Wierichs RJ, Meyer-Lueckel H. Systematic review on noninvasive treatment of root caries lesions. *J Dent Res*. 2015;94(2):261-271.
13. Llodra JC, Rodriguez A, Ferrer B, Menardia V, Ramos T, Morato M. Effect of silver diamine fluoride for caries reduction in primary teeth and first permanent molars of schoolchildren: 36-month clinical trial. *J Dent Res*. 2005;84(8):721-724.
14. Dos Santos VE Jr, de Vasconcelos FMN, Ribeiro AG, Rosenbaltt A. Paradigm shift in the effective treatment of caries in schoolchildren at risk. *Int Dent J*. 2012;62:47-51.
15. Liu BY, Lo ECM, Chu CH, Lin HC. Randomized trial on fluorides and sealants for fissure caries prevention. *J Dent Res*. 2012;91(8):753-758.
16. Zhi QH, Lo ECM, Lin HC. Randomized clinical trial on effectiveness of silver diamine fluoride and glass ionomer in arresting dentine caries in preschool children. *J Dent*. 2012;40:962-967.
17. Monse B, Heinrich-Weltzien R, Mulder J, Holmgren C, Helderman WH. Caries preventive efficacy of silver diamine fluoride (SDF) and ART sealants in school-based daily fluoride toothbrushing program in the Philippines. *BMC Oral Health*. 2012;12:52. doi:10.1186/1472-6831-12-52.
18. Chibinsky AC, Wambier LM, Feltrin J, Loguericio AD, Wambier DS, Reis A. Silver diamine fluoride has efficacy in controlling caries progression in primary teeth: a systematic review and meta-analysis. *Caries Res*. 2017;51:527-541.
19. Gao SS, Zhang S, Mei ML, Lo ECM, Chu CH. Caries remineralization and arresting effect in children by professionally applied fluoride treatment: a systematic review. *BMC Oral Health*. 2016;16:12. doi:10.1186/s12903-016-0171-6.
20. Duangthip D, Chu CH, Lo ECM. A randomized clinical trial on arresting dentine caries in preschool children by topical fluorides - 18-month results. *J Dent*. 2016;44:57-63.
21. Oliveira BH, Rajendar A, Veitz-Keenan A, Niederman R. The effect of silver diamine fluoride in preventing caries in the primary dentition: a systematic review and meta-analysis. *Caries Res*. 2019;53(1):24-32. doi:10.1159/000488686.
22. Advantage Arrest silver diamine fluoride. Monograph. Oral Science Site Web. <https://drive.google.com/file/d/0B2timiafxm3pUjJZDjWmWtWtLTA/view>. Publié: mai 2019. Consulté: 10 février 2020.
23. Gouvernement du Canada. Base de données des produits de santé naturels homologués. Numéro de produit naturel (NPN) :80075746 site Web. <https://health-products.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info.do?licence=80075746>. Révisé: 6 février 2018. Consulté: 10 février 2020.
24. Slayton RL, Urquhart O, Araujo MWB et al. Evidence-based clinical practice guidelines on nonrestorative treatments for carious lesions. *J Am Dent Assoc*. 2018; 149(10): 837-849.
25. Schroth RJ. Clinical guideline for the use of silver diamine fluoride (SDF) in the management of caries lesions. University of Manitoba, Winnipeg Regional Health Authority. *J Can Dent Assoc*. 2020. Sous presse.
26. Projet de loi n° 29, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées, 42^e lég. (Qc), 1^{er} sess., 2019.



LIGNES DIRECTRICES FDA

Lignes directrices cliniques sur l'utilisation du fluorure diamine d'argent dans le traitement des lésions carieuses^{a-d}

- **D^R ROBERT J. SCHROTH**, DMD, M.Sc, PhD, Université du Manitoba
robert.schroth@umanitoba.ca

Les lignes directrices suivantes présentent une interprétation simplifiée des pratiques exemplaires actuelles, fondées sur des données probantes, relativement à l'utilisation du fluorure diamine d'argent dans le traitement des lésions carieuses¹⁻⁵. Elles présentent également une perspective différente des lignes directrices existantes.

Contexte

Dans le cadre d'un traitement, la carie dentaire est traditionnellement considérée comme une maladie en soi. Pour les différents groupes d'âge, le traitement consiste à réparer les lésions carieuses afin de restaurer l'apparence et la fonction de la dent. Dans la plupart des cas, cette intervention requiert une préparation invasive de la zone à restaurer. Vient ensuite l'obturation de la cavité avec un matériau qui devrait durer le plus souvent des décennies. En présence de dents permanentes, cette démarche fonctionne si bien qu'un expert de renommée internationale considère que l'indice CAO (dents cariées, absentes ou obturées) n'est pas une mesure appropriée de l'atteinte dentaire puisque la majorité des dents obturées sont fonctionnelles⁶.

Cependant, une approche universelle ne s'applique pas forcément au fluorure diamine d'argent. De fait, différents types de lésions carieuses nécessitent différents traitements :

- 1. Lésions carieuses sur les dents primaires :** ces dents tombent habituellement de cinq à dix ans après leur éruption. Souvent, en cas de lésion carieuse, elles tombent après seulement quelques années; il n'est donc pas nécessaire d'utiliser un traitement qui dure des décennies. Les objectifs seront plutôt d'éviter la douleur chez l'enfant et de préserver la fonction de la dent jusqu'à ce qu'elle tombe, notamment de s'assurer qu'elle reste en place afin de maintenir l'espace requis pour la dent permanente;
- 2. Lésions carieuses sur les dents permanentes :** il faut éliminer la douleur et préserver la forme et la fonction de la dent durant des décennies;
- 3. Lésions carieuses radiculaires :** ces lésions touchent surtout les personnes âgées. Leur réparation, traditionnellement invasive, est pénible et souvent difficile à réaliser sur le plan logistique pour les personnes qui ne peuvent pas se rendre dans une clinique d'un professionnel de la santé buccodentaire dentaire.

La littérature scientifique conclut que dans la majorité des cas décrits aux points 1 et 3, le fluorure diamine d'argent serait le **seul et unique** traitement requis pour la dent atteinte¹⁻⁵. En effet, le fluorure diamine d'argent serait une solution qui conviendrait aux enfants ainsi qu'aux personnes âgées ou aux adultes ayant un handicap physique ou mental. Le fluorure diamine d'argent est un traitement facile et rapide à appliquer, efficace et moins invasif ce qui en fait une solution à préconiser dans certaines situations. Par contre, pour la plupart des dents permanentes avec des lésions carieuses, le fluorure diamine d'argent ne constituerait **pas** un traitement définitif. Toutefois, il y a certainement des situations où le fluorure diamine d'argent est tout à fait indiqué pour freiner temporairement la maladie. Les lignes directrices ci-dessous portent sur ces considérations.

Applications cliniques¹

Le fluorure diamine d'argent peut être utile pour traiter les lésions carieuses chez les personnes qui :

- présentent un risque élevé de caries dentaires ainsi que des lésions cavitaires actives touchant la couronne ou la racine de dents antérieures ou postérieures;
- présentent des problèmes de comportement ou de prise en charge médicale en plus des lésions carieuses;
- ont plusieurs lésions carieuses qui ne peuvent pas être traitées en une seule visite;
- ont des lésions carieuses difficiles à traiter avec les méthodes invasives traditionnelles; et
- n'ont pas ou ont difficilement accès aux soins offerts par un professionnel de la santé buccodentaire dentaire.

Sélection des dents traitables au fluorure diamine d'argent^{1,4}

Il existe de nombreuses publications (815 articles publiés en cinq langues) sur l'utilisation du fluorure diamine d'argent dans le traitement des lésions carieuses, mais aucune étude ne porte spécifiquement sur son efficacité dans le traitement des lésions blanches correspondant aux codes 1 et 2 de l'*International Caries Detection and Assessment System* (ICDAS), dont le système international de détection et d'évaluation des caries. Selon des témoignages anecdotiques, ces lésions blanches prendraient une teinte grise plutôt que noire après le traitement; le cas échéant, on peut penser que l'argent se dépose en partie dans l'émail déminéralisé. Ainsi, on pourrait s'attendre à un certain effet thérapeutique, mais aucune donnée ne permet de le confirmer ou de l'infirmier pour l'instant.

- Traiter que les dents qui ne présentent aucun signe d'inflammation pulpaire ni une douleur spontanée.
- Éviter d'appliquer le fluorure diamine d'argent sur des lésions cavitaires très profondes qui empiètent sur ou atteignent la pulpe dentaire. Si possible, prendre des radiographies des dents pour évaluer la profondeur de la ou des lésions carieuses.
- Appliquer le fluorure diamine d'argent sur les lésions cavitaires, peu importe la surface où elles se trouvent, du moment

qu'elles sont accessibles à l'aide d'une brosse prévue à cet effet. L'utilisation des séparateurs orthodontiques peut faciliter l'accès aux lésions carieuses proximales.

- Utiliser le fluorure diamine d'argent dans le cadre d'interventions restauratrices en l'appliquant avant l'obturation pour le contrôle de la carie⁵.
- Appliquer le fluorure diamine d'argent sur les lésions blanches ou des lésions carieuses franches observées (sur les surfaces proximales des dents adjacentes) en cours de la restauration.

Obtention du consentement éclairé d'un patient adulte ou du parent ou tuteur d'un enfant

- Le professionnel de la santé buccodentaire doit expliquer les bienfaits du fluorure diamine d'argent comparativement aux interventions restauratrices traditionnelles ou chirurgicales (obturations, couronnes, extractions, etc.).
- L'obtention du consentement éclairé, en soulignant particulièrement la coloration éventuelle des lésions carieuses traitées, de la peau et des vêtements, ainsi que la nécessité de répéter le traitement pour empêcher l'évolution des lésions carieuses, est de rigueur.
- Il est recommandé d'utiliser un formulaire de consentement éclairé avant d'utiliser le fluorure diamine d'argent.

Utilisation clinique du fluorure diamine d'argent^{1, 3}

- Couvrir toutes les surfaces pouvant entrer en contact avec le fluorure diamine d'argent avec une pellicule de plastique;
- Munir le patient d'une bavette de plastique et de lunettes protectrices;
- Porter l'équipement de protection individuelle (ÉPI);
- Déposer du fluorure diamine d'argent dans un godet en plastique. Ne pas utiliser un godet en verre. Une (1) goutte de fluorure diamine d'argent suffit généralement pour traiter quatre ou cinq lésions. Ne pas utiliser plus de deux gouttes (1 goutte/10 kg par visite de traitement);
- Appliquer une couche protectrice de gelée de pétrole ou de beurre de cacao sur les lèvres et le pourtour de la bouche pour éviter tout contact entre le fluorure diamine d'argent et les muqueuses et les tissus mous, ce qui laisserait une marque temporaire rappelant un tatouage au henné;
- Retirer les débris visibles d'une lésion cavitaire pour favoriser un meilleur contact entre le fluorure diamine d'argent et la dentine;
- Mesurer la taille (en millimètres) de la lésion carieuse à traiter avec une sonde, évaluer la dureté de la lésion (molle, modérée ou dure) à l'aide d'une sonde parodontale de l'OMS et noter la couleur de la lésion (p. ex. jaune, brun ou noir). Il s'agit d'importants facteurs à prendre en considération pour mieux déterminer ultérieurement si les lésions traitées ont cessé d'évoluer;

- Faire l'ablation de la dentine cariée avant d'appliquer le fluorure diamine d'argent n'est pas nécessaire. On peut toutefois envisager l'ablation pour des raisons esthétiques, puisque celle-ci peut réduire en partie le noircissement des lésions carieuses traitées;
- Isoler les lésions carieuses à traiter au fluorure diamine d'argent à l'aide de rouleaux de coton, de la gaze ou d'autres méthodes d'isolement. Si on applique un autre produit pour protéger les tissus environnants, prendre soin de ne pas couvrir par mégarde les lésions carieuses à traiter au fluorure diamine d'argent;
- Éviter que le fluorure diamine d'argent entre en contact avec des dents permanentes antérieures avec lésions cavitaires ou blanches qui sont adjacentes aux dents primaires à traiter au fluorure diamine d'argent, car le produit pourrait les tacher. Pour réduire au minimum le risque de taches indésirables sur ces dents, envisager de les enduire d'un vernis fluoré avant d'utiliser le fluorure diamine d'argent sur les dents adjacentes;
- Assécher la lésion avec un jet d'air doux ou de la gaze. Il se peut que les très jeunes enfants et les personnes anxieuses ou phobiques ne tolèrent pas bien la seringue à air et à eau. Dans un tel cas, on peut isoler la zone traitée à l'aide de rouleaux de coton et assécher la lésion carieuse avec un tampon de coton;
- Utiliser une microbrosse pour appliquer le fluorure diamine d'argent et pour prévenir toute exposition intraorale ou extra-orale des tissus mous;
- Tremper la microbrosse dans le godet plastique contenant le fluorure diamine d'argent, puis appliquer le produit directement sur la lésion carieuse à traiter. Maintenir de la gaze près de la dent pour empêcher le fluorure diamine d'argent d'entrer en contact avec les muqueuses et les tissus mous et en réduire au minimum l'absorption systémique. Laisser le fluorure diamine d'argent sur la lésion carieuse pendant **au moins 1 minute**. On peut le laisser moins longtemps si le patient est très jeune ou est difficile à gérer. Lorsqu'on réduit la période d'application, on doit faire un suivi étroit après l'intervention, évaluer l'évolution de la lésion dans le cadre des soins de maintenance et envisager une nouvelle application;
- Rincer la ou les zones traitées avec de l'eau. Comme mentionné ci-dessus, il se peut que les très jeunes enfants et les personnes anxieuses ou phobiques ne tolèrent pas bien la seringue à air et à eau. On peut, le cas échéant, éponger la zone avec un tampon de coton;
- Appliquer un vernis au fluorure de sodium à 5% sur toutes les dents, notamment sur la ou les dents traitées au fluorure diamine d'argent par mesure de prévention supplémentaire.

Suivi

Le fluorure diamine d'argent a démontré une efficacité de 47 à 90% pour arrêter l'évolution des lésions carieuses après une application, selon la taille de la cavité et l'emplacement de la dent^{5, 7-9}. Le taux d'efficacité du traitement est plus élevé sur les dents antérieures que sur les dents postérieures⁷⁻⁹. Il est donc conseillé de faire un suivi pour évaluer l'évolution de la lésion carieuse.

- Le suivi peut se faire de deux à quatre semaines à la suite du traitement initial pour vérifier l'évolution des dents traitées. Toutefois, il serait aussi acceptable de le faire après trois à quatre mois. *L'American Dental Association* recommande désormais d'utiliser le fluorure diamine d'argent deux fois par année en présence de lésions cavitaires sur les surfaces coronaires des dents primaires et des dents permanentes³.
- Chaque lésion carieuse traitée doit être évaluée soigneusement lors de la visite de suivi, en mesurant sa taille (en millimètres), en évaluant sa dureté (molle, modérée ou dure) et en notant tout changement de couleur (p. ex. jaune, brun ou noir).
- La réapplication du fluorure diamine d'argent peut être indiquée si les lésions traitées ne semblent pas arrêtées. Les lésions carieuses rétablies sont noires et dures. L'ajout du fluorure diamine d'argent peut se faire lors des rendez-vous de suivi, au besoin, selon la couleur et la dureté de la lésion ou en cas de signe d'évolution de la lésion.
- Après un traitement au fluorure diamine d'argent, les interventions restauratrices plus invasives ne sont habituellement pas nécessaires, surtout sur des dents primaires ou les surfaces radiculaires. Cependant, de nombreux professionnels de la santé buccodentaire qui utilisent le fluorure diamine d'argent pour le traitement des lésions carieuses sur des dents primaires appliquent un verre ionomère sur la lésion traitée pour rétablir la forme, la fonction et l'apparence de la dent. Il est aussi possible de réparer, par des méthodes de restauration conventionnelle, des dents permanentes dont les lésions carieuses ont été traitées par le fluorure diamine d'argent.
- Lorsqu'une dent n'est pas rétablie après un traitement au fluorure diamine d'argent, l'application du produit deux fois par année (tous les 6 mois) est associée à un meilleur taux de réussite qu'une seule application.

Références :

- a Adapté de American Academy of Pediatric Dentistry. Chairside guide: silver diamine fluoride in the management of dental caries lesions. *Pediatr Dent*. 2017;39(6):478-479.
 - b Adapté de American Academy of Pediatric Dentistry. Use of silver diamine fluoride for dental caries management in children and adolescents, including those with special health care needs. *Pediatr Dent*. 2017;39(6):146-155.
 - c Adapté de Slayton RL, Urquhart O, Araujo MWB et al. Evidence-based clinical practice guidelines on nonrestorative treatments for carious lesions. *J Am Dent Assoc*. 2018;149(10):837-849.
 - d Adapté de Horst JA, Ellenikiotis H, Milgrom PL. UCSF protocol for caries arrest using silver diamine fluoride: rationale, indications and consent. *J Calif. Dent Assoc*. 2016;44(1):16-28.
1. American Academy of Pediatric Dentistry. Chairside guide:silver diamine fluoride in the management of dental caries lesions. *Pediatr Dent*. 2017;39(6):478-479.
 2. American Academy of Pediatric Dentistry. Use of silver diamine fluoride for dental caries management in children and adolescents, including those with special health care needs. *Pediatr Dent*. 2017;39(6):146-155.
 3. Slayton RL, Urquhart O, Araujo MWB et al. Evidence-based clinical practice guidelines on nonrestorative treatments for carious lesions. *J Am Dent Assoc*. 2018;149(10):837-849.
 4. Horst JA, Ellenikiotis H, Milgrom PL. UCSF protocol for caries arrest using silver diamine fluoride:rationale, indications and consent. *J Calif.Dent Assoc*. 2016;44(1):16-28.
 5. Crystal YO, Niederman R. Silver diamine fluoride treatment considerations in children's caries management. *Pediatr Dent*. 2016;38(7):466-471.
 6. Namal N, Vehid S, Sheiham A. Ranking countries by dental status using the DMFT and FS-T indices. *Int Dent J*. 2005;55(6):373-376.
 7. Llodra JC, Rodriguez A, Ferrer B, Menardia V, Ramos T, Morato M. Efficacy of silver diamine fluoride for caries reduction in primary teeth and first permanent molars of schoolchildren: 36-month clinical trial. *J Dent Res*. 2005;84(8):721-724.
 8. Fung MH, Duangthip D, Wong MC, Lo EC, Chu CH. Arresting dentine caries with different concentration and periodicity of silver diamine fluoride. *JDR Clin Trans Res*. 2016;1(2):143-152.
 9. Zhi QH, Lo EC, Lin HC. Randomized clinical trial on effectiveness of silver diamine fluoride and glass ionomer in arresting dentine caries in preschool children. *J Dent*. 2012;40(11):962-967.

Rédigé: avril 2019 (en anglais)

Traduit et révisé: 7 janvier 2020 (en français)

Validé: 14 janvier 2020

Adopté et mise à jour: 4 février 2020





FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'UTILISATION DU FLUORURE DIAMINE D'ARGENT

(Université du Manitoba)

Le fluorure diamine d'argent constitue une nouvelle façon de traiter la carie dentaire. Dans certains cas, on peut l'utiliser pour éviter l'obturation traditionnelle de la dent et arrêter l'évolution de la carie : c'est une méthode non traumatique et moins invasive.

Les faits sur le fluorure diamine d'argent

- Le fluorure diamine d'argent est un liquide antibactérien qui permet d'arrêter l'évolution de la carie lorsqu'on l'applique sur celle-ci. Il contribue au durcissement de la lésion carieuse, ce qui indique que la carie est arrêtée. Il peut aussi contribuer au traitement de la sensibilité dentaire.
- Le professionnel de la santé buccodentaire pourrait vous suggérer de recourir à un traitement traditionnel (c'est-à-dire l'obturation ou l'extraction de la dent), si la carie continue d'évoluer après un traitement au fluorure diamine d'argent.
- Le traitement au fluorure diamine d'argent ne permet pas **toujours** d'éviter l'obturation de la dent ou la pose d'une couronne. Certaines caries doivent être réparées afin que la dent soit de nouveau fonctionnelle ou d'en corriger l'apparence.
- Pour obtenir un résultat satisfaisant, deux applications ou plus sont souvent nécessaires (tous les 4 à 6 mois).

Le traitement au fluorure diamine d'argent est contre-indiqué chez les personnes ayant :

1. Une allergie à l'argent;
2. Des ulcérations douloureuses ou des zones très irritées sur les gencives ou ailleurs dans la bouche.

Application du fluorure diamine d'argent :

1. La carie est asséchée;
2. Une petite quantité de fluorure diamine d'argent est appliquée sur la carie pendant 1 minute;
3. L'excédent du fluorure diamine d'argent est enlevé;
4. Un vernis fluoré est appliqué sur la zone traitée et toutes les autres dents par mesure de prévention supplémentaire.



Les risques et inconforts

- **La carie traitée au fluorure diamine d'argent deviendra brun foncé ou noire, et le restera.** C'EST BON SIGNE — le noircissement indique que le traitement est efficace et que la carie a cessé d'évoluer.
- **Une structure dentaire saine ne changera pas de couleur.** Cependant, le fluorure diamine d'argent peut tacher les lésions blanches (premiers signes de carie) sur les dents. Si des dents antérieures (avant) permanentes présentent ce type de lésions, le professionnel de la santé buccodentaire prendra des mesures pour empêcher tout contact du produit avec ces dents.
- Le fluorure diamine d'argent peut tacher les obturations en résine de composite et les couronnes. Les taches en surface peuvent être éliminées par polissage.
- Le fluorure diamine d'argent peut tacher temporairement la peau, la langue ou les gencives s'il entre en contact accidentellement avec ces tissus. Les taches disparaissent généralement après 7 à 14 jours.
- Le fluorure diamine d'argent peut produire un goût métallique dans la bouche, mais celui-ci disparaîtra rapidement.
- Cette liste d'effets secondaires ne couvre pas nécessairement toutes les situations évoquées par le fabricant.
- Au constat d'autres effets secondaires, communiquez avec le professionnel de la santé buccodentaire, qui prendra toutes les mesures nécessaires pour assurer la réussite du traitement au fluorure diamine d'argent. **Toutefois, le professionnel de la santé buccodentaire ne peut garantir que l'intervention réussira à arrêter l'évolution de la carie.**
- Bien que le fluorure diamine d'argent puisse freiner l'évolution d'une carie active, **il ne permet pas toujours** d'éviter l'obturation de la dent. Le professionnel de la santé buccodentaire pourrait décider de recouvrir la carie d'un matériau donnant à la dent une apparence naturelle, mais ce n'est pas requis. Plus tard, si on décide d'obtenir la dent, il ne sera probablement pas nécessaire d'utiliser l'anesthésie locale (c'est-à-dire «geler» la dent).

Autres possibilités de traitements pouvant remplacer le fluorure diamine d'argent (liste non exhaustive)

- Sans traitement au fluorure diamine d'argent, la carie continuera d'évoluer, ce qui entraînera la détérioration de la dent et en altérera l'apparence. La dent peut aussi devenir sensible ou douloureuse.
- Selon l'emplacement et l'évolution de la carie, le professionnel de la santé buccodentaire pourrait se tourner vers d'autres traitements, comme l'application d'un vernis fluoré, l'obturation de la dent, la pose d'une couronne, le traitement de canal (traitement du nerf), l'extraction de la dent ou vous recommander tout autre traitement.

Je, (patient ou parent/tuteur légal), confirme que j'ai lu et compris le contenu de ce formulaire et qu'on a répondu à toutes mes questions. Je consens à recevoir ou à ce que le patient indiqué ci-dessous reçoive le traitement au fluorure diamine d'argent.

Nom du patient (prénom et nom)

ÉCRIRE LISIBLEMENT SVP

Signature du patient ou du parent/tuteur légal

Date

Signature du professionnel de la santé buccodentaire

Date



Rédigé: avril 2019 (en anglais)

Traduit et révisé: 7 janvier 2020 (en français)

Validé: 14 janvier 2020

Adopté et mise à jour: 4 février 2020



RESSOURCES WEB

- SOPHIE LECAVALIER, responsable des communications

1. Publication du ministère de la Santé et des Services sociaux

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-dentaire/activites-et-services-sante-dentaire/description-des-activites-a-realiser-selon-les-populations-les-milieux-d-intervention-et-les-cibles-a-atteindre/>

Le [Programme national de santé publique \(PNSP\) 2015-2025](#) émet ses directives sur la prévention et la promotion d'une bonne hygiène dentaire à privilégier auprès des différentes clientèles, dont celle de la petite enfance, toujours dans le but de prévenir et réduire les inégalités sociales associées, entre autres, à la carie dentaire chez les enfants. Ces directives visent à rejoindre les populations les plus démunies à travers les différents milieux de vie tels que les services de garde éducatifs à l'enfance, le milieu scolaire et les CHSLD.



2. CHU Ste-Justine Médecine dentaire et Programme de soins buccodentaires en oncologie pédiatrique

<https://www.chusj.org/fr/soins-services/M/Medecine-dentaire/PSBOP>

<https://www.chusj.org/soins-services/M/Medecine-dentaire>

Non seulement le CHU Sainte-Justine a une équipe spécialisée en santé buccodentaire destiné aux enfants, mais offre également un programme de soins buccodentaires en oncologie pédiatrique (PSBOP) qui vise à diminuer les complications buccodentaires ainsi qu'à prévenir et limiter les séquelles buccodentaires pouvant être causées par le cancer ou les traitements oncologiques. Le site donne toutes les informations nécessaires sur le programme. De plus, vous y trouverez des conseils adaptés à l'âge, au handicap et au milieu de vie, des nouvelles et des liens vers des cliniques de soins spécialisés.



3. Première ressource, Aide aux parents

<http://www.premiereresource.com/>

Depuis plus de 30 ans **Première Ressource, AIDE AUX PARENTS** offre un service confidentiel et gratuit de consultation professionnelle par téléphone et clavardage. Le service contribue, dans une optique de prévention et de soutien, au mieux-être des familles. Les intervenants professionnels aident les parents et les enfants à comprendre et à solutionner les difficultés liées à l'éducation et aux relations avec leurs proches. Un site à proposer à vos patients.

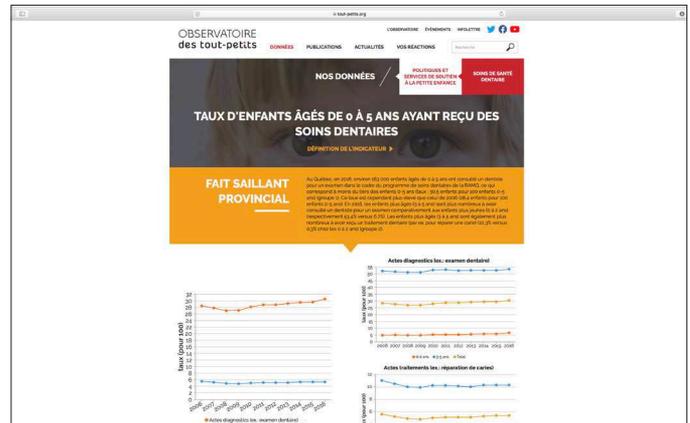


4. Observatoire des tout-petits

<https://tout-petits.org/actualites/2018/boissons-sucrees-et-sante-tes-tp/>

<https://tout-petits.org/donnees/politiques-et-services-de-soutien-a-la-petite-enfance/utilisation-des-services-soins-de-sante-dentaire/nouveau-services-soins-dentaires>

L'Observatoire des tout-petits est un projet de la Fondation Lucie et André Chagnon qui a pour mission de contribuer à placer le développement et le bien-être des tout-petits au cœur des priorités de la société québécoise. Toutes les dernières données sont recensées, par tableaux de bord, sur différents aspects de la vie des tout-petits et le milieu dans lequel ils évoluent, incluant les données concernant leur santé buccodentaire. Par exemple, les derniers faits saillants sur les boissons sucrées et les statistiques sur les enfants ayant reçu des soins dentaires.



5. Hygiène dentaire Canada

http://www.hygienedentairecanada.ca/HDCanada/HDCanada/Kids/Tooth_Tips.aspx

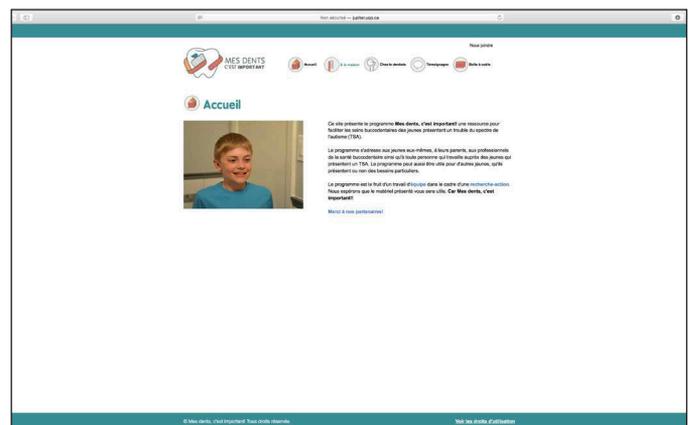
L'Association canadienne des hygiénistes dentaires (ACHD) propose sur son site Web, une section destinée à la santé buccodentaire des enfants. Cette section regroupe conseils, activités amusantes et vidéos éducatifs pour apprendre de bonnes techniques de brossage et développer une bonne hygiène dentaire dès le plus jeune âge.



6. Mes dents c'est important!

<http://jupiter.uqo.ca/dents/home.php>

Le programme **Mes dents, c'est important!** s'adresse aux jeunes présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), à leurs parents et aux professionnels et particulièrement ceux de la santé buccodentaire. On y retrouve des ressources pour aider à garder une bonne hygiène dentaire à la maison ou chez le dentiste, ainsi que des conseils et références. Le programme est issu d'une recherche-action





LES FORMATIONS CONTINUES PRÉVUES D'ICI LE 1^{ER} JUIN SONT ANNULÉES OU REPORTÉES.
PLUS DE DÉTAILS SUR LE SITE WEB DE L'OHQO.

CALENDRIER DES FORMATIONS CONTINUES ET WEBCONFÉRENCES 2019-2020

LA GESTION DU CHANGEMENT

– D^r Dominique Morneau, MSS, M.A.P., Ph. D (psychologie)

(2 heures de formation continue)

DATE: voir tableau

HEURE: 10h à 12h

TYPE DE COURS: théorique

NOMBRE MINIMAL DE PARTICIPANTS: 50

COÛT: 132,22 \$ (taxes incluses)

Pertinence clinique

L'entretien motivationnel s'avère une méthode efficace, rapide et éprouvée scientifiquement qui agit en faveur du développement de saines habitudes de vie grâce à l'influence qu'elle permet d'exercer. L'hygiéniste dentaire étant un professionnel de la santé qui joue un rôle primordial dans l'éducation de la population et qui occupe également une grande place au sein de son équipe de travail doit pour ce faire, développer des stratégies de communication efficaces.

Description de la formation

Cette formation théorique et interactive présente différents concepts liés à la communication avec les stratégies qu'elle requiert. Des stratégies facilitant l'influence des personnes et des équipes de travail sans avoir besoin d'y accorder trop de temps et d'énergie. Des stratégies favorisant également la mobilisation et la responsabilisation des personnes et des équipes de travail.

Date et lieu

Ville	Cégep	Date	Heure
Trois-Rivières	Cégep de Trois-Rivières	Dimanche 19 avril 2020	10h à 12h

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cet atelier, les participants devraient être en mesure de (d'):

1. Décrire les composantes du principe de relation;
2. Reconnaître et comprendre les différentes postures favorables à l'influence;
3. Expliquer comment effectuer la résolution d'une problématique selon les étapes suggérées;
4. Mettre en pratique des stratégies de communication;
5. Évaluer et développer des habiletés à influencer et à composer avec l'ambivalence des individus et des équipes de travail.

Objectifs du cours

Session théorique:

En termes de principe de relation:

- Distinguer les trois stratégies de communication favorisant l'influence.
- Identifier cinq étapes d'intervention favorisant l'influence.

En termes de principe de rétroaction:

- Analyser la nature de l'interdépendance entre les pensées et les agissements.

En termes de principe de changement:

- Développer le concept de l'efficacité de l'entretien motivationnel.
- Faire évaluer la capacité à user d'un discours efficace.

RADIOPROTECTION DE BASE POUR HYGIÉNISTES DENTAIRES : LES MEILLEURES PRATIQUES

- **Manon Rouleau**, ing., physicienne en radioprotection
- **Stéphane Jean-François**, ing., M. Env., CHP, spécialiste certifié en radioprotection

(8 heures de formation continue)

DATE: voir tableau

HEURE: 8 h à 12 h et 13 h à 17 h

TYPE DE COURS: théorique interactive

NOMBRE MINIMAL DE PARTICIPANTS: 35

COÛT: 269,04 \$ (taxes, collations et dîner inclus)

Pertinence clinique

L'exposition des patients et potentiellement du personnel clinique aux rayons X est inhérent à l'usage de la radiologie. Puisqu'aucune exposition aux rayons X ne peut être entièrement sans risque, l'utilisation de la radiation par les hygiénistes dentaires est accompagnée de la responsabilité professionnelle d'assurer une protection appropriée. Les modules de gestion fournis lors de la formation permettront notamment à l'apprenant de connaître et comprendre:

- Les lois et règlements en vigueur en matière de radioprotection;
- Les priorités, les composantes et l'utilité d'un programme de radioprotection;
- L'application efficace d'un programme performant dans une clinique.

Description de la formation

Le but de cette formation est de faire une révision exhaustive des radiolésions, la théorie, la pratique et la gestion en radiologie. La formation offre de nombreux volets pédagogiques abordant notamment les notions physiques, mécaniques et biologiques liées à la dose de rayonnement; les aspects dosimétriques, les meilleures pratiques en radioprotection, les règlements et les responsabilités du responsable de la radioprotection.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cet atelier, les participants devraient être en mesure de (d'):

1. Décrire les principes ALARA et ALADA;
2. Expliquer l'histoire du rayonnement et son utilité, notamment en santé;
3. Découvrir le rôle et les responsabilités du responsable de la radioprotection (RRP);
4. Différencier entre risques et danger, et de donner des raisons expliquant la peur des radiations;
5. Incorporer les meilleures pratiques en radioprotection;
6. Justifier les informations de radioprotectons aux patients et à ses collègues.

Objectifs du cours

Session théorique et de pratique:

Les modules de théorie et de pratique permettront notamment à l'apprenant de (d'):

- Décrire les principes de base du rayonnement;
- Expliquer le fonctionnement des différents appareils d'imagerie dentaire (i.e. intra-oral, panoramique, céphalométrique et TVFC), avec leurs similitudes et leurs différences;
- Raconter les notions d'émission de rayonnements et d'exposition aux rayonnements;
- Comparer les différentes unités utilisées en radioprotection;
- Employer la terminologie utilisée;
- Découvrir les instruments de mesures et les appareils de dosimétrie;
- Analyser les risques internes et externes;
- Valider les sigles avertisseurs;
- Adapter l'utilisation du blindage et des moyens de protection en fonction du rayonnement;
- Apprécier l'application concrète des principes ALARA et ALADA dans l'utilisation des appareils d'imagerie dentaire;
- Évaluer les risques associés aux rayonnements ionisants, les effets biologiques et grossesse.

Dates et lieux

Ville	Cégep	Date	Heure
Québec	Garneau	Vendredi 20 mars 2020	8 h à 17 h
Trois-Rivières	Cégep de Trois-Rivières	Vendredi 3 avril 2020	8 h à 17 h
Chicoutimi	Cégep de Chicoutimi	Vendredi 1 ^{er} mai 2020	8 h à 17 h

LE CANNABIS ET LES CANNABINOÏDES: ÉTAT DES CONNAISSANCES

– Mohamed Ben Amar, B. Pharm, D.B.C, M. Sc.

(3 heures de formation continue)

DATE: voir tableau

HEURE: 9h à 12h

TYPE DE COURS: théorique

NOMBRE MINIMAL DE PARTICIPANTS: 50

COÛT: 132,22 \$ (taxes incluses)

Pertinence clinique

Le 17 octobre 2018, le Canada est devenu le deuxième pays au monde, après l'Uruguay, à légaliser l'usage du cannabis sur l'ensemble de son territoire. Bientôt, les pharmaciens du Québec dispenseront dans leurs officines du cannabis thérapeutique sous ordonnance médicale. La prédiction d'une hausse de la consommation du cannabis et des cannabinoïdes est envisageable. Pour ce faire, les professionnels de la santé et tout particulièrement les hygiénistes dentaires doivent se mettre à jour sur les dernières données relatives à ces substances chimiques et cette drogue. L'hygiéniste dentaire a comme devoir déontologique d'informer et de conseiller ses clients adéquatement sur les risques associés à la consommation de produits et de substances nuisibles à la santé buccodentaire en se référant sur des renseignements scientifiques. De plus, il est de la responsabilité de l'hygiéniste dentaire d'offrir des soins et des services sécuritaires à ses clients. Il doit donc déterminer s'il est opportun de procéder à différents soins à l'égard de son client.

Description de la formation

Cette formation théorique et interactive vise à mettre en lumière l'état des connaissances sur le cannabis depuis sa légalisation au Québec. Plusieurs aspects du sujet seront traités, notamment les effets du cannabis et des cannabinoïdes sur l'organisme, leurs propriétés pharmacologiques et toxicologiques, leurs potentiels thérapeutiques face à douleur et face à certaines maladies ainsi que les méfaits sur la santé buccodentaire. Durant cette formation, un débat avec échanges entre les participants permettra de faire une mise au point sur les enjeux liés à la consommation de cette drogue. Après la formation, dans le but d'approfondir les connaissances, une liste de publications sur le cannabis et les cannabinoïdes sera disponible à titre de références pour les participants. Étant donné que ce sujet est d'actualité, il serait également important que les participants se maintiennent à jour.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cet atelier, les participants devraient être en mesure de (d'):

1. Identifier les impacts du cannabis et des cannabinoïdes sur la santé buccodentaire, les effets cancérigènes et les effets sur différents systèmes de l'organisme;
2. Distinguer la tératogénéicité de certains psychotropes avec les effets du cannabis;
3. Déterminer les dangers liés à la consommation du cannabis dans la conduite d'un véhicule à moteur et lors de l'exposition durant la grossesse;
4. Évaluer les risques associés à sa pratique professionnelle selon les signes présentés par un client sous l'effet du cannabis;
5. Formuler des recommandations judicieuses aux clients consommant le cannabis;
6. Développer une méthodologie de recherche sur le sujet basée sur des données probantes.

Objectifs du cours

Session théorique :

- Définir les origines et les formes de cannabis;
- Comparer la tératogénéicité de certains psychotropes et les facteurs de risque dans le développement de la psychose chronique;
- Expliquer les propriétés pharmacologiques du cannabis et leur mode d'action;
- Démontrer les effets du cannabis sur les différents systèmes: nerveux, endocrinien, immunitaire, cardiovasculaire, respiratoire;
- Mettre en évidence les différentes études sur le potentiel thérapeutique du cannabis et des cannabinoïdes basées sur des données probantes;
- Situer l'encadrement législatif du cannabis au Québec et sa prévalence depuis sa légalisation au Québec;
- Susciter la réflexion sur les enjeux professionnels liés à la consommation des drogues;

Date et lieu

Ville	Cégep	Date	Heure
Rimouski	Cégep de Rimouski	Samedi 18 avril 2020	9h à 12h

RADIOPROTECTION SPÉCIFIQUE À LA TOMOGRAPHIE VOLUMIQUE PAR FAISCEAU CONIQUE (TVFC): LES MEILLEURES PRATIQUES

– **Manon Rouleau**, ing., physicienne en radioprotection

– **Stéphane Jean-François**, ing., M. Env., CHP, spécialiste certifié en radioprotection

(4 heures de formation continue)

DATE: voir tableau

HEURE: 8 h à 12 h

TYPE DE COURS: théorique interactive

NOMBRE MINIMAL DE PARTICIPANTS: 35

COÛT: 137,97 \$ (taxes incluses)

Pertinence clinique

L'exposition des patients et potentiellement du personnel clinique aux rayons X est inhérente à l'usage de la radiologie. Puisqu'aucune exposition aux rayons X ne peut être entièrement sans risque, l'utilisation de la radiation par les hygiénistes dentaires est accompagnée de la responsabilité professionnelle d'assurer une protection appropriée. Les documents fournis lors de la formation permettront notamment à l'apprenant de connaître et de comprendre :

- Les lois et règlements en vigueur en matière de radioprotection spécifique à la TVFC;
- Les éléments clés, les composantes et l'utilité d'un programme de radioprotection spécifique à la TVFC;
- L'application efficace d'un programme de radioprotection qui répond aux plus hauts standards de qualité.

Description de la formation

Le but de cette formation est de faire une révision exhaustive des radiolésions, de la théorie, de la pratique et des règlements en radiologie. La formation offre de nombreux volets pédagogiques spécifiques à la TVFC, abordant notamment : les notions physiques, mécaniques et biologiques liées à la dose de rayonnement; les aspects dosimétriques et les meilleures pratiques en radioprotection; les règlements et les responsabilités du responsable de la radioprotection.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cet atelier, les participants devraient être en mesure de (d'):

1. Décrire les particularités de la TVFC;
2. Expliquer les enjeux associées à la TVFC;
3. Découvrir les normes, les standards et les meilleures pratiques en radioprotection pour la TVFC;
4. Différencier les concepts de « risques » et de « danger » et de donner des raisons expliquant la peur des radiations;
5. Incorporer les lois et les règlements en vigueur en matière de radioprotection à l'égard de la TVFC;
6. Justifier les informations de radioprotections aux patients et à ses collègues.

Objectifs du cours

Session théorique et de pratique :

Les modules de théorie et de pratique permettront notamment à l'apprenant de (d'):

- Décrire les principes de base du rayonnement;
- Expliquer le fonctionnement de la TVFC;
- Discuter des notions d'émission de rayonnements et d'exposition aux rayonnements en TVFC;
- Comparer les différentes unités utilisées en radioprotection;
- Employer la terminologie utilisée;
- Découvrir les instruments de mesures et les appareils de dosimétrie;
- Analyser les risques internes et externes;
- Reconnaître les sigles avertisseurs;
- Adapter l'utilisation du blindage et des moyens de protection en fonction du rayonnement en TVFC;
- Apprécier l'application concrète des principes ALARA et ALADA dans l'utilisation des appareils de la TVFC;
- Évaluer les risques associés aux rayonnements ionisants, aux effets biologiques et à la grossesse.

Date et lieu

Ville	Cégep	Date	Heure
Terrebonne	Cégep de Lanaudière à Terrebonne	Vendredi 24 avril 2020	8 h à 12 h

FORMATION EN RCR - CARDIO SECOURS ADULTES-ENFANTS/DEA

- Formation Langevin

(4 heures de formation continue)

DATE: voir tableau

HEURE: 8 h à 12 h

TYPE DE COURS: théorique et pratique

NOMBRE MINIMAL DE PARTICIPANTS: 15

COÛT: 74,73 \$ (taxes incluses)

Objectifs de la formation

1. Chaîne d'intervention et procédure d'appel aux services d'urgence
2. Reconnaissance des problèmes cardiaques (angine, infarctus, arrêt cardio-respiratoire)

3. Traitement des problèmes cardiaques (nitro, AAS)
4. Prévention et facteurs de risque des problèmes cardiaques
5. Dégagement des voies respiratoires
6. Respiration artificielle
7. Réanimation cardio-respiratoire
8. Utilisation d'un DEA (défibrillation externe automatisée)
9. Pratique de toutes les techniques sur mannequins de réanimation.

Chaque candidat recevra une carte de réussite et un manuel aide-mémoire.

Dates et lieux

Ville	Cégep	Date	Heure
Trois-Rivières	Cégep de Trois-Rivières	28 mars 2020	8 h à 12 h
Québec	Cégep Garneau	18 avril 2020	8 h à 12 h
Chicoutimi	Cégep de Chicoutimi	25 avril 2020	8 h à 12 h



FORMATION EN ERGONOMIE POUR HYGIÉNISTES DENTAIRES

– D^{re} Marie-Lyne Grenier, M. Sc. (OT), D.OT, C.HT, erg.

(4 heures de formation continue)

DATE: voir tableau

HEURE: 8 h à 12 h

TYPE DE COURS: théorique et pratique

NOMBRE MINIMAL DE PARTICIPANTS: voir tableau

COÛT: 132,22 \$ (taxes incluses)

Pertinence clinique

La pratique des techniques d'hygiène dentaire est associée à un haut taux de lésions professionnelles répétitives affectant principalement les mains, les membres supérieurs, le cou et le dos. Cet atelier a été conçu pour répondre au besoin de meilleures connaissances de base en ergonomie. Il sera question à la fois des facteurs de risque associés à la pratique professionnelle particulière des hygiénistes dentaires et à l'utilisation plus ergonomique de certains équipements. De plus, des conseils et des solutions seront suggérés concernant l'adaptation des espaces de travail afin de favoriser une meilleure pratique professionnelle en clinique, orientée vers la santé et la sécurité du travail.

Description de la formation

Le but de cet atelier est de faire une revue des principaux facteurs de risque liés à la pratique de la profession d'hygiéniste dentaire, de se familiariser avec des principes d'ergonomie de base et de réfléchir à des solutions efficaces pour l'organisation et la mise en place d'espaces personnels de travail plus ergonomiques.

Cet atelier débute avec un premier bloc théorique (2 h 30), suivi d'une partie clinique pratique (1 h 30) au cours de laquelle les participants auront l'opportunité de travailler en équipe avec les ergothérapeutes afin de mettre en pratique et développer de meilleures notions ergonomiques liées à leurs besoins individuels.

Dates et lieux

Ville	Cégep	Date	Heure	Maximum de participants
Longueuil	Cégep Édouard-Montpetit	Samedi 14 mars 2020	8 h à 12 h	COMPLET
Montréal	Collège Maisonneuve	Samedi 25 avril 2020	8 h à 12 h	50
Terrebonne	Cégep de Lanaudière à Terrebonne	Samedi 16 mai 2020	8 h à 12 h	36

Les participants doivent avoir obligatoirement un sarrau et des lunettes protectrices (Non fournis sur les lieux)

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cet atelier, les participants devraient être en mesure de (d'):

1. Discuter et échanger sur les facteurs généraux de risque liés à leur pratique professionnelle;
2. Identifier à la fois les problèmes liés à leur propre pratique et les moyens à leur disposition pour y remédier;
3. Concevoir et mettre en œuvre un plan d'action efficace, à l'aide de données ergonomiques probantes, pour remédier aux problèmes clairement identifiés dans leur pratique courante.

Objectifs du cours

Session théorique:

- Discuter les effets physiologiques des principaux facteurs de risque dans la pratique professionnelle des hygiénistes dentaires;
- Identifier à la fois les problèmes ergonomiques individuels liés à la pratique et concevoir un plan d'action pour y remédier;
- Échanger et partager des pistes de solutions ergonomiques avec les collègues pour faire la promotion de saines pratiques professionnelles en clinique.

Session pratique:

- Mettre en œuvre un plan d'action visant à répondre aux problèmes ergonomiques identifiés au cours de la session théorique.
- Développer des solutions ergonomiques avec les collègues et les ergothérapeutes bien formés en la matière afin de créer et maintenir des espaces de travail plus ergonomiques orientés vers la santé et la sécurité.

INITIATION À LA COMPÉTENCE INTERCULTURELLE EN HYGIÈNE DENTAIRE : QUELQUES REPÈRES POUR S'Y RETROUVER.

– Julie Masse, erg., OT®, M.Sc. et Daniel Côté, Ph.D

(3 heures de formation continue)

DATE: voir tableau

HEURE: 9h à 12h

TYPE DE COURS: théorique avec interactions

NOMBRE MINIMAL DE PARTICIPANTS: 50

COÛT: 149,47\$ (taxes incluses)

Pertinence clinique

Dans le contexte sociodémographique québécois actuel, les repères identitaires sont multiples, tant chez les clients que chez les thérapeutes. Pour ceux qui sont peu familiers avec le concept de la compétence interculturelle, offrir des soins d'hygiène dentaire sensibles à la culture de leurs patients peut présenter divers défis. Cet atelier-conférence de 3 heures propose un survol de notions de base en interculturel dans le contexte de pratique des hygiénistes dentaires.

Description de la formation

Cet atelier-conférence de 3 heures propose un survol de notions de base en interculturel dans le contexte de pratique des hygiénistes dentaires. Différents enjeux cliniques tels que la place de la prévention et la compréhension du rôle de l'hygiéniste dentaire seront introduits, tant sur le plan théorique que pratique.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de la rencontre, les participants seront en mesure de mieux:

1. Comprendre l'influence du contexte culturel sur la maladie et les attentes envers les soins de santé;
2. Situer l'enjeu interculturel dans la pratique de l'hygiéniste dentaire;
3. Définir la compétence interculturelle et explorer des moyens de poursuivre leur cheminement professionnel dans le cadre d'une société pluraliste.

Objectifs du cours

Soutenir la pratique des hygiénistes dentaires en contexte de diversité.

Dates et lieux

Ville	Cégep	Date	Heure
Montréal	Collège de Maisonneuve	Samedi 4 avril 2020	9h à 12h
Longueuil	Cégep Édouard-Montpetit	Samedi 2 mai 2020	9h à 12h
Québec	Cégep Garneau	Samedi 23 mai 2020	9h à 12h

NOUVELLE CLASSIFICATION DES PARODONTITES, PÉRI-IMPLANTITES ET MUCOSITES PÉRI-IMPLANTAIRES

– D^r Jean-François Tessier, DMD, M. Sc.

(3 heures de formation continue)

DATE: voir tableau

HEURE: 9 h à 12 h

TYPE DE COURS: théorique

NOMBRE MINIMAL DE PARTICIPANTS: 25

COÛT: 86,23 \$ (taxes incluses)

Pertinence clinique

En 2018, l'*American Academy of Periodontology* et la Fédération européenne de parodontologie ont statué sur une nouvelle classification des maladies parodontales. Lors de l'*Europerio 9* d'Amsterdam, cette nouvelle classification des parodontites, péri-implantites et mucosites a été présentée aux cliniciens en parodontie. Les professionnels de la santé buccodentaires devront intégrer cette nouvelle catégorisation dans leur pratique.

Description de la formation

La nouvelle classification des maladies parodontales et péri-implantaires est élaborée en fonction de la sévérité des pathologies

et leurs pronostics. Elle permet une caractérisation plus précise de la maladie. Une description de cette nouvelle classification sera explicitée et accompagnée de présentations de plusieurs cas cliniques. En outre, D^r Tessier partagera son expérience dans la mise en place de cette nouvelle classification dans sa pratique.

Objectifs d'apprentissage

- Connaître et comprendre la nouvelle classification des maladies parodontales et péri-implantaires;
- Déterminer l'étiologie et les facteurs de risque des parodontites, péri-implantites et récessions gingivales;
- Examiner les critères diagnostiques à l'aide de cas cliniques;
- Identifier la progression et la sévérité des maladies parodontales;
- Redéfinir les pronostics des maladies parodontales;
- Élaborer un plan de traitement en parodontie, suivant la nouvelle classification des maladies parodontales;
- Appliquer la nouvelle classification dans sa pratique.

Suite à cette conférence, les participants et participantes seront en mesure d'intégrer la nouvelle classification des maladies parodontales dans leur pratique et leur milieu professionnel.

Dates et lieux

Ville	Cégep	Date	Heure
Montréal	Collège de Maisonneuve	Samedi 9 mai 2020	9 h à 12 h
Gatineau	Cégep de l'Outaouais	Samedi 12 septembre 2020	9 h à 12 h
Québec	Cégep Garneau	Samedi 28 novembre 2020	9 h à 12 h

WEBCONFÉRENCES 2019-2020 LA DÉSINFECTION ET L'ASEPSIE DES SURFACES

– Jean Barbeau, Ph. D. (microbiologie)

(1 heure de formation continue)

DATE: 31 octobre 2018 au 31 décembre 2020

TYPE DE COURS: Webinaire asynchrone

COÛT: 57,49 \$ (taxes incluses)

Pertinence clinique

Parce que les microorganismes sont invisibles à l'œil nu, la présence d'organismes pathogènes ne peut pas être établie avec certitude. Par conséquent, les hygiénistes dentaires doivent appliquer des mesures rigoureuses de prévention et de contrôle des infections, et ce, avant, pendant et après le rendez-vous de chaque patient. Le but premier de telles procédures est d'offrir le plus haut niveau possible de contrôle des infections et dans une manière sécuritaire, efficace, simple et rapide, afin de réduire le risque de transmission d'organismes pathogènes de façon bidirectionnelle. Ce webinaire asynchrone porte plus précisément sur les mesures de désinfection et d'asepsie des surfaces dans les salles de traitements.

Description de la formation

Ce cours vise à fournir aux participants l'information la plus récente sur la désinfection et l'asepsie des surfaces.

Chaque participant à cette formation doit obligatoirement répondre à « l'examen de validation et de compréhension » (onglet Mes formations). Les réponses à ce questionnaire, qui vise à évaluer leur compréhension, doivent être transmises à la responsable de la formation continue, Mme Monique Delisle, HD, à mdelisle@ohdq.com. La note de passage est 80 %.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette conférence webinaire asynchrone, les participants devraient être en mesure de (d'):

1. Lister les critères liés à une pratique sécuritaire, efficace, simple et rapide par rapport à la désinfection et l'asepsie des surfaces;
2. Expliquer la technique de désinfection et l'asepsie des surfaces;
3. Choisir un désinfectant selon les critères présentés;
4. Analyser les procédures de désinfection et aseptie recommandées;
5. Planifier des interventions pour diminuer les risques d'infections;
6. Évaluer les méthodes de contrôle d'infections.

Objectifs du cours

Webinaire et examen:

- Identifier les surfaces nécessitant la désinfection;
- Reconnaître les meilleures pratiques liées à la désinfection et l'asepsie;
- Catégoriser les méthodes de contrôle de désinfection et de l'asepsie;
- Analyser les composants des désinfectants;
- Développer une méthode sécuritaire, efficace, simple et rapide pour faire la désinfection et l'asepsie des surfaces;
- Justifier la nécessité d'avoir un protocole d'asepsie détaillé.

CONDUITES D'EAU DENTAIRES ET SYSTÈMES D'ÉVACUATION

– Jean Barbeau, Ph. D. (microbiologie)

(1 heure de formation continue)

DATE: 3 novembre 2018 au 31 décembre 2020

TYPE DE COURS: Webinaire asynchrone

COÛT: 57,49 \$ (taxes incluses)

Pertinence clinique

Parce que les microorganismes sont invisibles à l'œil nu, la présence d'organismes pathogènes ne peut pas être établie avec certitude. Par conséquent, les hygiénistes dentaires doivent appliquer des mesures rigoureuses de prévention et de contrôle des infections, et ce, avant, pendant et après le rendez-vous de chaque patient. Le but premier de telles procédures est d'offrir le plus haut niveau possible de contrôle des infections et dans une manière sécuritaire, efficace, simple et rapide, afin de réduire le risque de transmission d'organismes pathogènes de façon bidirectionnelle. Ce webinaire asynchrone porte plus précisément sur les conduites d'eau dentaires et les systèmes d'évacuation.

Description de la formation

Ce cours vise à fournir aux participants, l'information la plus récente sur la désinfection des conduites d'eau dentaires et les systèmes d'évacuation.

Chaque participant à cette formation doit obligatoirement répondre à « l'examen de validation et de compréhension » (onglet Mes formations). Les réponses à ce questionnaire, qui vise à évaluer leur compréhension, doivent être transmises à la responsable de la formation continue, M^{me} Monique Delisle, HD, à mdelisle@ohdq.com. La note de passage est 80 %.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette conférence webinaire asynchrone, les participants devraient être en mesure de (d'):

1. Lister les critères liés à une pratique sécuritaire, efficace, simple et rapide par rapport aux conduites d'eau dentaires et les systèmes d'évacuation;
2. Expliquer la technique de désinfection des conduites d'eau dentaires et les systèmes d'évacuation;
3. Choisir un désinfectant selon les critères présentés;
4. Analyser les procédures de désinfection recommandées;
5. Planifier des interventions pour diminuer les risques d'infections;
6. Évaluer les méthodes de contrôle d'infections.

Objectifs du cours

Webinaire et examen:

- Identifier les tubulures et les conduits d'eau nécessitant la désinfection;
- Reconnaître les meilleures pratiques liées à la désinfection des tubulures et les conduits d'eau;
- Catégoriser les méthodes de contrôle de désinfection des tubulures et les conduits d'eau;
- Analyser les composants des nettoyants et désinfectants utilisés pour les tubulures et les conduits d'eau;
- Développer une méthode sécuritaire, efficace, simple et rapide pour faire la désinfection des conduites d'eau dentaires et les systèmes d'évacuation;
- Justifier la nécessité d'avoir un protocole de désinfection détaillé.

LA RELATION ENTRE LES PIERCINGS BUCCAUX ET LE RISQUE ACCRU DE COMPLICATIONS ORALES ET SYSTÉMIQUES

- **D^{re} Melanie Campese**, D.M.D., FRCD(C), parodontiste et spécialiste en implantologie

(1,5 heure de formation continue)

DATE: 18 septembre 2018 au 31 décembre 2020

TYPE DE COURS: Webinaire asynchrone

COÛT: 57,49\$ (taxes incluses)

Pertinence clinique

En Amérique du Nord, les piercings buccaux sont devenus de plus en plus populaires chez les adolescents et les jeunes adultes. Dans le passé, cette tendance était fortement associée à des individus ayant des comportements à risque ou étant en détresse émotionnelle. Les études récentes démontrent que cette tendance est plutôt associée au désir d'art corporel ou qu'elle aide à favoriser l'expression individuelle. Par contre, il faut savoir qu'il y a des risques et des complications associés aux piercings buccaux et l'hygiéniste dentaire joue un rôle important dans le dépistage, l'évaluation, le traitement et la prévention de ces complications.

Description de la formation

Ce cours vise à fournir aux participants l'information la plus récente sur la relation entre les piercings buccaux et le risque accru de complications orales et systémiques.

Chaque participant à cette formation doit obligatoirement répondre à «l'examen de validation et de compréhension» (onglet Mes formations). Les réponses à ce questionnaire, qui vise à évaluer leur compréhension, doivent être transmises à la responsable de la formation continue, M^{me} Monique Delisle, à mdelisle@ohdq.com. La note de passage est 80%.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette conférence webinaire asynchrone, les participants devraient être en mesure de (d'):

1. Lister les raisons motivant des individus à avoir des piercings buccaux;
2. Expliquer les principales complications locales et systémiques des piercings buccaux;
3. Établir le rôle de l'hygiéniste dentaire quant à la prévention des infections causées par les piercings buccaux;
4. Noter les effets secondaires associés aux piercings buccaux;
5. Planifier les interventions pour diminuer les risques associés avec les piercings buccaux;
6. Recommander des interventions pour prévenir et soigner les séquelles associées aux piercings buccaux.

Objectifs du cours

Webinaire et examen :

- Identifier les sites communs des piercings buccaux;
- Reconnaître l'incidence et la prévalence des piercings buccaux;
- Catégoriser les complications associées avec les piercings buccaux;
- Faire corrélérer les complications aux piercings buccaux;
- Développer un plan stratégique pour justifier l'enlèvement des piercings buccaux.

LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE : ÉTAT DES CONNAISSANCES, USAGE ET ENCADREMENT AU QUÉBEC

- **Annie Montreuil**, Ph. D. (Psychologie)

(2 heures de formation continue)

DATE: 16 juillet 2019 au 30 juin 2020

TYPE DE COURS: Webinaire asynchrone

COÛT: 64,39\$ (taxes incluses)

Pertinence clinique

La sensibilisation à l'usage du tabac et ses dérivés est un élément important dans les soins d'hygiène dentaire. Les hygiénistes dentaires reçoivent et donnent de nombreux enseignements et conseils sur l'usage et la cessation tabagique à leurs patients. Le recours aux cigarettes électroniques, aussi connues comme vapoteuses ou e-cigarettes, n'y échappe pas bien entendu. Depuis son apparition, il y a quelques années, cette technologie s'est de plus en plus répandue particulièrement chez les jeunes adultes. Les hygiénistes dentaires disposent d'information à jour sur cette nouvelle habitude de consommation. Les données scientifiques démontrent que le fait de vapoter est nettement moins nocif pour la santé que l'usage des produits du tabac. Toutefois peu ou pas d'information dans la littérature n'est disponible ou contradictoire sur l'effet particulier du vapotage sur la santé buccodentaire.

Description de la formation

Ce cours vise à fournir aux participants l'information la plus récente sur la cigarette électronique afin de comprendre leur effet sur la santé globale ainsi que la santé buccodentaire.

Chaque participant à cette formation doit obligatoirement répondre à «l'examen de validation et de compréhension» (onglet Mes formations). Pour ce faire, le visionnement des deux vidéos est nécessaire. Les réponses à ce questionnaire, qui vise à évaluer la compréhension, doivent être transmises à la responsable de la formation continue, M^{me} Monique Delisle, à mdelisle@ohdq.com. La note de passage est 80%.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette conférence webinaire asynchrone, les participants devraient être en mesure de (d'):

1. Reconnaître les lois sur le tabagisme au Québec;
2. Comparer les caractéristiques de la cigarette électronique versus la cigarette de tabac;
3. Interpréter et proportionner les données scientifiques sur la cigarette électronique y compris ses effets sur la santé buccodentaire;
4. Analyser la prévalence d'usage des cigarettes électroniques au Québec;
5. Anticiper les enjeux de la santé publique vis-à-vis la cigarette électronique;
6. Évaluer l'encadrement législatif des cigarettes électroniques.

Objectifs du cours

Webinaire et examen :

- Décrire l'usage de la cigarette électronique au Québec ainsi que son encadrement;
- Discuter les éléments connus et ceux moins bien documentés au sujet de la cigarette électronique, incluant les effets sur la santé buccodentaire;
- Dédire les enjeux en santé publique reliés à la cigarette électronique;
- Présenter les différentes approches adoptées en réaction aux enjeux posés par la cigarette électronique;
- Situer le rôle de la cigarette électronique dans le contexte de la lutte contre le tabagisme.

* La dernière mise à jour pour cette formation est en date du 30 mars 2019

PRÉVENIR ET RESTAURER LA CARIE DENTAIRE SANS TRAUMATISME: LA THÉORIE DU TRAITEMENT RESTAURATEUR ATRAUMATIQUE (TRA) MODIFIÉ AVEC UN PRODUIT À BASE D'ARGENT

– Isabelle Daoust, BA, H.D.

(3,5 heures de formation continue)

DATE: 23 juillet 2019 au 31 juillet 2020

TYPE DE COURS: Webinaire asynchrone

COÛT: 79,33 \$ (taxes incluses)

Pertinence clinique

Le concept et la pratique du traitement restaurateur atraumatique (TRA), aussi connu sous le nom de thérapie de stabilisation temporaire, ont vu le jour il y a une trentaine d'années, et le besoin continu d'améliorer la qualité et l'accès aux soins buccodentaires à l'échelle mondiale est le catalyseur de cette approche de restauration dentaire. La pratique du TRA s'avère essentielle aux mouvements de santé publique qui visent à fournir des soins fondés sur des données probantes et à éradiquer les obstacles qui limitent l'accès à ces soins. Le TRA est recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé, au même titre que les traitements buccaux urgents et la pâte dentifrice au fluorure à prix abordable, en tant que service de base de soins de santé buccodentaire. Le traitement restaurateur atraumatique est une intervention conservatrice et libre de traumatisme, qui sert à traiter les caries dentaires, quel que soit le groupe d'âge. Il est surtout utile chez les enfants, les aînés, les personnes ayant des besoins spéciaux et celles qui souffrent d'anxiété dentaire.

Le fluorure diamine d'argent (FDA) est un agent désensibilisant et cariocide qui peut être utilisé seul ou en combinaison avec le TRA par les hygiénistes dentaires, dans le cadre du traitement restaurateur modifié avec un produit à base d'argent. Le FDA est un produit sécuritaire, efficace, bien toléré, et rentable. On obtient de meilleurs résultats en appliquant le FDA qu'avec le TRA seul parce qu'il arrête le processus carieux et prévient de nouvelles caries. De plus l'utilisation du FDA plus TRA est 20 fois moins cher qu'une obturation conventionnelle. Il peut être effectué sur tous les patients pour lesquels le TRA est indiqué. Le FDA associé au TRA peut constituer un outil puissant pour éradiquer la carie dentaire, en particulier chez les patients lourdement atteints de maladies carieuses, n'ayant pas accès ou ayant un accès limité à un cabinet de dentiste, et dont les ressources financières ne permettent pas de recourir au traitement conventionnel de la carie.

RENSEIGNEMENTS AVANT DE VOUS INSCRIRE

Pour un plein accès à la formation continue

Afin d'encourager et de soutenir le développement professionnel de ses membres, l'OHDQ développe ses formations continues de manière à offrir un contenu complet, diversifié et orienté vers l'innovation, pour mieux s'adapter aux pratiques de demain: nouvelles tendances socioéconomiques, démographiques, légales ou encore en matière de pratiques cliniques. Votre Ordre œuvre sans relâche pour que chaque membre maîtrise l'information disponible, développe ses compétences en conséquence et soit au plus près des enjeux qui lui sont propres.

Description de la formation

Le but de cette formation est de faire une courte révision des systèmes d'évaluation et de classifications de la carie dentaire, d'expliquer le TRA, d'explorer en détail le FDA, ses indications, ses avantages et ses inconvénients.

Chaque participant à cette formation doit obligatoirement répondre à « l'examen de validation et de compréhension » (onglet Mes formations). Pour ce faire, le visionnement des trois vidéos est nécessaire. Les réponses à ce questionnaire, qui vise à évaluer leur compréhension, doivent être transmises à la responsable de la formation continue, Mme Monique Delisle, HD, à mdelisle@ohdq.com. La note de passage est 80 %.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette conférence webinaire asynchrone, les participants devraient être en mesure de (d'):

1. Décrire l'étiologie, la pathophysiologie et les facteurs de risques reliés à la carie dentaire;
2. Reconnaître les différents systèmes d'évaluation et de classification de la carie dentaire;
3. Expliquer comment faire un examen clinique et radiologique dans le but de déterminer si le TRA et le FDA sont indiqués;
4. Différencier les avantages et les limitations du TRA, du FDA et du TRA plus le FDA;
5. Proposer des approches d'utilisation concomitante du FDA et du TRA;
6. Critiquer les approches d'utilisation concomitante du FDA et du TRA.

Objectifs du cours

Session théorique:

- Identifier les principaux facteurs de risque et les causes de la carie dentaire via *CAries Management by Risk Assessment* (CAMBRA);
- Distinguer les subtilités des systèmes de classification ICDAS II et ICCMS;
- Utiliser les systèmes de classification ICDAS II et ICCMS;
- Comparer les approches TRA versus FDA;
- Concevoir un plan d'action pour remédier les caries par TRA et FDA;
- Évaluer les différentes approches de traitement de la carie dentaire (conventionnel versus TRA, TRA plus FDA).

Procédure d'inscription :

- Le nombre d'inscriptions est limité pour chaque cours.
- Les cours sont sujets à annulation si le nombre d'inscriptions par conférence n'est pas atteint, et ce, jusqu'à un mois avant la tenue du cours.
- Les cours sont réservés aux membres de l'Ordre seulement.
- Les inscriptions se font en ligne seulement au www.ohdq.com. Aucune inscription ne sera acceptée 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.
- Une confirmation de la transaction vous sera envoyée par courriel.
- Vous recevrez une lettre de confirmation par courriel.
- L'attestation et le reçu seront transmis par courriel après les formations. Seuls le formulaire d'appréciation et le registre des présences seront disponibles sur place. Aucun crayon ni tablette ne sont fournis sur les lieux.
- Pour la formation RCR, la carte de certification sera postée.
- Café, thé et eau seront servis à toutes les formations, à moins d'indication contraire.
- Le dîner est inclus dans le coût de l'inscription pour les formations de 6 heures.

NB: Les notes de cours sont à la discrétion de chaque conférencier.

Politique de remboursement

Un remboursement vous sera accordé si votre demande écrite 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 Liliane Mukendi par courriel à info@ohdq.com.

Formations organisées par l'OHDQ

Dès votre inscription à un cours de l'OHDQ, les heures seront automatiquement comptabilisées à votre dossier de membre. Toutefois, si vous êtes absent le jour de l'évènement et/ou omis de signer le registre des présences, l'Ordre annulera les heures concernées.

Modérateurs recherchés

L'Ordre est à la recherche de modérateurs pour chaque formation à l'exception de la formation RCR.

Le rôle du modérateur consiste à présenter le conférencier, à s'assurer du bon déroulement de la logistique (pause-santé, dîner, équipement audiovisuel), à remettre un formulaire d'appréciation à chaque participant et à s'assurer que ceux-ci signent le registre des présences à la fin de la formation. Le modérateur devra par la suite retourner les formulaires d'appréciation, le registre des présences ainsi que tout autre matériel à l'Ordre dans l'enveloppe fournie et préaffranchie, au plus tard dans les 7 jours suivant la formation.

Les personnes qui sont intéressées peuvent communiquer avec M^{me} Nadine Caron par courriel à ncairon@ohdq.com ou par téléphone au 514 284-7639, poste 205.

À noter qu'un membre qui agit comme modérateur peut assister à la formation gratuitement.

NOUS RECRUTONS!

- 🕒 Vos disponibilités = votre horaire!
- 💰 Salaire compétitif
- ➕ Postes permanents et/ou placement temporaire



De plus:

- ➕ Plusieurs spécialisations possibles
- ➕ Formations offertes
- ➕ Adhésion à l'ordre payée
- ➕ Diverses primes monétaires
- ➕ Assurances collectives
- ➕ Escomptes de soins dentaires
- ➕ Régime de retraite avec participation employeur

Valérie Doucet,
hygiéniste dentaire,
coordonnatrice de
plans de traitements

Joignez-vous à notre équipe de créateurs de sourires!

cv@centreslapointe.com

Lapointe
centres dentaires



STAGE EN SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE EN AFRIQUE

CÉGEP EDOUARD-MONTPETIT

En janvier dernier, six finissantes du programme de Techniques d'hygiène dentaire du cégep Édouard-Montpetit et deux professeures participaient à la quatrième édition de stage d'enseignement des mesures d'hygiène buccodentaire auprès de la population sénégalaise.

Lors de ces deux semaines de stage, les étudiantes ont rencontré plus de 1800 enfants fréquentant le préscolaire, l'élémentaire et le secondaire d'écoles publiques et privées. Le partenariat établi avec les conseillers pédagogiques du Sénégal a permis de guider les enseignantes et les étudiantes quant à la création d'activités éducatives adaptées aux besoins de cette culture. En l'occurrence, les éléments abordés pour une bonne santé buccodentaire traitaient : du processus de la carie, du brossage, de la gingivite, de l'alimentation et de l'initiation à la soie dentaire. De plus, des affiches aide-mémoire ont été créées et offertes aux enseignants sénégalais afin d'assurer la pérennité des notions enseignées.

En outre, les étudiantes ont eu la chance d'être accueillies chaleureusement lors d'une visite d'un cabinet dentaire et d'avoir un échange fort enrichissant avec la dentiste sur le fonctionnement de son cabinet et la réalité de la condition buccodentaire des Sénégalais.

Enfin, ce stage aura permis à ces étudiantes de se développer tant sur le plan professionnel que personnel par la rencontre interculturelle, le travail d'équipe, la capacité d'adaptation et l'ouverture à la différence, tout en réalisant l'importance de la prévention dans notre société.



Première rangée de gauche à droite :

Justine Rondeau, Sarah Foisy-Dufresne, Isabelle Giroux, Jolène Thériault, Noémie Gravel, Noémie Béland.

Debout : Lucie Fortier et Linda Desfossés.



Protégez ce qui compte, à des tarifs exclusifs

La Personnelle est l'assureur de groupe auto, habitation et entreprise choisi par l'OHDQ



Le partenariat entre l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec et La Personnelle vous donne accès à des tarifs exclusifs, non offerts au grand public, pour vos assurances auto, habitation et entreprise. **C'est la force du groupe en action!**

Voici pourquoi choisir La Personnelle



Parmi les **leaders** en expérience client¹



Partenaire de **+200** organisations

Demandez une soumission
1 888 476-8737
lapersonnelle.com/ohdq



La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. Certaines conditions, exclusions et limitations peuvent s'appliquer.

1. Étude comparative sur les assureurs auto/habitation en Ontario et au Québec - 2018 (par SOM) - Classement basé sur les principales marques d'assurance de dommages.

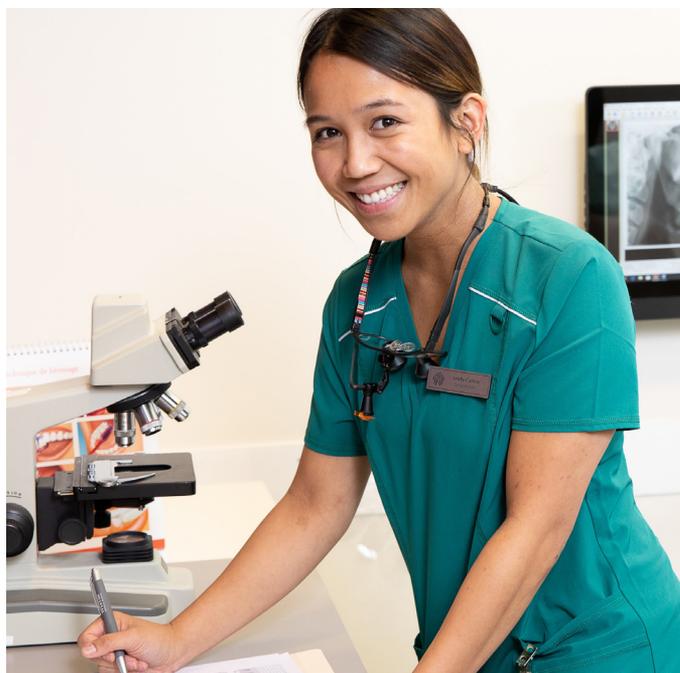
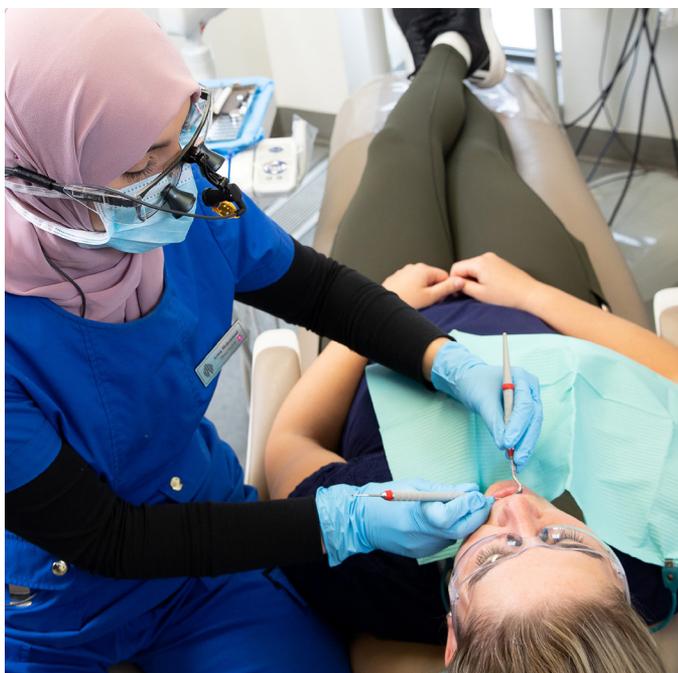
SÉANCE PHOTO AU COLLÈGE JOHN ABBOTT

Afin de développer une banque de photos, l'Ordre a fait appel au Collège John Abbott pour une séance photo très particulière dans sa clinique d'hygiène dentaire. Le 27 janvier dernier, des étudiants et professeurs de ce collège se sont donc prêtés au mannequinat. Toute la journée, par équipe de deux, les mannequins d'un jour ont pris la pose sous l'objectif d'un photographe professionnel.

Ces photos serviront à l'Ordre pour ses différentes communications : rapports annuels, congrès, site Web, etc. Ne soyez donc pas surpris de voir une connaissance ou vous-mêmes en vedette dans l'une de nos prochaines publications!

L'Ordre tient à remercier les bénévoles, autant les mannequins que l'ensemble des personnes travaillant dans l'ombre, qui ont aidé à faire de ce projet un réel succès!

Également, nous tenons à remercier chaleureusement le Collège John Abbott et le programme en Techniques d'hygiène dentaire. Sans leur accord et leur participation active au projet, celui-ci n'aurait pu se réaliser. Merci!





BOURSES D'EXCELLENCE

PRIX SYLVIE DE GRANDMONT

L'Ordre a créé cette récompense honorifique dans le but de souligner l'engagement exceptionnel d'un de ses membres. L'implication extraordinaire de cette personne doit avoir permis à la profession d'hygiéniste dentaire d'élargir son horizon et de favoriser son rayonnement. Le trophée Sylvie-de-Grandmont est un prix d'excellence ainsi nommé en l'honneur de sa première récipiendaire, madame Sylvie de Grandmont, H.D.

Pour y parvenir, le candidat doit avoir, soit :

- rehaussé l'image de la profession;
- participé à l'avancement de la profession; ou
- amélioré les services offerts au public.

Comme les candidatures potentielles doivent être soumises par deux (2) de leurs pairs hygiénistes dentaires, nous vous invitons à prendre un moment de réflexion afin de rechercher cette perle rare dans votre entourage. Seuls, votre sens de l'observation et votre collaboration nous permettent de découvrir les exploits dignes de mention réalisés dans votre région et d'en connaître les auteurs.

Vous trouverez tous les détails au sujet du prix Sylvie-de-Grandmont dans le site Web de l'OHDQ, dans la section Membres.

PRIX MÉRITE DU CIQ

Le prix Mérite du CIQ constitue également une reconnaissance de prestige pour le professionnel à qui il est décerné. Un Mérite du CIQ est attribué annuellement à chaque ordre présentant l'un de ses membres qui respecte les critères d'attribution. Ce sont les administrateurs des ordres professionnels qui doivent soumettre les candidatures au Conseil interprofessionnel du Québec.

Pour mériter ce grand honneur, le candidat doit :

- avoir effectué des réalisations ayant un impact sur le développement de son ordre professionnel; et
- contribué d'une façon significative au développement de sa profession en lien avec les valeurs du système professionnel.

Si vous connaissez un hygiéniste dentaire qui pourrait se qualifier pour le Mérite du CIQ, nous vous prions de nous soumettre sa candidature par courriel. Les lauréats de ces deux prix d'excellence et de prestige gagnent en surplus le respect et la reconnaissance de leurs pairs et de la communauté des professionnels de la santé.

BOURSE MÉRITAS ET CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

La Bourse Méritas, au montant de 1000\$ est attribuée à 4 lauréats, selon les conditions d'admissibilité et les critères d'évaluation suivants:

Conditions d'admissibilité au moment du dépôt de la candidature

- 1) Être inscrit dans un programme d'études collégiales en hygiène dentaire, dans sa dernière année d'études;
- 2) Soumettre deux lettres de recommandation en soutien à la candidature rédigées par des tierces personnes dont au moins une par un enseignant en hygiène dentaire. Ces lettres mettent en lumière les qualités du candidat sur le plan des études ou de l'engagement dans la société.

Critères d'évaluation

Les demandes seront évaluées selon les critères suivants :

1) Excellence du dossier académique (pondération 20%)

Le candidat doit fournir un relevé de notes à jour (bulletin d'études collégiales mentionnant que le DEC technique en hygiène dentaire a été complété et réussi) et devra être dans la 3^{ème} année de son parcours académique.

2) Texte de présentation (pondération 70%)

Le candidat doit fournir un texte d'un maximum de 600 mots expliquant ses motivations à faire carrière dans le domaine dentaire, sa vision de la profession et ses engagements parascolaires et sociaux.

3) Présentation du dossier (pondération 10%)

Le comité s'attend à un dossier rédigé convenablement, exempt de fautes d'orthographe, et dont la mise en page est soignée.

Les dossiers seront évalués par les membres du Comité des bourses lors de leur réunion annuelle en septembre.

Vous devez faire parvenir votre dossier à l'OHDQ au plus tard le **30 juin**.

Pour obtenir plus de détails, visitez notre site Web

www.ohdq.com



CORONAVIRUS (COVID-19)

Nous invitons les hygiénistes dentaires à consulter régulièrement la page Coronavirus (Covid-19) du site Web de l'Ordre, afin d'accéder à divers outils, liens utiles et directives pour le Québec et les professionnels du domaine buccodentaire.

ON RESTE À LA MAISON ET ON SAUVE DES VIES!



 Québec.ca/**coronavirus**

418/450/514/819 ou
1 877 **644-4545**

Votre
gouvernement

Québec 

7 ÉTAPES POUR OBTENIR L'INDÉPENDANCE FINANCIÈRE

Certaines personnes n'ont pas à travailler à temps plein pour assumer leurs besoins de base. Leurs actifs génèrent des revenus qui sont supérieurs à leurs dépenses. C'est ce qu'on appelle l'indépendance financière. Et cette situation, qui donne envie, n'est pas une question de salaire. Découvrez comment vous pourriez y parvenir.

1. Définir ses buts et ses objectifs

Des objectifs mesurables et réalistes vous aideront à résister à la tentation d'acheter le dernier gadget technologique ou de tomber dans le piège de la surconsommation.

2. Faire un budget

Tenir un budget à jour vous aidera à prendre conscience de vos dépenses, tout en simplifiant la gestion de votre argent. Qu'il s'agisse d'un fichier Excel ou d'un document plus complexe, compiler les entrées et les sorties d'argent dans un tableau vous évite de dépenser plus que vous ne gagnez.

3. Gérer ses dettes

Qu'il s'agisse d'un prêt étudiant, d'un solde de carte de crédit ou d'une hypothèque, il est essentiel de liquider en priorité vos dettes dont le taux d'intérêt est élevé. Bien entendu, cela peut signifier avoir à faire quelques concessions pour mettre l'argent au bon endroit.

4. Mettre de l'argent de côté

Le plus simple est d'opter pour l'épargne systématique. Par exemple, programmer un virement automatique vers un compte épargne au lendemain du dépôt de votre paie. Sans même y penser, vous amasserez au bout de quelques mois un montant à investir judicieusement.

5. Créer un fonds en cas d'urgence

Difficile de prévoir les imprévus. Mais en ayant mis de côté un montant dans un fonds d'urgence, vous éviterez de vous endetter à nouveau. Votre fonds d'urgence devrait correspondre à trois mois de salaire normal. Avec un budget, vous pourrez amasser plus facilement le montant nécessaire.

6. Suivre son plan

L'indépendance financière n'est pas un rêve. C'est un objectif réalisable qui demande beaucoup de détermination, de rigueur et de discipline. Après avoir couché sur papier des objectifs et établi des buts à atteindre, élaborer un plan par étapes pour y arriver.

7. Réévaluer ses besoins

Réévaluez votre budget, vos dépenses fixes (loyer ou hypothèque, assurances, chauffage) et vos dépenses variables (restaurants, sorties au cinéma, vêtements) sur une base régulière. L'exercice vous permettra peut-être d'économiser davantage pour ensuite passer en mode investissement et vous rapprocher de votre objectif d'indépendance financière.

Entre retraite et indépendance financière

Qu'est-ce qui définit une retraite réussie et agréable? Si jadis on économisait pour la retraite, aujourd'hui, on économise pour acquérir l'indépendance financière. De toute façon, la retraite projetée par les *baby-boomers* est bien différente de celle envisagée par les générations X et Y. L'objectif n'est plus d'arrêter de travailler, mais plutôt de faire ce que l'on aime.

Avec une bonne planification, vous pourrez compter sur des revenus passifs pour assumer les dépenses courantes et maintenir votre indépendance financière après 65 ans. Il peut s'agir de placements plus ou moins risqués ou encore d'investissements immobiliers qui rapportent des revenus récurrents.

Selon votre profil, un conseiller financier peut vous aider à prendre en main vos finances et à établir un scénario qui tracera la voie vers votre indépendance financière et vers... la liberté!

Banque Nationale vous propose une offre privilège pour les hygiénistes dentaires. Pour connaître les avantages reliés à cette offre spécialement adaptée, visitez le bnc.ca/specialiste-sante.

VOTRE ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Votre profession exige que vous possédiez une assurance responsabilité professionnelle pour pouvoir exercer en toute légalité. C'est pourquoi l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ) souscrit pour vous cette protection auprès de La Capitale assurances générales, une compagnie entièrement québécoise reconnue pour la qualité de ses garanties et pour l'excellence de son service pour ce type de produit. Qu'en est-il de cette protection? En quoi peut-être vous être utile? Survol de votre protection.

Pourquoi une assurance responsabilité professionnelle ?

Souscrire une assurance responsabilité professionnelle figure parmi les exigences du Code des professions du Québec. Cette obligation poursuit deux objectifs principaux, soit :

1. protéger le public contre toute faute, négligence, imprudence ou inhabileté qu'un professionnel pourrait commettre dans le cadre de ses activités professionnelles;
2. protéger le professionnel, non seulement en couvrant les dommages compensatoires qu'il pourrait être tenu de responsable de payer, mais aussi en prenant sa défense si une action en justice était intentée contre lui.

Supposons qu'un de vos patients soit insatisfait des traitements et des services que vous lui avez prodigués. S'il estime avoir subi des dommages, il pourrait faire une réclamation contre vous.

Mais attention : ce n'est pas parce que l'on vous estime responsable d'un dommage que vous l'êtes. Quelle que soit l'issue des démarches, sachez que ce genre de situation implique forcément des dossiers à constituer et une défense à assumer. En prenant en charge ces actions, votre assureur peut vous donner un sérieux coup de pouce.

Les activités assurées : pour une pratique en toute tranquillité

Votre assurance responsabilité professionnelle couvre les activités professionnelles qui **font partie du champ d'exercice régi par l'OHDQ**. Elle couvre aussi les activités professionnelles qui, accessoirement ou occasionnellement, peuvent être exercées à l'extérieur du Canada dans la mesure où des poursuites judiciaires sont intentées contre vous au Canada. Elles incluent notamment l'enseignement, la supervision, les opinions et les conseils.

Par conséquent, tant que la police est en vigueur, votre assureur s'engage à payer **les dommages compensatoires** couverts résultant d'une faute, d'une négligence, d'une imprudence ou d'une inhabileté dans l'exécution de vos activités professionnelles assurées. Vous êtes protégé jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$ par sinistre et de 1 000 000 \$ par période d'assurance. De la même façon, votre assureur assumera **les frais de votre défense** en cas de poursuite en responsabilité professionnelle.

Garanties additionnelles : une protection accrue

Il est intéressant de noter que votre police d'assurance responsabilité professionnelle avec La Capitale inclut trois garanties additionnelles, qui viennent rehausser votre protection :

- Le **remboursement** des frais inhérents à votre défense, et ce, jusqu'à concurrence de 50 000 \$, pour toute poursuite intentée contre vous devant un tribunal de juridiction criminelle à la suite de l'exercice d'activités professionnelles, sauf si vous plaidez coupable ou êtes jugé coupable pour le tribunal.

- Le **remboursement**, jusqu'à concurrence de 25 000 \$, des frais de défense que vous pourriez engager lors d'une poursuite intentée contre vous par un autre ordre professionnel pour pratique illégale d'une autre profession, sauf si vous plaidez coupable ou êtes déclaré coupable par le tribunal.
- Le **remboursement** de vos frais d'assistance légale dans l'éventualité où vous devriez témoigner dans une enquête de coroner ou auprès d'une commission spéciale, sauf si vous agissez à titre de témoin expert. Cette protection couvre jusqu'à 25 000 \$ de frais.

À retenir

- En tant que membre en règle de l'OHDQ, vous êtes couvert pour les activités professionnelles faisant partie du champ d'exercice de la profession régie par votre ordre.
- La garantie générale offerte couvre les dommages compensatoires que vous pourriez être tenu de payer à autrui, y compris tous les frais engagés pour l'enquête, la défense, la négociation et la conclusion du règlement.

Attention : les frais rattachés aux procédures liées au dépôt d'une plainte contre vous au Conseil de discipline de l'OHDQ ne sont pas couverts par cette assurance.

- Le contrat d'assurance responsabilité professionnelle offert par La Capitale prévoit les exclusions usuelles; entre autres, elle ne couvre pas les dommages découlant d'un acte criminel et d'une faute intentionnelle. Ainsi, si la situation fait l'objet d'une exclusion, les frais de défense qui y sont rattachés seront également exclus.

- Pour que la responsabilité d'un individu ou d'un professionnel soit en cause, **les trois éléments suivants doivent être réunis :**

- il doit y avoir eu **faute**, c'est-à-dire manquement à un devoir;
- le demandeur doit avoir subi un préjudice, c'est-à-dire **un dommage**;
- il doit y avoir un **lien de causalité**, c'est-à-dire un lien entre la faute et le dommage.

Détenir une assurance responsabilité professionnelle est une obligation. Mais c'est aussi et surtout une solide protection contre des problèmes qui pourraient vous causer bien des maux de tête.

Connaissant les grandes lignes de votre contrat, vous pouvez maintenant exercer votre profession en toute tranquillité d'esprit. Pour plus amples renseignements, nous vous invitons à consulter le site de La Capitale assurances générales à l'adresse suivante : lacapitale.com/ohdq.

La Capitale assurances générales
1 866 906-2120



ALLEZ JUSQU'AU BOUT DE LA GINGIVITE



Le dentifrice
Crest Gum Detoxify
travaille jusqu'à 4 mm
sous la marge gingivale.

Le fluorure stanneux se lie aux toxines néfastes des bactéries responsables de la plaque, ce qui aide à les empêcher de déclencher la réponse inflammatoire cellulaire. Il a été cliniquement prouvé que le dentifrice Crest Gum Detoxify aide à inverser la gingivite et à réduire les saignements des gencives et l'inflammation chez plus de 99 % des clients atteints de gingivite*.

**Recommandez le dentifrice Crest Gum Detoxify.
Combat la gingivite à la source.**



www.dentalcare.ca

* dans le cadre d'études cliniques.

© P&G, 2020 ORAL-23056 PGOCMW-20103