



JADC

Journal de l'Association dentaire canadienne

Vol. 69, N° 10

Novembre 2003



Sculpture du Dr Bruce Blasberg

L'ADC : Bilan de l'année

Évaluation d'une lampe à polymériser à DEL de deuxième génération

Plasma riche en plaquettes : applications en dentisterie

Prise en charge en urgence d'un abcès apical aigu

Effets fonctionnels et psychosociaux de l'édentation

Apprentissage interprofessionnel : la violence familiale

Revue dentaire du Canada révisée par des pairs

• www.cda-adc.ca/jadc •

Un sourire de gagnant

Votre sourire est explicite : des soins dentaires qualifiés et professionnels administrés avec fierté. Et nous sommes ravis de contribuer à vos succès.

Comme toujours, Servident, division de Ash Temple, va de l'avant, travaillant de concert avec ses clients, devinant leurs besoins et mettant au point toujours plus de produits et de services efficaces.

Notre souci constant est de découvrir de nouvelles façons d'aider les praticiens de médecine dentaire à atteindre leurs buts professionnels et d'affaires. Parce que quand vous gagnez, nous gagnons aussi.

Nous aimerions partager avec vous plus de renseignements sur les sociétés Ash Temple. Il vous suffit d'appeler le 1 800 363-1324 ou de visiter notre site web à l'adresse ashtemple.com

***servident*^{at}**

Pour l'avancement des pratiques dentaires

Fournitures • Équipement • Conception
Réparations • Financement • Transitions

Directeur général de l'ADC

George Weber

Rédacteur en chef

Dr John P. O'Keefe

Rédacteur principal/éditeur

Harvey Chartrand

Révisseuse adjointe

Natalie Blais

Coordonnatrice de la
traduction française

Nathalie Upton

Coordonnatrice des publications

Rachel Galipeau

Chef de la conception et
de la production

Barry Sabourin

Conceptrice graphique

Janet Cadeau-Simpson

Rédacteurs associés

Dr Michael Casas

Dre Anne Charbonneau

Dre Mary McNally

Dr Sebastian Saba

Les collaborateurs assument l'entière responsabilité de leurs opinions et des faits dont ils font état et ceux-ci n'expriment pas nécessairement les vues de l'Association dentaire canadienne. Le rédacteur en chef se réserve le droit de corriger les textes soumis pour publication dans le *Journal*. La publication d'une annonce commerciale ne signifie pas nécessairement que l'Association dentaire canadienne en appuie ou en endosse le contenu.

Le *Journal de l'Association dentaire canadienne* est publié dans les deux langues officielles à l'exception des articles scientifiques qui sont publiés dans leur langue d'origine. Les lecteurs peuvent recevoir le *Journal* dans la langue de leur choix.

Le *Journal de l'Association dentaire canadienne* est publié 11 fois par année (juillet-août ensemble) par l'Association dentaire canadienne au 1815, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 3Y6. Copyright 1982 par l'Association dentaire canadienne. Autorisé comme Envoi de poste-publications – Enregistrement n° 40064661. Port payé à Ottawa (Ontario). Veuillez nous prévenir le 10 du mois de tout changement d'adresse pour recevoir le *Journal* à votre nouvelle adresse le mois suivant. Un abonnement vaut pour 11 numéros et coïncide avec l'année civile. Tout abonnement pour 2004 est payable à l'avance en devises canadiennes. Au Canada — 71,96 \$ (+TPS), aux États-Unis — 105 \$, partout ailleurs — 130 \$. Membre : American Association of Dental Editors et Office canadien de vérification de la diffusion • Pour obtenir d'autres renseignements, appelez l'ADC au : 1-800-267-6354 (au Canada seulement) • Partout ailleurs : (613) 523-1770 • Télécopieur : (613) 523-7736 • Courriel de l'ADC : reception@cda-adc.ca • Site Web : www.cda-adc.ca

ISSN 1481 2320
Imprimé au Canada

Énoncé de mission

L'Association dentaire canadienne est le porte-parole national officiel de la dentisterie, voué à la représentation et au progrès de la profession à l'échelle nationale et internationale, ainsi qu'à la réalisation d'une santé buccodentaire optimale.

Conseillers de rédaction

Dre Catalena Birek

Dr Jeff Coil

Dr Pierre C. Desautels

Dr Terry Donovan

Dr Robert Dorion

Dr Robert V. Elia

Dr Joel B. Epstein

Dr Kenneth E. Glover

Dr Daniel Haas

Dr Robert J. Hawkins

Dr Claude Ibbott

Dre Aleksandra Jokovic

Dr Asbjørn Jokstad

Dr Richard Komorowski

Dr Ernest W. Lam

Dr James L. Leake

Dr William H. Liebenberg

Dr Kevin E. Lung

Dre Debora C. Matthews

Dr Alan R. Milnes

Dr David S. Precious

Dr Richard B. Price

Dr N. Dorin Ruse

Dr George K.B. Sàndor

Dr Benoît Soucy

Dr Gordon W. Thompson

Dr David Tyler

Dr Robert S. Turnbull

Dr Peter T. Williams

Conseil d'administration de l'ADC

Président

Dr Louis Dubé

Sherbrooke, Québec

Président-désigné

Dr Alfred Dean

Sydney, Nouvelle-Écosse

Vice-président

Dr Jack Cottrell

Port Perry, Ontario

Dr Michael Connolly

Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard

Dr Craig Fedorowich

Hamiota, Manitoba

Dr Wayne Halstrom

Vancouver, Colombie-Britannique

Dr Gordon Johnson

North Battleford, Saskatchewan

Dr Robert MacGregor

Kentville, Nouvelle-Écosse

Dr Wayne Pulver

Willowdale, Ontario

Dr Jack Scott

Edmonton, Alberta

Dr Robert Sexton

Corner Brook, Terre-Neuve et Labrador

Dr Darryl Smith

Valleyview, Alberta

Dre Deborah Stymiest

Fredericton, Nouveau-Brunswick

No Interest Payment Plans Now Available



"CareCredit gives our patients another payment option and makes it even easier for them to accept recommended treatment. We present it as a payment option to every patient that comes to us for care."

— Dr. Bruce Fletcher
London, Ontario

A Welcome Sign

Practices currently offering CareCredit™ have found that patients welcome and appreciate the ability to pay for recommended treatment with No Interest payment plans. Now introducing, for your patients' dental needs, 3, 6 & 12 Month No Interest Payment Plans from CareCredit.

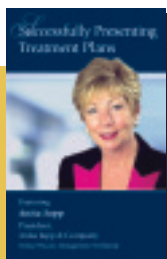
CareCredit, a division of GE Capital, is the leading patient financing programme in North America, and the only one exclusively selected for their members by the ADA,* AGD, AAOMS, and AAP. Our flexible, low monthly payment options help more patients start recommended treatment today. And with CareCredit, your practice receives payment within two business days — with no responsibility if the patient delays payment or defaults.

Call 800-300-3046 ext. 519 and take advantage of our **Introductory Offer**. Call today, because No Interest Payment Plans are an option your patients will definitely welcome.

800-300-3046 x519
www.carecredit.ca

CareCredit™
Patient Payment Plans

* ADA Member Advantage™, is a service mark of the American Dental Association. ADA Member Advantage is a program brought to you by ADA Business Enterprises, Inc. a for-profit subsidiary of the American Dental Association.



Call to take advantage of our **Introductory Offer** or to receive a **FREE** audiobook/CD, "Successfully Presenting Treatment Plans" featuring

Anita Jupp, President, Anita Jupp & Company.

TABLE DES MATIÈRES

Journal de l'Association dentaire canadienne

CHRONIQUES

Éditorial	627
Le mot du président	629
Portrait du président	630
Courrier	633
Actualités	637
L'ADC : Bilan de l'année	643
Défi diagnostique	668
Sommaires cliniques	672
Point de service	677
Images cliniques	683
Nouveaux produits	690
Les petites annonces	691
Index des annonceurs	698

Toute demande touchant le *Journal* doit être adressée au : Rédacteur en chef, *Journal de l'Association dentaire canadienne*, 1815, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 3Y6. Courriel : rgaliptau@cda-adc.ca.

- Sans frais : 1-800-267-6354 •
- Tél. : (613) 523-1770 •
- Télécopieur : (613) 523-7736 •

Toute demande touchant les **petites annonces** doit être adressée à : Mme Beverley Kirkpatrick a/s L'Association médicale canadienne, 1867, prom. Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 3Y6

- Sans frais : 1-800-663-7336, poste 2127 •
- Tél. : (613) 731-9331, poste 2127 •
- Télécopieur : (613) 565-7488 •

Toute demande touchant la **publicité** doit être adressée à : Mme Marg Churchill a/s Keith Health Care Inc., 104-1559, rue Huron-tario, Mississauga (Ontario) L5G 4S1

- Sans frais : 1-800-661-5004 •
- Tél. : (905) 278-6700 •
- Télécopieur : (905) 278-4850 •

La publication d'une annonce commerciale ne signifie pas nécessairement que l'Association dentaire canadienne en appuie ou en endosse le contenu.

SUJET PROFESSIONNEL

Evolution of Interprofessional Learning: Dalhousie University's "From Family Violence to Health" Module

Grace M. Johnston, MHSA, PhD
Helen A. Ryding, BDS, MSc
Lindsay M. Campbell, BSc, MHSA

PRATIQUE CLINIQUE

Emergency Management of Acute Apical Abscesses in the Permanent Dentition: A Systematic Review of the Literature

Debra C. Matthews, DDS, Dip Perio, MSc
Susan Sutherland, DDS, MSc
Bettina Basrani, DDS, Dip Endo, PhD

A Review of the Functional and Psychosocial Outcomes of Edentulousness Treated with Complete Replacement Dentures

Patrick Finbarr Allen, BDS, PhD, MSc, FDS RCPS
Anne Sinclair McMillan, BDS, PhD, FDS RCPS, FDS RCS(Ed)

Platelet-Rich Plasma: A Promising Innovation in Dentistry

Tolga Fikret Tözüm, DDS, PhD
Burak Demiralp, DDS, PhD

RECHERCHE APPLIQUÉE

Evaluation of a Second-Generation LED Curing Light

Richard B.T. Price, BDS, DDS, MS, FDS RCS (Edin), FRCD(C), PhD
Corey A. Felix, BSc, MSc
Pantelis Andreou, PhD



Oral-B

Une étude indépendante* a permis de conclure que la technologie d'oscillation / de rotation, une innovation d'Oral-B, est la plus efficace pour réduire la plaque et la gingivite.

* Pour obtenir de plus amples renseignements et lire les extraits publiés, visitez le site Web de la Cochrane Collaboration à www.update-software.com/toothbrush.

Veuillez jeter un coup d'œil à notre publicité sur la page opposée à l'éditorial.

Voici la série Oral-B ProfessionalCare^{MC} 7000.

Technologie 3D Excel éprouvée.
Conception modernisée.

La nouvelle version modernisée et perfectionnée dynamique de notre brosse à dents électrique vedette Oral-B 3D Excel.

➤ **Encore plus de mouvements d'oscillation** à la minute pour une sensation exceptionnelle

➤ **La nouvelle minuterie professionnelle** émet un signal toutes les 30 secondes pour favoriser un nettoyage allant d'un quadrant à l'autre.

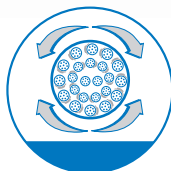
➤ **Le nouvel indicateur de charge** clignote jusqu'à recharge complète.

Il a été prouvé en clinique qu'elle enlève sensiblement plus de plaque que sonicare Elite⁰¹ dans toute la bouche, et sur les surfaces marginales et rapprochées.

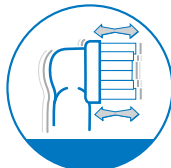
Encore plus de perfectionnements!

➤ **Le brossage tridimensionnel** allie de légères pulsations alternatives pour décoller la plaque et des mouvements latéraux d'oscillation pour la déloger.

➤ **Les soies FlexiSoft[®]** se courbent lorsqu'elles sont mouillées pour un nettoyage en douceur, tandis que les extrémités interdentaires pénètrent plus profondément pour enlever la plaque entre les dents.



OSCILLATIONS



+ PULSATIONS



= ACTION TRIDIMENSIONNELLE

Selon l'analyse Cochrane :
« Les brosses à action rotative et oscillante ont enlevé plus de plaque et ont réduit la gingivite plus efficacement que les brosses manuelles à court et à long terme... Aucun autre modèle de brosse électrique ne s'est avéré supérieur de façon constante. »¹

1. Données fichées. 2. Heanue M, et al., Manual versus powered toothbrushing for oral health (analyse Cochrane). Dans : The Cochrane Library, numéro 1, 2003, Oxford : Update Software.

Oral-B[®]
précisément

powered by **BRAUN**

Oral-B[®]

**Professional
Care 7000**

Le modèle d'essai Oral-B ProfessionalCare^{MC} 7000 Solo, à **34,95 \$*** offre toutes les caractéristiques perfectionnées, une poignée et une tête de brosse FlexiSoft[®].

- ☐ Oui, veuillez me faire parvenir modèle d'essai Oral-B ProfessionalCare^{MC} 7000 Solo, à 34,95 \$*
- ☐ Veuillez aussi me faire parvenir les brosses de rechange suivantes :

☐ Brosse de rechange EB17-1 FlexiSoft	9,95 \$*	Carton de 1	Qté : _____
☐ Brosses de rechange EB17-3 FlexiSoft	19,95 \$*	Carton de 3	Qté : _____
☐ Brosse de rechange Ortho OD17-1	9,95 \$*	Carton de 1	Qté : _____
☐ Brosses de rechange Extra souple EB-17 ES	19,95 \$*	Carton de 3	Qté : _____
☐ Brosse de rechange Interspace IP-17/1	9,95 \$*	Carton de 1	Qté : _____
☐ Étui de voyage	7,50 \$*	Unité	Qté : _____
☐ Brosse de rechange Disney - Princesses	9,95 \$*	Carton de 1	Qté : _____
☐ Brosse de rechange Disney - Buzz Lightyear	9,95 \$*	Carton de 1	Qté : _____
☐ Brosse de rechange Disney - Mickey Mouse	9,95 \$*	Carton de 1	Qté : _____

Pour commander, veuillez remplir le bon ci-dessous et l'envoyer

PAR TÉLÉCOPIEUR AU 1 800 420-3616

- Page couverture non requise.
- Taper l'information ou écrire lisiblement en caractères d'imprimerie à l'encre noire.

N° de permis _____

Je suis ☐ dentiste ☐ hygiéniste dentaire ☐ assistant(e) dentaire

Nom (nécessaire) _____

Raison sociale _____

Adresse du cabinet dentaire _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone (bur.) (nécessaire) _____

Télécopieur (bur.) (nécessaire) _____

Courriel _____

Signature autorisée (nécessaire) _____

Toutes les commandes seront envoyées au cabinet dentaire et facturées au compte de celui-ci par l'entremise de votre distributeur Oral-B. Veuillez préciser.

Distributeur	N° de compte	Distributeur	N° de compte
☐ Ash / Servident	_____	☐ Sinclair Dental Co	_____
☐ Henry Schein Arcona	_____	☐ Central Dental Supply	_____
☐ Patterson Dentaire Cda Inc.	_____	☐ Clift's Dental Supplies	_____
☐ Larr Sales	_____		

Offre d'une durée limitée : Une (1) offre pour le modèle d'essai Oral-B ProfessionalCare^{MC} 7000 Solo, à 34,95 \$* par dentiste, hygiéniste dentaire ou assistant(e) dentaire en pratique active par année.

* Prix courant pour professionnels. La TPS et les taxes de vente en vigueur s'appliquent. Offre limitée : 1^{er} septembre 2003 au 30 juin 2004. Veuillez prévoir de 6 à 8 semaines pour la livraison à partir de la date de réception de la commande. Aucune commande ne sera honorée sans la signature autorisée.

©2003 Oral-B Laboratories

Éditorial

L'EXPÉRIENCE ET L'INNOVATION OU LA MORT



Le Dr John P. O'Keefe

S'il vous plaît, n'ajustez pas votre appareil! Nous tentons une expérience ce mois-ci dans le *JADC* – un exemplaire unique peut-être. Bien que j'aie passé une grande partie des 6 dernières années à faire une distinction claire entre le contenu du *JADC* et celui de *Communiqué*, bulletin de l'ADC exclusivement réservé à ses membres, la version papier du présent numéro ressemble à un mélange de ces 2 publications. En fait, cette année, il n'y aura pas de numéro de novembre-décembre de *Communiqué*.

Le présent numéro comprend 5 articles «scientifiques», dont le texte intégral (en anglais seulement) n'est disponible que dans la version électronique du *JADC*, la version papier contenant des résumés d'une page de ces articles. Les autres articles cliniques contenus dans la version papier de ce numéro sont ceux que nous avons présentés dernièrement, qui sont plus courts et qui utilisent une approche pratique : *Images cliniques*, *Point de service*, *Sommaires cliniques* et *Défi diagnostique*.

Comme les versions abrégées des articles scientifiques ne requièrent que 5 pages d'impression, il reste plus

d'espace pour d'autres articles. Nous avons décidé d'offrir une section élargie de nouvelles sur l'ADC, qui souligne une partie des initiatives et réussites de l'Association au cours de la dernière année. Nous présentons également un aperçu de l'orientation de l'ADC au cours de la prochaine année. Ce sont des articles qui, en temps normal, seraient publiés dans le numéro *Revue annuelle* de *Communiqué*.

J'admets que mélanger ainsi le contenu de 2 publications comporte des risques, surtout lorsque nos lecteurs nous disent vouloir que le *JADC* utilise une approche plus clinique. Beaucoup nous ont dit qu'ils ne voulaient pas d'articles à saveur politique. Toutefois, en tant qu'association, nous nous trouvons dans une impasse : souvent, les dentistes canadiens nous disent qu'ils ne connaissent pas le programme de l'ADC. Et il s'agit notamment de membres éventuels. En ce qui a trait au présent numéro, qui est distribué à tous les dentistes du Canada, nous avons l'intention d'y présenter clairement ce programme pour ceux qui désirent le connaître.

M'inspirant d'un petit livre intitulé *Crisis in Communication*, écrit en 1965 par un ancien rédacteur de la publication *The Lancet*, j'ai voulu mener cette expérience pendant quelque temps. L'auteur de ce livre, Sir Theodore Fox, est d'avis qu'il existe 2 sortes de publications biomédicales : la revue de référence et le magazine biomédical. Le problème de communication dont il est question dans le livre est dû au fait que des éditeurs n'admettent pas que la «revue» classique est une publication réellement destinée à des chercheurs et des universitaires, alors que le magazine biomédical intéresse la grande majorité des praticiens occupés.

En 1965, Sir Theodore recommandait la publication d'articles de recherche en 2 versions : une version sommaire pour les praticiens et une version intégrale pour les chercheurs qui pourraient vouloir reproduire l'étude. De nos jours, les technologies de l'infor-

mation nous permettent de publier ces articles dans leur version intégrale par voie électronique et d'en produire un résumé sur papier. Le numéro du *JADC* que vous avez en main est donc un magazine biomédical (selon les termes employés par Sir Theodore), alors que la version électronique est bel et bien la revue de référence.

J'ai très hâte que vous me disiez ce que vous pensez de cette expérience. Je trouve très important que nous transmettions aux dentistes canadiens des informations de qualité, à-propos et utiles à leur travail quotidien. C'est pourquoi je préconise que nous répondions aux questions que les dentistes du Canada nous posent.

Mais, comme je crois comprendre, nous nous sommes fixé un autre objectif concernant notre journal et c'est d'édifier notre profession et d'en promouvoir l'essor en diffusant des connaissances de nature scientifique. La profession que nous exerçons est fondée sur les connaissances. Les revues spécialisées (dont le format est dicté par certaines règles) constituent néanmoins un moyen reconnu de promouvoir une profession. C'est ce qui explique le fait que nous continuons de publier un journal. Suit inmanquablement la question suivante : «Est-ce un secteur d'activité que l'ADC devrait exploiter?»

Peu importe le secteur d'activité que choisit d'exploiter l'ADC maintenant, c'est certain qu'il changera dans les années à venir. Notre association vit une période de transition et tous nos produits et services, y compris nos publications, doivent être inspirés par un esprit d'innovation afin d'être utiles à nos membres dans un monde en constante évolution. Nous devons être à l'écoute des besoins de nos membres et entendre ce qu'ils ont à dire si nous voulons bâtir une association efficace et innovatrice. Alors dites-moi ce que vous pensez de cette expérience.

John O'Keefe
1-800-267-6354, poste 2297
jokeefe@cda-adc.ca



Est-ce que le dentifrice que vous recommandez disparaît dès la première bouchée ?

Pas s'il s'agit de Colgate Total.* La plupart des dentifrices n'offrent aucune protection contre la plaque après le brossage. Encore moins après la consommation d'aliments et de boissons, alors que les dents deviennent plus sujettes aux attaques bactériennes. Colgate Total* est différent. Il fait adhérer le triclosan (un agent antibactérien) aux dents pour une protection qui dure même après le boire et le manger. Des épreuves cliniques ont démontré que Colgate Total aide à combattre la gingivite, la plaque, la carie, les calculs supragingivaux et l'halitose.



Se brosser les dents 2 fois par jour pour une protection totale. Protège même après la consommation d'aliments et de boissons.

Colgate : Le choix des dentistes et des hygiénistes.[†]

[†]Étude de marché indépendante conservée dans les dossiers de Colgate-Palmolive.

*MD Colgate-Palmolive Canada Inc.

Le mot du président

PLANIFIER L'AVENIR



Le Dr Louis Dubé

La première assemblée de la nouvelle ADC a eu lieu à Ottawa en septembre. Une équipe de représentants a été élue suivant un nouveau système électoral. Nous pouvons maintenant affirmer sans équivoque que chaque province et territoire sont représentés au conseil d'administration de l'ADC. Auparavant, le Conseil exécutif de l'Association était composé de 9 membres, dont le président, le président désigné et le vice-président. Les membres représentaient les régions. Aujourd'hui, nous avons un membre du conseil d'administration par province et 3 sièges ouverts. Chaque membre contribuera à l'ordre du jour des questions, préoccupations et idées d'un point de vue local, régional ou national. Les décisions seront prises, par contre, d'un point de vue national.

Une des tâches les plus pressantes du nouveau conseil est de réexaminer la structure des comités et de synchroniser les commentaires avec le processus décisionnel. Au fil des ans, nous avons trouvé que, dans certains cas, les membres ou spécialistes de nos comités étaient «étiquetés» comme appartenant à un certain comité et qu'ils ne pouvaient pas

être utilisés à leur plein potentiel. Dans le passé, les membres des comités se sentaient parfois obligés d'organiser une rencontre pour remplir leur mandat, même si l'ordre du jour n'était pas toujours rempli. Dans le monde d'aujourd'hui, le temps et l'argent sont précieux, et on doit toujours en tenir compte. Nous ne pouvons nous permettre des dépenses inutiles. Le nouveau format et la nouvelle structure résoudront le problème, et les participants pourront travailler à leur plein potentiel de façon rentable.

Un processus décisionnel fondé sur les connaissances, comme celui auquel l'ADC a adhéré, implique qu'une nouvelle manière de procéder doit être adoptée. Des comités permanents seront créés et un groupe de spécialistes et de conseillers sera formé. Quand une question sera soulevée, l'assemblée générale ordonnera au conseil d'administration d'établir un groupe de travail spécifique à la question. On s'attend à ce que les meilleurs spécialistes en la matière trouvent une solution au problème, ce qui veut dire que le mérite sera le critère de sélection. Une fois que le mandat du groupe est rempli, les noms des spécialistes demeurent dans une banque de données jusqu'à ce qu'un nouveau mandat soit donné. Cette structure permettra à l'Association de répondre rapidement et efficacement à des questions émergentes.

Cette structure doit être organisée, souple et réceptive. Un processus décisionnel fondé sur les connaissances implique que 4 questions primordiales doivent être posées avant que toute étape ne soit prise : 1) Est-ce que cela entre dans notre mandat? 2) Est-ce que nos membres en ont besoin? 3) Qu'y-a-t-il déjà de disponible sur le sujet? 4) Quels aspects éthiques sont impliqués? Toutes nos décisions à l'ADC sont fondées sur ces 4 questions, qui nous aident à répondre et à rendre compte à nos dentistes membres et associations membres.

Une autre activité importante lors de notre prochaine session de planification

en novembre sera de mettre au fait les membres du conseil. Certains ont été élus pour la première fois lors de l'assemblée générale, et nous avons besoin que tous aient le même niveau de compréhension, si nous voulons que les décisions soient prises dans le cadre d'un processus fondé sur les connaissances. Enfin, la session de novembre sera la réunion où les directeurs de l'ADC débiteront le processus de résolution des problèmes avancés lors de l'assemblée générale et du forum stratégique de septembre (durant lequel le sujet de la promotion de la santé buccodentaire a été abordé). Le forum stratégique rassemble les principaux intervenants de la dentisterie pour définir les questions émergentes par le biais de présentations formelles et de discussions en table ronde. Les résultats de la session donneront forme à différents groupes de travail nécessaires pour trouver des solutions aux questions pressantes et pour entamer le processus visant à établir le budget de l'année prochaine.

Comme vous pouvez le voir, le conseil d'administration et le personnel de votre Association sont très actifs ces jours-ci. L'ADC est équipée, comme jamais auparavant, pour répondre aux questions d'une manière qui se conforme au monde accéléré d'aujourd'hui. L'ADC est plus que jamais engagée et présente dans les médias nationaux pour veiller à ce que le point de vue des dentistes canadiens soit connu, conformément à notre vision «Chef de file en matière de soins buccodentaires pour les Canadiens – dans l'éthique et la modernité, nous sommes à l'écoute».

Le monde de la dentisterie change constamment. Nous ne pouvons et ne devrions pas empêcher les changements de se produire. Ce qu'il faut faire, c'est travailler ensemble pour gérer le changement. Je suis confiant que notre nouvelle approche rapportera bientôt de grosses dividendes.

Louis Dubé, DMD
president@cda-adc.ca

Portrait du président

LE DR LOUIS DUBÉ : UN NOUVEAU REGARD SUR LA PROFESSION DENTAIRE

Le nouveau président de l'ADC, le Dr Louis Dubé de Sherbrooke (Québec) a commencé à s'engager socialement au cours de ses années d'études au Cégep de Bois-de-Boulogne à Montréal, où il a travaillé à la radio collégiale, puis à l'Université de Montréal, où il a collaboré au journal de la faculté de médecine dentaire. Le Dr Dubé a obtenu son DMD de l'Université de Montréal en 1980.

Pendant plusieurs années, il a participé activement aux activités de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ), dont il est devenu administrateur en 1992. En 1994, le Dr Dubé a été élu au Conseil exécutif de l'ADC. Depuis, il joue un rôle actif dans les affaires de l'ADC, ayant présidé le Comité directeur sur les relations gouvernementales, le Comité des distinctions et du développement des qualités de chef de file, et le Comité directeur sur les régimes de soins dentaires, tout en ayant siégé à de nombreux autres comités. En 2001, il a été élu vice-président de l'ADC.

Alors qu'il amorce son mandat à titre de président de l'ADC, le Dr Dubé dit vouloir faire en sorte que tous les dentistes du Canada soient représentés par l'ADC. Il s'engage également à faire tout son possible pour inciter les jeunes dentistes à adhérer à l'Association. «Je crois que les jeunes dentistes accordent plus d'importance aux services que leurs prédécesseurs, qui étaient plus sensibilisés aux idées et aux idéaux. Je pense qu'il

faut donc se concentrer sur ce secteur. Au cours des prochains mois, l'ADC offrira une multitude de nouveaux services qui intéresseront notamment les jeunes dentistes.»

Le Dr Dubé est résolu à terminer le travail que nécessite la restructuration de l'ADC, soit de constituer les comités permanents et de mettre en place le processus de consultation en ce qui a trait aux divers dossiers. «Grâce à notre nouvelle équipe de conseillers, nous serons en mesure de recourir aux personnes qui ont le plus d'expertise dans les domaines donnés, en maximisant leur plein potentiel auprès des comités et des groupes de travail.»

À plus long terme, le Dr Dubé aimerait résoudre la question du retrait de l'ACDQ à titre d'association membre de l'ADC. «Nous devons nous assurer que l'ADC représente ses dentistes membres du Québec, mais nous devons également trouver un moyen de permettre à tous les dentistes du Canada d'être représentés par l'ADC», souligne-t-il. «La fragmentation croissante de la profession est sans aucun doute le plus grand défi auquel la dentisterie fait face

aujourd'hui. La possibilité que d'autres organismes nationaux viennent livrer concurrence à l'ADC est inquiétante. Si d'autres organismes se proclament organisme national, alors nous pourrions bien un jour nous retrouver dans une situation conflictuelle, où 2 organismes nationaux auront des opinions différentes sur des questions d'importance capitale. Ce n'est pas bon pour la dentisterie ni pour les patients, parce que, pour donner un exemple, les législateurs et décideurs gouvernementaux préfèrent que nous, en tant que profession, parlions d'une même voix. Pour renforcer la position de l'ADC en tant que représentante de tous les dentistes du Canada, nous devrions permettre aux représentants d'un nombre plus élevé d'intervenants, dont les organismes d'attribution des permis et de réglementation dentaire, de s'exprimer verbalement (et même de voter). Ils prendraient part aux débats et aux décisions, mais continueraient d'être redevables au gouvernement, comme il se doit, alors que l'ADC serait toujours le porte-parole national officiel de la dentisterie.»



Le nouveau président de l'ADC, le Dr Louis Dubé de Sherbrooke (Québec), (à gauche) reçoit la chaîne de fonction des mains du président sortant, le Dr Tom Breneman de Brandon (Manitoba). La cérémonie d'investiture s'est déroulée lors du Dîner du président, le 5 septembre à l'hôtel Château Laurier d'Ottawa, dans le cadre de l'assemblée générale de l'ADC.

Le Dr Dubé fait remarquer que la concurrence visant à élargir le cadre d'exercice est un autre élément de la fragmentation. «Les dentistes ne peuvent pas s'engager dans une guerre intestine avec les professions connexes. Les hygiénistes, les denturologistes, les assistantes et les dentothérapeutes sont là pour rester, et ces professions ont tous un rôle à jouer. D'un autre côté, je pense néanmoins que les dentistes devraient être à la tête de l'équipe dentaire. Je ne fais pas de «paternalisme», mais je crois qu'en travaillant ensemble, tous les membres de l'équipe peuvent être efficaces et agir avec un certain degré d'autonomie. Je crois qu'en travaillant ensemble, nous pouvons traiter nos patients et répondre à leurs besoins avec rentabilité, tout en obtenant de meilleurs résultats. Les dentistes doivent collaborer avec les autres professions. Nous devons en même temps nous assurer que le public est bien servi. L'univers de la dentisterie doit former un tout, sinon, il y en a d'autres qui se feront un malin plaisir à nous avaler.

«Je crois que nos patients viennent principalement dans nos cabinets pour voir leur dentiste, poursuit-il. Ces patients s'attendent à ce que leur dentiste les voit, élabore pour eux des plans de traitement et effectue ces traitements lui-même ou avec l'aide de son équipe professionnelle. L'ADC a mis ce concept de l'avant au cours des dernières années, et je pense que c'est ce que nous devrions continuer de faire. Lors du forum stratégique de septembre, des représentants des assistantes dentaires, des hygiénistes et des denturologistes ont pris part aux débats pour la première fois depuis de nombreuses années. Je crois que c'est un pas dans la bonne direction. Nous n'avons pas besoin d'être d'accord avec tout, mais au moins nous maintenons le dialogue.»

Le Dr Dubé s'inquiète du fait que les besoins en services dentaires sont loin d'être satisfaits. «Je rencontre beaucoup de gens qui ne peuvent pas avoir accès à des traitements dentaires. Ce sont des gens qui gagnent suffisamment d'argent pour ne pas dépendre de l'aide sociale, mais qui ne peuvent pas accéder à des régimes de soins dentaires – comme



Le Dr Dubé accompagné de la Dre Michèle Aerden, présidente désignée de la Fédération dentaire internationale. Le Dr Dubé faisait partie de la délégation canadienne participant au congrès 2003 de la FDI, tenu à Sydney (Australie) du 18 au 21 septembre.

c'est le cas des personnes âgées, des employés de petites entreprises et des parents seuls. Beaucoup de gens peuvent passer toute leur enfance sans même recevoir les traitements dentaires et les services de prévention de base. L'ADC et la dentisterie en général sont présentes dans les médias, mais l'attention est souvent tournée vers la dentisterie de pointe et la dentisterie esthétique. Je comprends que ces 2 secteurs de la dentisterie soient attrayants, mais nous devrions redoubler d'effort pour mettre l'accent sur les soins dentaires de base.

«La profession dentaire est maintenant à un point tournant, dit le nouveau président de l'ADC. Les baby-boomers sont à la veille de prendre leur retraite, ce qui signifie que plus de patients nécessitant des soins dentaires importants ne seront plus couverts par leur régime de soins dentaires. Il y aura plus de dentistes qui quitteront la profession pour prendre leur retraite que de dentistes qui y feront leur entrée. Il faudra plus que jamais travailler en équipe et fournir des services aux personnes qui en auront besoin. L'immigration et l'accréditation des dentistes étrangers seront une porte de secours utile, mais la qualité des soins dentaires au Canada ne pourra être compromise.»

Quant à ses intérêts en dehors de la dentisterie, le Dr Dubé dit qu'il aime la planche à neige, le patinage à roues alignées et les sports d'hiver en général. C'est également un passionné de la photo.

«J'ai toujours fait toutes sortes d'activités depuis mon enfance, dit-il. J'ai toujours trouvé valorisant de compter parmi les chefs. J'aimerais que tout le monde puisse vivre l'expérience que je vis en ce moment. Mais il n'y a pas que l'ADC. Quand je donne une conférence devant des étudiants en médecine dentaire au nom de l'ADC, j'insiste toujours sur l'importance de contribuer activement à des organismes. Il peut s'agir d'une ligue de soccer du quartier, de la chorale d'une église ou du Club Lions ou Richelieu par exemple. Non seulement on s'enrichit de cet apport à la collectivité, mais aussi on se fait de nouveaux amis et on attire de nouveaux patients.» ♦

Harvey Chartrand est rédacteur principal/éditeur à l'Association dentaire canadienne.

Ajoutez un palier de plus à vos placements

...à l'aide du compte d'investissement aux fonds distincts de l'ADC

Les placements enregistrés offrent bien une excellente fondation pour accommoder vos futurs besoins. Seulement, vous aurez tôt fait de vous cogner la tête contre le plafond de cotisation annuelle.

Songez à une adjonction qui fera accroître votre épargne en dehors d'un plan enregistré... le compte d'investissement aux fonds distincts de l'ADC. Ce fonds vous permettra :

- de vous bâtir un autre pécule de retraite sans imposer aucune forme de plafond sur les cotisations ni sur la teneur en éléments étrangers
- d'élargir votre épargne en vue des études postsecondaires d'un enfant en dehors d'un REEE
- d'épargner en vue de gros achats, notamment des vacances ou un nouveau véhicule

Le compte d'investissement aux fonds distincts de l'ADC offre plus de possibilités de croissance qu'un compte bancaire. Vous y gagnez l'accès aux fonds de placements de l'ADC, avec leur performance-record à long terme, leurs gestionnaires de premier ordre, leurs honoraires modiques et les conseils sans frais de planification en matière de placement.

Alors épargnez sur plusieurs paliers... avec le compte d'investissement aux fonds distincts de l'ADC.



Pour plus de renseignements sur le Programme de placement des dentistes du Canada, appelez :
Canadian Dental Service Plans Inc. au
1 800 561-9401 ou au
(416) 296-9401,
poste 5021.



Le Programme de placement des dentistes du Canada est parrainé par l'ADC et administré par le CDSPI.

ET POUR DES CONSEILS SPÉCIALISÉS...

appelez les planificateurs* financiers accrédités des **Conseils professionnels en direct Inc. — une filiale du CDSPI** qui travaillent sans commission pour :

- des conseils sans frais dans le choix des régimes de placement qui répondent à vos objectifs
- une analyse gratuite de votre portefeuille dans son ensemble (pour les détenteurs de plans de l'ADC)
- un service de gestion des biens (plan financier détaillé, moyennant honoraires)

Composez le 1 877 293-9455 ou le (416) 296-9455, poste 5021.

* Des restrictions sont applicables aux services consultatifs dans certaines juridictions.



**Conseils professionnels
en direct**
Une filiale du CDSPI

Courrier

Commentaire du rédacteur en chef

La rédaction du *Journal* invite les lecteurs à lui écrire sur des sujets qui appartiennent à la profession dentaire. Les lettres font foi des opinions de l'auteur et ne traduisent pas nécessairement les vues ou les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne. Idéalement, les lettres ne doivent pas compter plus de 300 mots. Si 300 ne suffisent pas, nous vous invitons à rédiger un article pour la chronique Débat.

Implants et prothèse partielle fixe

Les fabricants d'implants ont signalé des osseointégrations réussies, dans plus de 95 % des cas. Cependant, un grand nombre d'implants actuels dont l'intégration a été réussie pourraient se transformer en échec. La prépondérance des échecs ne sera pas attribuable à la péri-implantite, mais plutôt au traumatisme et à la charge occlusale excessive imposés sur la structure de soutien. Un nombre insuffisant d'implants, une longueur et un diamètre inadéquats d'implants, des forces occlusales excessives et la charge prématurée sont quelques-unes des causes courantes qui mènent éventuellement à l'échec des implants. À la question 3 du *Point de service* (*JADC*, juillet-août 2003), le Dr Dennis Nimchuk recommande une attache rigide entre l'implant et la dent naturelle pour un pont de 3 unités. Bien qu'il énumère soigneusement les conditions propices à cette approche, la plupart des dentistes peuvent très bien les ignorer et commencer un traitement dont le taux d'échec est élevé s'il est mal administré.

Aussi, de nombreux cliniciens impatients, de même que les fabricants d'implants par le biais de leurs stratégies de marketing énergiques, s'empressent de promouvoir l'application immédiate de charges sur les implants. Un tel empressement ne fera qu'entraîner un plus grand taux d'échec et nuira, à la longue, à l'utilité et à la réputation des implants dentaires. En plaisantant, il a été suggéré récemment que nous pour-

rions bientôt voir sur le marché un système d'implants qui permettra l'application de charges 2 jours avant d'insérer l'implant! La rapidité et la facilité ne sont pas forcément synonymes de qualité! On gagne à faire les choses de la bonne façon! Pour qu'il offre des avantages optimaux aux patients, le traitement devrait être basé sur des faits et respecter les principes physiques et fondamentaux sous-jacents. Il n'est pas nécessaire d'abandonner les modifications à l'idéal, mais de les reconnaître pour ce qu'elles sont – des compromis utiles et opportuns, qui, la plupart du temps, sont loin d'offrir des réussites à long terme.

Dr Frederick I. Muroff
Montréal (Québec)

Le Centre de documentation de l'ADC

La Ville de Tecumseh (Ontario) avait des problèmes avec son équipement de fluoruration et n'ajoutait plus de fluorure aux eaux municipales depuis plus d'un an. Vu ce problème et les frais qu'entraîne cette mesure, le conseil municipal a songé à y renoncer totalement. Le service de santé pour lequel je travaille et la Société dentaire du comté d'Essex se sont adressés au conseil municipal de Tecumseh à 2 reprises. Le 13 mai, le conseil a décidé par vote de remplacer l'équipement et d'ajouter encore du fluorure à l'eau suivant les taux recommandés.

Une grande partie du matériel nécessaire pour nos présentations au conseil municipal provenait du Centre de documentation de l'ADC. En outre, le Dr John O'Keefe m'a remis un exemplaire du *JADC* de mai 2003 comprenant un excellent article du Dr Steven M. Levy (*Une mise à jour sur les fluorures et la fluorose*) auquel nous nous sommes reportés. Des membres de la délégation anti-fluorure nous ont accusés de ne pas être à jour sur la question. Le matériel du Centre de documentation et le *JADC* ont prouvé au conseil municipal que nous l'étions vraiment, ce qui, à mon avis, a beaucoup contribué au résultat du vote.

Au cours de mes 40 années d'exercice dentaire, j'ai souvent eu recours au Centre de documentation. Le personnel m'a toujours aidé dans mes recherches, mon exercice clinique et mes efforts pour trouver la littérature actuelle et passée. Je crois que le Centre de documentation seul suffit à justifier mon adhésion à l'ADC.

Dr Arnold Abramson
Windsor (Ontario)

Cinq décennies – Où sont-elles passées?

Vos lecteurs ne sont pas tous au courant de la contribution du Dr Wesley J. Dunn à la dentisterie au cours des 50 dernières années et de l'impact qu'il a eu sur la profession grâce à son engagement dans des organismes dentaires, y compris le Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario (CRCDO). Je l'ai toujours admiré.

Dans son éditorial de l'édition de juillet-août du *JADC*, le Dr Dunn donne un exemple de progrès inacceptable – à savoir la publicité faite par des dentistes qui, dit-il, fait honte à la profession. Bon nombre de dentistes voudraient voir des restrictions visant la publicité semblables à celles qui existaient avant le jugement de la Cour suprême. Les lois du pays en décident autrement et, comme il le remarque, on ne saurait blamer les organismes dirigeants.

En tant que membre du personnel du CRCDO depuis plus de 10 ans, et ayant traité directement des questions de publicité portées à l'attention du collège, je ne suis pas d'accord avec un des commentaires du Dr Dunn – spécifiquement, que «nous ne sommes *pas* des concurrents en affaires.» Au cours de la dernière décennie, nous avons vu une hausse formidable dans la demande des procédures dentaires facultatives, surtout en dentisterie esthétique. Cet aspect de la profession, qui est le plus publicisé dans tous les médias, a vraiment donné lieu à la concurrence commerciale.

Je suis d'accord que des annonces faites par des dentistes peuvent porter

atteinte à la profession. Les observations que je vous fais ont simplement pour but de ramener le débat à la réalité pratique. Pour le meilleur ou pour le pire, nous sommes devenus des concurrents en affaires.

*Dr Fred Eckhaus
Toronto (Ontario)*

Hausse de la carie

J'exerce dans une banlieue relativement aisée de Vancouver, et mon cabinet offre des traitements à de nombreux enfants. Dans mes 18 premières années d'exercice, la plupart des enfants n'avaient ordinairement aucune carie. Il sortait même de l'ordinaire pour eux d'en avoir plus de 2 à la fois. Il y a environ 3 ans, j'ai remarqué une hausse progressive de la carie, et c'est maintenant devenu un phénomène vraiment inquiétant. Je vois régulièrement des enfants (de 5 à 18 ans) avec 6, 8 ou 12 caries – habituellement en position interproximale, mais souvent aussi en position occlusale. La plupart de ces caries se développent rapidement.

Un article publié récemment dans le *National Post* rapporte une incidence similaire dans toute l'Amérique du Nord. À un colloque tenu il y a peu, j'ai eu l'occasion de m'entretenir avec le Dr Max Anderson (un expert en l'origine bactérienne de la carie) et je lui ai demandé s'il était conscient de cette tendance. Il m'a répondu oui.

Ma question est donc *pourquoi?* Je soupçonne qu'un régime riche en boisson gazéifiée est en cause. De nos jours, les distributrices de Coke sont très répandues dans les écoles, et l'accès aux sucreries n'a sans doute jamais été plus grand. Selon l'article du *National Post*, ce serait plutôt la consommation accrue d'eau non fluorurée en bouteille, mais j'en doute. Avez-vous des statistiques actuelles dans ce domaine? Je crains que la plupart des données ne révèlent pas encore cette tendance.

*Dr Harold H. Punnett
Fort Langley (Colombie-Britannique)*

Les droits de SOCAN

Le tarif que la Société canadienne des auteurs, compositeurs et éditeurs de

musique (SOCAN) tente d'imposer aux dentistes est déraisonnable. En quoi les cabinets dentaires diffèrent-ils des boutiques et des restaurants où l'on entend de la musique d'ambiance? Bien entendu, SOCAN s'en prendra-t-elle à eux aussi. Où cela finira-t-il?

Si je fais tourner un disque de mon choix – un CD qui m'appartient – à mon travail, en quoi est-ce différent de le faire tourner chez moi pour les invités? Dois-je acquitter des droits chaque fois que je donne une réception?

Je ne tire aucun profit en faisant entendre de la musique au travail. Je ne vends pas de recueils aux patients et je ne perdrais aucun d'eux si je n'avais pas de musique d'ambiance. De fait, je fais découvrir beaucoup de musique à beaucoup de patients. À leur tour, ils m'en recommandent et nous achetons tous plus de CD. N'est-ce pas une bonne chose?

J'ai déjà acheté mes CD légitimement. Pourquoi devrais-je payer encore pour en faire usage? Ce que SOCAN essaie d'obtenir, c'est de se faire payer 2 fois.

*Dr John Martins
Ottawa (Ontario)*

La Maison Ronald McDonald

Au nom de ceux qui sont associés à la Maison Ronald McDonald à Westmead (Nouvelle-Galles du Sud), je désire vous remercier pour le généreux don de brosses à dents électriques Braun/Oral-B. (*Ces brosses ont été offertes à l'ADC par la société Oral-B. – La rédaction*) Votre appui est capital et fait une différence pour ces enfants gravement malades et leur famille.

Quand des parents découvrent que leur enfant a une maladie grave, la vie s'éloigne brusquement de la normale. Les médecins admettent que les enfants ont tendance à réagir mieux à un traitement médical quand leur famille est avec eux. La Maison Ronald McDonald est là pour ces familles, offrant un foyer en dehors du foyer et aidant les familles à demeurer ensemble et à subvenir aux besoins de leur enfant tout en obtenant réconfort et espoir de la part du personnel, des bénévoles et des autres familles.

Nos portes sont ouvertes afin d'accommoder les centaines de familles ayant des enfants gravement malades et

provenant de l'Australie et de toute la région du Pacifique/Asie. Grâce à votre générosité et à votre appui, alliés au dévouement de notre personnel et de nos bénévoles, nous pouvons faire une énorme différence en offrant une aide très nécessaire à ces enfants et à leur famille.

*Julie Neave
Coordonnatrice de la Maison Ronald
McDonald
Westmead (Australie)*

Une expérience formidable pour les dentistes bénévoles

Je viens d'arriver de Jérusalem où j'ai offert bénévolement mes services pour la troisième fois à une clinique subvenant aux besoins dentaires des enfants démunis de 5 à 18 ans. Les services des Dentistes bénévoles d'Israël (DBI) sont offerts gratuitement à tous les enfants nécessiteux de Jérusalem, quelles que soient leur race, leur ethnie ou leur religion. Depuis la création de la clinique en 1980, plus de 4000 professionnels dentaires de partout dans le monde y ont travaillé à titre bénévole. Certains y sont retournés plusieurs fois.

Les dentistes bénévoles (jusqu'à 3 à la fois) effectuent des restaurations à l'amalgame et en composite, des extractions simples et, occasionnellement, des pulpotomies et des couronnes en acier inoxydable. Ils travaillent de 8 h à 13 h 30, 4 jours/semaine pendant 1 à 4 semaines. Leurs déplacements sont déductibles de leur revenu imposable au Canada, aux États-Unis et en France; sinon, les dentistes doivent payer de leurs poches. Enfin, un appartement est mis gratuitement à leur disposition à Jérusalem durant leur séjour.

En vous joignant aux DBI seul ou avec votre famille, vous avez l'occasion de travailler et de passer des vacances enrichissantes en Israël, ayant amplement la chance de relaxer et de faire du tourisme. Je recommande hautement cette expérience à tout collègue dentaire (surtout les dentistes généralistes, les dentistes pédiatres et les endodontistes) qui serait intéressé à offrir son temps et son expertise pour cette cause valable.

*Dre Lorna Katz
(Lornakatz@hotmail.com)
Montréal (Québec)*

NEW!

White Teeth, Fresh Breath.

A Great Incentive To Get Your Patients To Brush!



*White Teeth and
Fresh Breath They'll Brush For.*

Give your patients good reason to brush frequently. New Crest® Whitening Plus Scope toothpaste has the anti-cavity and tartar control* benefits you expect from Crest and the freshening power of Scope®.

To order personal use samples or patient trial samples please call your Patterson Branch nearest you:

Toronto 1-800-268-0944
London 1-800-265-6050
Ottawa 1-800-267-1366

Montreal 1-800-363-1812
Quebec 1-800-463-5199
Halifax 1-800-565-7798

Vancouver 1-800-663-1922
Calgary 1-800-661-1054
Edmonton 1-800-661-9656

or on-line at www.dentalcare.com



CONFÉRENCE DENTAIRE DU PACIFIQUE À VANCOUVER

en partenariat avec

L'ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE

Palais des congrès et des expositions de Vancouver

Vancouver (C.-B.), Canada

Du 4 au 6 mars 2004

PARTENAIRES DISTINGUÉS



COMMANDITAIRES OFFICIELS DE LA CONFÉRENCE



Inscription :

www.pacificdentalonline.com

Renseignements :

(604) 736-3781



CONFÉRENCIERS INVITÉS

Martin Addy
Steve Anderson
Karen Baker
Ron Beaton
Jeffrey Blank
Pierre Boudrias
Jim Boyd
James Braun
John Burns
William Carpenter
Debbie Castagna
David Clark
Jennifer de St. George
Mimi Donaldson

Jacqueline Ehler
Stacy Elliot
Nels Ewoldsen
Dennis Fasbinder
Bernard Fink
David Gane
Kenneth Glasner
Tom Glass
Gary Glassman
Ronald Goldman
Marilyn Goulding
Peter Graveson
Ron House
Peter Jacobsen

Curtis Jansen
John Kwan
Stacy Lind
Annette Linder
Alan Lowe
Beverly Maguire
Louis Malcmacher
Keith Milton
John Molinari
Virginia Moore
Jeff Morley
James Morreale
Tony Pensak
Lisa Philp

Debbie Preissl
Stewart Rosenberg
David Rothman
Cliff Ruddle
Arlene Salter
Thomas Schiff
Patty Scrase
John Silver
Barbara Steinberg
Ron Stevenson
Ron Walsh
John West

ÉPARGNEZ \$\$\$ – INSCRIPTION HÂTIVE
DATE LIMITE – LE 15 DÉCEMBRE 2003

INSCRIPTION EN LIGNE À COMPTER
DU 1^{er} OCTOBRE 2003

Conférence officielle de l'Association des chirurgiens dentistes de la C.-B.

Actualités

Le Formulaire de confirmation par télécopieur C des SSNA est inacceptable

Récemment, la société First Canadian Health a commencé à exécuter le Programme d'assurance de la qualité au lendemain de la soumission du Programme SSNA exigeant que tous les dentistes remplissent le Formulaire de confirmation par télécopieur C. Or, l'ADC juge que tant le programme que le formulaire comprennent des vices de forme et sont inacceptables.

L'ADC a publié le *Guide du système de codification standard et du répertoire des services (GSCS&RS)* qui indique les codes de procédure que les dentistes utilisent pour documenter les traitements de leurs patients. Le GSCS&RS comprend plus de 3000 codes. Contenant des descriptions précises et détaillées des procédures, il sert aux associations dentaires provinciales pour établir leurs barèmes.

L'ADC est d'avis que la First Canadian Health ne devrait pas exiger plus de détails touchant les services offerts. Selon les *Directives sur les régimes de soins dentaires prépayés* de l'ADC, «l'ADC est d'avis que toute demande allant au-delà de la confirmation habituelle des données financières liées au patient est considérée comme une vérification et est à la seule discrétion de l'organisme de réglementation provincial.» Andrew Jones, directeur des relations générales et gouvernementales de l'ADC, a déclaré : «Nous croyons fermement que le niveau de détail fourni par les codes de procédure devrait suffire pour permettre aux tiers payeurs d'évaluer convenablement les prestations dentaires.»

Le Groupe de travail sur les vérifications de l'ADC étudie présentement cette affaire. «Nous voulons que Santé Canada mette en œuvre un Programme d'assurance de la qualité au lendemain de la soumission conforme ou supérieur aux pratiques exemplaires actuelles de l'industrie», a souligné M. Jones. «Tant que le Formulaire de confirmation par télécopieur C restera en vigueur, nous recommandons aux dentistes d'y donner uniquement la description du

code et nul autre détail exigé. Nous croyons qu'il s'agit d'une vérification, laquelle doit relever de l'organisme de réglementation provincial.» ♦

En Saskatchewan, la médecine dentaire se joint à la médecine

En septembre, le corps professoral du Collège de médecine dentaire de l'Université de la Saskatchewan a voté en faveur de la dissolution du collège pour qu'il devienne l'une de 2 écoles au sein du Collège de médecine. Il s'agit de la 3^e faculté de médecine dentaire au Canada à s'intégrer à une faculté de médecine. Les 2 autres fusions ont eu lieu à l'Université de l'Alberta à Edmonton et à l'Université Western Ontario à London.

«Nous formerons une école plutôt qu'un département de la médecine», a commenté le Dr Charles Baker, doyen de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de la Saskatchewan. «Nous conserverons en propre notre budget, notre plan d'affaires, notre personnel, notre mandat d'agrément et notre clinique. La fusion aura pour avantage de recevoir l'appui de la médecine pour la médecine dentaire, d'intégrer le programme des sciences fondamentales des 2 collèges et de réduire les frais d'administration généraux. Avec une

masse critique de chercheurs en médecine plus grande, nous serons en mesure d'intensifier les recherches et d'attirer plus de membres détenant une maîtrise et un doctorat pour faire des recherches en santé, tout en augmentant nos chances d'obtenir des subventions de recherche concertée des Instituts de recherche en santé du Canada. Il n'y aura pas de mises à pied. Nous conserverons notre personnel et notre infrastructure au complet.»

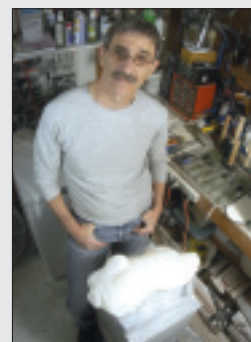
Le Dr Baker restera à titre de vicedoyen et de directeur au sein du Collège de médecine. «Il est rare qu'un doyen tâche d'éliminer son poste, a-t-il remarqué. Mais je crois qu'il importe d'atteindre à long terme l'objectif de rattacher de nouveau la dentisterie à la santé générale au Canada, laquelle s'en est malheureusement éloignée à cause d'inquiétudes au sein de la profession concernant l'autonomie.»

La fusion n'aura aucun impact sur les frais de scolarité, qui resteront à 32 000 \$ par année, tel qu'il est indiqué dans le plan d'affaires du Collège de médecine dentaire. «Cependant, tous les Collèges de médecine cherchent à hausser leurs frais de base et, dans les 5 prochaines années, leurs frais de scolarité devraient égaler les nôtres, a déclaré le Dr Baker. Il y aura toujours une différence tant que

ARTISTE VEDETTE

Le Dr Bruce Blasberg est spécialiste agréé en médecine buccodentaire et exerce actuellement à Vancouver. Il a obtenu son DMD à l'Université de Pennsylvanie en 1970 et a suivi un programme de résidence de 3 ans dans la même institution. Après sa formation en médecine buccodentaire, il s'est joint à temps plein à l'Université de la Colombie-Britannique et est devenu directeur de la Division de la médecine et de la pathologie buccodentaires. Il vient d'être nommé directeur du programme de douleur orofaciale à l'Hôpital général de Vancouver.

Le Dr Blasberg explique en ces termes l'œuvre d'art qui orne la couverture du JADC de ce mois-ci : «Il y a 2 ans, j'ai commencé à m'initier à la sculpture sur pierre avec Alberto Replanski, maître sculpteur né en Argentine et habitant maintenant à Vancouver. La pierre utilisée pour la "figure" est de l'albâtre de couleur crème. Elle mesure 16 pouces et pèse environ 50 livres. L'albâtre est un peu plus malléable que le marbre et plus facile à sculpter avec des outils manuels. La pièce a été taillée à l'aide d'un marteau et de ciseaux, puis finie avec des limes et du papier sablé de plus en plus fin. La sculpture sur pierre est un travail physique, mais voir une forme surgir de la pierre brute tient de la magie.» ♦



les écoles de médecine dentaire demeureront responsables de l'aspect clinique de l'enseignement dentaire.»

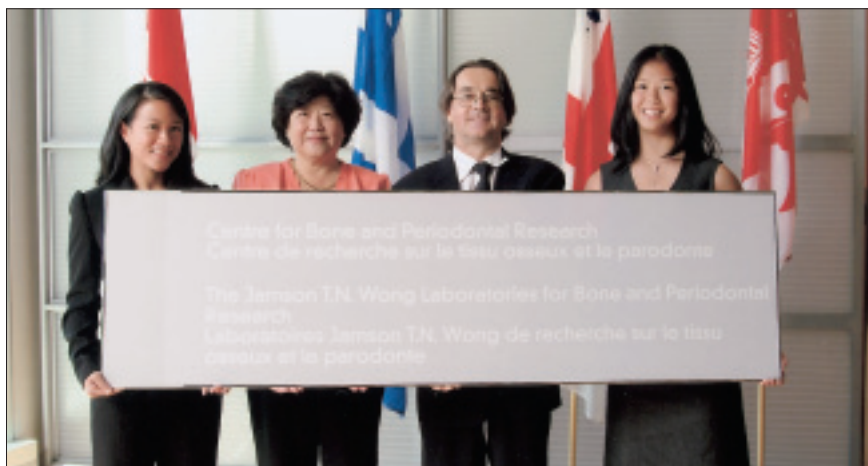
La Dre Patti Grassick, présidente du Collège des chirurgiens dentistes de la Saskatchewan, a déclaré au JADC : «Nous aimerions que le Collège de médecine dentaire conserve son identité et ait un budget stable et indépendant. Nous comprenons que la fusion fera économiser des frais d'administration, et nous espérons que ce sera sans perte de postes d'enseignants. Nous savons que ça ne se produira pas, mais nous aimerions voir une réduction des frais de scolarité en médecine dentaire à la suite de la fusion pour les faire concorder davantage avec ceux de la médecine.» ♦

Nouvelles installations de recherche dentaire à McGill

Le lundi 8 septembre a marqué l'ouverture officielle du 740 Dr Penfield, un nouveau centre de recherche de l'Université McGill à Montréal, logeant de grandes installations dentaires – les Laboratoires Jamson T.N. Wong de recherche sur le tissu osseux et le parodonte. Le 740 Dr Penfield est bâti sur le site de l'ancien immeuble William H. Donner qui a logé des bureaux et des laboratoires pour la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill de 1947 jusqu'à sa démolition en 2001.

Le nouvel immeuble comprend 3 installations de recherche en génomique, en protéomique et sur le tissu osseux et le parodonte. Celles-ci, appelées les Laboratoires Jamson T.N. Wong, ont pu être aménagées grâce à une importante subvention de la Fondation canadienne pour l'innovation obtenue principalement par les membres du Centre McGill pour la recherche sur le tissu osseux et le parodonte, et grâce aussi à un don de 500 000 \$ versé par la famille de feu M. Wong, un industriel de Hong Kong émigré au Canada dans les années 1960. Sa famille habite à Montréal depuis lors.

«Il s'agit d'un laboratoire commun, a déclaré le Dr James Lund, doyen de la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill. La plupart des locaux abritent l'équipement commun pour entreposer des souches cellulaires pour la culture cellulaire et la préparation des tissus pour des types d'analyses



Étaient présents lors des cérémonies d'ouverture du 740 Dr Penfield : (Photo du haut, g. à d.) : Jennifer Wong; Pierrette Wong; le Dr James Lund, doyen de la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill; et Tanya Wong.

(Photo du bas, g. à d.) : le Dr David Goltzman, directeur du Centre de recherche sur le tissu osseux et le parodonte de l'Université McGill; le Dr Tom Hudson, directeur du Centre d'innovation Génomique Québec; Lucienne Robillard, présidente du Conseil du Trésor du Canada et ministre responsable de l'infrastructure; Heather Munroe-Blum, rectrice et vice-chancelière de l'Université McGill; Michel Audet, ministre québécois de l'Économie et du Développement régional; Gérald Tremblay, maire de Montréal; le Dr John Bergeron, directeur du Département de l'anatomie et de la biologie cellulaire; et Paul L'Archevêque, président et directeur général de Génomique Québec.

avancés, ainsi que des installations pour l'imagerie animale intégrale et la reconstruction tridimensionnelle des tissus. Les installations comprennent également l'équipement pour les tests biomécaniques sur les os et les dents, et des installations pour les animaux avec des modèles de souris atteintes de maladies osseuses et buccodentaires. Les Laboratoires Wong seront utilisés par toute la collectivité des chercheurs universitaires et industriels – non seulement à McGill, mais à Montréal, au Québec et au Canada – qui travaillent sur des tissus calcifiés du squelette et du parodonte. ♦

Sondage de l'ACID : intérêt croissant pour la FC en dentisterie esthétique

Selon le 7^e Sondage annuel sur l'avenir de la dentisterie effectué par l'Association canadienne de l'industrie dentaire (ACID), la dentisterie esthétique est, en formation continue, le sujet auquel les dentistes s'intéresseront le plus au cours de la prochaine année. Publiés le 30 août, les résultats de ce sondage révèlent que 73 % des répondants ont choisi ce sujet, suivi par l'endodontie (56 %), les implants (50 %), les matériaux dentaires (42 %) et la gestion du cabinet (40 %).

Ce que les dentistes cherchent à apprendre le plus en dentisterie esthétique a trait aux facettes esthétiques (17,9 % des répondants), à la restauration (15,4 %), aux techniques et matériaux nouveaux (7,7 %), et aux couronnes toutes céramiques (7,7 %).

La vaste majorité des praticiens préfèrent obtenir leur formation continue à un congrès dentaire (34,5 %), d'une société locale (25,1 %) ou d'une université (22,8 %). ♦

L'AFDC se penche sur l'éthique et le professionnalisme

L'éthique et le professionnalisme dans l'enseignement dentaire était le thème de la Conférence biennale de l'Association des facultés dentaires du Canada (AFDC) tenue à Winnipeg du 13 au 15 juin.

Les principaux conférenciers étaient le Dr Jos Welie, professeur agrégé au Centre des politiques et de l'éthique en matière de santé de l'Université Creighton (Omaha, Nebraska); la Dre Muriel J. Bebeau, enseignante du Département des sciences préventives de l'École de médecine dentaire, directrice du Centre d'étude du développement éthique et membre associée du Centre de la bioéthique de l'Université du Minnesota (Minneapolis); et le Dr Richard H. Carr, directeur des services aux étudiants à la Faculté de médecine dentaire de l'Université du Nevada à Las Vegas.

Le Dr Welie a parlé de *l'Enseignement de l'éthique et du professionnalisme aux étudiants en médecine dentaire* et la Dre Bebeau, des *Épreuves d'éthique et de professionnalisme pour les étudiants en médecine dentaire*. Quant au Dr Carr, il a demandé *Comment rehausser le profil de l'éthique dans les programmes de formation dentaire*.

Ces sujets ont été débattus en atelier par des groupes comprenant des doyens, des directeurs de faculté et des représentants en éthique. Les rapports de ces ateliers serviront à rédiger un grand rapport qui sera reproduit dans une prochaine édition du *JADC*. ♦

Conférence spéciale à double thème sur les soins et l'invalidité

Prenez note : La 16^e Conférence internationale annuelle sur les soins spéciaux en dentisterie et le 17^e Congrès de l'Association internationale de l'invalidité

et de la santé buccodentaire (IADH, International Association for Disability and Oral Health) auront lieu du 25 au 27 août 2004, à Banff et à Calgary.

Le thème déterminant de cette conférence conjointe sera *Bâtir des ponts – points de départ vers l'avenir*. Les débats porteront sur les patients de tout âge ayant des besoins spéciaux, les méthodes de sédation, les milieux d'exercice différents, les questions de qualité de vie et les programmes d'enseignement visant à former plus de prestataires de soins pour les aînés, les personnes hospitalisées et les patients handicapés.

Pour obtenir plus d'information, visitez le site Special Care Dentistry à www.SDCOnline.org et celui de l'IADH à <http://www.iadh.org>. ♦

Convocation du CID

La convocation annuelle de la section canadienne du Collège international des dentistes (CID) a eu lieu à Jasper, le 24 mai, lors du Congrès dentaire 2003, coparrainé par l'ADC et l'Association et Collège dentaires de l'Alberta.

Le Dr Frank Lovely, président sortant, a institué 22 nouveaux fellows. L'invitée d'honneur était la Dre Laureen DiStefano, une dentiste de Jasper, qui travaille en Amérique centrale avec la Société Kindness in Action de l'Alberta, un organisme qui a reçu l'appui du CID à 4 reprises.

Les dirigeants pour 2003–2004 sont le Dr Gary W. Lunn, de Vancouver, président; la Dre Donna M. Brode, de Windsor (Ontario), présidente désignée; le Dr Gordon W. Thompson, d'Edmonton, vice-président; et le Dr Filip Cappa, de London (Ontario), registraire.

En 2004, l'assemblée annuelle et la convocation du CID auront lieu le 6 mars à Vancouver, lors de la Conférence dentaire du Pacifique coparrainée par l'ADC et l'Association des chirurgiens dentistes de la Colombie-Britannique.

Pour obtenir la liste complète des diplômés, veuillez consulter le site de l'ADC à www.cda-adc.ca sous *Nouvelles et événements*, Nouvelles connexes. ♦

L'UE suit l'initiative du Canada touchant les paquets de cigarettes

L'Union européenne (UE) cherche des illustrations pour montrer les effets

nocifs du tabagisme sur les paquets de cigarettes. L'UE a fait un appel d'offres demandant des photos semblables à celles qui sont reproduites sur les paquets de cigarettes au Canada et espère que ses pays membres vont commencer à les utiliser en octobre 2004. L'UE suggère également qu'on indique les numéros de téléphone et les adresses Web des programmes de désaccoutumance au tabac. ♦

10 000 pas vers une meilleure santé

Selon une nouvelle étude de l'Université du Wisconsin à Milwaukee, 10 000 pas chaque jour peuvent faire beaucoup pour mener les gens sédentaires vers une meilleure santé.

Au cours d'une période de 2 mois, 18 femmes inactives et obèses ont porté des podomètres en ayant pour objectif de faire 10 000 pas par jour. Celles qui ont atteint l'objectif ont beaucoup amélioré leur santé et vu des changements bénéfiques dans leurs taux de glycémie et leur tension artérielle.

La plupart des gens sédentaires font de 4000 à 6000 pas par jour. Une augmentation de ces chiffres à 10 000 équivalait à environ 2 milles de plus.

Le rapport – intitulé *Increasing daily walking improves glucose tolerance in overweight women* – a paru dans l'édition d'octobre 2003 de *Preventive Medicine : An International Journal Devoted to Practice and Theory*. ♦

Lecture recommandée

Il y a amplement matière à réflexion dans *I Have Had Enough! (J'en ai assez!)*, un article dans lequel le Dr Gordon Christensen, conférencier et enseignant de renommée mondiale, s'insurge contre ce qu'il perçoit comme étant un manque d'éthique dans la profession. Cette attaque cinglante a paru dans l'édition de septembre 2003 du *Dentaltown Magazine Online* (<http://www.dentaltown.com/>). ♦

Indexation des articles français du JADC dans Bibliodent

Les articles rédigés en français qui sont publiés dans le *JADC* sont indexés dans Bibliodent, une banque de données bibliographiques francophone en odontostomatologie. Pour en savoir plus sur Bibliodent ou pour effectuer

une recherche bibliographique, consultez le site Web www.bibliodent.com. ♦

D É C È S

Elliott, Dr Duncan C. : Diplômé de l'Université de l'Alberta en 1951, le Dr Elliott est décédé le 15 avril, à l'âge de 81 ans. Il était membre à vie de l'ADC.

Grégoire, Dr Roger : Le Dr Grégoire, de Montréal, était un diplômé de l'Université de Montréal en 1954. Il est décédé le 22 mai, à l'âge de 74 ans.

Harley, Dr Blake M. : Le Dr Harley de Fonthill (Ontario) a reçu son diplôme de l'Université de Toronto en 1950. Il a exercé dans un cabinet à St. Catharines (Ontario) pendant toute sa carrière.

Membre à vie de l'ADC, le Dr Harley était l'artiste-vedette du *JADC* pour les couvertures de novembre 1998 et de février 2001. Il est décédé le 6 septembre, à l'âge de 83 ans.

Miller, Dr Douglas A. : Diplômé de l'Université du Manitoba en 1965, le Dr Miller, de Fort Frances (Ontario), est décédé le 2 août à l'âge de 70 ans.

Orpe, Dr Jim : Le Dr Orpe de Regina était un diplômé de l'Université de Newcastle-on-Tyne en Angleterre en 1963. Ancien président de la Société dentaire de Regina et district, le Dr Orpe est décédé le 3 juin.

Wardach, Dr Joseph : Diplômé de l'Université de l'Alberta en 1966, le Dr Wardach d'Edmonton est décédé le 25 février.

Pour accéder directement aux sites Web mentionnés dans les Actualités, consultez les signets du *JADC* de novembre à <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-69/issue-10/index.html>.

Formation dentaire continue

L'ADC maintient une liste à jour de cours de formation dentaire continue pour aider les dentistes à rester informés sur les divers débouchés d'apprentissage qui leur sont offerts au Canada et à l'étranger. Pour obtenir la liste complète du calendrier de FDC, visitez le site Web de l'ADC à www.cda-adc.ca.



CANADIAN COLLABORATION on CLINICAL PRACTICE GUIDELINES in DENTISTRY
COLLABORATION CANADIENNE SUR LES RPC EN DENTISTERIE

BÉNÉVOLES DEMANDÉS!!

La Collaboration canadienne sur les recommandations pour la pratique clinique en dentisterie (CCCD) cherche des bénévoles pour l'aider à formuler des recommandations pour la pratique clinique (RPC).

Qu'est-ce que la CCCD?

La CCCD est l'organisme national indépendant chargé d'élaborer et de maintenir des RPC pour les dentistes canadiens. Les recommandations pour la pratique clinique sont «des énoncés de position produits systématiquement, pour guider le dentiste et le patient dans le choix des soins buccodentaires les mieux indiqués dans des situations cliniques particulières». Ainsi, elles visent à faciliter la prestation de soins buccodentaires de haute qualité, en complétant – et non en remplaçant – le jugement clinique et la préférence des patients.

Que puis-je faire?

Une partie importante de l'élaboration de recommandations est de veiller non seulement à ce qu'elles s'appuient sur les meilleurs faits disponibles, mais aussi à ce qu'elles soient utilisées par les dentistes praticiens. Nous avons besoin de bénévoles pour lire nos recommandations *préliminaires*. Vos commentaires nous permettront de finaliser les recommandations. Tout ce dont nous avons besoin est de quelques heures de votre temps, une ou deux fois par année.

Comment est-ce que je m'inscris?

Si vous êtes intéressé à faire partie de notre liste de bénévoles, visitez notre site Web à <http://www.cccd.ca> ou envoyez votre nom et votre adresse à la présidente du Groupe consultatif clinique, la Dre Deborah Matthews, à dmatthew@dal.ca.

Post-Operative Nausea and Vomiting



Maybe not this time.



Avoidance of PONV was shown to be even more important to patients than avoidance of post-operative pain.^{1,¥} Thanks to the prophylactic use of Zofran in high risk surgical patients – greater patient satisfaction was shown to have been achieved compared to placebo.^{2,*}

Zofran has demonstrated 24-hour efficacy in the prevention of PONV:

- superior to metoclopramide^{3,**}
- similar to droperidol^{4,††}

Consider Zofran first line in your high risk patients.²

Zofran is indicated for the prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting.⁵

And Zofran has an excellent safety profile.^{5,6,†}

The most frequent adverse events reported in controlled clinical trials were headache (11%) and constipation (4%).⁵

Please refer to Product Monograph for full prescribing information.

Zofran[®] ondansetron HCl
iv/tablets/oral formulation

first^{}**

****First 5-HT₃ antagonist⁵**

¥ In this study, 101 patients completed a survey in which they rank ordered possible postoperative clinical anesthesia outcomes. Vomiting was the least desirable outcome by both the ranking methodology and the relative value methodology (F-test <0.01). Ranking and relative value data were positively and significantly correlated (r=0.69, p<0.0001).

*2061 high risk patients (history of PONV or motion sickness) undergoing highly emetogenic procedures in 2 randomized, double-blind studies received either 4 mg ondansetron, 0.625 mg droperidol, 1.25 mg droperidol or placebo 20 minutes before induction. Patients were followed for a period of 24 hours. Ondansetron was more effective than placebo at reducing nausea and vomiting (p<0.05) and reduced mean-median total costs vs placebo (p=0.001). Patients receiving ondansetron were more satisfied than patients receiving placebo (p<0.05).

** In a double-blind, randomized, placebo-controlled, multicentre study (n=1044) for the prevention of PONV in patients undergoing major gynecological surgery, ondansetron (4 mg IV), n=465, was superior in achieving complete control of emesis and nausea versus metoclopramide (10 mg IV), n=462 (44% and 37%, p=0.049, and 32% and 24%, p=0.009, respectively) over 24 hours.

†† Two identical, randomized, double-blind, placebo-controlled studies enrolled 2,061 adult surgical outpatients at high risk of PONV to compare IV ondansetron 4 mg (n=515) with droperidol 0.625 mg (n=518) and droperidol 1.25 mg (n=510) for the prevention of PONV. In the 0 to 24 hour postoperative period, complete responses for ondansetron (53%) and droperidol 1.25 mg (56%) were superior to placebo (36%), p<0.05. Patient satisfaction scores for ondansetron were superior to placebo, p<0.05.

† Reductions in dosage are recommended in patients with moderate or severe hepatic dysfunction.



Comme nul n'est à l'abri des maladies graves...



...vous avez l'assurance contre les maladies graves du Régime d'assurance des dentistes du Canada

Même si vous faites tout selon les règles, vous pourriez quand même recevoir un diagnostic de maladie grave. Cancer, crise cardiaque ou accident cérébro-vasculaire, par exemple.

Et, s'il ne vous est pas possible d'éviter une maladie grave, il vous est par contre possible de prendre **l'assurance contre les maladies graves** dans le cadre du Régime d'assurance des dentistes du Canada qui vous aidera à affronter quelques-unes des grandes conséquences financières. Notamment, les coûts élevés des médicaments prescrits, des traitements à l'étranger, des soins infirmiers à domicile et des modifications à apporter dans votre maison.

L'assurance contre les maladies graves verse une **prestation globale allant jusqu'à 500 000 \$** si une des 18 affections médicales stipulées est diagnostiquée chez vous et que cette maladie persiste pendant un minimum de 30 jours après le diagnostic initial†. De l'argent que vous pouvez dépenser à votre guise.

Alors, avant qu'une maladie grave ne se manifeste, appelez pour demander **l'assurance contre les maladies graves**.

1 877 293-9455, poste 5003*

† Le délai de carence est plus long pour certaines affections médicales. Le titulaire n'a droit qu'à un paiement de prestations. Il y a des restrictions en matière d'admissibilité et d'âge. Si vous mourez pendant que votre couverture est en vigueur et avant de recourir au paiement de prestation, les primes que vous aurez payées seront remboursées à votre succession.



L'assurance contre les maladies graves est établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie)
Pour télécharger un formulaire de demande sur-le-champ, visitez www.cdspi.com.

CONSEILS SPÉCIALISÉS AU BOUT DE LA LIGNE

Une analyse professionnelle de votre portefeuille d'assurance vous permettra de déterminer si vous avez la couverture idéale pour vos besoins et vous montrera même comment vous y prendre pour économiser de l'argent côté assurance. Faites analyser — *sans frais pour vous* — votre portefeuille d'assurance par téléphone en appelant les Conseils professionnels en direct Inc.* au **1 877 293-9455** ou au **(416) 296-9455, poste 5003** pour parler à un conseiller accrédité en assurance qui, rappelons-le, ne travaille pas à la commission.



* Des restrictions s'appliquent en matière de services consultatifs dans certaines juridictions. Au Québec et dans l'Î.-P.-É., les résidents appelleront le CDSPI en composant le 1 800 561-9401, poste 5001.



Conseils professionnels
en direct
Une filiale du CDSPI

L'ADC : Bilan de l'année

CONTENU

Les 10 principaux accomplissements de l'ADC en 2002-2003	644
ITRANS ^{MC} s'en vient	645
La Conférence sur les admissions : un franc succès ...	646
L'ADC rencontre le caucus libéral	646
L'ADC accueille le Congrès de la FDI en 2005	646
L'ADC travaille avec l'industrie	647
En aide à l'ADC pour formuler des politiques publiques	647
Le TAED : une expérience réussie	648
Le président de l'ADC devant le Comité des finances	649
Changements apportés au formulaire de demande d'indemnisation standard	650
Nous vous présentons le conseil d'administration de l'ADC pour 2003-2004.	651
Faits saillants de la réunion du conseil d'administration de l'ADC	652
Les récipiendaires des distinctions de l'ADC pour 2003	653
Le PDC aide les nouveaux dentistes	654
L'ADC en Australie	655
Lancement de nouveaux services de placement pour les dentistes	656
Les dentistes sortent gagnants avec les améliorations d'assurance	656



Cette rubrique spéciale du JADC est commanditée par
Canadian Dental Service Plans Inc.

L'ADC : de grands accomplissements en 2002-2003

Nous avons connu des hauts et des bas, mais je suis fier de ce que nous avons accompli ensemble cette année», a déclaré le président sortant de l'ADC, le Dr Tom Breneman, aux délégués à l'occasion de l'assemblée générale de l'Association à Ottawa le 5 septembre.

Quand le Dr Breneman était à la tête de l'Association, deux rapports sur la réforme des soins de santé attendus depuis longtemps ont été publiés par le gouvernement fédéral – un des bureaux du sénateur Michael Kirby et l'autre du commissaire Roy Romanow. L'un comme l'autre ont à peine mentionné la dentisterie. «Certains y ont vu un manque d'intérêt pour tout ce qui concerne les questions dentaires, mais cela pourrait être considéré de façon plus positive comme un soutien tacite à notre système de prestation des soins buccodentaires, a dit le Dr Breneman. En fait, j'adhère de plus en plus à cette dernière interprétation, car j'ai eu l'occasion de rencontrer des responsables du gouvernement et j'ai pu constater qu'ils comprennent bien nos problèmes, grâce notamment aux efforts continus de l'ADC dans ses relations gouvernementales.»

En novembre 2002, l'ADC a organisé le premier Sommet de la dentisterie universitaire à Alliston (Ontario). Au cours de l'année précédente, l'ADC s'était rendue compte qu'une crise dans les facultés de médecine dentaire se préparait sur plusieurs fronts – l'investissement dans la recherche sur la santé buccodentaire est limitée, les frais de scolarité sont élevés, et l'infrastructure universitaire et les facultés ont besoin d'une aide financière immédiate et permanente. Le milieu universi-

taire continuera d'être une priorité pour l'ADC au cours de l'année qui vient.

L'ADC a commencé la nouvelle année avec le Forum sur la pénurie de main-d'œuvre en hygiène dentaire à Gatineau, au Québec (organisé conjointement avec l'Association des chirurgiens dentistes de la Colombie-Britannique). «Je sais qu'il reste des tensions et des défis à relever dans nos relations avec les organismes d'hygiène dentaire, mais l'ADC continuera de rencontrer les dirigeants de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires pour trouver des solutions aux impasses actuelles et des terrains d'entente pour l'avenir», a promis le Dr Breneman.

En avril, lors de ses Journées sur la Colline, l'ADC a tenu une série de rencontres très réussies avec des députés, qui ont été alors informés des questions les plus importantes auxquelles est confrontée la dentisterie et qui touchent la santé buccodentaire. Au cours de deux jours bien remplis, les représentants de l'ADC ont rencontré trois ministres du Cabinet, le président de la Chambre, le chef de l'Opposition officielle et 30 députés, ce qui représente environ 10 % de tous les parlementaires.

suite à la page 650



D'un président de l'ADC à l'autre — Le nouveau président de l'ADC, le Dr Louis Dubé (à gauche), présente la plaque de l'ancien président au Dr Tom Breneman, lors du Dîner du président, tenu à Ottawa le 5 septembre dans le cadre de l'assemblée générale de l'ADC.

Les 10 principaux accomplissements de l'ADC en 2002-2003

Voici pour l'année écoulée les 10 principaux accomplissements de l'ADC, dont plusieurs offrent des avantages concrets à ses membres – et bien souvent aux dentistes non membres.

1 ITRANS^{MC} — Un service sécuritaire de transaction et de messagerie sera bientôt offert sur Internet aux dentistes et aux autres professionnels de la santé du Canada : ITRANS^{MC}. Ce nouveau service sera disponible grâce à une alliance stratégique entre la NDCHealth Corporation d'Atlanta et la Continovation Services Inc. (CSI), une filiale à but lucratif appartenant exclusivement à l'ADC.

2 Plafonds des cotisations au REER — Les pressions exercées par l'ADC pour faire augmenter le plafond des cotisations au Régime enregistré d'épargne-retraite (REER) ont porté fruit lorsque le ministre des Finances, John Manley, a annoncé une augmentation de 4500 \$ au cours des quatre prochaines années dans son budget fédéral de mars 2003.

3 Enseignement et recherche dentaires — L'ADC a organisé deux rencontres visant à augmenter la viabilité des facultés de médecine dentaire du Canada — le Sommet de la dentisterie universitaire en novembre 2002 et la Conférence sur les admissions aux études dentaires en octobre 2003.

4 Le bulletin électronique ADCourriel — Le nouvel outil de communication électronique de l'ADC met instantanément les membres au courant des sujets importants ayant un impact sur leur cabinet. Depuis novembre 2002, 17 bulletins ont été transmis à 4500 membres de l'ADC (en moyenne), les renseignant sur des sujets comme les changements apportés à CDAnet, la façon de réagir à l'apparition du SRAS et les moyens de contrer les attaques des virus et des vers informatiques.

5 Gouvernance et élections — En mars 2003, l'ADC a adopté un modèle de gouvernance fondé sur les connaissances qui permettra au conseil d'administration de déterminer clairement les questions stratégiques et de les gérer pour le bien absolu des membres. Pour la première fois en 101 ans, les membres du conseil d'administration de l'ADC ont été élus pour rendre compte de leurs activités et servir les intérêts de l'ADC dans son ensemble.

6 Campagne publicitaire télédiffusée du Mois national de la santé buccodentaire (MNSB) — En avril, l'ADC a lancé sa deuxième campagne publicitaire nationale télédiffusée pour le MNSB. Les annonces, télédiffusées sur les chaînes Life Network, Prime, W (Women's) Network et RDI (Réseau de l'information) de Radio-Canada, portaient sur le message *La santé buccodentaire — pour vivre en santé*, et on estime qu'elles ont été vues par 1,5 million de téléspectateurs.

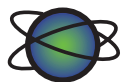
7 Publications — L'ADC continue d'améliorer ses publications et ses outils de communication. Le *JADC* a fait paraître des éditions spéciales sur la chirurgie buccale et maxillofaciale, la dentisterie pédiatrique, la prosthodontie, l'orthodontie, et la pathologie et la médecine buccales. Le *Communiqué* a institué de nouvelles chroniques — *FAQ sur la pratique dentaire*, *Le style de vie des dentistes*, *Profil de société* et *Aperçu national*.

8 Programme des soins de santé non assurés (SSNA) — L'ADC a réussi à persuader Santé Canada de modifier son Programme des SSNA pour les patients des Premières Nations et les Inuits afin d'éliminer les vérifications intrusives des dossiers des demandeurs dans les cabinets dentaires du Canada.

9 Inscription en ligne au Test d'aptitude aux études dentaires (TAED) — Cette année, les candidats aux études dentaires ont pu, pour la première fois, s'inscrire au TAED en ligne dans le site Web de l'ADC. La procédure d'inscription est plus rapide et permet de rationaliser la gestion du TAED pour le personnel de l'ADC à Ottawa.

10 Conférence sur l'hygiène dentaire — L'ADC a co-organisé une conférence visant à déterminer la position nationale sur la prestation des services d'hygiène buccodentaire. ■





ITRANS^{MC}

s'en vient

ITRANS^{MC} – un service de transaction et de messagerie sécuritaire et unique en son genre offert sur Internet – permettra bientôt aux dentistes et aux professionnels de la santé d'acheminer les demandes d'indemnisation et les radiographies de leurs patients ainsi que toute pièce jointe aux assureurs et à d'autres dentistes ou professionnels de la santé. Pour offrir ITRANS^{MC} et d'autres produits, l'ADC a établi la Continovation Services Inc. (CSI), une filiale à but lucratif lui appartenant exclusivement. ITRANS^{MC} sera disponible à compter du premier trimestre de 2004.

ITRANS^{MC} permettra d'accroître le volume des transactions «justes dès la première fois», d'effectuer d'autres transactions électroniques sécuritaires, d'offrir un meilleur service aux patients et d'aider les dentistes à mieux rentabiliser leur cabinet.

Les dentistes et leurs fournisseurs de logiciels seront invités à des présentations régionales prévues pour fin 2003 et début 2004, leur donnant des instructions spécifiques pour les aider à se familiariser avec ce modèle de commerce électronique.

Vu les craintes croissantes touchant la protection des renseignements personnels et la confidentialité des renseignements délicats transmis électroniquement par DataPac/ligne 1-800 et par Internet, la CSI a effectué des recherches mondiales approfondies afin de déterminer les meilleures solutions et a découvert que les sociétés NDCHHealth et Soltrus/VeriSign répondent aux exigences des lois sur la protection des renseignements personnels en pleine évolution, de déclarer Brenda Naylor, présidente et directrice de l'exploitation de la CSI à Ottawa. (La NDCHHealth d'Atlanta est le principal fournisseur de services d'information sur la santé auprès des pharmacies, des hôpitaux, des médecins, des fabricants de produits pharmaceutiques et des groupes payeurs. La Soltrus de Toronto – la filiale canadienne de VeriSign – est le premier fournisseur canadien des services de sécurité numérique qui permettent aux entreprises et aux consommateurs de communiquer et de négocier sur des réseaux numériques en toute confiance.)

Et Mme Naylor d'ajouter : «Nous avons donc formé des

alliances commerciales stratégiques avec NDCHHealth et Soltrus pour qu'elles s'occupent de nos présentations de produits conjointes, de manière à ce que les patients et les fournisseurs de soins de santé restent persuadés que l'information sur ITRANS^{MC} est vue et traitée par des utilisateurs autorisés et que tout échange de données demeurera sécuritaire et entièrement confidentiel.»

Pour sa part, le Dr Louis Dubé a tenu à préciser : «ITRANS^{MC} ne remplace pas CDAnet^{MC}, mais est plutôt une toute nouvelle façon de transmettre des demandes d'indemnisation à l'aide des formulaires standards de CDAnet^{MC} ou de

tout autre formulaire standard qui pourra être conçu. Les dentistes qui sont satisfaits des services actuels et qui ont recours à DataPac/ligne 1-800 pourront acheminer leurs demandes d'indemnisation comme à l'habitude, et l'ADC s'est engagée à les soutenir tant que la technologie le permettra.»

Cependant, il est probable que les exigences touchant la vitesse de transmission de la Demande d'indemnisation électronique standard nationale en train d'être élaborée dépasseront les capacités de l'infrastructure de DataPac/ligne 1-800, obligeant son remplacement éventuel par un système de communication sécurisé dans Internet comme ITRANS^{MC}, a fait observer le Dr Dubé.

Une bonne part du marché de l'assurance dentaire sera servie par ITRANS^{MC} dès sa mise en œuvre, puis d'autres développements auront lieu à mesure que la CSI établira d'autres liens avec l'industrie de l'assurance, a déclaré Mme Naylor.

Le Dr Dubé a élaboré davantage, disant que ITRANS^{MC} pourrait avoir un impact positif dans un cabinet, même quand il ne fait pas beaucoup de demandes d'indemnisation électroniques, en facilitant les communications entre dentiste et spécialiste et en ouvrant la voie à différents nouveaux services sur lesquels la CSI travaille déjà.

Pour plus d'information sur ITRANS^{MC}, visitez le site www.continovation.com ou communiquez avec Mme Naylor à bnaylor@continovation.com. ■

ITRANS^{MC} est une marque de commerce de la CSI.

*Une bonne part du marché
de l'assurance dentaire sera
servie par ITRANS^{MC} dès sa
mise en œuvre, puis d'autres
développements auront lieu à
mesure que la CSI établira
d'autres liens avec l'industrie
de l'assurance.*

La Conférence sur les admissions : un franc succès

L'ADC a organisé une Conférence sur les admissions dans les facultés de médecine dentaire qui a remporté un énorme succès les 18 et 19 octobre à Ottawa. Cet événement – qui donnait suite au Sommet de la dentisterie universitaire de l'année dernière – est le deuxième d'une série destinée à relever les défis lancés à la dentisterie universitaire au Canada, comme les pénuries chroniques d'enseignants et de chercheurs dentaires.

Les questions abordées lors de la conférence comprenaient le choix du personnel et la conception pilote d'une étude nationale visant à déterminer la validité et la fiabilité des outils d'admission dans les facultés de médecine dentaire actuellement utilisés.

Parmi les invités à la conférence, citons les doyens et les responsables des admissions des 10 facultés de médecine dentaire, et les représentants de l'ADC, de la Commission de l'agrément dentaire du Canada (CADC), des organismes de réglementation dentaire, de l'industrie dentaire, de l'Association dentaire américaine et de l'Association américaine de l'enseignement dentaire.

Entre autres conférenciers invités spéciaux, on comptait : le Dr Jack Dillenberg, doyen inaugural de l'École de médecine dentaire et de santé buccodentaire de l'Arizona à Mesa; le Dr Vic Catano, professeur et directeur du Département de psychologie à l'Université St. Mary's à Halifax (et auteur des questions pour les entrevues d'admission de l'ADC); et le Dr Blaine Cleghorn, directeur clinique de la Faculté de médecine dentaire de l'Université Dalhousie à Halifax.

L'ADC souhaite remercier le Fonds dentaire canadien, Nobel Biocare, Septodont et Procter & Gamble (fabricants des produits Crest) pour leurs généreuses contributions à cet événement. ■

L'ADC rencontre le caucus libéral

L'ADC a présenté un mémoire sur l'Accès à l'enseignement supérieur au caucus libéral pour la recherche et l'enseignement post-secondaire, le 19 août à North Bay (Ontario).

Le président sortant de l'ADC, le Dr Tom Breneman, a donné une courte présentation orale sur l'accès à l'enseignement, étayée d'un mémoire écrit. Les représentants de l'ADC ont communiqué avec les députés avant et après la réunion du caucus. «Les occasions qui nous ont été données nous ont permis de soulever d'autres sujets de préoccupation sur l'enseignement et la recherche», a signalé M. Andrew Jones, directeur des affaires générales et gouvernementales à l'ADC.

Quant au Dr Breneman, il a déclaré : «C'était important pour nous d'être là, puisque nous étions la seule association professionnelle présente. Il était clair que, au niveau fédéral, on est de plus en plus déterminé à trouver des solutions viables; c'est pourquoi la dentisterie devra poursuivre ses efforts maintenant que la direction politique change de main. ■

L'ADC accueille le Congrès de la FDI en 2005



C'est officiel! – Le Dr Louis Dubé signe le contrat stipulant que le Canada accueillera le Congrès annuel de la FDI à Montréal en 2005, au stand monté à cet effet au Palais des congrès et des expositions de Sydney lors du Congrès 2003 de la FDI.

L'ADC accueillera le Congrès 2005 de la FDI, qui se tiendra au Palais des congrès de Montréal du 24 au 27 août. L'Association travaille avec des organisateurs de la FDI et des Journées dentaires internationales du Québec pour présenter le plus grand congrès dentaire du Canada en 2005.

Les congrès de la FDI sont des événements reconnus à l'échelle internationale qui traitent des dernières avancées scientifiques dans le monde de la dentisterie.

Le programme scientifique du Congrès 2005 de la FDI à Montréal comprendra d'importants colloques sur la dentisterie esthétique, la prosthodontie et l'implantologie. Des séances s'attarderont sur la parodontologie, la dentisterie préventive, la nutrition, l'endodontie, la dentisterie gériatrique, la gestion du cabinet, le traitement de la douleur, la chirurgie buccale, la médecine buccale, la dentisterie pédiatrique, l'orthodontie et la traumatologie.

De plus, une série remarquable de cours pratiques à participation restreinte, intéressante et multidisciplinaire, sera présentée par d'éminents spécialistes du Canada, des É.-U. et de l'Europe dans le cadre du programme scientifique.

D'autres programmes de grand intérêt traiteront de la motivation, de la dentisterie sportive, des femmes en dentisterie, des jeunes dentistes, de l'handicap et de la dentisterie dans les pays en voie de développement.

Une autre grande attraction du congrès sera l'exposition dentaire mondiale, où seront exposées les dernières avancées en technologie, équipement et produits dentaires.

Comme avantage spécial, les membres de l'ADC ont droit à une réduction sur les frais d'inscription au Congrès 2005 de la FDI à Montréal.

Pour plus d'information, visitez le site Web du congrès à www.fdiworldental.org. ■

L'ADC travaille avec l'industrie

L'ADC continue à nouer des liens serrés avec l'industrie dentaire, une situation gagnante pour toutes les parties concernées. Voici quelques exemples :

Enquête sur la satisfaction des dentistes quant aux services offerts par les laboratoires dentaires

Le travail se poursuit sur l'enquête visant à évaluer la satisfaction des dentistes quant aux services offerts par les laboratoires dentaires. Quelque 665 réponses ont été reçues, offrant suffisamment de données pour produire des résultats utiles aux laboratoires participants. Il s'agit d'une enquête régionale, étant donné la taille des laboratoires participants. Trois laboratoires dentaires se sont engagés à financer le projet. Les rapports seront finalisés d'ici décembre.

Enquête sur la satisfaction des dentistes quant aux produits offerts par les distributeurs dentaires

Cette enquête a offert de nouvelles données sur les habitudes d'achat et la satisfaction de la clientèle quant aux produits et aux fournisseurs. Des rapports confidentiels ont été présentés aux distributeurs de produits dentaires participants. On prévoit déjà une deuxième enquête du genre, qui toucherait cette fois le marché gris.

Commandites

Parmi les commanditaires ayant appuyé les activités de l'ADC cette année, citons Ash Temple/Servident, Canadian Dental Service Plans Inc. (CDSPI), CareCredit, Colgate, le Fonds dentaire canadien, Kodak, Nobel Biocare, Oral-B, Patterson, Pfizer Canada, Procter & Gamble et Septodont.

Mois de la santé buccodentaire national

L'ADC et Colgate ont joint leurs efforts pour mener une campagne très réussie lors du Mois de la santé buccodentaire national de 2003. La campagne 2004 est en cours de planification.

Campagne d'éducation du public

L'ADC envisage de conclure des partenariats avec plusieurs organismes pour mener une campagne d'éducation du public qui communiquera l'importance d'une bonne santé buccodentaire et générale à un public national. ■

En aide à l'ADC pour formuler des politiques publiques

Le Centre de documentation de l'ADC est plus qu'une bibliothèque. Sous la direction de Costa Papadopoulos, chef de l'information et de la politique de la santé, le centre joue un rôle important dans l'élaboration des politiques publiques et dans le maintien à long terme de la viabilité de la profession dentaire.

Le Centre de documentation aide le conseil d'administration de l'ADC à prendre des décisions fondées sur les connaissances en matière de politique, en lui fournissant une base solide d'informations détaillées et fiables.

Quand l'équipe des relations gouvernementales de l'ADC avait besoin de savoir combien d'argent était dépensé en recherche sur la santé buccodentaire au Canada, M. Papadopoulos a déniché l'information auprès des Instituts de recherche en santé du Canada et démontré que l'argent qui y était consacré était nettement insuffisant.

Des présentations bien documentées servent également de tremplins aux discussions en matière de politique. M. Papadopoulos a fourni les données appuyant la présentation sur la promotion de la santé buccodentaire que le Dr John O'Keefe a donnée lors du forum stratégique tenu à Ottawa en septembre dernier. Lors des débats, certains délégués se sont dits fort surpris des résultats de la recherche.

«Les dentistes ont besoin de plus d'information sur l'analyse coûts-avantages des campagnes de promotion de la santé buccodentaire, explique M. Papadopoulos. La recherche montre que les campagnes de sensibilisation à une bonne santé dentaire dès le plus jeune âge ne se traduisent pas forcément par des visites régulières chez le dentiste plus tard dans la vie. Des recherches plus approfondies doivent aussi être menées pour aider les assureurs à prendre de bonnes décisions en matière de soins dentaires. Leurs décisions se fondent parfois sur une aversion pour le risque ou sur l'émotion, mais pas toujours sur les faits.»

On doit répondre plus clairement à nombre de questions et prouver juste ou faux certaines hypothèses. M. Papadopoulos a cité quelques exemples : «Combien d'argent est épargné en faisant tôt la promotion de la santé? Est-ce que la promouvoir tôt permettra de réduire le besoin d'une procédure compliquée à l'avenir? Y a-t-il un lien définitif entre la santé buccodentaire et la santé en général? Entre la plaque et les maladies cardiovasculaires? C'est le genre de données qui doit être recueilli et diffusé aux principaux intervenants. Il ne peut qu'y avoir un impact sur la politique future en matière de santé dentaire publique.»

M. Papadopoulos a prévenu qu'une partie de son travail de collecte des données risque de ne porter fruit que dans un avenir éloigné pour la profession. «Il se peut que le gouvernement établisse des programmes pour les dentistes dans 10 ou 20 ans», a-t-il annoncé. ■

Le TAED : une expérience réussie



Geoff Valentine



Fatna Moussali

Cette année a marqué une réussite pour la mise en œuvre de l'inscription en ligne du Test d'aptitude aux études dentaires (TAED) administré par l'ADC et donné à tous les étudiants canadiens qui désirent entreprendre des études universitaires en médecine dentaire.

L'inscription en ligne au TAED a commencé le 27 août, et dans les 20 jours suivants, soit jusqu'au 15 septembre, dernière journée d'inscription, 697 transactions ont été faites en ligne, pour une valeur de 177 476,60 \$.

«Cette année, 1225 candidats se sont inscrits – un record absolu – dont environ 65 % en ligne», a déclaré Fatna Moussali, coordonnatrice du TAED de l'ADC. «Une fois leur paiement approuvé, les candidats ont reçu par courriel une confirmation leur indiquant où ils devaient passer le test et quelle pièce d'identité y présenter. Ils étaient très contents de pouvoir s'inscrire en ligne et de le faire rapidement. Les instructions sont assez faciles à suivre. Les préposés aux admissions des facultés de médecine dentaire étaient également très contents de la procédure d'inscription en ligne.»

«Nos principaux objectifs étaient d'améliorer le service à la clientèle et de rationaliser les procédures, tâchant de rentabiliser là où nous le pouvions», a observé Geoff Valentine, chef des technologies de l'information de l'ADC. «Nous avons pu lancer le système d'inscription au TAED en ligne cette année parce que tous les éléments techniques étaient en place.

En 2001, nous avons transféré la banque de données sur l'inscription au TAED à iMIS, le principal outil de gestion des adhésions à l'ADC. Puis nous avons lancé notre nouveau site Web en 2002. Après avoir commencé le renouvellement des adhésions des membres en ligne, nous sommes passés à l'inscription au TAED en ligne.»

«En étant capable de s'inscrire en ligne, le candidat peut nous donner les renseignements demandés même quelques minutes avant la clôture des inscriptions, a ajouté Mme Moussali. Cette année, presque la moitié des candidats ont présenté leurs demandes en ligne dans la semaine avant la clôture des inscriptions. Quand un candidat fait une erreur en s'inscrivant en ligne, il en est immédiatement avisé et reçoit les instructions pour la corriger, ce qui réduit de beaucoup notre charge de travail. Nous savions en recevant les demandes qu'elles étaient tout à fait exemptes d'erreurs. Dès qu'elles ont été approuvées, nous avons expédié le matériel aux candidats pour qu'ils puissent commencer à se préparer en vue de l'examen.»

L'ADC a instauré le paiement en ligne afin que l'inscription soit terminée seulement quand le paiement est en règle. «Nous sommes abonnés à la passerelle de paiement par carte VeriSign (par l'entremise de Soltrus, son revendeur canadien), a expliqué M. Valentine. La carte est validée en 3 secondes.»

«Ceci permet d'épargner beaucoup de temps puisque nous n'avons plus à téléphoner à de nombreux candidats pour obtenir les bonnes données des cartes de crédit», a commenté Mme Moussali. Elle estime que le nouveau système réduit de quelque 116 heures son travail relié au TAED.

Parce que chacun des centres d'examen a un nombre restreint de places, un système a été prévu pour compter le nombre de places vendues et éviter les surventes.

«Nous avons pris comme modèles Ticketmaster et les lignes aériennes où le nombre des places est compté», a expliqué M. Valentine. Chaque fois qu'une personne s'inscrit, le nombre de place diminue de un. À zéro, c'est terminé!»

Comme mesure incitative, la priorité est accordée aux candidats qui s'inscrivent en ligne au lieu de ceux qui le font par courrier postal. «Nous encourageons le plus grand nombre possible d'étudiants à s'inscrire en ligne parce que nous visons à ce que tous le fassent éventuellement, a résumé M. Valentine. Jamais plus de documents imprimés. C'est un rêve qui, nous l'espérons, se réalisera un jour.» ■

*Comme mesure incitative,
la priorité est accordée aux
candidats qui s'inscrivent en
ligne au lieu de ceux qui le
font par courrier postal.*

Le président de l'ADC devant le Comité des finances

La santé buccodentaire des Canadiens et l'infrastructure de la profession dentaire étaient les deux principaux thèmes de la présentation prébudgétaire du président de l'ADC, le Dr Louis Dubé, au Comité permanent des finances de la Chambre des communes le 30 septembre.

Le Dr Dubé a décrit la situation critique de nombreux Canadiens n'ayant pas accès à des soins buccodentaires convenables : «Dans mon cabinet, à Sherbrooke, il ne se passe pas une journée sans que j'aie à extraire une dent. Comme les eaux ne sont pas fluorurées, les enfants ont encore beaucoup de caries. Il est triste de voir un enfant financièrement désavantagé se rendre à l'école la bouche pleine de caries qui le font souffrir et rendent difficile pour lui de manger des aliments nutritifs, de bien dormir et de se concentrer.

«Comme la plupart des programmes de dépistage dans les écoles ont fait l'objet de compressions, comment ces enfants obtiennent-ils des soins buccodentaires? a demandé le Dr Dubé. De nombreux dentistes travaillent sans exiger de frais là où ils voient que les besoins sont réels, mais nous ne pouvons agir seuls. Nous avons remarqué que bon nombre de gens se présentent au service des urgences dans les hôpitaux afin d'être traités pour des problèmes reliés à la santé buccodentaire. Il nous faut trouver des moyens de répondre aux besoins des personnes qui sont incapables d'obtenir des soins dentaires à cause des obstacles financiers.»

Le Dr Dubé s'est demandé ce qui se produira quand les travailleurs vieillissants prendront leur retraite et perdront leurs régimes de soins dentaires. Il a suggéré au comité de créer dès maintenant des systèmes pour répondre aux besoins des patients plus âgés, avant que la majorité de la génération du baby-boom devienne inactive. «Ces gens ont des attentes élevées touchant les soins buccodentaires qu'ils reçoivent, et ils ne vont pas s'accommoder de soins de deuxième ordre», a-t-il prédit.

Les chercheurs sont sur le point d'établir un lien définitif entre l'état de santé de la bouche et celui du reste de l'organisme. «Quand votre bouche est malade, le reste de votre organisme est touché – et les effets peuvent être assez importants, a déclaré le Dr Dubé. Nous ne possédons pas encore toutes les réponses, mais il apparaît de plus en plus que les maladies parodontales puissent être un facteur de complication dans les maladies du cœur, les naissances prématurées, l'insuffisance de poids à la naissance et le diabète. Ce sont là de grands problèmes de santé, tant par leur impact sur la qualité de vie que par leurs coûts dans le système de santé. S'il s'avère que les dentistes puissent aider à prévenir ces maladies ou à en réduire la gravité, ce sera tant mieux.»



Le Dr Louis Dubé

Les frais de scolarité élevés sont un symptôme de l'insuffisance de fonds dans les universités.

Touchant la santé de la profession dentaire, le Dr Dubé a déclaré que les frais de scolarité élevés le préoccupaient beaucoup et qu'il craignait leur impact sur la composition de la profession. «Les frais de scolarité en dentisterie sont plus élevés que ceux de tout autre programme de formation, ce qui nous préoccupe vivement. Je vous encourage donc à recommander l'adoption de changements afin de venir directement en aide aux étudiants, a-t-il dit. Au cours de l'année écoulée, cependant, nous avons compris que les frais de scolarité n'étaient pas le mal, mais un symptôme du vrai problème, à savoir l'insuffisance de fonds dans les universités. Gérer

des facultés de médecine dentaire coûte très cher. L'équipement et l'entretien, de même que l'exploitation de cliniques publiques, se traduisent par des coûts qui vont s'additionnant. Les bons professeurs sont difficiles à trouver et encore plus difficiles à conserver. Au point où en sont les choses, les universités offrent des salaires qui ne peuvent concurrencer les revenus des cabinets privés; par conséquent, il est difficile d'intéresser les nouveaux diplômés à la vie universitaire – surtout quand ils ont une dette de plus de 100 000 \$.»

Par ailleurs, il est de plus en plus difficile pour les universitaires d'obtenir des bourses de recherche. «Il y a 2 ans, nous vous avons appris que les Instituts de recherche en santé du Canada consacraient uniquement 1,6 % de leurs subventions à la recherche dentaire, a souligné le Dr Dubé. Comme environ 7 % des subventions de santé vont aux soins buccodentaires, nous avons jugé ce pourcentage trop bas. Depuis, la situation a empiré. Au cours de la dernière année, on a accordé moins de 1 % des subventions à la recherche buccodentaire.

«Pas de facultés de médecine dentaire, pas de dentistes, a résumé le Dr Dubé. Pas de recherche, pas d'améliorations à la santé buccodentaire. Il s'agit de questions fondamentales et nous voulons travailler avec vous pour les résoudre.»

Les congés parentaux ont été un autre point soulevé. La dentisterie est en train de devenir rapidement une profession exercée également par les hommes et par les femmes. Souvent, une fois un cabinet établi, il devient une entreprise familiale, où les conjoints sont tous deux dentistes ou l'un est dentiste et l'autre gère le cabinet.

Cependant, comme la structure de l'assurance-emploi est injuste, ni l'un ni l'autre des conjoints n'ont droit au congé parental, a fait observer le Dr Dubé. «Afin de rendre la garde d'enfants soutenable sur le plan financier pour les dentistes, le personnel et les autres professionnels de la santé, l'ADC recommande que la *Loi sur l'assurance-emploi* soit révisée afin d'y inclure des dispositions d'adhésion à l'intention des entre-

preneurs autonomes et des membres de leur famille à leur emploi. L'ADC recommande également que les dentistes et les autres travailleurs autonomes aient la possibilité de retirer des fonds de leur REER sans être pénalisés afin de bénéficier d'un congé de maternité.»

Enfin, le Dr Dubé a abordé la question de la garde d'enfants. «Étant donné que les femmes demeurent les principales prestataires de soins familiaux dans notre société, la capacité des femmes dentistes de reprendre leur carrière professionnelle et d'y jouer un rôle actif dépend en grande partie de la disponibilité de services de garde d'enfants de qualité. De nombreux professionnels optent pour la garde en milieu familial, car elle offre une plus grande souplesse. Toutefois, une décision judiciaire prise en 1989 empêche les propriétaires de petites entreprises d'ajouter les services de garde d'enfants à leur livre de paie. L'abolition de cette contrainte permettrait aux dentistes de mieux rémunérer les fournisseurs de services de garde d'enfants, améliorant ainsi la situation financière d'un autre groupe d'entrepreneurs. Elle encouragerait également les femmes dentistes à embaucher des personnes compétentes pour prendre soin de leurs enfants et ainsi retourner au travail plus rapidement et mieux rassurées.» ■

Changements apportés au formulaire de demande d'indemnisation standard

L'ADC travaille en étroite collaboration avec l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP) afin de s'assurer que les demandes présentées par les dentistes pour obtenir confirmation des couvertures sont conformes à la loi sur la protection des renseignements personnels. Durant les consultations avec l'industrie de l'assurance, des assureurs ont exprimé des craintes touchant la divulgation de renseignements directement au dentiste au lieu de les communiquer au patient lors de la prédétermination.

Dans la pratique, la plupart des assureurs retournent les résultats d'une prédétermination au dentiste, ce qui accélère le traitement et permet à celui-ci de les examiner avec le patient au moment opportun. Cependant, quelques assureurs envoient les résultats de la prédétermination au patient au lieu du dentiste. Cette pratique ralentit l'échange de renseignements et peut retarder la prise de décision, d'expliquer Ákos Hoffer, chef des services aux cabinets de l'ADC.

Pour apaiser les craintes de l'industrie de l'assurance, l'ADC a amendé le formulaire de demande d'indemnisation standard pour y inclure un consentement signé par le patient et autorisant les assureurs à retourner les résultats de la prédétermination directement au dentiste. La nouvelle formulation a été agréée par l'ACCAP. L'ADC demande à tous les dentistes de remplacer les formulaires actuels par les nouveaux qui seront disponibles dans le site Web de l'ADC ou en joignant directement l'ADC.

L'ADC prévoit que le nouveau formulaire répondra aux besoins de toute l'industrie de l'assurance, de déclarer

M. Hoffer. Cependant, si les assureurs persistent à refuser d'envoyer les résultats des prédéterminations aux dentistes, les membres sont priés d'en aviser l'ADC par courriel à practice_support@cda-adc.ca, afin que les mesures appropriées soient prises.

Un changement similaire a été apporté plus tôt au formulaire de consentement de CDAnet afin de tenir compte de la question de la protection des renseignements personnels.

Pour plus d'information, écrivez à practice_services@cda-adc.ca. ■

*L'ADC : de grands accomplissements en 2002-2003
suite de la page 643*

«Nous avons surtout parlé de questions appartenant à trois grandes catégories – la santé buccodentaire, les questions professionnelles et les préoccupations financières, a déclaré le Dr Breneman. Nous avons été très bien reçus. On nous a écouté et on nous a posé des questions. Il est évident que nos messages sont de plus en plus entendus à mesure que nous les transmettons d'année en année et que la connaissance de nos problèmes sur la Colline s'en est de beaucoup améliorée.»

En mai, l'ADC a organisé un congrès très réussi conjointement avec l'Association et Collège dentaires de l'Alberta. «Nous avons profité de réunions fructueuses dans un décor magnifique, avec un nombre record de participants de l'Alberta», a fait observer le Dr Breneman.

L'ADC a été plus visible dans les médias cette dernière année. «Le nombre et la qualité des sujets traités dans la presse et sur les ondes reflètent une sensibilisation accrue envers l'importance de la santé buccodentaire, a noté le Dr Breneman. Je me suis habitué à donner des interviews à brève échéance. En plus des nombreux interviews dans les journaux et à la radio au cours desquels on nous a demandé de faire des observations, nous avons agi de façon proactive, en publiant notamment un supplément sur la santé buccodentaire dans le *National Post* et en diffusant une série de segments sur la santé buccodentaire à l'émission *Body & Health* de Global TV. Chacun de ces succès est une nouvelle étape dans notre quête d'une visibilité accrue et de nouveaux débouchés pour transmettre nos messages au public.

«Nous avons également intensifié nos efforts de communication avec notre public, a poursuivi le Dr Breneman. Cette année, les membres ont reçu des avis électroniques (*ADCourriel*) sur des sujets d'actualité comme le SRAS (Syndrome respiratoire aigu sévère), la fraude de la Dental Association of Canada et l'initiative de consentement global. Toute cette information a été critique pour la pratique quotidienne des membres de l'ADC. Le *JADC* et le *Communiqué* sont constamment améliorés, et cette année on a vu le lancement de *L'Équipe dentaire*, une nouvelle publication visant à fournir une information importante au personnel des cabinets dentaires.»

Dans l'ensemble, ce fut une année qui restera comme une des plus productives dans les annales de l'ADC, a conclu le Dr Breneman. ■

Nous vous présentons ...



Le conseil
d'administration
de l'ADC pour
2003-2004



Le Dr Louis Dubé
Président



Le Dr Alfred Dean
Président désigné



Le Dr Jack Cottrell
Vice-président



Le Dr Michael Connolly



Le Dr Craig Fedorowich



Le Dr Wayne Halstrom



Le Dr Gord Johnson



Le Dr Robert MacGregor



Le Dr Wayne Pulver



Le Dr Jack Scott



Le Dr Robert Sexton



Le Dr Darryl Smith



La Dre Deborah Stymiest



M. George Weber
Directeur général

Faits saillants de la réunion du conseil d'administration de l'ADC tenue les 3 et 4 septembre 2003 à Ottawa

Congrès 2005 de la FDI

Le conseil d'administration a approuvé à l'unanimité une entente conclue avec la Fédération dentaire internationale (FDI), en vue de la tenue à Montréal du Congrès 2005 de la FDI, du 21 au 27 août 2005. Un contrat à cet effet sera signé entre l'ADC et l'Ordre des dentistes du Québec (ODQ).

Guide du système de codification standard et du répertoire des services (GSCS&RS)

Conformément à la recommandation du Comité de gestion des réclamations (CGR) de l'ADC, le conseil d'administration a approuvé les révisions proposées au Guide du système de codification standard et du répertoire des services (GSCS&RS). Ces révisions prévoient entre autres l'ajout d'un nouveau code pour le retrait des cuspidés fracturés, comme suit :

- 72800 Retrait d'une cuspide fracturée en tant que procédure séparée et non en conjonction avec des procédures chirurgicales ou restauratrices sur la même dent
- 72801 Première dent
- 72809 Chaque dent additionnelle

ainsi que la création du nouveau code suivant :

- 99222 Frais de laboratoire pour les services de biopsie en pathologie buccale en conjonction avec les services chirurgicaux des séries 30000, 40000 ou 70000.

Il a en outre été convenu de modifier comme suit les codes 27720, 27721 et 27722 :

- 27720 Réparations, inlays/onlays ou couronnes en porcelaine/céramique/résine polymère, porcelaine/céramique/résine polymère sur base métallique (restaurations individuelles)
- 27721 Réparations, inlays/onlays ou couronnes en porcelaine/céramique/résine polymère, porcelaine/céramique/résine polymère sur base métallique, direct
- 27722 Réparations, inlays/onlays ou couronnes en porcelaine/céramique/résine polymère, porcelaine/céramique/résine polymère sur base métallique, indirect + L

En 2001, le CGR a déterminé que le système actuel de codification entraînait une pénurie de codes dans le GSCS&RS et qu'il était temps de procéder à une révision en profondeur du guide. Aussi, dans le cadre du développement du dossier de santé électronique, le conseil d'administration a convenu que l'objectif devrait être de définir un langage électronique standard pour la dentisterie, afin de protéger la profession contre l'imposition d'un système de codification qui soit conçu en fonction des besoins des médecins, et non des dentistes. Une demande de propositions (DP) en ce sens a

donc été émise, à l'intention des spécialistes en cybersanté. Le processus de révision prendra sans doute cinq ans, dont trois ans pour la mise en œuvre par le secteur des assurances.

Résidus d'amalgame

L'ADC collaborera avec le Dr Philip Watson, afin de poursuivre les recherches sur l'usage des amalgames à travers le Canada, dans le but d'établir une valeur de référence qui servira à juger de la conformité avec le protocole d'entente qui a été signé. (Les données compilées porteront sur une seule journée d'exercice.) Le transport des résidus d'amalgame continue de poser problème dans certaines provinces.

Le conseil d'administration a chargé le Comité des matériaux et instruments dentaires d'établir une liste des caractéristiques devant guider le choix d'un séparateur d'amalgame pour les cabinets dentaires.

Centre de documentation

Le conseil d'administration a examiné les options proposées afin que le Centre de documentation demeure une entité viable au sein de l'ADC. Le conseil reconnaît que des changements s'imposent et a décidé de mettre l'accent sur la collection de périodiques.

Programme de recrutement des étudiants

L'ADC a appris qu'un grand nombre d'étudiants désirent établir des liens avec la dentisterie organisée. On croit que l'ADC et toutes les associations dentaires provinciales pourraient profiter d'un programme d'adhésion qui favoriserait le recrutement et le suivi des nouveaux diplômés. L'ADC contactera chaque association membre pour discuter d'un programme conjoint.

Politique sur la protection des renseignements personnels

Le conseil d'administration a ratifié une politique sur la protection des renseignements personnels, qui s'appliquera aux activités de l'ADC. Cette politique prévoit la nomination d'un agent en chef de la protection des renseignements personnels; la définition des objectifs devant sous-tendre la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels par l'ADC; l'examen des questions liées au consentement, ainsi que des mesures de sécurité.

Répercussions du retrait de l'association membre du Québec

L'ADC poursuit ses discussions sur les mesures de transition, à la suite du retrait de l'adhésion de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ). Conformément aux statuts de l'ADC, une période de préavis d'un an doit s'appliquer. Malgré la perte d'une association membre au Québec, l'ADC continuera de recruter et de représenter des membres à titre personnel dans cette province. ■

Les récipiendaires des distinctions de l'ADC pour 2003

Des membres éminents de la profession dentaire ont été honorés lors de la cérémonie et du déjeuner de remise des prix annuels de l'ADC, commandités par Ash Temple/Servident, le 5 septembre, à l'hôtel Westin d'Ottawa.

Distinction pour services émérites

La Distinction pour services émérites de l'ADC est remise à une personne pour sa contribution exceptionnelle au cours d'une année déterminée ou ses services émérites rendus au cours d'un certain nombre d'années. Les récipiendaires de cette année étaient le **Dr John Currah** d'Ottawa, le **Dr Gilles Dubé** de Lachute (Québec) et **M. Brian Henderson** d'Ottawa.

Le Dr Currah a été directeur des Services dentaires des Forces canadiennes et est président de la Division des Services dentaires des Forces de défense de la Fédération dentaire internationale (FDI). Il est également dentiste en chef à Santé Canada.

Le Dr Dubé a été président de l'ADC en 1990-1991 et membre du Conseil exécutif et du Bureau des gouverneurs de l'ADC de 1986 à 1991. Il a également fait partie de plusieurs comités de l'Ordre des dentistes du Québec et de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec.

M. Henderson a agi à titre de directeur de la Commission de l'agrément dentaire du Canada (CADC), de directeur général adjoint de l'ADC et de directeur des services professionnels. Président de Health Teams Associates, il continue d'offrir des services de consultation à l'ADC.



Le Dr John Currah



Le Dr Gilles Dubé



M. Brian Henderson

Distinction du mérite

La Distinction du mérite est décernée à une personne qui a contribué de façon exceptionnelle à la gouvernance de l'Association dentaire canadienne ou à la médecine dentaire au Canada. Le **Dr Richard Beauchamp** d'Edmonton et le **Dr William MacInnis** de Halifax en étaient les récipiendaires cette année.

Le Dr Beauchamp offre fidèlement ses services à l'Université de l'Alberta, à l'Association et Collège dentaires de l'Alberta et à l'ADC depuis 1972. Il est actuellement président de l'Association des anciens étudiants en médecine dentaire de l'Université de l'Alberta.

Le Dr MacInnis a été doyen de la Faculté de médecine dentaire de l'Université Dalhousie à Halifax; il vient de prendre sa retraite. De 1997 à 2001, il a participé intensivement aux travaux de la Commission de l'agrément dentaire du Canada (CADC).



Le Dr Richard Beauchamp



Le Dr William MacInnis

Distinction pour la promotion de la santé buccodentaire

La Distinction pour la promotion de la santé buccodentaire est décernée à des personnes ou à des organismes qui cherchent à améliorer la santé buccodentaire des Canadiens en en faisant la promotion. Cette année, elle était présentée au **site Web Healthy Teeth** et à l'émission télévisée **Body and Health**.

Le site Web Healthy Teeth est produit par l'Association dentaire de la Nouvelle-Écosse avec l'aide de l'ADC et de la Société dentaire du comté de Halifax. Il est conçu en vue d'enseigner aux élèves du primaire l'importance de la santé buccodentaire. On peut le visiter à <http://www.healthyteeth.org/>. Healthy Teeth est reconnu par Rescol, une initiative du gouvernement fédéral qui se veut identifier les meilleures ressources éducationnelles disponibles dans l'Internet. Des marques d'approbation et des recommandations sont également venues de Yahoo!, ABCs of Parenting, Health Links, Web This Week, Education World, Parents' Source et Surfing the Net with Kids. Le *Washington Times* a recommandé Healthy Teeth dans sa rubrique hebdomadaire destinée aux parents et aux enfants. Healthy Teeth est mis à jour et doté de nouvelles fonctions interactives tous les ans. En 2003, le site a été entièrement remanié pour en faciliter la

navigation. Healthy Teeth est actuellement lié à 895 autres sites Web du monde entier.

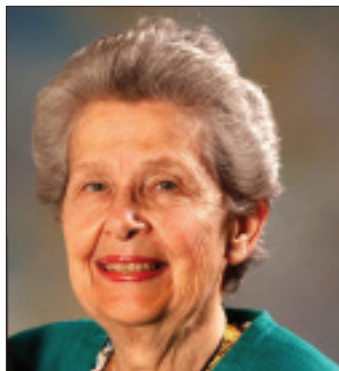
L'émission télévisée *Body and Health* est produite par Global Communications Ltd. Elle a présenté, à l'occasion du Mois national de la santé buccodentaire en avril, un reportage spécial en quatre parties intitulé *Dentist on Call* avec la participation du Dr Tom Breneman, président sortant de l'ADC. Ce reportage a également été adapté pour les journaux et l'Internet. Pour en savoir plus sur l'émission *Body and Health*, veuillez visiter le site Web <http://www.canada.com/health/body/bodyandhealth/>.

Prix du président

Le Prix du président est décerné à des diplômés en médecine dentaire qui, pendant leurs études, ont fait preuve de qualités, d'un savoir, d'un caractère et d'un esprit humanitaire tout à fait exceptionnels. Les récipiendaires de cette année étaient : **Lucien Jules Bellamy** de l'Université de la Colombie-Britannique; **Blair Campbell Dalglish** de l'Université du Manitoba; **Yasaman Khalili-Garkani** de l'Université Western Ontario; **Steven Ma** de l'Université de l'Alberta; **Paul David Morton** de l'Université McGill; **Genny Iona Ordog** de l'Université de Toronto; **Sheena Shukla** de l'Université Dalhousie; **Kirk Adam Slywka** de l'Université de la Saskatchewan (4^e année); **Xuan Huong Tran** de l'Université Laval; et **Thomas Yu** de l'Université de la Saskatchewan (5^e année).

Ami spécial de la dentisterie canadienne

Le titre d'ami spécial de la dentisterie canadienne est décerné en remerciement de l'aide offerte à l'Association. Cette année, il a été accordé à la **Dre Abbyann Day Lynch** de Toronto. À l'avant-garde dans le domaine de la déontologie médicale, la Dre Lynch est directrice de la déontologie pour Health Care Associates, un groupe privé d'experts-conseils de Toronto. Elle est directrice fondatrice du Département de la biodéontologie à l'Hôpital pour enfants de Toronto. ■



La Dre Abbyann Day Lynch

Le PDC aide les nouveaux dentistes

Les étudiants en médecine dentaire ont beaucoup à réfléchir avant d'obtenir leur diplôme. Ils doivent examiner leurs choix et objectifs de carrière et déterminer ce qui est bon pour eux : devenir dentistes à salaire/pourcentage, acquérir un cabinet, s'associer ou ouvrir un nouveau cabinet. Ils doivent ensuite réfléchir aux questions de gestion financière, de planification d'assurance et de placement, de prise en charge des patients, de mise en marché, de gestion de cas, de contrôle des rendez-vous, de contrôle des paiements, des relations avec des tiers et de gestion du personnel.

Afin de les aider à s'orienter dans cette multitude de réflexions et de décisions, l'ADC offre de nouveau son Programme de développement du cabinet (PDC), cette fois aux étudiants de troisième et quatrième années des facultés de médecine dentaire du Canada. «La plupart des facultés de médecine dentaire se sont engagées à tenir une journée d'information sur le PDC d'ici la fin de mars 2004, affirme Lorraine Emmerson, coordonnatrice de l'éducation à l'ADC. Les étudiants aiment ces journées, car ils y obtiennent beaucoup d'informations. Nous organisons maintenant ces journées plus tôt dans l'année pour les accommoder. Ainsi les finissants ont-ils plus de temps pour se préparer à débiter leur carrière. Nous tentons de leur donner un aperçu de ce qui les attend lorsqu'ils commenceront à exercer la médecine dentaire pour de bon, que ce soit à titre de dentiste à salaire/pourcentage dans une clinique ou de praticien individuel.»

Cette année, les conférenciers sont le Dr Paul Hogan, conseiller chez La Maritime, compagnie d'assurance-vie à Halifax, le Dr Edward McIntyre de l'Université de l'Alberta et le Dr Jim Stich de l'Université de la Colombie-Britannique.

Le PDC est maintenant sur le point de subir une restructuration, et l'ADC en présentera les nouveaux éléments au fur et à mesure qu'ils seront définis. Le programme est parrainé par le Canadian Dental Service Plans Inc. (CDSPI), ING Novex, compagnie d'assurance du Canada, Quikcard Solutions Inc.; Ash Temple Limited/Servident; et AVIVA Canada Inc. ■

Remerciements à Ash Temple/Servident

L'ADC souhaite remercier Ash Temple Limited/Servident pour avoir si généreusement commandité la cérémonie et le déjeuner de remise des prix de l'ADC ces cinq dernières années.

servident^{at}

www.ashtemple.com

L'ADC en Australie



La délégation canadienne au Congrès 2003 de la FDI à Sydney — Le Canada a bien été représenté lors du Congrès 2003 de la FDI, qui s'est tenu du 18 au 21 septembre à Sydney, en Australie. À la tête de cette délégation lors du parlement dentaire international (g. à d.) : Dr Tom Breneman, président sortant, ADC; George Weber, directeur général, ADC; Dr Louis Dubé, président, ADC; et Dr Alfred Dean, président désigné, ADC.



Deux présidents se rencontrent — Le nouveau président de la FDI, le Dr Heung-Ryul Yoon de la Corée, rencontre le président de l'ADC, le Dr Louis Dubé, lors du Congrès 2003 de la FDI à Sydney.

Réception canadienne des dirigeants — Participant à la réception canadienne lors du Congrès 2003 de la FDI à Sydney (g. à d.): George Weber, directeur général de l'ADC; Dr Paul R. Warren, vice-président des affaires dentaires et de la recherche clinique, Laboratoires Oral-B, Boston (Massachusetts); Jean Fournier, haut-commissaire du Canada en Australie, Haut-Commissariat du Canada, Canberra; Janie Breneman; et Dr Tom Breneman, chef de la délégation canadienne. L'événement était commandité par Oral-B.

Remerciements à Pfizer Canada

L'ADC souhaite remercier Pfizer Canada et Listerine pour avoir si généreusement commandité le Dîner du président ces 10 dernières années.

LISTERINE



Lancement de nouveaux services de placement pour les dentistes

En 2003, le CDSPI (Canadian Dental Service Plans Inc.), qui administre le Programme de placement des dentistes du Canada pour le compte de l'ADC, s'est évertué à lancer de nouveaux services pour perfectionner encore plus l'utilisation du Programme de placement.

«Nous avons lancé de nouveaux services pour répondre aux besoins plus vastes des dentistes, notamment alors qu'ils deviennent des investisseurs établis et qu'ils requièrent des outils spécialisés», dit Pierre Vézina, vice-président, Service des placements du CDSPI. «Nous comptons maintenir le perfectionnement des services, dans le but de fournir aux investisseurs tout ce qu'il leur faut à travers toutes les étapes de leur vie, et le tout sous un seul et même toit.»

Parmi les nouvelles réalisations de cette année, citons :

- l'ouverture d'une zone sur le site Web du CDSPI où les participants peuvent vérifier leurs comptes de placement dans le moindre détail et faire des transactions de placement;
- un service Plan de retraite individuel utilisant les fonds de placement de l'ADC, en mesure d'offrir une plus grande épargne pour la retraite et des avantages fiscaux pour les dentistes à la tête de compagnies constituées en sociétés;
- un service de rente assurée avec préservation du revenu et du capital à la retraite;
- le service Gestion des biens offrant des plans financiers complets, à tarifs intéressants;
- le service Perspective retraite^{MC} pour garder l'œil sur l'évolution vers les objectifs d'épargne retraite;
- une série de dépliants instructifs qui aident les dentistes à comprendre le placement dans les REER, les REEE, les FRR et les comptes d'investissement non enregistrés;
- les placements dans les fonds garantis à titre d'option, côté REEE de l'ADC;
- des séminaires pour les nouveaux dentistes pour les aider quand ils débutent dans les placements.

Pour plus de renseignements, appelez le Service des placements du CDSPI. ■



Canadian Dental Service Plans Inc.

155, rue Lesmill

Toronto (Ontario) M3B 2T8

Grand Toronto : (416) 296-9401

Sans frais : 1-800-665-9401 Télécopieur : (416) 296-8920

Les dentistes sortent gagnants avec les améliorations d'assurance

Les participants au Régime d'assurance des dentistes du Canada (qui est parrainé par l'ADC et coparrainé par neuf associations dentaires provinciales) bénéficieront de deux grandes améliorations apportées à leurs contrats pour 2004.

Citons en premier une amélioration dans le contrat d'assurance Décès et mutilation accidentels qui a allongé la liste de blessures accidentelles donnant lieu à un paiement de prestation. Jusqu'ici, le contrat couvrait à 100 % la perte du pouce et de l'index de n'importe laquelle des deux mains. En 2004, le contrat couvrira à 100 % la perte du pouce *ou* de l'index de n'importe laquelle des deux mains. (Parmi les autres blessures accidentelles couvertes, il y a la perte de la vue d'un ou des deux yeux et la perte de la parole). Par ailleurs, le maximum de couverture offert a grimpé, passant de 500 000 \$ à 1 million \$.

«Il s'agit d'une amélioration particulièrement importante pour les dentistes, vu le rôle capital des mains dans leur profession», relève Susan Roberts, chef de service, Conseils professionnels en direct Inc. – une filiale du CDSPI. «Je ne crois pas que les dentistes puissent trouver ailleurs des contrats de protection contre les blessures accidentelles qui offrent une couverture aussi spécifique que ça pour leurs besoins.»

Autre aubaine pour les dentistes en 2004 : 10 % de réduction des primes d'assurance des frais généraux.

«Tout dentiste qui répond des frais généraux d'un cabinet dentaire se doit de prendre l'assurance des frais généraux, puisqu'il s'agit d'un contrat en mesure d'aider à maintenir le cabinet en marche s'il arrive au dentiste d'être en état d'invalidité», ajoute Mme Roberts. «La prime ayant diminué, la couverture devient plus abordable. Espérons alors que les dentistes vont profiter de cette aubaine pour se couvrir convenablement.»

En outre, la formule de réduction prévue par les contrats d'assurance vie de base et d'assurance vie des personnes à charge est dorénavant applicable à l'âge de 70 ans (le montant d'assurance diminuant graduellement pour prendre fin à 85 ans), contrairement à 65 ans (pour prendre fin à 80 ans).

Entre autres modifications du Régime d'assurance, citons des hausses de prime dans le cas de certains contrats de couverture non personnelle, attribuables à des changements intervenus dans l'industrie de l'assurance. Toutefois, les contrats en question n'en continuent pas moins d'offrir des protections précieuses qu'il est impossible de retrouver ailleurs de nos jours.

Les détails complets sur les modifications des contrats sont mis à votre disposition par le CDSPI, qui administre le Régime d'assurance. ■

Pendant que vous vous remettez d'une invalidité, votre cabinet s'en ressentira-t-il ?



Assurance des frais généraux dans le cadre du Régime d'assurance des dentistes du Canada

L'assurance invalidité est destinée à prévoir une protection financière pour vous — pas pour votre cabinet dentaire.

Comment vous en tirerez-vous alors pour payer les coûts fixes du cabinet si vous êtes atteint d'invalidité ? Ce sont des frais qui se chiffrent par dizaines de milliers de dollars par mois pour bien des dentistes.

Heureusement, le Régime d'assurance des dentistes du Canada offre un moyen supérieur pour combler ce manque — **l'assurance des frais généraux**.

C'est un contrat exceptionnel qui prévoit :

- des prestations mensuelles pour couvrir entre autres le loyer, les services d'utilité publique et les salaires du cabinet
- des options précieuses et des avantages exclusifs, notamment des indemnités de congé de maternité
- des primes intéressantes, dont les taux modiques *Santé Atout*

Ne laissez pas votre cabinet souffrir si vous devenez invalide. Obtenez aujourd'hui un formulaire de demande d'assurance des frais généraux ou téléchargez-en un de notre site.

CDSPI : 1 800 561-9401, poste 5001 www.cdspi.com

Nouvelle ! Offre de montants majorés

Les dentistes peuvent dorénavant obtenir plus de couverture des frais généraux dans le cadre du Régime que jamais auparavant ! Le montant offert a doublé par rapport aux années précédentes. S'ils ont moins de 55 ans, les dentistes peuvent être admissibles à des prestations mensuelles FG allant jusqu'à 40 000 \$.



APPELEZ POUR DES CONSEILS GRATUITS

Pour savoir combien d'assurance des frais généraux il vous faut pour vos besoins, appelez les Conseils professionnels en direct Inc. — une filiale du CDSPI, pour des conseils en planification d'assurance, sans frais*, par un professionnel accrédité, qui ne travaille pas à commission.

**Composez le
1 877 293-9455,
poste 5003**



* Des restrictions peuvent s'appliquer dans certaines juridictions en matière de services consultatifs. Les résidents du Québec et de l'Î.-P.-É. s'adresseront au CDSPI, 1 800 561-9401, poste 5001 pour tous renseignements sur les contrats d'assurance.



Evolution of Interprofessional Learning: Dalhousie University's “From Family Violence to Health” Module

(L'évolution de l'apprentissage interprofessionnel : le module «De la violence familiale à la santé» de l'Université Dalhousie)

• Grace M. Johnston, MHSA, PhD, Helen A. Ryding, BDS, MSc, Lindsay M. Campbell, BSc, MHSA •

V e r s i o n a b r é g é e

L'article anglais est affiché au complet sur le site Web du **eJADC** à <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-69/issue-10/658.html>

© J Can Dent Assoc 2003; 69(10):658
Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

Les «silos» éducationnels qui caractérisent la formation des professionnels de la santé ont favorisé la protection du territoire et l'isolement, plutôt qu'un système intégré de soins capable de résoudre les problèmes de santé complexes. Par exemple, la sous-déclaration de violence familiale demeure problématique, et ses effets nocifs continuent d'inquiéter, même si le «syndrome de l'enfant battu» a été cité dans la littérature médicale il y a plus de 40 ans. À l'Université Dalhousie, les modules d'apprentissage interprofessionnel (IP) servent à aider les futurs professionnels de la santé à apprendre à travailler ensemble. Le présent article décrit l'évolution d'un module, «De la violence familiale à la santé», dont une version à jour a été introduite en 2000. Dès février 2003, 1182 étudiants de 15 professions de la santé avaient terminé ce module.

Le module était au départ structuré suivant l'étude de cas d'un enfant potentiellement violent qui nécessitait des soins dentaires. Les étudiants des professions de la santé autres que la médecine dentaire comprennent habituellement mal le rôle clé que jouent les professionnels dentaires dans la détection et la prise en charge de cas de violence familiale. Ce fossé de connaissances a servi de point de départ précieux à l'apprentissage IP. Par la suite, les cas de violence envers les personnes âgées et les conjoints ont été ajoutés au module.

Le module de 2 heures débute par une courte séance plénière, qui est immédiatement suivie par une étude de cas en petits groupes IP. Pour finir, les étudiants se rassemblent et font part de leurs préoccupations à un groupe d'experts en application de la loi, en travail social et en aide juridique.

Avant de participer au module, les étudiants étaient capables d'identifier leur rôle dans la reconnaissance des actes de violence

familiale et connaissaient leur responsabilité quant à la déclaration de tels incidents. Toutefois, après avoir participé au module, ils avaient une meilleure compréhension de la déclaration de ces actes et une perspective plus englobante et plus favorable vis-à-vis des rôles que jouent les autres professionnels de la santé. Les étudiants ont reconnu le besoin d'inclure les membres de la famille et d'autres professionnels dans la résolution du problème. Ils sont également passés du point de vue thérapeutique au point de vue préventif et éducatif.

Avant le module IP, beaucoup d'étudiants considéraient la violence familiale comme une responsabilité propre à leur profession. Après le module, la responsabilité partagée et le besoin de travailler ensemble dans la communauté prévalaient. Les étudiants ont découvert des façons d'appuyer d'autres professionnels de la santé et de collaborer avec eux.

Alors que la prestation des soins de santé est de plus en plus axée sur les équipes de soins et le raisonnement fonctionnel, on s'attend à ce que l'offre de formation IP augmente. Les modules IP de l'Université Dalhousie répondent aux problèmes sociaux et médicaux pour lesquels il est indispensable que les professionnels de la santé et les autres professionnels travaillent ensemble. Les modules sont conçus pour favoriser le raisonnement critique et la reformulation des connaissances et des hypothèses «uniprofessionnelles» dans un contexte transdisciplinaire. Ils ouvrent de nouvelles perspectives et apportent une compréhension approfondie des limites d'une approche uniprofessionnelle, en permettant aux étudiants de voir leur profession dans un contexte plus élargi.

Les modules IP de l'Université Dalhousie sont affichés sur le site <http://www.dal.ca/~fhp/ipi/index.html>. ♦



L'hypersensibilité dentinaire

Comblar les lacunes dans les connaissances

Conseil consultatif canadien sur l'hypersensibilité dentinaire

La prévalence élevée de l'hypersensibilité dentinaire et le fait qu'elle continue de faire l'objet d'une sous-déclaration et d'un sous-diagnostic ont intensifié le besoin de se concentrer sur le traitement de cette affection. Pour répondre à ces préoccupations, le Conseil consultatif canadien sur l'hypersensibilité dentinaire, conseil représentant un large éventail de spécialités du domaine des soins dentaires, s'est réuni pour formuler des recommandations quant aux meilleures pratiques¹. Ensemble, les membres ont évalué les preuves scientifiques ainsi que les lacunes relatives aux connaissances sur l'affection indiquées par 8 000 professionnels des soins dentaires (taux de réponse de 7 %) dans le cadre d'un sondage national à grande échelle. Mettant leur propre savoir-faire à profit, les membres du conseil ont rédigé les premières « recommandations consensuelles sur le diagnostic et le traitement de l'hypersensibilité dentinaire » afin de guider les membres de la profession dentaire.



Gordon Schwartz,
D.D.S., Ph.D.,
dip. en parodontie



Véronique Benhamou,
D.D.S.,
cert. en parodontie

Collecte de données : la base d'un consensus

Le Conseil consultatif canadien sur l'hypersensibilité dentinaire a commencé par recueillir des données auprès de deux sources principales. Un vaste recensement de documents, d'articles et d'analyses publiés durant la période allant de 1966 à 2002 a fourni les preuves scientifiques existantes, alors qu'un sondage multidisciplinaire national à grande échelle a permis de mettre en évidence les connaissances et les pratiques cliniques actuelles. Cette évaluation des besoins en matière d'information, envoyée à 5 000 dentistes et 3 000 hygiénistes dentaires, a été

effectuée pour évaluer les connaissances de ces professionnels sur les mécanismes et le traitement de l'hypersensibilité dentinaire.

Les résultats du questionnaire en 66 points ont fait ressortir quatorze lacunes dans les connaissances clés sur le diagnostic, la gestion et le traitement, ce qui reflète l'importance limitée accordée à l'hypersensibilité dentinaire dans les programmes d'études des écoles de médecine dentaire et d'hygiène dentaire. Voici quelques-unes des conceptions erronées relevées :

- Les praticiens ont sous-estimé la prévalence de cette affection, surtout chez les jeunes adultes.
- Le dépistage n'était pas une considération principale ; on comptait plutôt sur les patients pour aborder le sujet de la sensibilité des dents.
- Bien que l'hypersensibilité dentinaire soit par définition un diagnostic d'exclusion, moins de la moitié des praticiens ont tenté d'éliminer les autres formes de maladies potentielles.
- Au moment de déterminer les causes, peu de professionnels savaient que l'érosion de l'émail est le principal facteur d'hypersensibilité dentinaire, 60 % d'entre eux indiquant à tort la récession gingivale comme étant la cause principale.
- Plus de 85 % des professionnels ont cité à tort l'abrasion causée par le brossage des dents pour expliquer l'exposition permanente des tubules, même si le brossage des dents, avec ou sans dentifrice, n'a aucun effet important sur l'exposition des tubules.
- Les stratégies de traitement variaient grandement ; seulement 50 % des répondants ont affirmé avoir tenté de modifier les facteurs prédisposants.
- Plus de la moitié des professionnels des soins dentaires interrogés ont désigné à tort le fluorure comme ingrédient actif des dentifrices désensibilisants, au lieu du nitrate de potassium ou du chlorure de strontium.
- Bon nombre des répondants ne savaient pas que la plupart des dentifrices désensibilisants, s'ils sont utilisés régulièrement, préviennent efficacement la carie, tout comme les dentifrices non désensibilisants contenant du fluorure.

Il n'est donc pas surprenant que 50 % des répondants aient indiqué qu'ils étaient quelque peu confiants ou très confiants face au traitement de la douleur de leurs patients.

Expertise clinique et théorique : un cadre de gestion

Étant donné les connaissances professionnelles limitées à cet égard, un besoin pressant d'instructions claires sur la gestion et le traitement de l'hypersensibilité dentinaire s'est fait sentir. Pour combler le manque de données scientifiques, les membres du conseil se sont inspirés des résultats de leur propre expertise clinique et théorique afin de créer un cadre directeur pour les cliniciens. En vue d'assurer une approche systématique face au problème, un algorithme de traitement tenant

compte d'un bon nombre des recommandations finales du conseil a été élaboré. Cet algorithme comprenait un dépistage assidu, un diagnostic précis, une gestion et un traitement appropriés, ainsi qu'un suivi régulier.

Information : un préalable aux meilleures pratiques

Bien que la plupart des patients hésitent à parler de la sensibilité de leurs dents, on doit également souligner le manque de dépistage et de diagnostic méthodiques par les professionnels des soins dentaires. Ainsi, l'hypersensibilité dentinaire affiche une forte prévalence mais fait l'objet d'une sous-déclaration et d'un sous-diagnostic.* Souvent, les professionnels ne se rendent pas compte que les patients touchés évitent de les consulter régulièrement en raison de la douleur provoquée par les procédures standards de soins dentaires². Ce fait souligne l'importance d'un dépistage régulier et la nécessité d'améliorer les techniques de traitement.

Les professionnels des soins dentaires doivent aborder le sujet de la sensibilité des dents et offrir aux patients de l'information et des conseils à long terme afin de réduire la prévalence élevée de cette affection douloureuse. En accordant plus d'importance à l'hypersensibilité dentinaire dans les programmes d'études des écoles de médecine dentaire et d'hygiène dentaire, et en offrant des programmes permanents d'information dentaire, on accroîtra les connaissances et la confiance des professionnels. Cela procurera aux dentistes et aux hygiénistes les outils nécessaires pour assumer une plus grande responsabilité dans le traitement de cette affection, afin que les patients cessent de souffrir en silence.

Le Conseil consultatif canadien sur l'hypersensibilité dentinaire a reçu sans restrictions une subvention relative à l'information de GlaxoSmithKline Soins de santé aux consommateurs.



* Gamme de prévalence signalée de 8 à 57 %.

1. Consensus-Based Recommendations for the Diagnosis and Management of Dentin Hypersensitivity. Conseil consultatif canadien sur l'hypersensibilité dentinaire. *Journal de l'Association dentaire canadienne* 2003 ; 69(4) : 221-226. 2. Haywood, VB. Dentin hypersensitivity: bleaching and restorative considerations for successful management. Compte rendu d'un symposium tenu lors du Congrès dentaire mondial de la FDI à Vienne, en 2002. *International Dental Journal* 2002 ; 52(5) : 376-384.

Emergency Management of Acute Apical Abscesses in the Permanent Dentition: A Systematic Review of the Literature

(Prise en charge en urgence d'un abcès apical aigu en dentition permanente :
recension systématique de la littérature)

- Debora C. Matthews, DDS, Dip Perio, MSc •
- Susan Sutherland, DDS, MSc •
- Bettina Basrani, DDS, Dip Endo, PhD •

V e r s i o n a b r é g é e

L'article anglais est affiché au complet sur le site Web du eJADC à <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-69/issue-10/660.html>

© J Can Dent Assoc 2003; 69(10):660
Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

Objectif : Bien que l'abcès apical aigu soit le résultat d'une infection, cette infection est localisée, et la douleur ressentie résulte de l'inflammation des tissus périradiculaires. L'antibiothérapie peut donc être inappropriée en l'absence de complications systémiques. Jusqu'à 75 % des patients présentant des abcès douloureux reçoivent néanmoins une antibiothérapie. La présente étude avait pour but de procéder à une recension systématique de la littérature et à une méta-analyse de l'efficacité des interventions pratiquées dans la prise en charge en urgence d'un abcès apical aigu en dentition permanente.

On s'est penché sur la question clinique suivante dans la recension systématique résumée ci-dessous : Chez le patient adulte présentant un abcès apical aigu attribuable à la présence de pulpe non vivante, quel est l'effet de différentes interventions en matière de soulagement de la douleur? Les interventions étudiées comprenaient les pharmacothérapies générale et locale, les chirurgies locales, l'extraction, l'équilibration occlusale et ce que l'on appelle l'attente surveillée (aucun traitement).

Méthodologie : On a interrogé les bases de données depuis leur création jusqu'au mois de mars 2002, notamment les bases de données MEDLINE et Cochrane. Ces recherches combinées à des recherches manuelles ont permis de tirer 85 citations, dont 35 se sont avérées pertinentes. L'application indépendante de critères d'admissibilité par 3 examinateurs a permis de tirer 8 études cliniques contrôlées admissibles. Les données sur la population, les interventions, les résultats (soulagement de la douleur ou de l'enflure, ou les 2, tel que signalé par les patients ou les cliniciens) et la qualité de la méthodologie ont été déterminés par un triple examen indépendant. On a résolu les désaccords par consensus.

Résultats : Cinq des études faisaient la comparaison entre différents antibiotiques combinés à l'incision et au drainage de ces abcès, à la biopulpectomie ou à l'extraction. Les résultats n'étaient pas significatifs sur le plan statistique. Une des études, une comparaison ouverte de l'azithromycine et du co-amoxiclav, a donné un résultat significatif sur le plan clinique en faveur de l'azithromycine. Dans les 2 études comparant des antibiotiques et le placebo ou l'absence de traitement, on n'a observé aucune différence importante entre les 2 groupes.

Conclusions : Pour la prise en charge en urgence (c.-à-d. soulagement de la douleur et diminution de l'enflure) d'un abcès apical aigu chez l'adulte, on devrait procéder dès que possible au drainage de l'abcès. Cela peut comprendre un traitement endodontique non chirurgical (traitement de canal), l'incision et le drainage, ou l'extraction. Dans les cas d'infection localisée, l'antibiothérapie systémique ne procure aucun avantage supplémentaire par rapport au drainage de l'abcès. En cas de complications systémiques (p. ex., fièvre, adénopathie ou cellulite), ou chez les patients immunodéprimés, l'antibiothérapie peut être indiquée en plus du drainage. Aucune preuve ne permet de privilégier un antibiotique plutôt qu'un autre dans la prise en charge d'un abcès apical aigu avec complications systémiques.

Cette recension systématique a servi de rapport fondé sur les faits pour l'élaboration d'une norme clinique sur la prise en charge en urgence d'un abcès apical aigu chez l'adulte. Cette norme est affichée en anglais sur le site www.cccd.ca. ♦

Recommandation pour la pratique clinique sur le traitement de l'abcès apical aigu chez l'adulte

Cette recommandation pour la pratique clinique (RPC) a été formulée par la CCCD et entérinée par le Conseil de la CCCD, le 3 septembre 2003. La version intégrale de la RPC, de même que les démarches ayant mené à son élaboration, figurent sur le site Web de la CCCD, à l'adresse <http://www.cccd.ca>. Les RPC sont des énoncés de position produits systématiquement, pour guider le dentiste et le patient dans le choix des soins buccodentaires les mieux indiqués dans des situations cliniques particulières. Ces recommandations se veulent un complément à la prise de décision éclairée. Les RPC de la CCCD sont mises à jour régulièrement, à mesure que de nouvelles données de recherche sont disponibles.

Objectif

Cette recommandation pour la pratique clinique a pour but d'aider les cliniciens à soulager la douleur des patients présentant des abcès apicaux aigus.

Définition

L'abcès apical aigu est une inflammation périapicale causée par une pulpe non vivante qui n'a pas été traitée.

Caractéristiques de l'abcès aigu

- ☐ Dent non vivante
- ☐ Douleur :
 - ☐ Apparition rapide
 - ☐ Variant de la sensibilité légère à la douleur pulsatile intense
 - ☐ Douleur vive à la pression occlusale ou à la percussion
- ☐ Enflure :
 - ☐ Palpable, fluctuante
 - ☐ Peut être une sensation de plénitude localisée
- ☐ Modifications à la radiographie :
 - ☐ Radiotransparence périapicale de nulle à grande

Recommandations

- ☐ Dans le cas d'un abcès localisé et diffus, on devrait procéder au drainage dès que possible. Cela peut

comprendre un traitement endodontique non chirurgical (traitement de canal), l'incision et le drainage ou l'extraction, selon le bon jugement du clinicien et les préférences du patient.

- ☐ S'il est impossible de drainer l'abcès immédiatement, on devrait recommander la prise d'analgésiques (AINS) jusqu'à ce que l'on puisse drainer efficacement l'infection.
- ☐ L'antibiothérapie systémique n'offre **aucun avantage supplémentaire** par rapport au drainage de l'abcès dans le cas d'une **infection localisée**.
- ☐ En cas de complications systémiques (fièvre, adénopathie, cellulite) ou de tuméfaction diffuse, ou de tuméfaction diffuse, ou chez les personnes faisant l'objet d'indications médicales, l'ajout d'antibiotiques peut être utile. Rien ne permet toutefois de privilégier un antibiotique plutôt qu'un autre pour la prise en charge d'un abcès apical aigu avec complications systémiques.
- ☐ L'antibiothérapie peut être indiquée si un drainage s'avère impossible.
- ☐ Le patient devrait recevoir une dose adéquate d'analgésique (AINS s'ils ne sont pas contre-indiqués) avant ou immédiatement après l'intervention, ou les deux, et aussi longtemps que nécessaire pour soulager la douleur.

Non recommandé

- ☐ L'antibiothérapie est contre-indiquée chez les personnes en bonne santé.
- ☐ L'antibiothérapie est contre-indiquée si l'abcès est localisé.

A Review of the Functional and Psychosocial Outcomes of Edentulousness Treated with Complete Replacement Dentures

(Revue des effets fonctionnels et psychosociaux du traitement de l'édentation par une prothèse complète)

• Patrick Finbarr Allen, BDS, PhD, MSc, FDS RCPS •
• Anne Sinclair McMillan, BDS, PhD, FDS RCPS, FDS RCS(Ed) •

V e r s i o n a b r é g é e

L'article anglais est affiché au complet sur le site Web du **eJADC** à <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-69/issue-10/662.html>

© J Can Dent Assoc 2003; 69(10):662
Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

Un certain nombre d'enquêtes sur la santé dentaire des adultes dans les pays industrialisés font état d'une amélioration sensible de la conservation des dents chez les adultes. Cependant, même si la prévalence de l'édentation a diminué, elle demeure néanmoins présente chez bon nombre d'adultes plus âgés. Le présent article passe en revue la littérature récente sur les effets de l'édentation et de son traitement par prothèse complète.

La résorption de la crête alvéolaire résiduelle est une des conséquences bien documentées de la perte des dents. Cependant, malgré des recherches approfondies, les variations observées entre les patients quant au taux et à l'ampleur de la perte osseuse demeurent inexplicables, bien qu'elles soient sans doute liées à des causes locales et systémiques. La résorption de la crête alvéolaire, en particulier au niveau du maxillaire inférieur, peut causer l'instabilité des prothèses complètes, en plus d'être peu esthétique et une source d'inconfort. La perte des dents nuit également à la capacité de mastiquer et risque ainsi de limiter le choix d'aliments. De fait, selon une évaluation objective de l'efficacité de mastication, la perte des dents nuit sensiblement à la mastication, et d'autres études, portant sur les nouvelles prothèses optimales, ne font état d'aucune amélioration sensible de l'efficacité et de la capacité de mastication. Même si une corrélation modérée seulement a pu être établie entre les résultats de ces évaluations objectives et subjectives, ces résultats ont une incidence sur la planification du traitement et font ressortir l'importance d'établir un indice normalisé de l'efficacité de mastication. Il ne faut pas pour autant présumer qu'une mauvaise alimentation est une conséquence directe de la perte des dents. En effet, d'autres facteurs, comme la situation socio-économique, l'éducation et les préférences alimentaires, influencent aussi sensiblement l'alimentation. Cependant, les recherches montrent que les adultes

édentés ont une mauvaise alimentation, par ailleurs faible en fibres, ce qui a un effet à long terme sur la santé.

Un grand nombre d'adultes parviennent à surmonter, et même à accepter, les limites inhérentes au port d'une prothèse. D'autres, par contre, que l'on qualifie de personnes «mal adaptées», acceptent mal la perte de leurs dents naturelles. La question plus globale du handicap associé à l'édentation a été peu étudiée dans la littérature; cet aspect de la santé est en effet difficile à mesurer et il requiert des compétences qui vont au-delà des disciplines dentaires. Des études faisant appel à des mesures psychologiques pour évaluer le degré d'acceptation des prothèses complètes n'ont pu établir aucun lien probant. Précisons toutefois que ces mesures n'ont pas été conçues pour évaluer l'état de la santé buccodentaire et qu'il est peu probable qu'elles puissent traduire pleinement l'incidence de la perte des dents et des problèmes liés au port de prothèses. D'autres études qualitatives ont cherché à évaluer l'impact de la perte des dents sur la qualité de vie. Parmi les thèmes communs mis en lumière lors de ces entrevues, mentionnons les suivants : impressions de deuil, diminution de la confiance en soi, altération de l'image de soi, dégoût face à son apparence, incapacité de discuter de ce sujet tabou, perte de sa dignité, attitudes visant à cacher la perte des dents, modification des comportements durant les rencontres sociales et les rapports intimes, et vieillissement prématuré.

L'absence d'essais cliniques randomisés, l'usage douteux de tests statistiques et le défaut d'inclure des groupes témoins comparables nuisent à la recherche sur les effets de la perte totale des dents et du port de prothèses complètes. Il s'impose d'étayer la base de données actuelles par de solides données obtenues selon un modèle d'étude plus rigoureux, afin de mieux comprendre les effets de la perte des dents et du port de prothèses complètes. ♦

Un outil de gestion de la douleur à long terme ?



Le NOUVEAU rapport du consensus canadien sur l'hypersensibilité dentinaire recommande

une approche à long terme pour la gestion de la douleur, et l'utilisation d'un dentifrice désensibilisant comme traitement de première intention†.

Le rapport reconnaît que la douleur causée par les dents sensibles peut être récurrente, et qu'une gestion et un traitement continus sont les facteurs de prévention clés. Un brossage continu, deux fois par jour, à l'aide d'un dentifrice désensibilisant tel que Sensodyne® est recommandé comme traitement efficace, peu coûteux et non invasif de première intention pour prévenir la douleur.

Seul Sensodyne® offre une gamme étendue de formules afin de procurer les nombreux avantages bénéfiques associés aux dentifrices ordinaires, favorisant ainsi l'adhésion des patients au traitement que vous recommandez*.

Sensodyne®

Une tradition de leadership et d'innovation

‡ Sensodyne® (contenant du nitrate de potassium à 5 % p/p ou du chlorure de strontium à 10 % p/p) est recommandé pour le soulagement et la prévention de la douleur causée par la sensibilité dentaire chez les adultes et les enfants de plus de 12 ans. Un brossage deux fois par jour permet d'ériger une barrière protectrice et de la préserver, et aide à empêcher la douleur de se manifester à nouveau.

† Consensus-Based Recommendations for the Diagnosis and Management of Dentin Hypersensitivity. Conseil consultatif canadien sur l'hypersensibilité dentinaire. *Journal de L'Association dentaire canadienne* 2003 ; 69(4) : 221-226.

®Marque déposée de GlaxoSmithKline
GlaxoSmithKline Soins de santé aux consommateurs Inc.
Oakville, Ontario L6H 5V2
©2003 GlaxoSmithKline



Le seul dentifrice à obtenir le sceau de l'ADC pour son pouvoir de réduction de l'hypersensibilité dentaire.

Platelet-Rich Plasma: A Promising Innovation in Dentistry

(Plasma riche en plaquettes : une innovation prometteuse en dentisterie)

- Tolga Fikret Tözüm, DDS, PhD •
- Burak Demiralp, DDS, PhD •

V e r s i o n a b r é g é e

L'article anglais est affiché au complet sur le site Web du **eJADC** à <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-69/issue-10/664.html>

© J Can Dent Assoc 2003; 69(10):664
Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

Le traitement parodontal a pour but de protéger et de préserver la dentition naturelle des patients pendant toute leur vie, en vue de leur assurer un confort, un fonctionnement et un aspect esthétique optimaux. En termes plus concrets, la chirurgie de régénération parodontale vise à obtenir une guérison et une régénération complètes de la composante parodontale. Après une telle chirurgie, les plaquettes commencent à former un caillot stable qui libère des facteurs de croissance, lesquels déclenchent et favorisent la guérison et la formation des tissus. Une récente innovation en dentisterie consiste à préparer et à utiliser du plasma autologue riche en plaquettes (PRP), lequel est en fait une préparation concentrée de facteurs de croissance présents dans les plaquettes.

Effets des facteurs de croissance présents dans le PRP

Un traumatisme déclenche une série d'interactions cellulaires bien orchestrées au cours desquelles la perturbation du système vasculaire causée par le traumatisme donne lieu à la production de fibrine et à l'agrégation plaquettaire. Le facteur de croissance dérivé des plaquettes, le facteur de croissance transformant bêta ainsi que le facteur de croissance semblable à l'insuline sont quelques-uns des facteurs libérés par les plaquettes dans les tissus. Des recherches fondamentales et cliniques ont examiné les applications des facteurs présents dans le PRP, et ces études font état de résultats prometteurs in vitro et in vivo, entre autres une amélioration sensible de la guérison et l'induction de la régénération tissulaire.

Études sur le PRP

Le PRP est une composante du sang à l'intérieur de laquelle

les plaquettes sont concentrées dans un volume limité de plasma. Des études in vitro et in vivo ont montré que l'utilisation de ce concentré autologue diminue la fréquence des hémorragies peropératoires et postopératoires dans les zones donneuses et receveuses, favorise une guérison plus rapide des tissus mous, contribue à la stabilité initiale des tissus greffés dans la zone receveuse, peut promouvoir une vascularisation rapide des tissus en voie de guérison et, combiné à une greffe osseuse, entraîne la régénération.

Préparation du PRP

Diverses entreprises ont mis au point des systèmes pour la préparation préopératoire du PRP dans les cabinets du médecin ou du dentiste. Nous passons en revue la littérature évaluant ces différents systèmes de préparation du PRP dans les cabinets dentaires et proposons un protocole de préparation, en décrivant chacune des étapes de façon détaillée, à l'intention des dentistes praticiens intéressés par les applications du PRP.

Conclusions

Le PRP est une nouvelle application du génie tissulaire et un domaine prometteur d'avenir pour les cliniciens et les chercheurs. Le PRP est un concentré de plaquettes qui influe sur la guérison des tissus mous et favorise la régénération osseuse. Bien que les mécanismes en cause restent à élucider, la facilité d'utilisation du PRP en cabinet et les résultats obtenus s'annoncent à la fois bénéfiques et prometteurs. Il faut cependant poursuivre les études en vue de prouver l'efficacité du produit et mener notamment d'autres essais cliniques afin de déterminer l'incidence du PRP sur la guérison et la régénération. ♦

sonicare

GO BEYOND
THE SURFACE

Introducing the next generation **Sonicare *Elite***[®]

1. Platt K, Moritis K, Johnson MR, Berg J, Dunn JR. Philips Oral Healthcare. *Am J Dent* 2002;15 (Special Issue):188-228. (versus Sonicare Advance)

2. Hope CK, Wilson M. University College London, Eastman Dental Institute. *Am J Dent* 2002;15(Special Issue):78-118. (in vitro study versus the other leading power toothbrush)

3. Sorensen JA, Nguyen H. Oregon Health and Science University. *Am J Dent* 2002;15 (Special Issue):268-328. (in vitro study versus the other leading power toothbrush)

New Sonicare Elite takes patented sonic technology to a higher level

- Next generation design combines high speed bristle motion and dynamic fluid cleaning action
- 20% better interproximal cleaning¹
- Disrupts three times more plaque biofilm beyond the bristles²
- Four times gentler on dentin³

Experience the new Sonicare Elite. Call 1-800-676-SONIC or visit us at www.sonicare.com/elitepro.

PHILIPS
sonicare[®]
the **sonic** toothbrush

Evaluation of a Second-Generation LED Curing Light

(Évaluation d'une lampe à polymériser à DEL de deuxième génération)

- Richard B.T. Price, BDS, DDS, MS, FDS RCS (Edin), FRCD(C), PhD •
- Corey A. Felix, BSc, MSc •
- Pantelis Andreou, PhD •

Version abrégée

L'article anglais est affiché au complet sur le site Web du **eJADC** à <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-69/issue-10/666.html>

© J Can Dent Assoc 2003; 69(10):666
Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

Contexte : Les lampes à polymériser à diodes électroluminescentes (DEL) durent plus longtemps et produisent moins de chaleur que les lampes à polymériser traditionnelles au quartz-tungstène-halogène (QTH). Les lampes à polymériser à DEL de première génération n'étaient cependant pas aussi efficaces que les lampes au QTH traditionnelles. Les lampes à DEL de deuxième génération qui sont maintenant offertes peuvent donner un meilleur rendement et réduire le temps nécessaire à la polymérisation. Dans la présente étude, on compare une lampe à DEL et une lampe au QTH afin de déterminer laquelle est la plus efficace pour la photopolymérisation d'un éventail de résines composites.

Méthodologie : On a comparé la capacité d'une lampe à polymériser à DEL de deuxième génération, utilisée pendant 20 et 40 secondes, et celle d'une lampe au QTH traditionnelle, utilisée pendant 40 secondes, pour la polymérisation d'un éventail de 10 résines composites à faible viscosité, postérieures et à usages multiples. La lumière émise par chacune des lampes a été mesurée à l'aide d'un spectroradiomètre. Trois exemples de chacune des lampes à polymériser ont été utilisés pour irradier les résines de scellement à des distances de 2 et 9 mm du guide de la lampe. La distance de 2 mm représente la distance la plus courte entre une cuspidé et la résine dans une restauration de Classe I. La distance de 9 mm représente une situation clinique où l'on aurait une boîte proximale profonde dans une molaire. On a mesuré l'indice de Knoop sur le dessus et le dessous des échantillons de résine de scellement de 1,6 mm d'épaisseur après 15 minutes à l'air libre et après 24 heures dans l'eau à 37° C. On a combiné les indices de dureté sur le dessus et le dessous des

échantillons irradiés aux 2 distances, et on a appliqué une méthode d'analyse linéaire générale avec ajustement de Sidak pour les comparaisons multiples, afin de comparer la capacité des lampes à polymériser les résines à une profondeur de 1,6 mm.

Résultats : Les 2 lampes émettaient à des densités similaires à 0, 2 et 9 mm du guide de la lampe, mais les répartitions spectrales étaient très différentes. Les lampes à DEL de deuxième génération avaient une répartition spectrale étroite avec un écart-type moyen maximal de $445,2 \pm 0,3$ nm. Les lampes au QTH avaient une répartition spectrale beaucoup plus large avec un écart-type moyen maximal de $491,3 \pm 4,2$ nm. Les différentes lampes à polymériser et les temps de polymérisation n'ont pas tous eu le même effet sur toutes les résines ($p < 0,01$). Vingt-quatre heures après l'irradiation, la lampe à DEL utilisée pendant 20 secondes a pu polymériser 5 des résines aussi bien que la lampe au QTH utilisée pendant 40 secondes ($p > 0,01$) et 7 des résines à plus de 80 % de la dureté obtenue avec la lampe au QTH. La lampe à DEL utilisée pendant 40 secondes a donné une dureté (après 24 heures) équivalente à celle obtenue avec la lampe au QTH ($p > 0,01$), et les 10 résines composites ont atteint une dureté supérieure à 80 % de celle obtenue avec la lampe au QTH.

Conclusions : Cette lampe à DEL n'a pas permis de polymériser toutes les résines composites aussi bien que la lampe au QTH. Par contre, utilisée pendant 40 secondes, la lampe à DEL a permis de polymériser plus de la moitié des résines aussi bien que la lampe au QTH ($p > 0,01$), et toutes les résines composites ont atteint une dureté comparable à celle obtenue à l'aide de la lampe au QTH. ♦



Comme vous le savez...

La recherche commence tout juste à associer la maladie grave des gencives au **diabète**, aux **maladies du coeur**, aux **accidents cérébrovasculaires**, ainsi qu'aux **naissances prématurées d'enfants de faible poids**.

C'est pourquoi Sunstar Butler a élaboré un outil de communication à long terme intitulé **Gencives saines. Vie saine.^{mc}** Grâce à votre collaboration, nous ferons part avec succès au public, soit vos patients, des répercussions d'une bonne santé dentaire sur l'état général de santé.



Gencives saines. Vie saine.^{mc}

Prendre soin de ses dents est facile...aussi simple que 1-2-3.
Et c'est pourquoi Sunstar Butler a élaboré le système **3-Étapes^{mc} GUM^{md}**, à l'intention des patients, pour des dents et gencives plus saines.



Le brossage seul n'est pas suffisant. Il ne réduit que jusqu'à 50 % de la plaque.



La brosse et le fil éliminent jusqu'à 70 % de la plaque.



Pour une santé gingivale optimale; brossez, utilisez le fil et visitez régulièrement votre professionnel dentaire.



Ensemble, nous sensibiliserons le grand public et aiderons à améliorer la santé dentaire pour un meilleur état général de santé.

Sunstar Butler 1 800 265-7203 www.jbutler.com

Défi diagnostique

Défi diagnostique est une chronique du JADC présentée par l'Académie canadienne de radiologie buccale et maxillofaciale (ACRBM), comprenant la présentation d'un cas de radiologie.

Depuis sa création en 1973, l'ACRBM est le porte-parole officiel de la radiologie buccale et maxillofaciale au Canada. L'Académie participe à la dentisterie organisée en s'occupant des grandes questions reliées à la dentisterie en général et des questions spécifiquement reliées à la radiologie. Ses membres recherchent l'excellence en radiologie grâce à un exercice clinique, un enseignement et des recherches spécialisés.



Défi n° 11 de l'ACRBM

Shaon Datta, BDS, et Axel Ruprecht, DDS, MScD, FRCD(C)

À l'âge de 8 ans, un garçon présentait une tuméfaction bilatérale et indolore du corps et des angles du maxillaire inférieur. Son visage était rond et joufflu. L'examen a révélé une tuméfaction des ganglions lymphatiques sous-mandibulaires. Son père a indiqué qu'il avait lui aussi eu un facies arrondi avec tuméfaction bilatérale des mâchoires, mais que ce problème avait spontanément régressé avec l'âge.

La pantomographie (ill. 1) a révélé des radiotransparences multiloculaires dans les régions molaires inférieures, s'étendant vers l'arrière dans les apophyses coronoïdes du maxillaire inférieur, avec également atteinte des tubérosités du maxillaire supérieur. Le patient avait aussi de multiples dents incluses et déplacées.

Les résultats d'analyse indiquaient une élévation du taux sérique de phosphatase alcaline.

Le patient a été suivi pendant bien des années. À l'âge de 22 ans, il présentait un déplacement supéro-médial de l'œil droit avec orientation du globe oculaire vers le haut et exposition de la sclérotique, sous la pupille. Les autres contours faciaux paraissaient normaux. Une autre pantomographie (ill. 2) a révélé des signes de nouvelle formation osseuse (guérison) dans les zones précédemment occupées par les lésions.

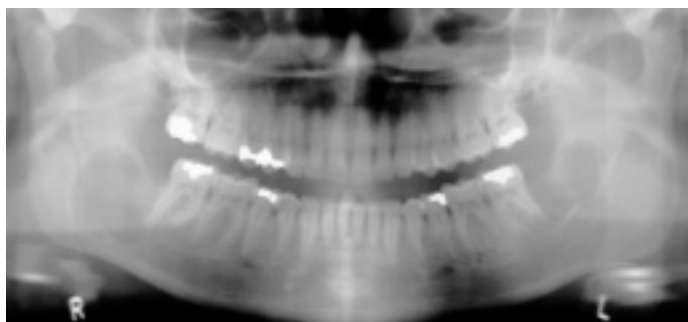


Illustration 1 : Pantomographie du patient, à l'âge de 8 ans.



Illustration 2 : Pantomographie prise lorsque le patient était âgé de 22 ans.

Quel est votre diagnostic?

(Voir la réponse à la page 670)



RIEN NE VAUT UN BON SUPPORT.

Votre adhésion à l'Association dentaire canadienne
aide à consolider votre cabinet et votre profession.



L'Association
dentaire
canadienne
Canadian
Dental
Association

C'est pourtant simple. Plus vous avez un bon support, plus vous avez de la force et de la stabilité.

C'est pourquoi nous tenons à vous rappeler que le travail de l'Association dentaire canadienne – pour qui votre appui est essentiel – est d'une grande importance. Par exemple, les efforts de pression déployés récemment par l'ADC ont mené à une hausse de 4500 \$ du plafond des cotisations au REER pour les dentistes d'ici 2006. L'ADC offrira également le produit ITRANS^{MC} – qui permettra aux dentistes de transmettre les demandes d'indemnisation, les radiographies, etc. au moyen d'une solution Internet sécuritaire et unique en son genre qui améliorera la rentabilité des coûts et des services de votre cabinet. ITRANS^{MC} sera lancé en 2004.

Pour en savoir plus sur les avantages de l'adhésion, visitez le site www.cda-adc.ca ou composez le 1-800-267-6354.

Réponse au défi n° 11 de l'ACRBM

Le chérubisme est une lésion osseuse rare, non néoplasique et spontanément résolutive, qui se manifeste principalement de façon bilatérale dans les mâchoires des enfants et des jeunes adultes. Il s'agit d'une affection héréditaire à caractère autosomique dominant¹. Les enfants qui en sont atteints ont une apparence normale à la naissance, la tuméfaction des mâchoires survenant entre l'âge de 2 et 7 ans; cette affection touche 2 fois plus de garçons que de filles. Il y a pénétrance complète du gène chez les hommes, tandis que le taux de pénétrance varie de 50 % à 70 % chez les femmes². Le gène responsable de la maladie a été cartographié sur le chromosome 4p16.3³.

Cette maladie a été décrite pour la première fois par Jones⁴ en 1933, chez 3 enfants d'une famille juive. Jones avait alors comparé ces enfants aux chérubins de la Renaissance et proposé le nom évocateur de la maladie.

Alors qu'il y a toujours atteinte du maxillaire inférieur, l'atteinte du maxillaire supérieur varie et, lorsqu'elle se produit, elle peut s'accompagner de la formation d'un palais en V⁵. La présence de dents déplacées, mal placées, incluses ou non percées n'est pas rare, et il peut y avoir des dents surnuméraires ou absentes. La perte prématurée des dents primaires et l'éruption retardée des dents permanentes ont aussi été signalées.

L'exposition de la sclérotique sous l'iris déplace le regard vers le haut, une manifestation qui a été attribuée à l'élévation de l'œil, à la rétraction de la paupière inférieure et à la perte de soutien de la paupière inférieure. L'atteinte orbitale survient habituellement tard.

Les radiographies montrent la présence de zones radio-transparentes bilatérales et multiloculaires, à l'intérieur des maxillaires. Il y a habituellement atteinte des apophyses coronaires, mais les condyles sont rarement touchés.

Seward et Hanky⁶ ont proposé une classification à 3 degrés pour cette maladie :

- 1^{er} degré : présence de lésions bilatérales se limitant au maxillaire inférieur, mais atteignant les apophyses coronaires;
- 2^e degré : manifestation similaire au 1^{er} degré avec, en plus, atteinte des tubérosités du maxillaire;
- 3^e degré : lésion largement étendue aux 2 mâchoires.

Dans la plupart des cas, aucun examen histologique n'est nécessaire pour établir le diagnostic; cependant, lorsque ces analyses sont effectuées, elles révèlent la présence de cellules géantes multinucléées de type ostéoclaste à l'intérieur d'un stroma fibreux modérément lâche, sans signe de changement néoplasique.

Le chérubisme serait associé à certains syndromes bien définis, dont le syndrome de Noonan, le syndrome de Ramon et le syndrome de Jaffe-Campanacci. Parmi les caractéristiques communes du syndrome de Noonan, mentionnons l'hypertélorisme, le pterygium colli, l'arriération mentale, les anomalies cardiaques, la cryptorchidie et l'insuffisance staturale. Le syndrome de Ramon inclut la fibromatose gingivale, l'épilepsie, l'arriération mentale et peut-être aussi le diabète insulino-dépendant. Enfin, le syndrome de Jaffe-Campanacci se caractérise par de multiples fibromes non ostéogéniques des os, des

taches café au lait, l'arriération mentale, la cryptorchidie, l'hypogonadisme, ainsi que des anomalies oculaires et cardiovasculaires.

Le diagnostic différentiel du chérubisme inclut les tumeurs à cellules géantes des mâchoires, les lésions centrales à cellules géantes, la tumeur brune de l'hyperparathyroïdie, la dysplasie fibreuse et les kystes anévrysmaux des os⁷⁻⁹.

Le protocole de traitement repose principalement sur l'observation et le suivi. En effet, comme cette maladie est souvent spontanément résolutive, l'intervention chirurgicale n'est peut-être pas nécessaire, sauf à des fins esthétiques et fonctionnelles. Notons enfin que, depuis quelques années, la calcitonine est administrée de façon expérimentale pour le traitement du chérubisme¹⁰. ♦

La Dre Datta est résidente de deuxième année en radiologie buccale et maxillofaciale, Département de pathologie, de radiologie et de médecine buccales, Université de l'Iowa.

Le Dr Ruprecht est professeur et directeur de radiologie buccale et maxillofaciale, Département de pathologie, de radiologie et de médecine buccales, Collège de médecine dentaire, et professeur de radiologie et de biologie anatomique et cellulaire, Collège de médecine dentaire, Université de l'Iowa.

Écrire au : Dr Axel Ruprecht, The University of Iowa – DSB, Iowa City, IA 52242-1001, USA.

Les vues exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions et les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.

Références

1. McKusik VA. Mendelian inheritance in man. Catalogues of autosomal dominant, autosomal recessive and X-linked phenotypes. Baltimore and London : The Johns Hopkins University Press; 1992. p. 216.
2. Betts NJ, Stewart JCB, Fonseca RJ, Scott RF. Multiple central giant cell lesions with a Noonan-like phenotype. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 76(5):601-7.
3. Mangion J, Rahman N, Edkins S, Barfoot R, Nguyen T, Sigurdsson A, and others. The gene for cherubism maps to chromosome 4p16.3. *Am J Human Genet* 1999; 65(1):151-7.
4. Jones WA. Familial multilocular cystic disease of the jaws. *Am J Cancer* 1933; 17:946-50.
5. Yamaga K, Kameyama T, Esaki S, Tanaka S, Sujaku C. A case of cherubism. *Jpn J Oral Maxillofac Surg* 1990; 36:1976-80.
6. Seward GR, Hankey GT. Cherubism. *J Oral Surg (Chic)* 1957; 10(9):952-74.
7. Kaugars GE, Niamtu J 3rd, Svirsky JA. Cherubism: diagnosis, treatment and comparison with central giant cell granulomas and giant cell tumors. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73(3):369-74.
8. Kozakiewicz M, Perczynska-Partyka W, Kobos J. Cherubism — clinical picture and treatment. *Oral Dis* 2001; 7(2):123-30.
9. Jakobiec FA, Bilyk JR, Font RL. Orbit. In: Spencer WH, editor. *Ophthalmic pathology: an atlas and textbook*. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 1996. vol. 2459-860.
10. Wada S, Udagawa N, Nagata N, Martin TJ, Findlay DM. Calcitonin receptor down-regulation relates to calcitonin resistance in mature mouse osteoclast. *Endocrinology* 1996; 137(3):1042-8.

Sourires éclatants... perfection sans âge

Venez voir
notre nouveau
site Internet
www.aurumgroup.com

Aurum Ceramic/Classic : *esthétique, précision, innovation, créativité.*



Depuis plus de 40 ans, les laboratoires dentaires Aurum Ceramic/Classic ne cessent de monter la barre en dentisterie de pointe pour les patients de tous âges. Qu'il s'agisse de cas avancés de design du sourire, de reconstructions précises de toute la bouche, de prothèses complètes et partielles coulées réalisées avec précision ou d'appareils d'orthodontie novateurs pour les adultes et les enfants, nous produisons des résultats exceptionnels à chaque cas, à tout coup !



Un engagement à l'excellence

- La réponse aux besoins changeants de vos patients avec ce qui se fait de mieux en matériaux, technologie et techniques éprouvés.
- Seul laboratoire canadien accrédité par le Las Vegas Institute for Advanced Dental Studies (IVI).
- La communication directe dentiste équipe technique pour une qualité et une constance inégalées.
- Nos équipes de techniciens spécialisés AE^{MC} (Advanced Esthetic), formés par le IVI vous assurent que même vos cas cosmétiques les plus difficiles progresseront avec précision et en douceur.
- Nos équipes intégrées spécialisées en produits et techniques de nos autres départements offrent le même haut degré d'expertise dans leur spécialité.



Mettez nous au défi

Offrez de magnifiques sourires qui vont au-delà des attentes de vos patients. Aux laboratoires dentaires Aurum Ceramic/Classic et Space Maintainers, nous faisons de tous vos cas de couronnes et ponts, de prothèses complètes ou partielles coulées ou appareils d'orthodontie des restaurations exceptionnelles supportées par un service hors pair et la garantie la plus complète du domaine dentaire.



"UNIQUE FOURNISSEUR DE TOUTS VOS SERVICES DE LABORATOIRE"

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| • IPS Empress [®] | • Implants |
| • IPS Eris ^{MC} | • Prothèses NaturalLook ^{MC} |
| • Cristobal [®] + | • Prothèses Eclipse ^{MC} |
| • Procera [®] AllCeram | • Prothèses BPS [®] |
| • In-Ceram [®] | • NaturalFlex ^{MC} II |
| • Arizona ^{MC} | • Saddle-Lock [®] |
| • Princess ^{MC} | • Vitallium [®] 2000 |
| • NaturalTemps ^{MC} | • Appareils d'orthodontie |
| • Super NaturalTemps ^{MC} | • Atelles / Protecteurs buccaux |



**Téléphonez sans frais pour la
cueillette gratuite**

1-800-661-1169

1-800-267-7040 (Qué. et Ont.)

Calgary • Edmonton • Saskatoon • Vancouver • Victoria • Kelowna • Vernon • Ottawa • Toronto

Sommaires cliniques

La rubrique «Sommaires cliniques» du JADC regroupe des sommaires et des résumés extraits de publications dentaires révisées par des pairs. Elle tente de sensibiliser les lecteurs à la littérature récente qui intéresserait les professionnels de la santé buccodentaire. Elle ne se veut nullement être une analyse méthodique du sujet. La sélection du mois consiste en des articles consacrés aux traumatismes dentaires. Les articles ont été choisis par la Dre Preeti Prakash, récemment diplômée du programme de maîtrise en sciences en santé dentaire publique à l'Université de Toronto, et le Dr David Locker, directeur de l'Unité de recherche sur les services de santé dentaire communautaires à l'Université de Toronto. Un commentaire des auteurs permet de placer ces articles en contexte.

Commentaire

Les traumatismes dentaires : une question de santé publique importante

Preeti Prakash, BDS, MSC

David Locker, BDS, PhD

Les traumatismes dentaires sont des lésions causées à la bouche, y compris aux dents, aux lèvres, aux gencives, à la langue et à la mâchoire. Le plus courant est une dent brisée ou perdue. Les traumatismes dentaires peuvent avoir des conséquences à long terme, et leur pronostic peut être incertain¹. La plupart des études à ce sujet se sont attachées à des sous-populations précises fondées sur des groupes d'âge ou des régions géographiques. Il est difficile de comparer les résultats des diverses recherches effectuées en raison des différences dans les classifications des traumatismes utilisées dans ces études. L'Institut national de la recherche dentaire des États-Unis a mis au point un indice de traumatismes dentaires valide autant pour les enfants que pour les adultes et destiné aux études épidémiologiques. À l'aide de cet indice, Kaste et coll. ont rapporté les premières données américaines nationales sur les lésions aux incisives chez les personnes âgées entre 6 et 50 ans (voir sommaire 1). Presque 25 % de la population américaine avait au moins une incisive permanente traumatisée. Il se peut que ces lésions soient en hausse. Dans une étude effectuée auprès d'enfants vivant dans une communauté défavorisée du Royaume-Uni, on a signalé une augmentation substantielle de la prévalence sur une période de 3 ans (sommaire 2).

Les traumatismes dentaires peuvent être classés comme intentionnels ou non intentionnels. La violence familiale, les altercations et les agressions constituent des exemples de situations où peuvent se produire des lésions intentionnelles; les accidents sont classés comme des situations où surviennent des lésions non intentionnelles. Les accidents qui surviennent autour du domicile constituent une cause majeure de lésion à la dentition primaire, tandis que les accidents qui se produisent à la maison et à l'école causent des lésions à la dentition permanente². Les accidents qui découlent de chutes forment ensemble la cause la plus courante de traumatismes dentaires, suivis par les lésions liées aux sports, à la violence et aux accidents de la route. Un facteur prédisposant important du trauma dentaire est un grand surplomb horizontal, la couverture incomplète des lèvres et la protrusion maxillaire. L'obésité infantile augmente aussi le risque de trauma dentaire (sommaire 3). Les traumatismes dentaires peuvent laisser des cicatrices psychologiques et psychosociales. La plupart des

enfants atteints d'un trauma dentaire signalent en effet que celui-ci a certaines répercussions sur leur vie quotidienne, y compris le sentiment de gêne lorsqu'ils rient ou sourient et la difficulté de manger ou de se nettoyer les dents (sommaire 4).

Les conséquences économiques des traumatismes dentaires sont presque inconnues. Selon la nature et l'ampleur de la lésion, le traitement peut nécessiter plusieurs visites chez le dentiste et peut supposer le recours à un ou à plusieurs dentistes généraux ou spécialistes. Le traitement peut coûter des milliers de dollars. Un centre de traumatologie situé à Copenhague, au Danemark, a signalé qu'il avait traité plus de 7000 patients ayant ensemble plus de 16 000 dents traumatisées sur une période de 11 ans. Deux tiers des dents en cause avaient des lésions compliquées. Le coût annuel des traitements était évalué entre 2 et 5 millions de dollars américains par million d'habitants (sommaire 5).

Les lignes directrices de l'Association internationale de traumatologie dentaire fournissent une information de base sur la prise en charge des lésions, la prévention et les premiers soins³. Selon Gift et Bhat, même si 89 % des lésions aux États-Unis nécessitent une attention médicale, moins de la moitié sont traitées d'abord à l'hôpital (sommaire 6). Ils signalent qu'environ 5,9 millions d'épisodes traumatiques buccofaciaux ont été traités en cabinet dentaire privé aux États-Unis en 1991, ce qui représente une moyenne de 46 épisodes soignés par année par cabinet.

La prévalence des traumatismes dentaires, leurs conséquences psychosociales et économiques et la mesure dans laquelle ils exigent des traitements en pratique générale signifient sans aucun doute qu'il faut les considérer comme une importante question de santé publique. Malgré l'importance des traumatismes dentaires, il existe peu de données canadiennes sur leur prévalence, leur gravité ou leurs facteurs de risque. ♦

Références

1. McTigue DJ. Diagnosis and management of dental injuries in children. *Pediatr Clin North Am* 2000; 47(5):1067-84.
2. Bastone EB, Freer TJ, McNamara JR. Epidemiology of dental trauma: a review of the literature. *Aust Dent J* 2000; 45(1):2-9.
3. Flores MT, Andreasen JO, Bakland LK, Feiglin B, Gutmann JL, Oikarinen K, and others. Guidelines for the evaluation and management of traumatic dental injuries. *Dent Traumatol* 2001; 17(5):193-8.

1

Quelle est la prévalence des traumatismes des incisives?

Kaste LM, Gift HC, Bhat M, Swango PA. Prevalence of incisor trauma in persons 6 to 50 years of age: United States, 1988–1991. *J Dent Res* 1996; 75(Spec Iss):696–705.

Contexte

Les traumatismes dentaires comptent parmi les affections les plus graves de la dentition; on en sait pourtant peu au sujet de leur prévalence dans la population américaine. Le but de cette étude était de déterminer la prévalence globale et la prévalence en fonction de l'âge des lésions aux incisives chez les personnes âgées de 6 à 50 ans et d'examiner les différences de prévalence pour les traumatismes dentaires selon l'âge, le sexe et le groupe ethnique.

Méthodologie

Les données ont été recueillies dans le cadre de la composante examen buccal du National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III, Phase 1, 1988–1991. L'indice de trauma dentaire, mis au point par l'Institut national de recherche dentaire et destiné à être utilisé dans les études épidémiologiques, a été appliqué. Cet indice est fondé sur des preuves cliniques non radiographiques de lésion dentaire et de traitement reçu pour les 8 incisives permanentes, y compris sur des antécédents lésionnels positifs obtenus du sujet.

Résultats

Un total de 7569 personnes ont été examinées et le nombre

de personnes atteintes d'un trauma des incisives était de 1702. Chez plus de 38 millions de personnes (24,9 %) âgées de 6 à 50 ans aux États-Unis, on estimait qu'il y avait au moins une incisive traumatisée. La prévalence était plus élevée chez les hommes que chez les femmes (ratio de 1,5:1). La prévalence des traumatismes était aussi positivement associée à l'âge : 18,4 % de 6 à 20 ans affichant des preuves de trauma par comparaison à 28,1 % des personnes de 21 à 50 ans. Des taux de prévalence similaires ont été constatés chez les blancs et les noirs, chez les blancs non hispaniques, chez les noirs non hispaniques et chez les américains mexicains. Les incisives centrales du maxillaire supérieur étaient les dents les plus couramment touchées, représentant un peu plus de 60 % des incisives traumatisées.

Importance clinique

Cette étude a permis d'obtenir les toutes premières données américaines nationales sur les traumatismes dentaires. Les résultats indiquent que le trauma de la dentition antérieure est courant et touche un quart des personnes âgées entre 6 et 50 ans. Les associations avec le sexe et l'âge donnent à penser que certaines personnes sont enclines aux traumatismes dentaires. ♦

2

Est-ce que la prévalence des traumatismes dentaires change?

Marcenes W, Murray S. Changes in prevalence and treatment need for traumatic dental injuries among 14-year-old children in Newham, London: a deprived area. *Community Dent Health* 2002; 19(2):104–8.

Contexte

Même si les traumatismes dentaires constituent un problème important chez les enfants, il existe peu de données pour déterminer les tendances dans la prévalence de cette affection. On a entrepris cette étude pour évaluer si la prévalence des lésions traumatiques aux incisives permanentes chez les enfants de 14 ans vivant dans une collectivité défavorisée du Royaume-Uni avait changé avec le temps.

Méthodologie

Deux enquêtes transversales ont été entreprises dans des écoles, la première en 1995–1996 et la deuxième en 1998–1999. Les critères utilisés pour identifier les traumatismes dentaires étaient les mêmes dans les 2 sondages et identiques aux critères utilisés dans le sondage sur la santé dentaire des enfants du Royaume-Uni effectué en 1993.

Le premier sondage portait sur tous les enfants de 14 ans allant à des écoles dans la collectivité ($n = 2242$), tandis que le second portait sur un échantillon aléatoire d'enfants de 14 ans allant à ces écoles ($n = 411$).

Résultats

La prévalence des traumatismes dentaires était de 23,7 % en 1995–1996 et de 43,8 % en 1998–1999. Les 2 estimations étaient bien plus élevées que la prévalence (17 %) constatée pour l'ensemble du Royaume-Uni. Des augmentations ont été observées chez les garçons et les filles, même si la prévalence était plus élevée chez les garçons dans les 2 sondages. Le deuxième sondage permettait de supposer que le traitement de cette affection était négligé. En effet, un total de 97,2 incisives sur mille était traumatisées, 28,9 sur mille avaient besoin d'être traitées et seulement 6,7 sur mille avaient effectivement été traitées.

Importance clinique

L'étude a indiqué que la prévalence des traumatismes dentaires chez les enfants vivant dans une collectivité défavorisée était élevée et que la fréquence du problème semblait avoir grandement augmenté sur une courte période. Qui plus est, la plupart de ceux qui avaient besoin d'un traitement n'en avaient pas reçu au moment de l'étude. ♦

3 Est-ce que l'obésité infantile est un facteur de risque pour les traumatismes dentaires?

Petti S, Cairella G, Tarsitani G. Childhood obesity: a risk factor for traumatic injuries to anterior teeth. *Endod Dent Traumatol* 1996; 13(6):285-8.

Contexte

En raison du fait que la prévalence des traumatismes dentaires chez les enfants est élevée, il faut identifier les facteurs de risque pour fournir un fondement à l'élaboration des programmes préventifs. Un facteur de risque possible est l'obésité. L'obésité infantile est répandue, touchant entre 10 % et 15 % des enfants dans les pays développés. Cette étude a permis d'examiner la relation entre l'obésité et les traumatismes dentaires chez des enfants d'âge scolaire de 6 à 11 ans à Rome, en Italie.

Méthodologie

Quatre dentistes «calibrés» ont examiné 938 enfants d'âge scolaire de 6 à 11 ans. Le surplomb horizontal, l'absence de couverture de la lèvre supérieure, la protrusion des incisives supérieures, le poids des sujets à 0,1 kg près et la taille des sujets à 5 mm près ont été enregistrés. L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé à l'aide de la formule poids/taille². Lorsque la valeur de l'IMC était égale ou supérieure à la valeur du 97^e percentile de la table de référence spécifique à l'âge et au sexe, l'enfant était défini comme obèse.

Résultats

L'échantillon comportait 11,4 % d'enfants obèses ($n = 107$). La prévalence globale des lésions dentaires était de 21,3 % et la prévalence chez les enfants obèses et non obèses était de 31,8 % et de 20 % respectivement. Les variables qui influençaient significativement la probabilité d'une lésion étaient l'absence de couverture de la lèvre supérieure (RC = 1,23, IC à 95 % entre 1,03 et 1,49), le surplomb horizontal supérieur à 3 mm (RC = 1,68, IC à 95 % entre 1,21 et 2,33) et l'obésité (RC = 1,45, IC à 95 % entre 1,08 et 1,94).

Importance clinique

L'étude a montré que l'obésité augmentait significativement le risque de trauma dentaire. Les enfants obèses admis dans l'étude étaient moins actifs que les autres enfants, ce qui donne à penser qu'un style de vie actif peut protéger un enfant du trauma dentaire. L'obésité infantile est une préoccupation en raison de ses liens avec des affections générales comme les maladies du cœur et le diabète. L'étude donne une raison de plus pour que les enfants adoptent un style de vie actif. ♦

4 Les lésions traumatiques peuvent-elles avoir des répercussions sur la qualité de vie liée à la santé buccodentaire chez les enfants?

Cortes MI, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old-children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(3):193-8.

Contexte

Les enfants sont sujets à un certain nombre d'affections buccales qui peuvent avoir des répercussions sur la qualité de vie. Beaucoup d'enfants atteints de lésions traumatiques de la dentition antérieure ne sont pas traités ou reçoivent un traitement inadéquat. Cette étude a évalué les répercussions sociales et les conséquences dentaires de la présence de dents antérieures fracturées non traitées chez des enfants d'âge scolaire brésiliens.

Méthodologie

Une étude cas-témoin fondée sur la population a été effectuée (ratio témoins-cas de 2:1). Soixante-huit cas d'enfants de 12 à 14 ans ayant des dents fracturées et non traitées ont été admis dans l'étude. Les témoins étaient 136 enfants sans trauma dentaire. Les enfants ont été assortis en fonction de l'âge, du sexe et du statut socio-économique. On s'est servi de l'indice Répercussions buccales sur la performance quotidienne (OIDP), qui évalue 8 fonctions physiques, psychologiques et sociales, pour comparer la qualité de vie liée à la santé buccodentaire chez les cas et les témoins.

Résultats

Dans l'ensemble, 66 % des enfants atteints d'un trauma ont signalé que leur état buccodentaire avait certaines répercussions sur leur vie quotidienne par comparaison à 14,7 % des enfants sans lésion ($p < 0,001$). Le premier groupe était d'ailleurs plus susceptible de signaler qu'il se sentait embarrassé lorsqu'il riait ou souriait (55,9 % c. 13,2 %), qu'il se sentait irritable (33,8 % c. 5,1 %), qu'il avait des problèmes à manger et à apprécier la nourriture (19,1 % c. 1,5 %) et qu'il éprouvait un plaisir amoindri au contact des autres (14,7 % c. 1,5 %). Ces différences se sont maintenues après qu'on a contrôlé chaque enfant pour l'état orthodontique et l'expérience des caries.

Importance clinique

Les enfants ayant des fractures dentaires non traitées ont une qualité de vie liée à la santé buccodentaire moindre que les enfants sans dents fracturées. Le fait que certaines études indiquent que beaucoup d'enfants ne reçoivent pas de traitement pour leurs lésions traumatiques devraient par conséquent préoccuper les professionnels dentaires et les agents de santé publique. ♦

5

Quelles sont les conséquences économiques des traumatismes dentaires?

Borum MK, Andreasen JO. Therapeutic and economic implications of traumatic dental injuries in Denmark: an estimate based on 7549 patients treated at a major trauma centre. *Int J Paediatr Dent* 2001; 11(4):249–58.

Contexte

Même si de nombreuses études ont été effectuées sur la prévalence et l'incidence des traumatismes dentaires, les conséquences économiques de celles-ci sont presque inconnues. Le but de cette étude était d'analyser le type et l'ampleur des traumatismes dentaires traités à un centre de traumatologie important à Copenhague, au Danemark. L'étude a aussi permis d'analyser les demandes de traitement immédiates et ultérieures ainsi que les coûts de traitement.

Méthodologie

Une analyse thérapeutique et économique a été effectuée pour 7549 patients ayant rendu visite au centre de traumatologie sur une période de 11 ans (16 116 dents traumatisées au total). Tous les patients ont répondu à un questionnaire contenant 65 questions au sujet de l'événement traumatique et de ses conséquences. Les cas ont été classés selon la classification des traumatismes de l'OMS comme non compliqués (fractures de l'émail et de la dentine, subluxations et contusions) ou compliqués (fractures coronaires avec pulpe exposée, fractures radiculaires, lésions par luxation avec déplacement dentaire, et fractures osseuses). Le coût des services pour traumatismes aigus a été estimé en fonction du temps et du matériel nécessaires au personnel du centre, aux spécialistes en chirurgie buccale et maxillofaciale et à d'autres personnels pour traiter les traumatismes

dentaires. Le coût des procédures de restauration était fondé sur des renseignements obtenus de l'Association dentaire danoise.

Résultats

Une moyenne de 686 patients par année ou de 1,9 patient par jour se sont présentés pour se faire traiter une lésion dentaire; 59,9 % avaient une lésion à la dentition permanente, tandis que 38,1 % avaient une lésion traumatique à la dentition primaire. Le coût moyen pour traiter une dent permanente après une lésion non compliquée était de 420 \$ US et de 1490 \$ US après une lésion compliquée. Le coût moyen pour traiter une lésion non compliquée à une dent primaire était de 60 \$ US et de 200 \$ US pour une lésion compliquée. On estimait le coût du traitement entre 0,6 et 1,0 million de dollars américains par année pour les patients traités dans ce centre de traumatologie. Lorsqu'on transférait ce chiffre à une population traumatisée du Danemark, le coût annuel estimatif des traumatismes dentaires s'élevait entre 2 et 5 millions de dollars américains par million d'habitants par année.

Importance clinique

En raison du fait que les traumatismes dentaires sont courants et qu'ils peuvent être graves, ils peuvent aboutir à des coûts élevés pour les patients, les compagnies d'assurance et les services de santé publique. ♦

6

Quel est le rôle du dentiste dans le traitement du trauma buccofacial en cabinet privé?

Gift HC, Bhat M. Dental visits for orofacial injury: defining the dentist's role. *J Am Dent Assoc* 1993; 124(11):92–6, 98.

Contexte

Les professionnels de la santé dentaire jouent un rôle crucial dans la prévention et la prise en charge des traumatismes dentaires. Même si beaucoup de ces lésions nécessitent une attention médicale, on estime que moins de la moitié sont d'abord traitées dans un hôpital. Il manque d'information sur les lésions craniofaciales et buccales, en particulier en provenance des établissements de premiers soins. On a entrepris cette étude pour obtenir des estimations nationales du nombre d'épisodes lésionnels buccofaciaux traités aux États-Unis dans les cabinets dentaires privés.

Méthodologie

Les données pour cette étude ont été recueillies à l'aide d'un sondage effectué par l'Association dentaire américaine auprès d'un échantillon aléatoire stratifié de 6391 dentistes exerçant en cabinet dentaire privé aux États-Unis.

Résultats

Au palier national, les dentistes en pratique privée ont traité en moyenne 46,4 épisodes lésionnels buccofaciaux par année.

Il y avait des différences significatives au chapitre du nombre d'épisodes par année selon les spécialités. Ainsi, les spécialistes en chirurgie buccale et maxillofaciale ont signalé le nombre le plus élevé d'épisodes (159,5) suivis par les dentistes pédiatriques (134,9) et les généralistes (41,9). Sur la base de ces données, on a estimé à 5,9 millions le nombre de traumatismes buccofaciaux traités par les dentistes en cabinet privé en 1991.

Importance clinique

Cette étude a montré que les professionnels de la santé dentaire font face régulièrement à des traumatismes dentaires. Par conséquent, il est possible d'identifier tôt les comportements à risque élevé et les facteurs de risque prédisposants, ainsi que de donner un traitement rapide au patient ou de lui recommander un spécialiste. La prévention par les conseils (utilisation de dispositifs de protection pour le visage ou la bouche pendant les activités sportives), la sensibilisation du public et les mesures législatives (utilisation de casques et d'appareils de contention dans les véhicules) peuvent aider à réduire la prévalence des hospitalisations pour cause de lésion buccofaciale et dentaire et celle des incapacités secondaires. ♦



Confiance bien placée

CDSPI

Comme dentiste, votre sécurité financière repose sur l'assurance et les placements.

Ainsi, pour choisir le fournisseur de ces outils, pourquoi se lancer dans l'inconnu ?

Fiez-vous au CDSPI — une compagnie sans but lucratif désignée par l'Association dentaire canadienne pour administrer le Régime d'assurance des dentistes du Canada et le Programme de placement des dentistes du Canada. Tout au long de nos 44 années d'existence, nous nous sommes exclusivement attachés à servir les dentistes. Le CDSPI a été créé par des dentistes et il est encore encadré par des dentistes jusqu'à ce jour.

Vous pouvez aussi vous fier, sans frais, aux conseils de planification en assurance et placement fournis par notre filiale — les Conseils professionnels en direct Inc., pour la bonne raison qu'elle est dotée d'experts accrédités qui dédient leurs efforts aux besoins des professionnels dentaires et de leurs familles, sans recevoir de commission.

Maintenant, faites ce qu'il faut côté assurance et placement, en toute confiance. Et, pour une confiance bien placée, appelez le CDSPI dès aujourd'hui.

Le Régime d'assurance des dentistes du Canada est parrainé par l'ADC et coparrainé par des associations dentaires provinciales participantes. Le Programme de placement des dentistes du Canada est parrainé par l'ADC.



Canadian Dental Service Plans Inc.

155 Lesmill Road, Toronto, Ontario, M3B 2T8

Téléphone : 1 800 561-9401, (416) 296-9401

Télécopieur : (416) 296-8920

Courriel : cdspi@cdspi.com

Internet : www.cdspi.com

Point de service

La rubrique «Point de service» du JADC répond aux questions cliniques de tous les jours en donnant de l'information pratique sur les traitements en salle opératoire. Les réponses présentées ne visent pas à établir des normes de soins ou des guides d'exercice clinique. Le lecteur est invité à pousser plus loin son étude des sujets traités. Les réponses de ce mois-ci sont fournies par le Dr Paul C. Edwards, un résident de la Division de pathologie buccale et maxillofaciale, Département de la médecine dentaire, Centre médical juif de Long Island. Si vous êtes intéressé à répondre à une question ou à en soumettre une, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à jokeefe@cda-adc.ca.

Question 1

Quelles sont les indications pour employer les aides diagnostiques comme Orascan, CDx et Vizilite dans l'évaluation des lésions buccales?

Plusieurs outils de dépistage sont maintenant offerts au Canada pour aider à évaluer les lésions épithéliales intrabuccales.

Orascan (Zila Professional Pharmaceuticals, Phoenix [Arizona]; distribué par Patterson Dental Supply) est un rince-bouche contenant du bleu de toluidine (chlorure de tolonium), qui se fixe sélectivement sur les groupes anioniques libres comme les groupes phosphate de l'ADN. In vivo, le bleu de toluidine est réputé colorer en bleu les lésions épithéliales malignes. Orascan est recommandé par le fabricant pour surveiller les lésions suspectes pour lesquelles il y a eu une évaluation histopathologique de départ, pour déceler la présence de lésions cancéreuses chez les personnes à risque élevé, pour le suivi systématique des patients antérieurement traités pour le cancer des voies aérodigestives supérieures et pour la détermination du siège optimal d'une biopsie pour les grandes lésions hétérogènes.

Les zones d'inflammation, d'irritation et d'ulcération, ainsi que le revers de la langue (siège peu courant pour le carcinome spinocellulaire), ramassent systématiquement la teinture. Lorsqu'on l'utilise à des fins de dépistage dans des populations où existe une faible prévalence de carcinome spinocellulaire, sa sensibilité et sa spécificité semblent inférieures par rapport à celles de son emploi dans les populations à risque élevé¹. Par conséquent, en l'absence de zones cliniquement suspectes chez les patients à risque faible, les zones qui se colorent devraient faire l'objet d'un nouveau test après 10 à 14 jours, période pendant laquelle on peut s'attendre à ce que guérissent toute lésion inflammatoire transitoire.

Orascan n'est pas un test diagnostique, et l'absence de coloration ne permet pas d'exclure les lésions cancéreuses ni la nécessité d'une biopsie au scalpel si le tableau clinique le justifie. L'Académie canadienne de pathologie buccale a recommandé que «les lésions cliniquement soupçonnées d'être malignes ou pré-malignes devraient rapidement faire l'objet d'une biopsie d'incision peu importe la réaction de coloration



Illustration 1 : Patient atteint d'une lésion érythroleucoplasique unilatérale de la muqueuse buccale droite. Même si les résultats de la biopsie tissulaire évoquaient une lichen plan, le suivi à long terme avec l'un des outils de dépistage décrits, couplé d'une biopsie au scalpel périodique, serait approprié. La photographie est une gracieuseté du Dr John Fantasia.



Illustration 2 : Patient atteint d'une lésion érythroleucoplasique unilatérale de la muqueuse buccale gauche. Même si on soupçonnait cliniquement le carcinome, la biopsie tissulaire a évoqué une mucosite non spécifique, et le suivi à long terme avec l'un des outils de dépistage décrits serait approprié. La photographie est une gracieuseté du Dr John Fantasia.

au bleu de toluidine².»

Oral CDx (Oralscan Laboratories, Suffern [N.Y.]; distribué par Henry Schein Dental) est un système d'analyse de biopsie par brossage assisté par ordinateur. Le dentiste utilise un instrument de biopsie par brossage pour obtenir des cellules de toutes les couches de l'épithélium. On évalue ensuite l'échantillon pour vérifier la représentation adéquate de la couche basale. On examine les cellules individuelles en vue d'une combinaison d'anomalies morphologiques et spectrales caractéristiques d'une différenciation épithéliale modifiée. Environ 200 des cellules au pointage le plus élevé (la plupart anormales) sont sélectionnées par l'ordinateur pour analyse par un cytopathologiste.

Oral CDx n'est pas un substitut à une biopsie traditionnelle au scalpel en raison du fait que les tissus obtenus sont désagrégés et ne contiennent pas l'information architecturale nécessaire pour évaluer histologiquement les lésions dysplasiques et les graduer³. Selon le fabricant, Oral CDx facilite les tests effectués sur les lésions épithéliales apparemment inoffensives et sans cause évidente, qui ne semblent pas suffisamment suspectes pour justifier une biopsie classique au scalpel. Le produit n'est pas destiné à l'examen des lésions sous-muqueuses à épithélium de revêtement intact, comme les

hémangiomes ou les mucocèles. Il peut cependant servir au suivi à long terme chez les patients atteints de lésions érythroplasiques ou leucoplasiques (ill. 1 et 2) pour lesquelles un diagnostic histologique de départ a été obtenu et chez les patients ayant des antécédents de cancer de la bouche. Toutefois, un résultat négatif de la biopsie par brossage ne permet pas d'obvier à la nécessité d'une biopsie tissulaire classique si le tableau clinique le justifie.

Vizilite (Zila Professional Pharmaceuticals; distribué par Patterson Dental Supply) est un test de dépistage intrabuccal récemment lancé et semblable au test avec solution d'acide acétique, qui est utilisé pour la détection des dysplasies et des carcinomes du col utérin. Le patient se rince la bouche pendant 1 minute avec la solution d'acide acétique à 1 % pour rompre la barrière glycoprotéique sur les surfaces muqueuses. On examine ensuite la cavité buccale avec une lumière chimiluminescente à usage unique, dont la longueur d'onde est absorbée par les cellules normales. Les cellules anormales réfléchissent cette lumière, probablement à cause d'un ratio noyau-cytoplasme accru et, par conséquent, apparaissent blanches.

Comme pour Orascan et Oral CDx, une lecture positive avec Vizilite peut être causée par des anomalies épithéliales mineures associées à une inflammation, à une irritation ou à une ulcération, et ne signifie pas nécessairement qu'on se trouve en présence d'une dysplasie ou d'un carcinome.

Il faut insister sur le fait que ces aides ne sont pas des substituts à un bon jugement clinique. La composante la plus importante de tout examen visant à déceler un cancer de la bouche reste l'inspection visuelle et digitale complète de tous les tissus mous intrabuccaux, ainsi que l'examen soigneux des ganglions latéraux superficiels du cou. En dernier ressort, le diagnostic de toute lésion suspecte nécessite l'examen histopathologique d'échantillons prélevés par biopsie. ♦

Références

1. Johnson N, Warnakulasuriya S, Speight P, Epstein J. Diagnosing oral cancer: can toluidine blue mouthwash help? *FDI World* 1998; 7(2):22-6.
2. Académie canadienne de pathologie buccale. L'ACPB se prononce au sujet du bleu de toluidine [Actualités]. *J Can Dent Assoc*; 61(9):753.
3. Sciubba JJ. Improving detection of precancerous and cancerous oral lesions. Computer-assisted analyses of the oral brush biopsy. U.S. Collaborative Oral-CDx Study Group. *JADA* 1999; 130(10):1445-57.

Lectures supplémentaires

- Epstein JB, Zhang L, Rosin M. Advances in the diagnosis of oral premalignant and malignant lesions. *J Can Dent Assoc* 2002; 68(10):617-21.
- Guo Z, Yamaguchi K, Sanchez-Céspedes M, Westra WH, Koch WM, Sidransky D. Allelic losses in OraTest-directed biopsies of patients with prior upper aerodigestive tract malignancy. *Clin Cancer Res* 2001; 7(7):1963-8.
- Megevan E, Denny L, Dehaeck K, Soeters R, Bloch B. Acetic acid visualization of the cervix: an alternative to cytologic screening. *Obstet Gynecol* 1996; 88(3):383-6.
- Svirsky JA, Burns JC, Carpenter WM, Cohen DM, Bhattacharyya I, Fantasia JE, and others. Comparison of computer-assisted brush biopsy results with follow up scalpel biopsy and histology. *Gen Dent* 2002; 50(6):500-3.

Question 2

J'ai récemment retiré une troisième molaire inférieure incluse avec une radiotransparence péri-coronaire associée de 10 mm. Le tissu folliculaire a été soumis pour biopsie. Le diagnostic histopathologique était un kératokyste odontogène. Que recommanderiez-vous comme suivi?

Ce scénario met en évidence l'importance de soumettre tous les tissus chirurgicaux à un pathologiste buccal et maxillofacial pour évaluation. Dans le cas présent, l'examen histologique a révélé que ce qui avait l'apparence clinique d'un kyste dentigère était en fait un kératokyste odontogène. À l'examen radiographique, les kératokystes odontogènes varient en taille depuis des radiotransparences petites, uniloculaires et péri-coronaires impossibles à distinguer des kystes dentigères jusqu'à des lésions radiotransparentes grandes, multiloculaires et atteignant toute la branche montante du maxillaire inférieur (ill. 1).

Les kératokystes odontogènes (ill. 2) sont des kystes potentiellement agressifs qui ont tendance à causer une destruction importante des tissus locaux. Il s'agit de l'un des kystes odontogènes du développement le plus courant, deuxième en fréquence par rapport aux kystes dentigères seulement. Ils atteignent le plus souvent le corps postérieur et la branche montante du maxillaire inférieur et sont souvent associés à une dent incluse. Cliniquement, les kératokystes odontogènes tendent à s'étendre en direction antéropostérieure dans l'os médullaire, avec une petite tendance à causer une expansion osseuse.

La présence de kératokystes odontogènes multiples peut être le signe annonciateur d'un syndrome de Gorlin-Goltz, lequel se caractérise par des kératokystes odontogènes multiples, des carcinomes basocellulaires multiples, une érosion ponctuée caractéristique de la paume de la main et de la plante du pied et une calcification de la faux du cerveau. Les patients atteints peuvent aussi développer des néoplasmes comme le médulloblastome, le méningiome, le fibrome ovarien et le fibrome cardiaque.

Histologiquement, les kératokystes odontogènes se caractérisent par une membrane épithéliale squameuse, stratifiée, parakératinisée et mince avec une couche basale hyperchromatique en palissade (ill. 3 et 4). La lumière du kyste peut contenir une kératine desquamée. Le détachement de portions de la membrane kystique mince s'observe couramment au moment de l'intervention chirurgicale. La présence de kystes satellites au sein de la paroi du kyste peut être responsable du taux de récurrence signalé de 6 % à 66 % (ill. 5). On a aussi évoqué que les facteurs inhérents à l'épithélium kystique lui-même ou les influences impliquant l'épithélium odontogène régional peuvent être responsables de la récurrence ou de la formation de kératokystes odontogènes supplémentaires.

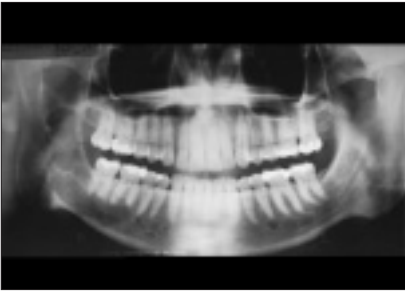


Illustration 1 : La radiographie panoramique révèle une grande lésion multiloculaire et radiotransparente du maxillaire inférieur postérieur droit avec atteinte importante de la branche montante. L'examen histologique a révélé un kératokyste odontogène. La radiographie est une gracieuseté du Dr Henry Falk.



Illustration 2 : Vue de près d'un kératokyste odontogène (côté droit).

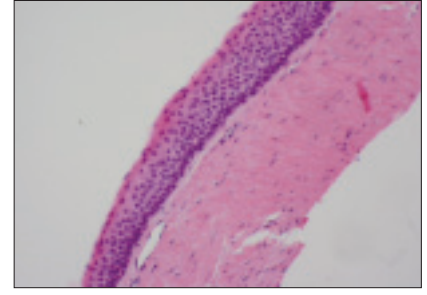


Illustration 3 : La membrane de ce kératokyste odontogène est composée d'un épithélium squameux stratifié, parakératinisé et plissé. La paroi en tissu conjonctif est dépourvue d'inflammation. Coloration à l'hématoxyline et à l'éosine. Grossissement original x 20.

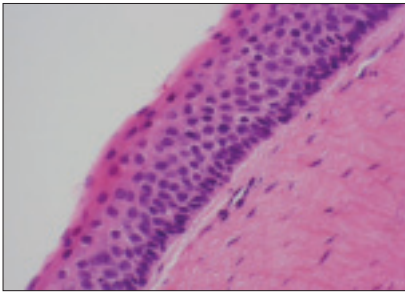


Illustration 4 : Ce kératokyste odontogène comporte une couche basale hyperchromatique polarisée. Coloration à l'hématoxyline et à l'éosine. Grossissement original x 40.

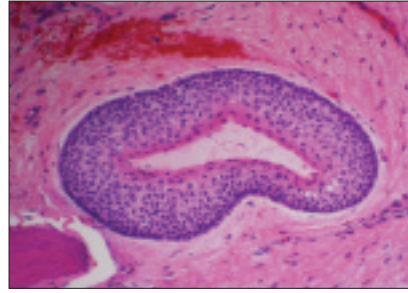


Illustration 5 : Un kyste satellite est apparent dans la membrane en tissu conjonctif de ce kératokyste odontogène. Coloration à l'hématoxyline et à l'éosine. Grossissement original x 40.

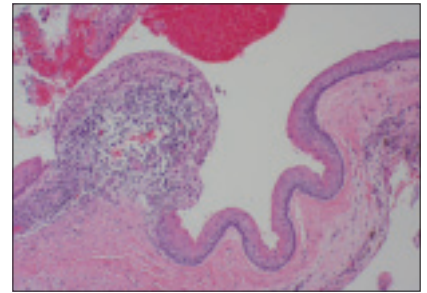


Illustration 6 : Kératokyste odontogène enflammé. Du côté gauche de cette photomicrographie, les aspects caractéristiques de la lésion sont absents à cause de l'inflammation chronique. Coloration à l'hématoxyline et à l'éosine. Grossissement original x 20.

La meilleure méthode de traitement est toujours controversée. Les modalités actuelles comprennent l'énucléation et le curetage osseux avec ou sans résection de la muqueuse sus-jacente. Certains chirurgiens défendent le traitement de la paroi cavitaire avec un fixatif (solution de Carnoy) qu'on administre dans le but de faciliter le retrait des tissus afin de réduire la probabilité de récurrence. La résection est réservée aux lésions agressives. La décompression s'emploie lorsque la lésion empiète sur un nerf ou lorsque la résection primaire aboutirait à une morbidité importante. Cette méthode suppose de placer une sonde à demeure dans le kyste et de suivre le patient sur le plan clinique et radiographique jusqu'à ce que la taille de la lésion soit sensiblement réduite, moment où une intervention chirurgicale définitive est effectuée. L'efficacité de la décompression peut être liée au fait observé que l'inflammation chronique modifie les caractéristiques histologiques typiques des kératokystes odontogènes, si bien que la membrane kystique est plus évocatrice de celle d'un kyste dentigère enflammé que de celle d'un kératokyste (ill. 6).

Lorsque le dentiste reçoit un diagnostic histologique de kératokyste odontogène après avoir retiré un kyste dentigère présumé, la consultation d'un spécialiste en chirurgie buccale et maxillofaciale est recommandée. Les facteurs qui influen-

cent la nécessité d'une nouvelle excision comprennent le siège de la tumeur et la facilité et la complétude du retrait du kyste au moment de l'intervention chirurgicale initiale. Il faut mettre les patients en surveillance clinique et radiographique à long terme. Dans le cas des lésions au maxillaire supérieur, pour lesquelles la récurrence peut être difficile à diagnostiquer par cliché simple et radiographie panoramique, la tomographie par ordinateur est recommandée. ♦

Lectures supplémentaires

- Blanas N, Freund B, Schwartz M, Furst IM. Systematic review of the treatment and prognosis of the odontogenic keratocyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2000; 90(5):553-8.
- Kimonis VE, Goldstein AM, Pastakia B, Yang ML, Kase R, DiGiovanna JJ, and others. Clinical manifestations of 105 persons with nevroid basal cell carcinoma syndrome. *Amer J Med Genet* 1997; 69(3):299-308.
- LoMuzio L, Staibano S, Pannone G, Bucci P, Nocini PF, Bucci E, and other. Expression of cell cycle and apoptosis-related proteins in sporadic odontogenic keratocysts and odontogenic keratocysts associated with the nevroid basal cell carcinoma syndrome. *J Dent Res* 1999; 78(7):1345-53.
- Myoung H, Hong SY, Hong SD, Lee JI, Lim CY, Choung PH and others. Odontogenic keratocyst: review of 256 cases for recurrence and clinicopathologic parameters. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2001; 91(3):328-33.
- Sciubba JJ, Fantasia JE, Kahn LB. Tumors and cysts of the jaws. Atlas of tumor pathology. Rosai J and Sobin LH, editors. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology (3rd series, fascicle 29); 2001.

Question 3 Existe-t-il des tests simples à utiliser au fauteuil dentaire pour confirmer un cas soupçonné de prolifération candidosique?

Candida albicans est un organisme commensal qu'on trouve dans la cavité buccale chez environ 50 % des patients en bonne santé. Des facteurs locaux, comme la réduction de la dimension verticale de l'occlusion, consécutive à des prothèses usées, et des facteurs généraux, y compris une réduction des défenses de l'hôte consécutive à une immunosuppression (ill. 1), à la xérostomie (ill. 2), à des troubles endocriniens ou à l'utilisation d'antibiotiques ou de corticostéroïdes peuvent prédisposer une personne à la candidose. Les patients porteurs de signes classiques de candidose peuvent être diagnostiqués cliniquement. Toutefois, lorsque le tableau clinique est ambigu (ill. 3) et que le motif de consultation du patient (p. ex., brûlure de la langue ou de la muqueuse buccale) peut être causé par des affections autres qu'une prolifération candidosique, il convient de confirmer ou d'infirmer l'impression clinique avant d'instituer un traitement.

Les méthodes de culture directe sont trop sensibles pour distinguer les cas de prolifération candidosique des populations commensales et devraient être réservées à l'identification des espèces *Candida* chez les immunodéprimés qui résistent au traitement avec les antifongiques classiques.

Les organismes *Candida* peuvent être identifiés par microscope dans des tissus obtenus par biopsie ou par cytologie exfoliative. Dans le dernier cas, une préparation à l'hydroxyde de potassium peut être utilisée, ce qui suppose une lyse des cellules épithéliales de base permettant une visualisation facilitée des hyphes et des spores *Candida*. Cette méthode comporte cependant plusieurs inconvénients : il faut procéder à plusieurs étapes dans le cabinet du dentiste, le clinicien doit posséder un microscope et aucun enregistrement permanent n'est obtenu.

Une solution de rechange à la préparation à l'hydroxyde de potassium est un test par cytologie exfoliative relativement simple et précis qui peut être effectué au fauteuil dentaire (ill. 4). Utiliser un abaisse-langue humecté en bois pour gratter la zone suspecte. Si le patient porte une prothèse amovible, prendre un échantillon du tissu du côté de la prothèse aussi. Il faut ensuite transférer le matériel sur une lame en verre et l'étendre uniformément avec un léger mouvement de va-et-vient (ill. 5), puis vaporiser immédiatement la lame avec une pellicule mince de fixatif pour tissus (éthanol à 95 %), laisser sécher à l'air pendant plusieurs minutes, étiqueter la lame au

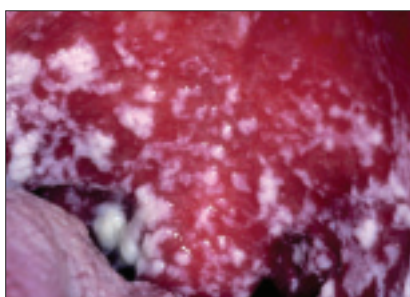


Illustration 1 : Candidose oropharyngée aiguë étendue chez un patient sans facteurs de risque évidents. Des tests approfondis ont révélé que le patient était séropositif pour le VIH. Cas fourni par le Dr John Fantasia.



Illustration 2 : Candidose du revers de la langue. Le patient présentait une xérostomie liée à un médicament et une brûlure de la langue. L'infection fongique s'est résorbée après une cure de 14 jours avec du fluconazole. Cas fourni par le Dr John Fantasia.



Illustration 3 : Candidose atrophique aiguë. Le patient s'est présenté avec une sensation de brûlure sur la langue comme principal motif de consultation. L'examen clinique a révélé une perte diffuse des papilles filiformes du revers de la langue. Après un interrogatoire approfondi, le patient a révélé avoir terminé récemment une cure complète avec des antibiotiques à large spectre.



Illustration 4 : Préparation pour le test de cytologie exfoliative au fauteuil dentaire pour *Candida*. Les fournitures requises comprennent des lames en verre, un fixatif cytologique et un abaisse-langue en bois.

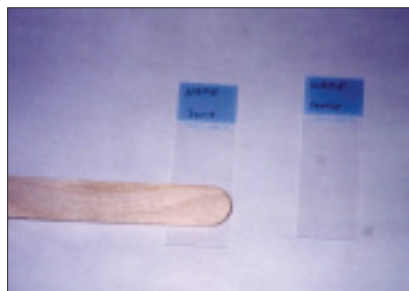


Illustration 5 : Test de cytologie exfoliative au fauteuil dentaire pour *Candida*. Le matériel est transféré à une lame en verre et étendu uniformément par un léger mouvement de va-et-vient.

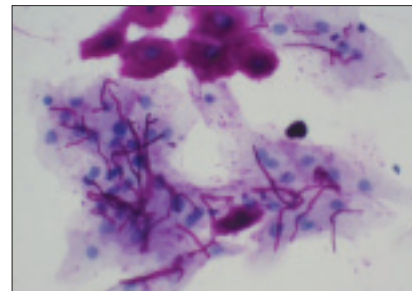


Illustration 6 : Coloration à l'acide périodique Schiff de la préparation cytologique. On constate que de nombreux hyphes fongiques se colorant en mauve sont évidents. Les cellules épithéliales sont visibles à l'arrière-plan.

crayon avec le nom du patient et la source de l'échantillon et la placer dans un porte-lames. Il convient finalement d'envoyer le spécimen au service de biopsie en pathologie buccale avec une demande d'évaluation fongique. Une coloration avec l'acide périodique Schiff (PAS) permet d'identifier facilement les

hyphes fongiques cylindriques (ill. 6) et les spores ovoïdes. ♦

Lecture supplémentaire

Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Co.; 2002.

Question 4 Quelles sont les meilleures options de traitement pour un patient atteint de candidose buccale?

Une fois que la candidose a été confirmée, mais avant de commencer le traitement antifongique, il convient d'essayer d'identifier et, si possible de corriger, tout facteur contributif (résumés à la question 1). Dans les cas légers chez les patients non immunodéprimés, les préparations topiques constituent habituellement le meilleur traitement initial.

La nystatine, antifongique polyène, interagit directement avec l'ergostérol, principal composant stérol de certaines membranes des cellules fongiques. Son efficacité dépend du contact direct avec les organismes, si bien qu'il faut plusieurs doses quotidiennes. La nystatine est généralement prescrite sous forme de comprimés (500 000 unités/comprimé) à dissoudre lentement dans la bouche 5 fois par jour pendant 10 à 14 jours. Elle peut aussi être administrée en solution orale (de 1 à 2 ml d'une solution comportant 100 000 unités/ml) à rincer lentement dans la bouche 4 ou 5 fois par jour, puis à expectorer ou à avaler.

Les porteurs de prothèses partielles ou complètes devraient les tremper la nuit dans une solution orale de nystatine. La chéilite angulaire se traite avec une crème contenant une combinaison de 100 000 unités de nystatine/g et 0,1 % de triamcinolone (composée par un pharmacien) ou avec la crème Kenacomb (Westwood-Squibb Canada, Montréal [Québec]), qui contient les antibiotiques sulfate de néomycine et gramicidine en plus de la nystatine et de la triamcinolone et qui est appliquée après chaque repas et au coucher.

Le clotrimazole, antifongique dérivé de l'imidazole, inhibe l'enzyme cytochrome P450 qui convertit le lanostérol en ergostérol. Comme la nystatine, il est médiocrement absorbé dans les voies gastro-intestinales, et il faut donc un contact direct prolongé avec les organismes fongiques. Le clotrimazole est généralement prescrit sous la forme d'une pastille de 10 mg dissoute lentement dans la bouche 5 fois par jour pendant 10 à 14 jours. Il faut user de prudence en prescrivant le clotrimazole aux patients atteints d'insuffisance hépatique, étant donné que les enzymes du foie deviennent légèrement élevées chez environ 15 % des patients ainsi traités.

Parmi les autres antifongiques administrés par voie orale, on compte le kétoconazole, le fluconazole et l'itraconazole.

Le kétoconazole n'est pas recommandé en milieu dentaire en raison de son importante toxicité, y compris une chance sur 15 000 de contracter une hépatite symptomatique.

Le fluconazole comporte un risque moindre d'effets indésirables et est supérieur au kétoconazole du point de vue thérapeutique. Une dose d'attaque de 200 mg administrée par voie orale, suivie par 100 mg/jour pendant 14 jours, est hautement efficace dans le traitement de la candidose oropharyngée. Une solution

orale de fluconazole (10 ou 40 mg/ml pour une dose totale de 100 mg/jour) que l'on fait rouler dans la bouche pendant 2 minutes et ensuite avalée aboutit à une concentration salivaire considérablement élevée, mais les concentrations plasmatiques sont comparables à celles de la même dose administrée sous forme de comprimé. Le fluconazole est généralement bien toléré, les effets indésirables les plus fréquents étant les nausées, les vomissements, la diarrhée et la douleur abdominale chez 1 % à 4 % des patients, et les maux de tête et l'éruption cutanée chez 1 % à 2 % des patients. On a signalé, quoique rarement, des cas d'hépatotoxicité grave. Le fluconazole devrait être évité pendant la grossesse et chez les patients atteints d'insuffisance hépatique grave. La posologie doit être réduite chez les personnes atteintes de dysfonction rénale. Le fluconazole augmente la concentration plasmatique de plusieurs médicaments couramment utilisés, y compris les agents hypoglycémiques administrés par voie orale, la warfarine, la cyclosporine, le triazolam et la théophylline. Des arythmies cardiaques ont été signalées chez les patients prenant du fluconazole en même temps que du cisapride, de la terféndine ou de l'astémizole. On a également signalé une néphrotoxicité chez les patients prenant à la fois du fluconazole et du tacrolimus.

La résistance au fluconazole chez le patient immuno-déprimé est devenue une préoccupation. Certaines espèces *Candida*, comme *C. krusei* et *C. glabrata*, ne répondent pas au traitement avec ce médicament. Toutefois, ces espèces sont peu fréquentes chez les patients en santé qui n'ont pas reçu de traitement antifongique général récemment.

L'itraconazole est un agent antifongique dérivé du triazole, récemment lancé, offert sous forme de comprimés ou de solution, et qu'il vaut mieux restreindre à des situations cliniques rares comme la présence d'infections à *Candida* résistantes au fluconazole chez les immunodéprimés. Il n'est pas recommandé comme traitement antifongique systématique chez les patients qui sont par ailleurs en bonne santé. ♦

Lectures supplémentaires

Kauffman CA, Carver PL. Antifungal agents in the 1990s. Current status and future developments. *Drugs* 1997; 53(4):539-49.

Terrell CL. Antifungal agents. Part II. The azoles. *Mayo Clin Proc* 1999; 74(1):78-100.

Wynn RL, Jabra-Rizk MA, Meiller TF. Antifungal drugs and fungal resistance: the need for a new generation of drugs. *Gen Dent* 1999; 47(4):352-5.

Le Dr Edwards n'a aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article.

EKKODENT

"You'll just love them..."

Burs shown in actual sizes

10 Packs or more **\$2.35 ea**

10 Burs of 1 shape per pack • Combine from 20 shapes
Billing • Free Trial

ELITE DIAMONDS

27C

High Precision and Long Life

Order direct or through your dealer
1-866-337-9279

PAIGETT
PAYROLL SERVICES

SIMPLIFY YOUR PAYROLL
RELIABLE, ACCURATE
and RESPONSIVE
Call: 1-877-316-2999

Abonnements au JADC en ligne

Renouvellements d'abonnement : Les abonnés au JADC peuvent maintenant renouveler leur abonnement en ligne à cda-adc.ca/jadc/abonnement.

Nouveaux abonnements : Ceux qui ne reçoivent pas actuellement le JADC peuvent aussi s'abonner au journal en ligne dans le site Web de l'ADC.

MIAMI February 26, 27, 28
2004
WINTER MEETING & DENTAL EXPO

Fontainebleau Hilton
Miami Beach, Florida

Join us this winter for sunshine, parties, and an extraordinary program with some of the best speakers and exhibitors in all dental disciplines.

See entire program at
www.miamiwintermeeting.org

Request a brochure at (800) 344-5860
or email: isalvador@sfdca.org

Hotel reservations: (800) 548-8886
www.fontainebleau.hilton.com
code: sfd

Featuring: Dr. Jeff Morley, Dr. Vincent Kokich
Dr. Frank Vertucci, Dr. Anthony Sclar and more..

Images cliniques

La rubrique «Images cliniques» est une série d'essais en image qui traite de l'art technique de la dentisterie clinique. Cette nouvelle rubrique présente, étape par étape, des cas cliniques tels qu'on les retrouve au cabinet dentaire. Pour soumettre un cas ou recommander un clinicien qui pourrait contribuer à cette rubrique, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à jokeefe@cda-adc.ca.

Reconstruction d'un implant sur dent simple dans le maxillaire supérieur antérieur

Morley Rubinoﬀ, DDS, Cert Prosth

Tous veulent se lancer dans la mise en place d'implants. «Rien n'est plus simple, vous dira-t-on. Commencez par la restauration de dents simples – il suffit pour ce faire de visser un pivot et d'y fixer une couronne». En réalité, toutefois, la fabrication d'une couronne sur implant dans la zone esthétique peut être fort complexe. L'appariement des teintes, la gestion des tissus durs et mous, les problèmes causés par la proximité des racines et les considérations liées à l'occlusion (telles qu'un surplomb vertical profond ou les habitudes parafunctionnelles) ne sont que quelques-uns des problèmes auxquels font face les praticiens lors de la préparation d'un implant dans le maxillaire supérieur antérieur.

Le présent article traite de 2 aspects prothétiques importants liés à la mise en place d'implants dentaires dans la zone esthétique. Le premier concerne la gestion des tissus, essentielle pour obtenir un bon résultat esthétique durant la restauration d'un implant sur dent simple. L'adaptation des tissus aide à obtenir un bon profil d'émergence et à maintenir l'aspect naturel des dents. Bien trop souvent, toutefois, les dentistes ne fabriquent pas de couronnes provisoires avant la mise en place de la prothèse finale, et ceci risque de nuire à l'aspect esthé-

tique. Quant à savoir, deuxièmement, s'il faut opter pour une restauration vissée ou scellée, la position des tissus mous et les aspects liés à l'occlusion influenceront souvent cette décision.

Description du patient

Notre patiente est une femme de 39 ans sans antécédents médicaux concourants, qui présente une fracture au niveau du pivot radiculaire et du pilier impossible à restaurer (dent 21), avec échec du traitement endodontique. Notons également l'absence de plaque osseuse dans la région buccale, suite à des changements pathologiques.

La phase chirurgicale du traitement a consisté en l'extraction, le débridement et l'augmentation osseuse au moyen d'os de bovins (Bio-Oss, OsteoHealth Co., Shirley [N.Y.]) et d'une membrane barrière (Cytoplast Regentex TXT-200, Osteogenic Biomedical, Lubbock [Texas]). Un implant (implant ITI de Straumann, Institut Straumann AG, Villeret, Suisse) mesurant 4,1 mm de diamètre sur 12 mm de hauteur, avec un col Esthetic Plus de 1,8 mm de hauteur, a été mis en place par voie chirurgicale. La patiente a porté une prothèse partielle amovible durant la période de guérison de 6 mois.

Gestion des tissus mous

L'os crestal qui entoure l'implant dentaire doit rester au même niveau que l'os adjacent aux dents naturelles, après la chirurgie implantaire. Les tissus mous s'affaissent autour du col du pilier transmuqueux en voie de guérison. La mise en forme des tissus à l'aide d'une couronne provisoire favorise le rétablissement du contour normal des tissus gingivaux et des papilles interdentaires et l'obtention d'une émergence suffisante de la dent. L'empreinte finale doit reproduire les tissus mous mis en forme, pour assurer le succès de la restauration fabriquée en laboratoire.

Illustrations 1 à 3 : Radiographie préopératoire de la lésion apicale (ill. 1). Traitement chirurgical, incluant la mise en place d'un implant ITI de Straumann (ill. 2). Six mois après l'intervention (ill. 3), les tissus semblent s'être adaptés autour du col en voie de guérison.



Avant la mise en place de la couronne provisoire, la tête du pivot temporaire en titane a été adaptée, et une couronne temporaire en acrylique a été modifiée pour rétablir les papilles interdentaires avec un contour tissulaire normal. Le regarnissage de la couronne provisoire s'est fait d'abord par le regar-

nissage d'une chape en acrylique en bouche, puis il y a eu adaptation des rebords sous-gingivaux en laboratoire. Cette technique permet d'obtenir une émergence en ligne droite à partir du rebord biseauté de la tête du pivot et favorise la mise en forme des tissus mous.

Illustrations 4 et 5a à 5e : Tête modifiée du pivot temporaire en titane, 3 semaines après l'insertion de la couronne provisoire (ill. 4). Tête du pivot en titane Straumann avant l'adaptation (ill. 5a). La tête modifiée du pivot a été placée sur un analogue et ajustée en laboratoire (ill. 5b à 5e).



Restauration vissée ou scellée?

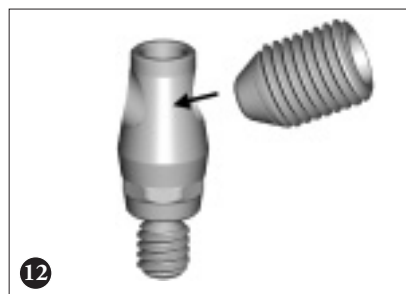
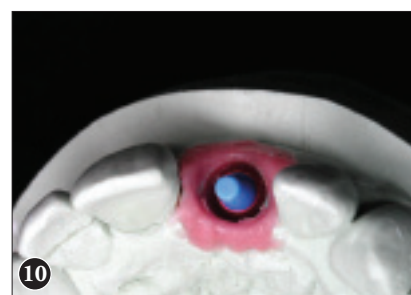
Dans le maxillaire supérieur antérieur, la crête alvéolaire palatine de l'os est souvent située de 4 à 6 mm sous la crête du tissu gingival. Lorsque la crête osseuse est aussi profonde, il arrive souvent que le ciment se retrouve retenu profondément en position sous-gingivale, autour des piliers de l'implant. Deux traitements peuvent aider à prévenir un tel problème. Le premier consiste à utiliser une couronne retenue par une vis de fixation linguale, fixée à un pilier d'implant plus court (p. ex., pilier TS avec vis transversale). Le deuxième consiste à utiliser une tête de pivot fabriquée sur mesure, fixée à un pilier d'implant régulier. Dans ce dernier cas, les rebords de la tête du pivot sont placés légèrement sous la crête du tissu gingival, ce qui permet au praticien de sceller une couronne régulière et d'obtenir un contrôle idéal des tissus.

Comment le technicien de laboratoire peut-il décider du type de pilier à utiliser? Doit-il privilégier un pilier angulé, un pilier scellable solide ou un pilier retenu par vis? La trousse de planification prothétique, avec piliers de plastique, peut aider le technicien dentaire et le dentiste à décider ensemble du meilleur traitement.

Illustrations 6 et 7 : Trois semaines après la fabrication de la couronne temporaire, une empreinte finale est prise avec du siloxane de polyvinyle à viscosité faible ou régulière (**ill. 6**). Empreinte du modèle maître (**ill. 7**) incluant les tissus mous autour de l'implant. À noter la position sous-gingivale profonde de l'analogue. L'utilisation d'une couronne scellée dans un tel cas entraînerait sans doute la rétention d'excès de ciment.



Illustrations 8 à 12 : Trousse de planification prothétique de Straumann (**ill. 8**). Essai d'un pilier solide (**ill. 9**) dans l'analogue de pilier (**ill. 10**). À remarquer la profondeur sous-gingivale à laquelle se trouverait la ligne de finition si un pilier scellable était utilisé. Un pilier TS (pilier de plastique rouge) est inséré dans l'analogue (**ill. 11**). Grâce à ce pilier de 4,4 mm de hauteur, une vis de fixation linguale (**ill. 12**) pourra être utilisée pour retenir la couronne antérieure.



Illustrations 13 à 16 : Couronne simple et vis de fixation linguale retenue au pilier TS (ill. 13). Radiographie périapicale de la prothèse finale vissée, prise le jour de la mise en place (ill. 14). Vue de la couronne céramo-métallique retenue par le pilier synOcta TS, une semaine après son insertion (ill. 15). Vue extrabuccale de la restauration terminée, une semaine après sa mise en place (ill. 16).



Le traitement chirurgical des tissus mous et de l'os a été essentiel au succès de la mise en place d'une couronne unique sur la dent-pilier 21. En raison de la position sous-gingivale profonde de l'implant dentaire, il était impossible d'avoir recours à une restauration scellée, car il y aurait sans doute eu rétention d'excès de ciment. Le traitement prothétique pour cette patiente a consisté en l'utilisation d'une couronne retenue à l'aide d'une vis de fixation linguale (pilier TS) ou d'une tête de pilier vissée, fabriquée sur mesure (pilier synOcta de 1,5 mm de Straumann), qui a permis d'élever le rebord du pivot à un niveau légèrement sous-gingival par rapport à la crête des tissus gingivaux. ♦

Remerciements : L'équipe implantaire dans ce cas-ci était composée du Dr Rubinoff, du Dr Howard Switzman (dentiste de consultation), du Dr Ken Hershenfield (parodontiste et chirurgien implantaire) et du Baluke Dental Studio (laboratoire dentaire).

Le Dr Rubinoff exerce la prosthodontie à temps plein dans un cabinet privé à Toronto (Ontario). Il est fellow de l'Équipe internationale en implantologie buccale (section canadienne) et donne de nombreuses conférences sur la prosthodontie fixe et amovible ainsi que sur la dentisterie implantaire.

Écrire au : Dr Morley S. Rubinoff, Pièce 205, 5, promenade Fairview Mall, Toronto, ON M2J 2Z1. Courriel : Drmorleyrubinoff@aol.com.

L'auteur n'a aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article.

Que faire lorsqu'il a été conclu lors d'une analyse indépendante
que vous offrez la technologie électrique la plus efficace ?

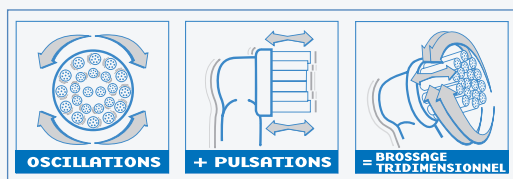
Vous la perfectionnez.

Encore plus de mouvements
d'oscillation à la minute pour
une sensation exceptionnelle

La **nouvelle minuterie**
professionnelle émet un signal
toutes les 30 secondes pour
favoriser un nettoyage allant d'un
quadrant à l'autre

Le **nouvel indicateur de**
charge clignote jusqu'à
recharge complète

Voici la nouvelle Oral-B ProfessionalCare[™] série. Technologie éprouvée. Conception perfectionnée.



Moins de plaque • gencives plus saines • aussi sûr que le brossage manuel

powered by **BRAUN**

**Professional
Care 7000**

Appelez le 1 800 268-5217 pour de plus amples renseignements.

Nouveau look. Nouvelle sensation. Et un tout nouveau nom. Oral-B ProfessionalCare[™] série 7000 est la nouvelle version dynamique, modernisée et perfectionnée de notre brosse à dents électrique vedette, la 3D Excel. Elle fait appel à l'action rotative oscillante qui a été considérée comme plus efficace que le brossage manuel ou « sonique » pour réduire la plaque et la gingivite dans le cadre d'une analyse indépendante.¹ De plus, c'est notre meilleure brosse à dents électrique. Jusqu'à présent.

Oral-B[®]
précisément

¹ Heanue M, et al, Brossage manuel par rapport au brossage électrique pour la santé bucco-dentaire (analyse Cochrane). Dans : The Cochrane Library, numéro 1, 2003. Oxford : Update Software. Rapport complet en ligne à www.update-software.com/toothbrush. BRAA32111 © 2003 Oral-B Laboratories

Fonds de l'ADC

JETEZ UN COUP D'ŒIL SUR NOTRE PERFORMANCE

- ✓ Résultats supérieurs sur une longue période
- ✓ Gestionnaires d'élite
- ✓ Honoraires modiques

Les fonds de l'ADC peuvent être utilisés dans votre RER, FRR, REEE et compte d'investissement aux fonds distincts de l'ADC.

Performance des fonds de l'ADC (pour la période se terminant le 30 septembre 2003)

	Ratios de gestion	1 an	3 ans	5 ans	10 ans
FONDS DE CROISSANCE CANADIENS DE L'ADC					
Fonds d'actions de croissance (Altamira)	jusqu'à 1,00 %	30,7 %	2,0 %	10,3 %	s/o
Fonds d'actions ordinaires (Altamira)	jusqu'à 0,99 %	14,5 %	-10,2 %	7,7 %	5,6 %
Fonds d'actions canadiennes (Trimark) ^{†1}	jusqu'à 1,65 %	16,6 %	1,9 %	8,1 %	8,3 %
Fonds d'actions spéciales (KBSH) ^{†2}	jusqu'à 1,45 %	18,6 %	-21,3 %	8,2 %	14,0 %
Fonds à indice composite TSX (BGI)	jusqu'à 0,67 %	21,8 %	-9,7 %	6,8 %	7,7 %
FONDS DE CROISSANCE INTERNATIONAUX DE L'ADC					
Fonds marchés émergents (KBSH)	jusqu'à 1,45 %	48,0 %	-1,7 %	12,1 %	s/o
Fonds de titres européens (KBSH)	jusqu'à 1,45 %	-0,6 %	-23,4 %	-4,9 %	s/o
Fonds d'actions internationales (KBSH)	jusqu'à 1,45 %	9,1 %	-20,8 %	0,4 %	s/o
Fonds Bassin Pacifique (KBSH)	jusqu'à 1,45 %	11,0 %	-28,6 %	-0,7 %	s/o
Fonds d'actions (États-Unis) (KBSH) ^{†3}	jusqu'à 1,20 %	-6,2 %	-19,4 %	2,2 %	8,8 %
Fonds mondial (Trimark) ^{†4}	jusqu'à 1,65 %	4,8 %	3,4 %	9,6 %	11,0 %
Fonds mondial d'actions (Templeton) ^{†5}	jusqu'à 1,77 %	7,6 %	-7,6 %	0,2 %	s/o
Fonds indicial S&P 500 (BGI) ^{††}	jusqu'à 0,67 %	5,3 %	-14,0 %	-2,1 %	9,5 %
FONDS À REVENU DE L'ADC					
Fonds d'obligations et d'hypothèques (Elantis)	jusqu'à 0,99 %	7,3 %	6,9 %	5,4 %	6,7 %
Fonds à revenu fixe (McLean Budden) ^{†6}	jusqu'à 0,97 %	6,5 %	7,5 %	5,6 %	7,6 %
FONDS LIQUIDE ET QUASI-LIQUIDE DE L'ADC					
Fonds d'effets financiers (Elantis)	jusqu'à 0,67 %	2,4 %	3,1 %	3,7 %	4,2 %
FONDS DE CROISSANCE ET À REVENU DE L'ADC					
Fonds mixte (KBSH)	jusqu'à 1,00 %	7,9 %	-6,0 %	5,0 %	6,9 %
Fonds valeur mixte (McLean Budden) ^{†7}	jusqu'à 0,95 %	9,8 %	1,9 %	6,8 %	8,3 %

Les chiffres de l'ADC indiquent un taux de rendement composé annuel, tous frais déduits, ce qui fait que les résultats peuvent différer de ceux publiés par les gestionnaires des fonds. Ces chiffres sont des taux historiques basés sur la performance passée et ils ne sont pas forcément indicatifs des résultats futurs. Les ratios des frais de gestion par an reposent sur la valeur de l'actif dans les fonds donnés. Il s'agit des ratios maximums.

† Les taux de rendement donnés sont ceux relatifs aux fonds suivants, qui sont des véhicules de placement des fonds de l'ADC : ¹Trimark Canadian Fund, ²KBSH Special Equity Fund, ³KBSH US Equity Fund, ⁴Trimark Fund, ⁵Templeton Global Stock Trust Fund, ⁶McLean Budden Fixed Income Fund, ⁷McLean Budden Balanced Value Fund.

†† Les rendements indiqués sont les rendements totaux de l'indice suivi par ce fonds.

Pour les valeurs unitaires en cours et les taux des Fonds de placements garantis, appelez le CDSPI sans frais au 1-800-561-9401, poste 5025, ou visitez le site Web du CDSPI au www.cdspi.com.





APPEL DE SOUMISSIONS!

DISTINCTION POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE 2004

Le concours de l'Association dentaire canadienne (ADC) est maintenant ouvert pour la Distinction pour la promotion de la santé buccodentaire 2004. Cette distinction est décernée à des personnes ou à des organismes qui ont contribué à améliorer la santé buccodentaire des Canadiens en en faisant la promotion.

La promotion de la santé buccodentaire a pour but d'amener les gens et les collectivités à exercer un contrôle plus grand sur leur état de santé buccodentaire. Elle fait appel aux membres de ces collectivités et à des méthodes complémentaires, dont l'élaboration d'une politique publique saine, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, le développement des compétences personnelles et l'augmentation de la prévention des maladies et affections buccodentaires.

Les programmes, projets et politiques reconnus par la Distinction pour la promotion de la santé buccodentaire comprendront, sans toutefois s'y limiter, ceux qui :

- satisfont aux besoins buccodentaires du nombre croissant de Canadiens âgés;
- améliorent la prévention des maladies et affections buccodentaires chez les groupes aux besoins spéciaux et à risque élevé;
- réduisent les inégalités en améliorant la santé buccodentaire des communautés et des groupes désavantagés.

Critères d'admission

1. Tout individu ou organisme responsable de la création ou de la mise en application d'un programme, d'un projet ou d'une politique touchant un certain aspect de la dentisterie préventive peut soumettre une demande.
2. Les programmes ou projets cherchant à promouvoir un produit ou un service commercial ne sont pas admissibles.

Critères d'évaluation

Les programmes (ou projets ou politiques) seront évalués selon les critères suivants :

1. les buts et objectifs du programme;
2. les besoins buccodentaires auxquels répond le programme;
3. le nombre des bénéficiaires du programme comparativement à la taille des populations ciblées;
4. le niveau d'implication de la communauté ou des bénévoles;
5. les réalisations documentées des buts du programme;
6. les antécédents ou le potentiel de l'exécution continue du programme;
7. la facilité avec laquelle d'autres individus ou organismes peuvent copier le programme.

Toute mise en candidature et tout document à l'appui doivent être étudiés par le Comité de nomination qui doit consulter le Comité de la dentisterie communautaire et institutionnelle avant de présenter ses recommandations au conseil d'administration.

Mises en candidature

Pour recevoir un formulaire de mise en candidature, composez le 1-800-267-6354, poste 2273, ou écrivez à kacs@cda-adc.ca.

Les candidatures doivent être soumises d'ici le 10 février 2004 à l'adresse suivante :

**Comité de nomination
L'Association dentaire canadienne
1815, promenade Alta Vista, Ottawa ON K1G 3Y6**

Les candidatures devront demeurer confidentielles jusqu'à la sélection finale des récipiendaires.

Nouveaux produits

La rubrique «Nouveaux Produits» du JADC décrit brièvement les dernières innovations en dentisterie. La publication de cette information ne reflète en aucun cas l'appui du JADC ou de l'Association dentaire canadienne. Si vous aimeriez soumettre un nouveau produit au JADC, envoyez vos communiqués de presse et photographies à Rachel Galipeau, coordonnatrice des publications, à rgalipeau@cda-adc.ca. Le matériel reçu en français et en anglais aura priorité.



Hu-Friedy a ajouté 2 nouveaux arrache-couronnes à sa gamme — l'**ensemble d'arrache-couronnes d'essai** (1 supérieur et 1 inférieur) conçus pour faciliter la mise en place de couronnes provisoires et permanentes. Les nouveaux arrache-couronnes d'essai préviennent les éraflures sur les couronnes et sont munis de tampons doux, remplaçables et anatomiques qui permettent une prise optimale sans glissement. En plus, la pression manuelle ajustable empêche l'écrasement de la couronne. Les instruments sont de qualité durable, fabriqués en acier oxydable chirurgical et traités à la chaleur pour en optimiser la dureté. Les arrache-couronnes d'essai peuvent être stérilisés par toutes les méthodes sauf par la chaleur sèche.

• **800-HU-FRIEDY, www.hu-friedy.com** •



Le **système de blanchiment LumaCool** de LumaLite blanchit les dents sans application de chaleur et réduit le temps nécessaire à chaque procédure. La diffusion de lumière spécifique à chaque longueur d'onde est caractéristique de la prochaine génération de systèmes de blanchiment des dents. Aucune ampoule n'a besoin d'être remplacée, et le système LumaCool est équipé d'un capteur optique mains libres. L'affichage frontal permet à la fois au personnel et au patient de voir le temps qui reste pour la procédure. Le LumaCool est aussi équipé de roulettes, ce qui permet de le déplacer d'une salle opératoire à l'autre pour un maximum de commodité et de rentabilité.

• **Lumalite, Inc., 800-400-2262, www.luma-lite.com** •



Pulpdent a créé 2 nouvelles couleurs pour son **composite à faible viscosité Flows-Rite**. ShadeFusion restaure les dents blanchies, mélange les couleurs et reflète les nuances des dents adjacentes. Le Flows-Rite PRR, plus clair que A1 et B1, est la couleur idéale pour les restaurations composites préventives des dents primaires et des nouvelles dents permanentes, les petites restaurations composites dans les puits buccaux ou les sillons linguaux, ou le scellement des puits et des fissures. Le Flows-Rite a une dimension granulométrique nominale de 0,7 microns (ce qui facilite le polissage), un taux d'obturation de 68 % (pour une manipulation optimale) et des caractéristiques de fluage avec libération de fluorure.

• **Pulpdent, 800-343-4342, www.pulpdent.com** •



Crosstex International introduit les éponges **Ultra Gauze**, un produit d'utilisation générale composé du matériau Nu Gauze. Le produit Ultra Gauze est fabriqué à partir d'un matériau de rayon/polyester exclusif, non tissé, qui absorbe presque 2 fois plus que les éponges traditionnelles. Ces éponges à usages multiples et faciles à utiliser sont rentables puisqu'elles sont fabriquées à de nombreuses fins quotidiennes, comme le nettoyage, la préparation et le placement lors d'extraction ou d'incision. L'Ultra Gauze ne produit presque pas de peluche, voire pas du tout, ne colle pas aux surfaces et maintient sa forme et sa texture.

• **Crosstex, 888-Crosstex, www.crosstex.com** •

Les petites annonces

Joignez le plus important groupe de dentistes au Canada

Pour placer votre annonce,
communiquiez avec :

Beverley Kirkpatrick ou
Deborah Rodd

a/s L'Association médicale canadienne
1867, prom. Alta Vista
Ottawa, ON K1G 3Y6

par messenger :

500-150, rue Isabella
Ottawa, ON K1S 1V7

Tél. : (613) 731-9331,
1-800-663-7336, poste 2127 ou 2314
Télé. : (613) 565-7488

Courriel : advertising@cma.ca

Les annonces par téléphone ne sont
pas acceptées.

Dates limites de réception

Numéro	Date limite
Décembre	10 novembre
Janvier	10 décembre

Veillez faire parvenir les réponses aux
numéros de boîtes à l'adresse suivante :

Boîte ... JADC
1867, prom. Alta Vista
Ottawa, ON K1G 3Y6

Les noms et adresses des annonceurs
qui utilisent les boîtes-réponse sont
strictement confidentiels.

Tarif des encadrés grand format (\$)

1 page	1690	1/3 page	610
2/3 page	1200	1/4 page	530
1/2 page	900	1/6 page	420
1/8 page	285		

Tarif des petites annonces ordinaires

88 \$ jusqu'à 50 mots, 80 ¢ par mot supplémentaire. Numéro de boîte-réponse :
20 \$ (première insertion seulement).

Encadré spécial (2 1/8" x 2 1/8") \$210

Toutes les annonces doivent être
payées à l'avance.

Remise de 10 % pour
les membres de l'ADC.

C A B I N E T S

ALBERTA – Sud-est : À vendre, cabinet moderne, achalandé, avec 5 salles opératoires. Récemment rénové, nouvel équipement. Le seul cabinet d'une ville de 1100 habitants qui en attire 4000 des environs. Revenus bruts de 400 000 \$ à 3 jours/semaine; 1200 dossiers actifs. Occasion d'investissement dans l'immobilier. Le propriétaire aidera durant la transition. 325 000 \$. Pour plus de détails, joindre Vicki au (403) 664-0134. D1419

ALBERTA – Edmonton : À vendre, clinique d'orthodontie avec tous les appareils, récemment rénovée. Ces superbes installations sont offertes avec tout l'équipement, tous les appareils et ordinateurs, etc., au gré de l'acheteur. Intégration numérique intégrale, Sirona Orthophos 3, système informatique ultramoderne, nouveau compresseur, unité d'aspiration, etc. Ces installations comptent 6 fauteuils de traitement, 1 salle d'examen, 1 salle d'archives, sont situées au 15^e étage et offrent des vues panoramiques formidables. L'immeuble loge également 3 spécialistes en chirurgie buccodentaire, 1 parodontiste et 2 dentistes pédiatres. Le propriétaire actuel se réinstalle ailleurs. Disponible en avril 2004. Joindre Terry Carlyle au (780) 435-3641; courriel : braces@str8teeth.com; site Internet : www.str8teeth.com. Il nous fera plaisir de vous faire parvenir par courriel des photos des installations. D1426

ALBERTA – Edmonton : Cabinet à vendre. Propriétaire prend sa retraite. Au centre-ville, sur arrêt de train léger sur rail. Trois salles opératoires, équipement le plus récent (Adec et Den-Tal-Ez), Panorex, 962 p.c. Patients éduqués. Tél. : (780) 422-1731 (le jour), (780) 482-2869 (le soir); télé. : (780) 426-2910; courriel : dwlloyd@shaw.ca. D1427

ALBERTA – région rurale : Cabinet solo à vendre dans le Centre-Ouest. Clinique progressive comprenant l'équipement le plus récent, des salles opératoires informatisées, des caméras intrabuccales, etc. Achalandé; clientèle familiale provenant d'une région

industrielle et récréative. Le propriétaire est disposé à aider durant la transition. Veuillez laisser un message au (780) 405-7032. D1430

ALBERTA – Calgary : Cabinet dentaire exceptionnel à vendre, principalement de non-cession. Revenu de 940 000 \$, avec frais généraux peu élevés, pour 178 jours par année. Situé au nord-ouest de Calgary, dans une zone commerciale récemment rénovée. Équipe remarquable. Prière de laisser un message à Michelle, tél. : (403) 270-2684. D1377

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Kitimat : À vendre, cabinet de dentisterie générale bien établi. Programme de rappel et de parodontie assisté par une hygiéniste, dans une ville merveilleuse ayant un potentiel industriel assuré à long terme. Toutes sortes d'activités récréatives d'intérieur et d'extérieur offertes à deux pas de chez soi. Pas de problèmes de circulation et bon revenu en 4 jours/semaine. Le propriétaire se réinstalle pour des raisons de famille. Pour plus d'information, tél. : (604) 576-1176. D1423

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Vancouver : À vendre, cabinet moderne et prospère situé dans un endroit convoité sur Broadway Ouest. Beaucoup de nouveaux clients. Revenu brut de 550 000 \$ en 160 jours ouvrables l'an dernier. Possibilité de partager les frais avec le second dentiste qui a produit 48 000 \$ de plus l'an dernier. Occasion unique. Le vendeur a des problèmes lombaires. Andrew, tél. : (604) 244-9885; courriel : andypa@istar.ca. D1424

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Courtenay (île de Vancouver) : Cabinet à vendre. Je désire cesser d'exercer en tout ou en partie et assurer la transition avec quelqu'un qui est prêt à prendre la relève du cabinet que j'ai bâti. Clientèle et personnel remarquables. Bâtiment et équipement de 10 ans, 6 salles opératoires, 2200 p.c., 1600 dossiers actifs, revenu d'environ 550 000 \$ pour 185 jours/an et 6 heures/jour. La région offre toutes les formes de loisirs – un endroit formidable pour vivre! Possibilité de devenir propriétaire du quart d'un bâtiment de 9000 p.c. Je suis flexible. Tél. : (250) 338-6080 (ligne privée). D1330

COLOMBIE-BRITANNIQUE – **Kelowna** : Cabinet achalandé et produisant un revenu brut élevé recherche nouveau partenaire. Personnel, systèmes et patients bien établis. Partenaire actuel retourne aux études supérieures. Offre de transition de dentiste à salaire/pourcentage ou comme partenaire. Pour plus d'information, courriel : kelownadentist@shaw.ca. D1390

COLOMBIE-BRITANNIQUE – **Île de Vancouver** : Cabinet prospère à vendre sur la belle Île de Vancouver. Revenu brut de 700 000 \$, 3 jours/semaine; 3 mois de vacances. 3000 dossiers. Nombre élevé de patients assurés. Carnet rempli 2 mois d'avance. Nombreuses possibilités pour travailler et produire davantage. Propriétaire entreprend des études supérieures. Courriel : islanddental@shaw.ca. D1355

COLOMBIE-BRITANNIQUE – **Vancouver** : Surrey, carrefour Newton et 72^e avenue, tout près d'une clinique médicale, d'une piscine à vagues et d'un hypermarché. Emplacement très achalandé. 4 salles opératoires avec électricité et plomberie. Aucune amélioration nécessaire à l'avant ou à l'arrière. Bail du dentiste a expiré. Tél. : (604) 218-8437. D1352

MANITOBA – **Winnipeg** : À vendre, cabinet de dentisterie générale bien établi. Évalué par un expert. Aménagement à frais partagés dans un centre commercial avec bonne visibilité, stationnement et nouvelle clientèle; 4 jours/semaine avec un chiffre d'affaires supérieur à la moyenne. Le propriétaire retourne faire des études supérieures. Les intéressés sont priés de faire parvenir un courriel à drewbrueckner@shaw.ca ou de laisser un message au (204) 477-4753. D1425

ONTARIO – **Toronto** : Locaux à bureaux. Centre médical de Rosedale (rue Bloor, près métro Sherbourne). Convenable pour un dentiste généraliste ou spécialiste. Salle de toilettes avec douche. Deux places de stationnement au sous-sol. Tél. : (416) 221-3308. D1431

ONTARIO – **Ottawa Sud** : Cabinet de dentisterie générale bien établi avec 4 salles opératoires, dans maison bien située. Pour 1 ou 2 dentistes. Propriétaire restera pendant la transition. Revenu brut au-dessus de la moyenne. Potentiel de croissance excellent. Si vous êtes intéressé, téléphonez au (613) 859-1876. D1313

NEW HAMPSHIRE, É.-U. – comté de Grafton : Cabinet à vendre. Revenu brut de 1 million de dollars. Cabinet sans mercure, près du collège de Dartmouth.

Établi en 1966, nouveau bureau (6 ans). Six salles opératoires, 2200 p.c., équipement moderne, dont unité CAO/FAO Cerec. Ouvert 30 heures, 4 jours, aucun travail en soirée ou les fins de semaine. Propriétaire prêt à rester durant la période de transition. Appelez le Snyder Group, tél. : (800) 988-5674, ou répondez en ligne à www.snydergroup.net. D1376

POSTES VACANTS

ALBERTA – **Calgary** : Dentistes à salaire/pourcentage demandés à temps plein. Poste disponible dès maintenant à la clinique du nord-est de la ville. Candidat doit être flexible et pouvoir travailler le soir et la fin de semaine. Téléc. : (403) 291-2502. D1418

ALBERTA – **Calgary (sud-est)** : Dentiste demandé 30 à 35 heures/semaine pour cabinet familial achalandé. Nouvelle clientèle excellente. Aucun soir. Milieu de travail agréable. Personnel à long terme. Envoyez C.V. par téléc. au (403) 246-4143. D1413

ALBERTA – **Edmonton** : Poste de dentiste à salaire/pourcentage disponible dans cabinet en expansion, situé à Edmonton (Alberta). Le cabinet, récemment rénové et agrandi, est actuellement en travaux, ceux-ci devant se terminer à l'automne 2003. Potentiel de croissance excellent, puisque nous nous situons dans un centre commercial important d'un quartier résidentiel de la ville en voie de développement. Envoyez C.V. par téléc. au (780) 472-9835 ou à drdch@compuserve.com. D1409

ALBERTA – **Camrose** : Dentiste à salaire/pourcentage demandé pour cabinet progressiste, très achalandé. Équipement et bail à jour, à 45 minutes d'Edmonton. Poste à temps plein avec option de rachat futur. Quelques heures requises le soir ou le samedi. Envoyez C.V. par téléc. au (780) 672-4700. D1407

ALBERTA – **Calgary** : Dentistes à salaire/pourcentage à temps plein et à temps partiel demandés pour un cabinet achalandé situé au centre de Calgary. Joindre Patti au (403) 276-3660 ou faites parvenir votre C.V. par téléc. au (403) 276-3881. D1392

ALBERTA – **Strathmore** : Cabinet moderne situé dans la jeune collectivité de Strathmore (Alberta), à 30 minutes à l'est de Calgary, recherche un dentiste à salaire/pour-

centage à partir de décembre 2003. Journées/heures flexibles. Pas de fins de semaine. Une soirée/semaine. Nouveaux diplômés bienvenus. Envoyez votre C.V. par téléc. au (403) 901-0384. D1397

ALBERTA – **Région rurale** : Dentiste à salaire/pourcentage demandé. Cabinet de dentisterie familiale établi : personnel jeune, dynamique. Ambiance détendue. Idéal pour un dentiste bienveillant, axé sur les patients. Nouveau diplômé bienvenu. Ville familiale formidable offrant une foule de loisirs et de sports à l'extérieur. À 2 petites heures d'Edmonton. Joindre Neil au (780) 484-5868 (le soir). D1014

DENTISTE À SALAIRE/POURCENTAGE Calgary, Alberta

Cabinet de spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale recherche dentiste à salaire/pourcentage à temps plein pour cabinet bien établi, achalandé. Doit être admissible au droit à exercer en Alberta. Occasion exceptionnelle; excellent potentiel de gain.

Écrire à la boîte-réponse de l'ADC n° 2813. D991

COLOMBIE-BRITANNIQUE – **Victoria** : Cabinet familial progressiste et achalandé recherche dentiste à salaire/pourcentage motivé et enthousiaste pour s'occuper de la clientèle existante et travailler avec 2 autres dentistes afin de fournir des soins complets aux patients. Cabinet récemment rénové, bien équipé, avec 5 salles opératoires, situé au Centre Eaton de Victoria. Option facultative de rachat futur. Pour plus de renseignements, joindre le Dr Don Bays, tél. : (250) 381-6433 (bureau), (250) 595-8050 (domicile), téléc. : (250) 381-6421, courriel : nbays@shaw.ca. D1417

COLOMBIE-BRITANNIQUE – **Grand Forks** : Suppléant demandé du 2 février 2004 au 15 juillet 2004, 4 jours par semaine. Logement fourni. Cabinet familial achalandé mettant l'accent sur la dentisterie restauratrice liée et la prosthodontie fixe/amovible. Tél. : (250) 442-2731, téléc. : (250) 442-0092. D1406

COLOMBIE-BRITANNIQUE – **Williams Lake** : Dentiste à salaire/pourcentage à temps plein demandé pour l'été 2004. Poste établi depuis 23 ans, avec rémunération excellente. Grand cabinet familial avec service d'hygiène bien organisé et soutien administratif informatisé.

Williams Lake est une petite ville au cœur de la C.-B., idéale pour élever une famille, avec ski, randonnée, descente en eau vive à proximité. Voilà une occasion en or de vivre dans une petite ville tout en gagnant bien sa vie. Appelez à frais virés au (250) 398-7161 (le jour) ou au (250) 392-2615 (le soir), téléc. : (250) 398-8633, courriel : maggiemenzies@hotmail.com. D1403

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Centre-sud : Cabinet achalandé offrant tous les services et situé dans le centre-sud de la Colombie-Britannique recherche un dentiste expérimenté. Pour le candidat choisi, l'association à titre de dentiste à salaire/pourcentage pourra mener à une prise de participation. Le dentiste actuel désire réduire sa part de travail. Philosophie préventive et excellent service d'hygiène. Chirurgie hospitalière (anesthésie générale) et soins de restauration pédiatriques offerts au cabinet. Ville moyenne offrant entre autres avantages un excellent hôpital de recours, un centre de ski de renommée mondiale, des terrains de golf, des possibilités de pêche et d'alpinisme. Boîte-réponse de l'ADC n° 2838. D1386



UNIVERSITY
OF MANITOBA

CLINICAL DENTISTS

2 Full-Time Permanent Positions

The Centre for Community Oral Health (CCOH) is a progressive, multi-site, not-for-profit organization that administers oral health outreach programs on behalf of the University of Manitoba. We require self-motivated, community-minded dental professionals to work as part of our oral health team.

Reporting to the CCOH director, the successful candidate will provide a wide range of clinical dental services within various long-term care institutions and community dental clinics in accordance with existing professional and program standards. Emphasis is also placed on oral health promotion and disease prevention.

Applicants eligible for Manitoba licensure should reply in confidence to:

Dr. Doug Brothwell, Director
Centre for Community Oral Health
Faculty of Dentistry, University of Manitoba
D108 - 780 Bannatyne Avenue
Winnipeg, Manitoba R3E 0W2
Tel. (204) 789-3892 • Fax (204) 789-3951
E-mail brothwel@ms.umanitoba.ca

D1428



CORPORATION

Phone: 905-820-4145
E-mail: roi@roicorp.com
Web: www.roicorp.com

WHAT A TEAM!

ROI Corporation is the largest assembly of professionals who are dedicated to the Appraisal & Sale of your practice. If you are considering a strategic change within your practice, call your ROI Corporation associate first. Over 3,000 of your colleagues have since 1974.



Appraisal

The appraisal has become an essential tool for the practice owner. The appraisal will assist you, the purchaser, the bank, the accountants and the lawyers to make informed decisions. Practices are almost always sold with the aid of a professional, and comprehensive appraisal. Appraisals have a typical lifespan of 1 to 5 years.

Brokerage

Canada wide we have dozens of practices for sale. Our team of 10 associates (4 of whom are licenced dentists) is available for private consultations. We suggest that you make arrangements for an after-hours appointment so that we may better understand your practice, your future plans, or your unique circumstances.

Practice Preservation

In the event of a sudden death or disability, it is important to have an appraisal with your valuable documents. Waiting for a complete appraisal to be performed in this time of need can decrease the sale price of your practice. Appraisals can be updated quickly at little or no cost. Call for a free copy of our Practice Preservation package.

Private Consultation

When you want to know how to exit dental practice ownership with dignity and profitably, call your ROI Corporation associate to arrange a private consultation. We have provided this service to thousands of your colleagues since 1974. When you are considering a strategic change within your practice, call ROI Corporation.

Vancouver
604-803-6133

Calgary
888-ROI-4145

Toronto
905-820-4145

Ottawa
613-226-5775

Montreal
514-697-2383

Halifax
902-657-1175

D1236

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Kamloops : Associé demandé avec possibilité de racheter un cabinet achalandé, plaisant et progressif. Contacter le Dr D. Barry Dextraze, 21-750, prom. Fortune, Kamloops, BC V2B 2L2; tél. : (250) 376-5354; téléc. : (250) 376-5367. D693

MANITOBA – Pine Falls : Mode de vie impressionnant offert dans ville rurale accueillante à environ 1 heure au nord de Winnipeg. Tout près de Grand Beach et de magnifiques terrains de golf; bonnes occasions de faire du bateau, de la motoneige ou de la pêche. Logements confortables sur les lieux. Pour un nouveau diplômé, excellente occasion d'acquérir de la vitesse et d'avoir un revenu incroyable, si désiré. Envoyez C.V. par téléc. au : Dr Alan Grant, (204) 367-4587, à l'attention de Heather; tél : (204) 367-2208 pour plus d'information. D1131

MANITOBA – The Pas : Suppléant ou dentiste à salaire/pourcentage demandé à The Pas (Manitoba). Cabinet excellent avec potentiel de revenu supérieur à la moyenne. Soyez aussi achalandé ou détendu que vous le voulez. Joindre le Dr Srivastava, tél. : (204) 623-1494. D1412

TERRE-NEUVE – Saint-Jean : Dentiste à salaire/pourcentage. Excellente occasion de travail à temps plein dès maintenant dans un cabinet de famille bien établi depuis 20 ans et en rapide expansion. Notre cabinet tout informatisé compte 7 dentistes, 6 hygiénistes, 10 salles opératoires et une clientèle nombreuse et fidèle. Venez profiter de la «Cité des arts» qui croît rapidement en offrant ses charmes, beaucoup d'air frais, des activités de plein air et aucun problème de circulation. Nouveaux diplômés bienvenus. Prière de joindre : Dr Stuart Macdonald, tél. : (709) 726-1662; courriel : srmgmp@roadrunner.nf.net. D1420

TERRITOIRES DU NORD-OUEST – Yellowknife : Cabinet dentaire de Yellowknife extrêmement achalandé

recherche un dentiste à salaire/pourcentage hautement motivé. Le candidat choisi sera axé sur la qualité et peut s'attendre à avoir un carnet rempli dès le premier jour. Revenu élevé garanti, tout comme un style de vie enviable. Pour plus d'information, appelez le Dr Roger Armstrong au (867) 766-2060 et envoyez C.V. par téléc. au (867) 873-5032. D1410

TERRITOIRES DU NORD-OUEST – Yellowknife : Dentiste à salaire/pourcentage demandé dans clinique dentaire moderne (6 dentistes), bien établie et très achalandée, située dans une collectivité en pleine croissance – la capitale du diamant de l'Amérique du Nord. Équipement moderne, y compris les caméras intrabuccales et les unités de jet abrasif. Personnel de soutien amical et excellent qui offre des services de haute qualité, la qualité surpassant la quantité. Occasion unique pour quiconque cherche à jouir d'un style de vie formidable tout en exerçant la dentisterie en ce qu'elle a de meilleur à offrir. Envoyez votre C.V. à : Administration, C.P. 1118, Yellowknife NT X1A 2N8; tél. : (867) 873-6940; téléc. : (867) 873-6941. D1159

TERRITOIRES DU NORD-OUEST – Fort Smith : Dentiste à salaire/pourcentage demandé pour la Clinique dentaire de Fort Smith. Utilisez l'ensemble de vos compétences dans notre clinique moderne et bien équipée, avec personnel compétent et expérimenté. Ville centrale du parc national Wood Buffalo et voisine des rapides d'eau vive mondialement connu de la rivière des Esclaves, Fort Smith est l'endroit idéal pour un amoureux du plein air. Ce poste à temps plein offre une clientèle déjà établie ainsi que des avantages sociaux excellents. Possibilité d'association ou de succession future. Tél. : (867) 872-2044, téléc. : (867) 872-5813, courriel : whill@auroranet.nt.ca, courrier postal : Dr Hill, Clinique dentaire de Fort Smith, C.P. 1047, Fort Smith NT X0E 0P0. D1191

TERRITOIRES DU NORD-OUEST – Yellowknife : Technicien de laboratoire expérimenté en orthodontie demandé pour habiter et travailler à Yellowknife (T.N.-O.). Salaire et régime de rémunération alléchants. Adresser demande avec C.V. et traitement escompté à la boîte-réponse de l'ADC n° 2828. D1216

NUNAVUT – Iqaluit : Rémunération et avantages sociaux excellents pour dentiste à salaire/pourcentage dans cabinet à 2 dentistes, moderne et achalandé, dans toute nouvelle capitale du Canada. Logement disponible. Prière de joindre l'administration au (867) 873-6940. D1416

NUNAVUT – Iqaluit : Dentistes demandés! Clinique dentaire du Nunavut achalandée demande dentiste à salaire/pourcentage à temps plein à Iqaluit. Communauté de 7000 habitants et plus, desservie par une seule autre clinique. Postes de remplaçants à temps partiel également disponibles dans d'autres collectivités. Excellente rémunération. Frais de déplacement et de logement payés. Envoyez C.V. par téléc. au (867) 979-6744 ou par courriel à coreygrossman@yahoo.ca. D1373

ONTARIO – Morrisburg : Situé près du pittoresque fleuve St-Laurent dans l'Est de l'Ontario. Notre cabinet de dentisterie générale est achalandé et recherche un dentiste à salaire/pourcentage à temps plein. Le dentiste à salaire/pourcentage actuel quitte la région. Prière d'envoyer c.v. ou lettre de motivation par téléc. au (613) 543-3444. D1421

ONTARIO – Barrie : Poste de dentiste à salaire/pourcentage à temps plein disponible dans cabinet collectif progressiste, bien établi et en croissance, avec salles opératoires modernes. Nous cherchons un dentiste qui a au moins 2 ans d'expérience en pratique privée et des compétences cliniques et verbales excellentes, est bienveillant et dynamique, et serait intéressé à faire associa-

Put your education to work and work off the cost of your education.

Dentist – Full-time

With an excellent revenue sharing package, a fully furnished house and an established two-dentist practice, we offer you the perfect opportunity to further your dentistry skills and pay your student loans.

You'll also have plenty of time to enjoy the many great outdoor recreational opportunities available in the stunning rural setting of northern British Columbia.

For further information about this exceptional career opportunity and to apply, please contact: **Dr. Ray McIlwain, Director, United Church Health Services or Ms. Diane Matheson, Dental Clinic Manager, Bag 999, Hazelton, British Columbia, V0J 1Y0. Phone: 1-800-639-0888, (250) 799-5240 or (250) 842-5373. Fax: (250) 842-5613.** D1402

*Vous voulez...
vendre votre cabinet?
louer un local?
acheter de l'équipement?
louer une maison d'été?*

Pour publier une annonce dans le Journal de l'ADC, communiquez avec :

Beverley Kirkpatrick ou Deborah Rodd
au numéro de téléphone sans frais
1 (800) 663-7336, poste 2127/2314
Téléc. : (613) 565-7488

*Les annonces sont également publiées en ligne
(www.cda-adc.ca/jadc) sans aucuns frais supplémentaires.*

tion à l'avenir. Nous avons un programme d'hygiène bien établi avec un personnel qualifié et compétent qui est amical et bien informé. Veuillez envoyer C.V. par téléc. au (705) 721-9940 ou téléphonez au Dr Michael Dove au (705) 721-1143. D1414

ONTARIO – Stouffville : (30 minutes au nord de Toronto). Suppléant à temps partiel demandé pour cabinet familial progressiste et amical pendant congé de maternité. Poste commence en décembre 2003 ou janvier 2004 et dure 3 à 4 mois (négociable). Tél. : (416) 944-2310, téléc. : (905) 640-8950. D1411

ONTARIO – Windsor : Chirurgie buccale et maxillofaciale. Occasion d'exercice complet en privé; satisfaction professionnelle. Poste de dentiste à salaire/pourcentage pouvant mener à un partenariat. Écrire confidentiellement au : Dr Joe Multari, tél. : (519) 252-0985; téléc. : (519) 734-8853; courriel : multari@mnsi.net. D1391

ONTARIO – Ottawa : Cabinet solo achalandé avec 3 hygiénistes demande dentiste à salaire/pourcentage bilingue expérimenté. Aucun travail en fin de semaine. Occasion formidable pour individu motivé et axé sur l'avenir. Téléc. : (613) 739-7479. D1384

ONTARIO – Brockville : Dentiste à salaire/pourcentage expérimenté demandé pour l'un de 2 cabinets achalandés et bien établis. Profitez de l'atmosphère d'une petite ville et de la beauté pittoresque de la région des Milles-Îles, d'où les grands centres urbains sont facilement accessibles. À seulement 30 minutes de Kingston et 60 minutes d'Ottawa. Pour plus de renseignements, joindre le Dr George Christodoulou, Altima Dental Canada, tél. : (416) 785-1828, poste 201, courriel : drgeorge@altima.ca. D1269

ONTARIO – Sault Ste. Marie : Dentiste à salaire/pourcentage demandé immédiatement pour un cabinet très achalandé établi depuis 20 ans. Excellente clientèle. Cabinet entièrement automatisé et équipement moderne. 4 dentistes, 5 hygiénistes. Recherchons une personne bienveillante et dynamique possédant d'excellentes aptitudes cliniques et verbales. Attachons grande importance à des soins de qualité. Pour la personne choisie, une occasion idéale de partenariat. Envoyez votre c.v. par téléc. au (705) 945-5149. D1387

QUÉBEC – Montréal : Dentiste à salaire/pourcentage spécialisé en chirurgie buccale et maxillofaciale, bilingue, recherché pour un cabinet solo de Montréal. Faire parvenir c.v. à la boîte-réponse de l'ADC n° 2839. D1429

QUÉBEC – Sherbrooke : Dentiste recherché pour travail à temps plein ou partiel. Ville charmante située à une heure de Montréal et à moins d'une heure du Vermont. Ambiance de travail agréable. Bienvenue aux nouveaux diplômés. Communiquez avec Maureen au (819) 563-6141 ou par courriel à carinne.lavalliere@sympatico.ca. D1401

QUÉBEC – cantons de l'est : Nous offrons à un dentiste l'occasion de se joindre à notre équipe expérimentée. Le climat de travail agréable et motivant saura vous plaire. Nous offrons une rémunération à pourcentage. Veuillez nous faire parvenir votre C.V. par téléc. au (819) 845-7854. Dr Jacques Vaillancourt, Windsor près de Sherbrooke. Tél. : (819) 845-9014. D1371

SASKATCHEWAN – Regina : Dentiste à salaire/pourcentage demandé. Occasion idéale pour nouveau diplômé ou dentiste voulant s'établir à Regina. Aucun passif financier et excellente liberté professionnelle. Excellentes conditions. Joindre le Dr Ronald Katz, tél. : (306) 924-1494; courriel : rkatzclinic@accesscomm.ca. D1395

TERRITOIRE DU YUKON – Whitehorse : Venez pour la beauté – montagnes, lacs et rivières. Ou venez pour l'occasion d'exercer la dentisterie où vous êtes apprécié et bien rémunéré. Visitez notre site Internet : www.klondike-dental.com. Tél. : (867) 668-4618; téléc. : (867) 667-4944. D1422

SERVICES PROFESSIONNELS

www.blairgoates.com : Planification fiscale en vue de la croissance, continuité et succession d'une entreprise. Nous avons plus de 25 ans d'expérience dans le domaine. Nous aidons les sociétés et les professionnels à réduire leurs impôts, à éviter les charges sociales et les taxes d'homologation, et à exempter les revenus d'investissement pour la retraite. Pour plus d'information, appelez Blair Goates, BA, CMA, sans frais, au 866-mytaxes. D1380

Orthodontie- pédodontie

La Faculté de médecine
dentaire recherche :

125
ANS

> un(e) professeur(e) plein-temps en orthodontie-pédodontie pour assurer les enseignements auprès des étudiants des premier et deuxième cycles.

> **Fonctions**
Enseignements théorique et clinique de l'orthodontie-pédodontie, recherche, rayonnement universitaire et contribution au fonctionnement de l'institution.

> **Exigences**

- Détenir un diplôme de chirurgien-dentiste
- Détenir un certificat ou une maîtrise en orthodontie
- Détenir ou s'engager à obtenir un permis d'exercice de l'Ordre des Dentistes du Québec
- Maîtrise de la langue française et très bonne connaissance de l'anglais écrit et parlé
- Expérience en recherche
- Intérêt pour l'enseignement

> **Traitement**
L'Université de Montréal offre un salaire concurrentiel jumelé à une gamme complète d'avantages sociaux.

> **Date d'entrée en fonction**
Le plus tôt possible

Les personnes intéressées doivent acheminer leur curriculum vitae accompagné de deux lettres de recommandation, au plus tard 15 jours après la parution de cette annonce à :

Dr Daniel Kandelman, directeur
Département de santé buccale
Faculté de médecine dentaire
Université de Montréal
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal, Qc H3C 3J7

Conformément aux lois canadiennes en matière d'immigration, cette annonce s'adresse en priorité aux citoyens canadiens et aux résidents permanents ou immigrants reçus. L'Université souscrit à un programme d'accès à l'égalité en emploi pour les femmes et aux principes d'équité en matière d'emploi.

Pour de plus amples informations, veuillez consulter notre site web : www.umontreal.ca

Université 
de Montréal

D1432

Zofran®

(ondansetron)

4 mg and 8 mg ondansetron tablets
(as hydrochloride dihydrate)

4 mg/5mL ondansetron oral solution
(as hydrochloride dihydrate)

4 mg and 8mg ondansetron orally disintegrating tablets

2 mg/mL ondansetron for injection
(as hydrochloride dihydrate)

THERAPEUTIC CLASSIFICATION

Antiemetic
(5-HT₃ receptor antagonist)

INDICATIONS AND CLINICAL USE:

ZOFRAN® (ondansetron hydrochloride; and ondansetron) is indicated for the prevention of nausea and vomiting associated with emetogenic chemotherapy, including high dose cisplatin, and radiotherapy.

ZOFRAN® is also indicated for the prevention and treatment of post-operative nausea and vomiting.

CONTRAINDICATIONS:

ZOFRAN® (ondansetron hydrochloride; and ondansetron) is contraindicated in patients with a history of hypersensitivity to the drug or any components of its formulations

WARNINGS:

Cross-reactive hypersensitivity has been reported between different 5-HT₃ antagonists. Patients who have experienced hypersensitivity reactions to one 5-HT₃ antagonist have experienced more severe reactions upon being challenged with another drug of the same class. The use of a different 5-HT₃ receptor antagonist is not recommended as a replacement in cases in which a patient has experienced even a mild hypersensitivity type reaction to another 5-HT₃ antagonist. ZOFRAN® ODT (ondansetron) contains aspartame and therefore should be taken with caution in patients with phenylketonuria.

PRECAUTIONS:

ZOFRAN® (ondansetron hydrochloride; and ondansetron) is not effective in preventing motion-induced nausea and vomiting. There is no experience in patients who are clinically jaundiced. The clearance of an 8 mg intravenous dose of ZOFRAN® was significantly reduced and the serum half-life significantly prolonged in subjects with severe impairment of hepatic function. In patients with moderate to severe hepatic function, reductions in dosage are therefore recommended and a total daily dose of 8 mg should not be exceeded. This may be given as a single intravenous or oral dose.

As ondansetron is known to increase large bowel transit time, patients with signs of subacute intestinal obstruction should be monitored following administration.

Ondansetron does not itself appear to induce or inhibit the cytochrome P450 drug-metabolizing enzyme system of the liver. Because ondansetron is metabolized by hepatic cytochrome P450 drug metabolizing enzymes, inducers or inhibitors of these enzymes may change the clearance and, hence, the half-life of ondansetron. on the basis of available data, no dosage adjustment is recommended for patients on these drugs.

Use in Pregnancy:

The safety of ondansetron for use in human pregnancy has not been established. Ondansetron is not teratogenic in animals. However, as animal studies are not always predictive of human response, the use of ondansetron in pregnancy is not recommended.

Nursing Mothers:

Ondansetron is excreted in the milk of lactating rats. It is not known if it is excreted in human milk, however, nursing is not recommended during treatment with ondansetron.

Use in Paediatrics:

Insufficient information is available to provide dosage recommendations for children 3 years of age or younger.

Interactions

Specific studies have shown that there are no pharmacokinetic interactions when ondansetron is administered with alcohol, temazepam, frusemide, tramadol or propofol.

Ondansetron is metabolised by multiple hepatic cytochrome P-450 enzymes: CYP3A4, CYP2D6 and CYP1A2. Due to the multiplicity of metabolic enzymes capable of metabolising ondansetron, enzyme inhibition or reduced activity of one enzyme (e.g. CYP2D6 genetic deficiency) is normally compensated by other enzymes and should result in little or no significant change in overall ondansetron clearance or dose requirement. In patients treated with potent inducers of CYP3A4 (i.e. phenytoin, carbamazepine, and rifampicin), the oral clearance of ondansetron was increased and ondansetron blood concentrations were decreased.

Data from small studies indicate that ondansetron may reduce the analgesic effect of tramadol.

ADVERSE REACTIONS:

ZOFRAN® has been administered to over 2500 patients worldwide in controlled clinical trials and has been well tolerated. The most frequent adverse events reported in controlled clinical trials were headache (11%) and constipation (4%). Other adverse events include sensations of flushing or warmth (<1%).

Metabolic:

There were transient increases of SGOT and SGPT of over twice the upper limit of normal in approximately 5% of patients. These increases did not appear to be related to dose or

duration of therapy. There have been reports of liver failure and death in patients with cancer receiving concurrent medications including potentially hepatotoxic cytotoxic chemotherapy and antibiotics. The etiology of the liver failure is unclear. There have been rare reports of hypokalemia.

Central Nervous System:

There have been rare reports of seizures.

Hypersensitivity:

Rare cases of immediate hypersensitivity reactions sometimes severe, including anaphylaxis, bronchospasm, urticaria and angioedema have been reported.

Cardiovascular:

There have been rare reports of tachycardia, angina (chest pain), bradycardia, hypotension, syncope and electrocardiographic alterations.

Dermatological:

Rash has occurred in approximately 1% of patients receiving ondansetron.

Special Senses:

Rare cases of transient visual disturbances (e.g. blurred vision) have been reported during or shortly after intravenous administration of ondansetron, particularly at rates equal to or greater than 30 mg in 15 minutes.

Local Reactions:

Pain, redness and burning at the site of injection have been reported.

Other:

There have been reports of abdominal pain, weakness and xerostomia.

Post-Market Experience:

Over 128 million patient treatment days of ZOFRAN® have been supplied since the launch of the product worldwide. The following events have been spontaneously reported during post-approval use of ZOFRAN®, although the link to ondansetron cannot always be clearly established.

Transient episodes of dizziness (<0.01%) have been reported during or upon completion of iv infusion of ondansetron. Rare reports (<0.01%) suggestive of extrapyramidal reactions such as oculogyric crisis/dystonic reactions (e.g. orofacial dyskinesia, opisthotonos, tremor, etc.) have been reported without definitive evidence of persistent clinical sequelae.

There have been rare reports (<0.01%) of myocardial infarction, myocardial ischemia, angina, chest pain with or without ST segment depression, arrhythmias (including ventricular, supraventricular tachycardia, premature ventricular contractions, and atrial fibrillation), electrocardiographic alterations (including second degree heart block), palpitations and syncope. There have also been rare reports of hiccups.

Occasional asymptomatic increases in liver function tests have been reported.

Rare cases of hypersensitivity reactions, such as, laryngeal edema, stridor, laryngospasm and cardiopulmonary arrest have also been reported.

SYMPTOMS AND TREATMENT OF OVERDOSAGE:

At present there is little information concerning overdosage with ondansetron. Individual doses of 84 mg and 145 mg and total daily doses as large as 252 mg have been administered with only mild side effects. There is no specific antidote for ondansetron, therefore, in cases of suspected overdosage, symptomatic and supportive therapy should be given as appropriate.

The use of Ipecac to treat overdosage with ondansetron is not recommended as patients are unlikely to respond due to the antiemetic action of ondansetron itself.

"Sudden blindness" (amaurosis) of 2 to 3 minutes duration plus severe constipation occurred in one patient who was administered 72 mg of ondansetron intravenously as a single dose. Hypotension (and faintness) occurred in another patient who took 48 mg of oral ondansetron. Following infusion of 32 mg over only a 4-minute period, a vasovagal episode with transient second degree heart block was observed. In all instances, the events resolved completely.

DOSAGE AND ADMINISTRATION

CHEMOTHERAPY INDUCED NAUSEA AND VOMITING:

ZOFRAN® (ondansetron hydrochloride; and ondansetron) should be given as an initial dose prior to chemotherapy, followed by a dosage regimen tailored to the anticipated severity of emetic response caused by different cancer treatments. The route of administration and dose of ZOFRAN® should be flexible in the range of 8-32 mg a day. The selection of dose regimen should be determined by the severity of the emetogenic challenge as shown below.

Use in Adults:

HIGHLY EMETOGENIC CHEMOTHERAPY (e.g. regimens containing cisplatin):

ZOFRAN® has been shown to be effective in the following dose schedules for the prevention of emesis during the first 24 hours following chemotherapy:

Initial Dose: ZOFRAN® 8 mg infused intravenously over 15 minutes given 30 minutes prior to chemotherapy. OR ZOFRAN® 8 mg infused intravenously over 15 minutes, given 30 minutes prior to chemotherapy, followed by 1 mg/h by continuous infusion for up to 24 hours. OR ZOFRAN® 32 mg diluted in 50-100 mL of saline or other compatible infusion fluid and infused over not less than 15 minutes, given 30 minutes prior to chemotherapy.

Post-chemotherapy: After the first 24 hours, ZOFRAN® 8 mg orally every 8 hours[§] for up to 5 days. No significant differences in terms of emesis control or grade of nausea have been demonstrated between the 32 mg single dose, the 8 mg single dose, or the 8 mg dose followed by the 24 hour 1 mg/h continuous infusion. However, in some studies conducted in patients receiving medium or high doses of cisplatin chemotherapy, the 32 mg single dose has demonstrated a statistically significant superiority over the 8 mg single dose with regard to control of emesis.

The efficacy of ZOFRAN® in highly emetogenic chemotherapy may be enhanced by the addition of a single intravenous dose of dexamethasone sodium phosphate, 20 mg administered prior to chemotherapy.

LESS EMETOGENIC CHEMOTHERAPY (e.g. regimens containing cyclophosphamide, doxorubicin, epirubicin, fluorouracil and carboplatin)

Initial Dose:

ZOFRAN® 8 mg infused intravenously over 15 minutes, given 30 minutes prior to chemotherapy; or ZOFRAN® 8 mg orally 1 to 2 hours prior to chemotherapy.

Post-chemotherapy:

ZOFRAN® 8 mg orally twice daily for up to 5 days.

Use in Children:

Clinical experience of ZOFRAN® in children is currently limited; however, ZOFRAN® was effective and well tolerated when given to children 4-12 years of age. ZOFRAN® injection should be given intravenously at a dose of 3-5 mg/m² over 15 minutes immediately before chemotherapy. After therapy, ZOFRAN® 4 mg should be given orally every 8 hours* for up to 5 days.

Use in Elderly:

Efficacy and tolerance in patients aged over 65 years were similar to that seen in younger adults indicating no need to alter dosage schedules in this population.

RADIOTHERAPY INDUCED NAUSEA AND VOMITING:

Use in Adults:

Initial Dose:

ZOFRAN® 8 mg orally 1 to 2 hours before radiotherapy.

Post-radiotherapy:

ZOFRAN® 8 mg orally every 8 hours* for up to 5 days after a course of treatment.

Use in Children:

There is no experience in clinical studies in this population.

Use in Elderly:

Efficacy and tolerance in patients aged over 65 years were similar to that seen in younger adults indicating no need to alter dosage schedules in this population.

POST-OPERATIVE NAUSEA AND VOMITING:

Use in Adults:

For prevention of post-operative nausea and vomiting ZOFRAN® may be administered as a single dose of 16 mg given orally one hour prior to anaesthesia. Alternatively, a single dose of 4 mg may be given by slow intravenous injection at induction of anaesthesia. For the treatment of established post-operative nausea and vomiting, a single dose of 4 mg given by slow intravenous injection is recommended.

Use in Children:

There is no experience in the use of ZOFRAN® in the prevention and treatment of post-operative nausea and vomiting in children.

Use in Elderly:

There is limited experience in the use of ZOFRAN® in the prevention and treatment of post-operative nausea and vomiting in the elderly.

PATIENTS WITH RENAL/HEPATIC IMPAIRMENT:

Use in Patients with Impaired Renal Function:

No alteration of daily dosage, frequency of dosing, or route of administration is required.

Use in Patients with Impaired Hepatic Function:

The clearance of an 8 mg intravenous dose of ZOFRAN® was significantly reduced and the serum half-life significantly prolonged in subjects with severe impairment of hepatic function. In patients with moderate to severe hepatic function, reductions in dosage are therefore recommended and a total daily dose of 8 mg should not be exceeded. This may be given as a single intravenous or oral dose. No studies have been conducted to date in patients with jaundice.

PATIENTS WITH POOR SPARTEINE/DEBRISOQUINE METABOLISM:

The elimination half-life and plasma levels of a single 8 mg intravenous dose of ondansetron did not differ between subjects classified as poor and extensive metabolisers of sparteine and debrisoquine. No alteration of daily dosage or frequency of dosing is recommended for patients known to be poor metabolisers of sparteine and debrisoquine.

ADMINISTRATION OF INTRAVENOUS INFUSION SOLUTIONS:

Compatibility with Intravenous Solutions: ZOFRAN® Injection is compatible with the following solutions:

For Ampoules

0.9% w/v Sodium Chloride Injection;

5% w/v Dextrose Injection;

10% w/v Mannitol Injection;

Ringers Injection;

0.3% w/v Potassium Chloride and 0.9% w/v Sodium Chloride Injection;

0.3% w/v Potassium Chloride and 5% w/v Dextrose Injection.

For Vials

5% w/v Dextrose Injection;

0.9% w/v Sodium Chloride Injection;

5% w/v Dextrose and 0.9% w/v Sodium Chloride Injection;

5% w/v Dextrose and 0.45% w/v Sodium Chloride Injection;

3% w/v Sodium Chloride Injection.

Compatibility with Other Drugs:

ZOFRAN® Injection should not be administered in the same syringe or infusion with any other medication with the exception of dexamethasone (see below). ZOFRAN® may be administered by intravenous infusion at 1 mg/hour, e.g. from an infusion bag or syringe pump.

The following drugs may be administered via the Y-site of the administration set, for ondansetron concentrations of 16 to 160 µg/mL. If the concentrations of cytotoxic drugs required are higher than indicated below, they should be administered through a separate intravenous line.

For Ampoules and Vials:

Cisplatin — concentrations up to 0.48 mg/mL administered over 1 to 8 hours.

Dexamethasone — admixtures containing 8 mg of ondansetron and 20 mg of dexamethasone phosphate, in 50 mL of 5% dextrose infusion fluid stored in 50 mL polyvinyl chloride infusion bags, have been shown to be physically and chemically stable for up to two days at room temperature or up to seven days at 2° C–8° C. In addition, these same admixtures have demonstrated compatibility with Continu-Flo® administration sets. In a clinical study (Cunningham *et al*, 1989) ondansetron (standard dosing regimen) was given to patients receiving cisplatin or non-cisplatin chemotherapy. Eight patients who continued to experience nausea and vomiting were given dexamethasone in addition to ondansetron. In every case there was an improvement in the control of emesis and all patients preferred the combination of ondansetron and dexamethasone.

For Ampoules:

5-Fluorouracil — concentrations up to 0.8 mg/mL, administered at rates of at least 20 mL/hour. Higher concentrations of 5-fluorouracil may cause precipitation of ondansetron.

The 5-fluorouracil infusion may contain up to 0.045% w/v magnesium chloride.

Carboplatin — concentrations of 0.18 mg/mL–9.9 mg/mL, administered over 10–60 minutes.

Ceftazidime — bolus i.v. doses, over approximately 5 minutes, of 250–2000 mg reconstituted with Water for Injections BP.

Cyclophosphamide — bolus i.v. doses over approximately 5 minutes, of 100–1000 mg, reconstituted with Water for Injections BP 5 mL per 100 mg cyclophosphamide.

Doxorubicin and Epirubicin — bolus i.v. doses, over approximately 5 minutes, of 10–100 mg as a 2 mg/mL solution. Lyophilized powder presentations can be reconstituted with 0.9% Sodium Chloride Injection USP.

Etoposide — concentrations of 0.144 mg/mL–0.25 mg/mL, administered over 30–60 minutes.

STABILITY AND STORAGE RECOMMENDATIONS:

ZOFRAN® Tablets, Oral Solution, Injection and ODT orally disintegrating tablets should be stored below 30°C.

ZOFRAN® Oral Solution should be stored upright and should not be refrigerated.

ZOFRAN® Injection should not be frozen and should be protected from light.

ZOFRAN® Injection must not be autoclaved.

Stability and Storage of Diluted Solutions:

Compatibility studies have been undertaken in polyvinyl chloride infusion bags, polyvinyl chloride administration sets and polypropylene syringes. Dilutions of ondansetron in sodium chloride 0.9% w/v or in glucose 5% w/v have been demonstrated to be stable in polypropylene syringes. It is considered that ondansetron injection diluted with other compatible infusion fluids would be stable in polypropylene syringes.

Intravenous solutions should be prepared at the time of infusion. ZOFRAN® Injection, in ampoules and vials, when diluted with the recommended intravenous solutions, should be used within 24 hours if stored at room temperature or used within 72 hours if stored in a refrigerator, due to possible microbial contamination during preparation.

Hospitals and institutions that have recognized admixture programs and use validated aseptic techniques for preparation of intravenous solutions, may extend the storage time for ZOFRAN® Injection in admixture with 5% Dextrose Injection and dexamethasone phosphate Injection (concentration of 0.34 mg/mL) in Viaflex bags, at a concentration of 0.14 mg/mL, to 7 days when stored under refrigeration at 2° to 8°C.¹¹

DOSAGE FORMS:

AVAILABILITY

ZOFRAN® Tablets 8 mg:

Oval shaped, yellow, film-coated tablets, engraved '8' on one face and 'GLAXO' on the other. Each tablet contains 8 mg ondansetron (as hydrochloride dihydrate). Available in a tamper-evident polypropylene container of 100 tablets and a unit dosed blister pack of 10 tablets.

ZOFRAN® Tablets 4 mg:

Oval shaped, yellow, film-coated tablets, engraved '4' on one face and 'GLAXO' on the other. Each tablet contains 4 mg ondansetron (as hydrochloride dihydrate). Available in a tamper-evident polypropylene container of 100 tablets and a unit dosed blister pack of 10 tablets.

ZOFRAN® Oral Solution:

Ondansetron 4 mg/5 mL (as hydrochloride dihydrate) is supplied in 50 mL bottles.

ZOFRAN® ODT 4 mg and 8 mg orally disintegrating tablets:

White, round, plano-convex orally disintegrating tablets with no markings on either side, packaged in double-foil blister packs with a peelable, aluminum foil laminate lidding, in paperboard carton with 2 x 5 orally disintegrating tablets per blister. Each 4 mg tablet contains 4 mg ondansetron (base) and each 8 mg tablet contains 8 mg ondansetron (base).

ZOFRAN® Injection:

Ondansetron 2 mg/mL (as hydrochloride dihydrate) for intravenous use is supplied in 2 mL (4 mg) and 4 mL (8 mg) ampoules, in boxes of 5 ampoules and 20 mL (40 mg) vials, packed in individual cartons.

Ondansetron hydrochloride is a SCHEDULE "F" drug.

Full prescribing information available to healthcare professionals upon request.

Revised September 16, 2003.

- i Infusion of 32 mg ZOFRAN® for injection should take place over a period of not less than 15 minutes, because of increased risk of blurred vision.
- ii The efficacy of twice daily dosage regimens for the treatment of post-chemotherapy emesis has been established only in adult patients receiving less emetogenic chemotherapy. The appropriateness of twice versus three times daily dosage regimens for other patient groups should be based on an assessment of the needs and responsiveness of the individual patient.
- iii As with all parenteral drug products, intravenous admixtures should be inspected visually for clarity, particulate matter, precipitate, discoloration and leakage prior to administration, whenever solution and container permit. Solutions showing haziness, particulate matter, precipitate, or discoloration or leakage should not be used.

REFERENCES:

1. Marcario A, Weinger W *et al*. Which Clinical Anesthesia Outcomes Are Important to Avoid? The Perspective of Patients. *Anesth Analg*. 1999;89:652-658.
2. Hill RP, Lubarsky DA *et al*. Cost-effectiveness of Prophylactic Antiemetic therapy with Ondansetron, Droperidol, or Placebo. *Anesthesiology* 2000; 92:958-67.
3. Morris RW, Aune H, Feiss P *et al*. International, multicentre, placebo-controlled study to evaluate the effectiveness of ondansetron vs. metoclopramide in the prevention of post-operative nausea and vomiting. *Eur J Anaes* 1998;15:69-79.
4. Fortney JT, Gan TJ, Graczyk S *et al*. A comparison of the efficacy, safety, and patient satisfaction of ondansetron versus droperidol as antiemetics for elective outpatient surgical procedures. *Anesth Analg* 1998;86:731-8.
5. Zofran® Product monograph GlaxoSmithKline Inc., September 16, 2003.
6. Kovac AL. Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting. *Drugs* 2000; 59(2):213-243.

 **GlaxoSmithKline**

7333 Mississauga Rd. N.
Mississauga, Ontario L5N 6L4

® Registered Trade-mark of Glaxo Group Limited, GlaxoSmithKline Inc., licensed user.



DISTINCTIONS DE L'ADC – DEMANDE DE CANDIDATURES 2004

Le concours de l'Association dentaire canadienne (ADC) est maintenant ouvert pour les distinctions de l'année 2004, y compris le titre de Membre honoraire de l'ADC, la Distinction pour services émérites et la Distinction du mérite. Les candidatures doivent être déposées d'ici **le 10 février** afin que le Comité de nomination de l'ADC puisse les examiner et faire des recommandations au conseil d'administration. Les récipiendaires de cette année seront désignés lors de la Cérémonie et du Déjeuner de remise des prix de l'ADC le 23 avril à l'hôtel Fairmont Château Laurier à Ottawa.

On ne peut proposer qu'un seul candidat pour le titre de Membre honoraire ou la Distinction pour services émérites. Chaque candidature doit être accompagnée du curriculum vitae du candidat. Bien que les candidatures doivent indiquer la distinction visée, le Comité de nomination se réserve le droit de choisir pour les candidats retenus les distinctions qu'il juge leur convenir.

Membre honoraire

Le titre de membre honoraire est le plus prestigieux de l'ADC. Il est décerné à une personne qui a contribué de façon exceptionnelle à l'avancement de l'art, de la science et de la profession dentaires pendant une période prolongée. Bien que cette contribution puisse être d'envergure provinciale, nationale et internationale, c'est la contribution sur le plan national qui est principalement retenue. Le plus souvent, les récipiendaires sont des dentistes membres de l'ADC.

Les récipiendaires reçoivent un certificat encadré attestant leur titre ainsi qu'une épinglette. Ceux qui sont des dentistes autorisés n'ont plus à payer la cotisation de l'ADC et tous peuvent assister gratuitement aux rencontres scientifiques et sociales parrainées par l'Association ainsi qu'à ses assemblées annuelles et à ses congrès.

Distinction pour services émérites

La Distinction pour services émérites est remise à une personne pour sa contribution exceptionnelle au cours d'une année déterminée ou ses services émérites rendus au cours d'un certain nombre d'années. Elle peut aussi récompenser une contribution exceptionnelle à la profession dentaire au sein d'une université, d'une entreprise, d'une association spécialisée, d'un conseil, d'une commission ou d'un comité. Les récipiendaires reçoivent une plaque gravée.

Distinction du mérite

La Distinction du mérite est décernée à une personne qui a contribué de façon exceptionnelle à la gouvernance de l'Association dentaire canadienne ou à la médecine dentaire au Canada. La contribution doit comprendre :

- au moins 2 mandats complets à l'ancien Conseil exécutif et/ou au conseil d'administration;
- plusieurs années de service dans un organisme, une institution ou une section spécialisée dentaires;
- au moins 4 années à la présidence d'un conseil, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail de l'ADC.

Tout récipiendaire reçoit une plaque gravée.

Mises en candidature

Les candidatures doivent être soumises d'ici le 10 février 2004 à l'adresse suivante :

Comité de nomination

L'Association dentaire canadienne

1815, promenade Alta Vista, Ottawa ON K1G 3Y6

Les candidatures devront demeurer confidentielles jusqu'à la sélection finale des récipiendaires.

I N D E X D E S A N N O N C E U R S

Adhésion à l'ADC669

Ash Temple Ltd.622

Aurum Ceramic Dental
Laboratories Ltd.671

CareCredit624

CCCD640

CDSPI632, 642, 657, 676

Colgate-Palmolive
Canada Inc.628

Conférence dentaire
du Pacifique636

Distinction pour la
promotion de la santé
buccodentaire689

Distinctions de l'ADC698

EKKO Dent682

Fonds de l'ADC688

GlaxoSmithKline641, 659,
.....663, 696-7

Hebelgajjar Seminars699

John O. Butler667

Laboratoires Oral-B625,
.....626, 687

Miami Winter Meeting
& Dental Expo682

Padgett Payroll Services682

Pfizer Canada Inc.700

Philips Oral
Healthcare Canada665

Procter & Gamble635

So many Implant Patients. Are you missing the Opportunity?



Get **Great Hands-On** Implant Training in a fun, exciting, friendly atmosphere, that makes your education a truly memorable experience.

Call 519-432-1153
or visit
www.implanttraining.com

*Training provided by Dr. Hebel &
Faculty in London, Ontario.*

HEBELGAJJAR

S E M I N A R S



Click & Print
Patient Education

Simply the best.

Patient Education that will change your practice forever.

Better than all the rest.

Check it out

www.clickandprint.com

Call for Free Demo 519-433-9645

Nouveau LISTERINE[®] au fluorure

Rince-bouche antiseptique

Tous les bienfaits démontrés
de Listerine qui aide à

- prévenir et réduire la gingivite
- réduire la plaque
- combattre la mauvaise haleine

MAINTENANT avec les
bienfaits supplémentaires
du fluorure qui aide à

- prévenir la carie
- faire rétrocéder la carie précoce
- re-minéraliser l'émail des dents

**Aide à améliorer la santé
du tissu gingival et
à renforcer les dents.**

Listerine au fluorure aide à réduire et à prévenir
l'évolution de la gingivite et à prévenir la carie lorsqu'il
est utilisé dans le cadre d'un programme consciencieux
d'hygiène buccale et de soins dentaires. ASSOCIATION
DENTAIRE CANADIENNE



Indications : Le rince-bouche antiseptique-antiplaque-antigingivite-anticarie
Listerine au fluorure tue les germes qui causent la gingivite, la plaque et
la mauvaise haleine.

Mises en garde : Garder hors de la portée des enfants. En cas d'ingestion
accidentelle, contacter immédiatement un centre antipoison ou un médecin.

Posologie : Adultes et enfants de 12 ans et plus : Se rincer la bouche avec 20 mL non dilués pendant
30 secondes deux fois par jour. Ne pas avaler. Ne pas manger ni boire pendant les 30 minutes
suivant l'emploi. **Ingédients médicinaux :** Eucalyptol 0,091 % p/v, thymol 0,063 % p/v, menthol
0,042 % p/v, fluorure de sodium 0,022 % p/v. **Ingédients non médicinaux :** Acide benzoïque,
AD&C vert n° 3, alcool, arôme, benzoate de sodium, D&C jaune n° 10, eau, poloxamère, propanol,
saccharine sodique, salicylate de méthyle, sorbitol. **Remarque :** Le froid peut rendre le produit trouble
mais n'affecte pas son efficacité. **Présentation :** Flacons de 250, 1 000 et 1 500 mL.



**Deux fois
par jour pendant
30 secondes**