



# JADC

**Journal de l'Association dentaire canadienne**

Vol. 71, N° 5

Mai 2005



*Photo du Dr Moe Tabesh*

**La prosthodontie  
de 1966 à 2042 :  
7 perspectives  
de chefs de file  
dans la discipline**

**Images cliniques  
et Point de service :  
Conférenciers au  
Congrès de la FDI  
à Montréal**

**Portrait  
du président :  
Dr Jack Cottrell**

**Entrevue avec le  
Dr George Zarb**

**Revue dentaire du Canada révisée par des pairs**

• [www.cda-adc.ca/jadc](http://www.cda-adc.ca/jadc) •



## A trip to the dentist can feel this good

Now you can offer your patient a revolutionary treatment that uses the power of ozone. In just 40 seconds, and often without anaesthetic or drilling, HealOzone gently and effectively destroys 99.9% of cavity-causing bacteria.\*

While eliminating the need to remove healthy tooth structure, the HealOzone system promotes the remineralization and natural healing process.

# SciCan

SciCan, 1440 Don Mills Road, Toronto, Ontario M3B 3P9 Phone (416) 445-1600 Fax (416) 445-2727

As a result, the need for future treatments, such as root canal, can be significantly reduced.

With pain-free treatment you will overcome major obstacles to repeat visits by your patients - needle phobia and drill anxiety.

HealOzone, the patient-friendly, healthy alternative.



\* Dr Julian Holmes, BA SocSci, BDS "Clinical Reversal of Primary Occlusal Fissure Carious Lesions (POFCLs) Using Ozone in General Dental Practice"



# JADC

Journal de l'Association dentaire canadienne

Directeur général de l'ADC  
**George Weber**

Rédacteur en chef  
**Dr John P. O'Keefe**

Rédacteur/réviseur  
**Sean McNamara**

Révisseur adjointe  
**Natalie Blais**

Coordonnatrice de la  
traduction française  
**Nathalie Upton**

Coordonnatrice des publications  
**Rachel Galipeau**

Rédactrice des médias électroniques  
**Melany Hall**

Chef de la conception et  
de la production  
**Barry Sabourin**

Conceptrice graphique  
**Janet Cadeau-Simpson**

Rédacteurs associés  
**Dr Michael Casas**  
**Dr Anne Charbonneau**  
**Dr 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 endorse 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. Copyright 1982 par l'Association dentaire canadienne. Entente d'envoi de poste-publications n° 40064661. Enregistrement n° 10597. Retour des envois non distribuables aux adresses canadiennes à : L'Association dentaire canadienne, 1815, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 3Y6. 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 2005 est payable à l'avance en devises canadiennes. Au Canada — 81 \$ (75,70 \$ +TPS, #R106845209), aux États-Unis — 110 \$, partout ailleurs — 136 \$. 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 Gary A. Clark

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

Dre Felicity Hardwick

Dr Robert J. Hawkins

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 David S. Precious

Dr Richard B. Price

Dr N. Dorin Ruse

Dr George K.B. Sándor

Dr Benoit Soucy

Dr Gordon W. Thompson

Dr David Tyler

Dr Robert S. Turnbull

Dr Peter T. Williams

## Conseil d'administration de l'ADC

Président

**Dr Jack Cottrell**

Port Perry, Ontario

Président-désigné

**Dr Wayne Holstrom**

Vancouver, Colombie-Britannique

Vice-président

**Dr Darryl Smith**

Valleyview, Alberta

**Dr Michael Connolly**

Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard

**Dr Peter Doig**

Dauphin, Manitoba

**Dr Don Friedlander**

Ottawa, Ontario

**Dr Gordon Johnson**

North Battleford, Saskatchewan

**Dr Gary MacDonald**

Mount Pearl, Terre-Neuve et Labrador

**Dr Robert MacGregor**

Kentville, Nouvelle-Écosse

**Dr Jack Scott**

Edmonton, Alberta

**Dr Robert Sexton**

Corner Brook, Terre-Neuve et Labrador

**Dr Ronald G. Smith**

Duncan, Colombie-Britannique

**Dre Deborah Stymiest**

Fredericton, Nouveau-Brunswick



# Une leçon en fiabilité.

← Adper →

- ✓ Gel de mordançage
- ✓ Apprêt
- ✓ Adhésif

✓ Gel de mordançage

✓ Adhésif (nanochargé)

✓ Adhésif d'auto-mordançage

Adper Scotchbond Adhésif à usages multiples

Adper Single Bond Plus Adhésif

Adper Prompt L-Pop Adhésif d'auto-mordançage

Avec les milliers de procédures que vous devez effectuer chaque année, il est bon d'avoir sous la main une gamme d'adhésifs sur laquelle vous pouvez instinctivement vous fier, quelle que soit la procédure. Même si Adper offre de grands avantages, comme la polyvalence et la commodité, ce sont les preuves de rendement répétées qui permettent de gagner la confiance. C'est cette confiance qui distingue 3M ESPE de la concurrence.

- **Adper<sup>MC</sup> Scotchbond<sup>MC</sup> Adhésif à usages multiples** – Système d'adhésif dentaire d'auto-mordançage total à double mode de durcissement assurant une utilisation fiable pour toutes les applications.
- **Adper<sup>MC</sup> Single Bond<sup>MC</sup> Plus Adhésif** – Adhésif de liaison de mordançage total simplifié avec nanocharges. Offert en flacon ou dans le format de distribution uni-dose évolué.
- **Adper<sup>MC</sup> Prompt<sup>MC</sup> L-Pop<sup>MC</sup> Adhésif d'auto-mordançage** – Gel de mordançage, apprêt et liaison pour émail non altéré, émail et dentine altérés en une seule étape. Offert dans le format de distribution uni-dose évolué.

**Optez pour les adhésifs Adper de 3M ESPE...un chef de file réputé en technologie d'adhésif.**

Pour obtenir de plus amples renseignements sur des produits ou de l'information clinique sur la fiabilité de nos adhésifs, appelez 1 800 264-1840, poste 6229.

**Adper<sup>MC</sup>**  
**Adhésifs**  
**dentaires**

**3M ESPE**

# TABLE DES MATIÈRES

Journal de l'Association dentaire canadienne

## CHRONIQUES

Éditorial .....	299
Mot du président .....	301
Portrait du président .....	302
Courrier .....	305
Distinctions de l'ADC .....	309
Actualités .....	315
Index des annonceurs .....	317
Les affaires de la dentisterie .....	318
Images cliniques .....	335
Point de service .....	341
Nouvelles du CDSPI .....	349
Petites annonces .....	353

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 : rgalipeau@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 : M. Peter Greenhough a/s Keith Communications Inc., 104-1559, rue Hurontario, 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.

« Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Programme d'aide aux publications pour nos dépenses d'envoi postal »

Canada

## RUBRIQUES SPÉCIALES

Entrevue avec le Dr George Zarb .....	321
Hommage au Dr George Zarb .....	325
<i>Jim Anderson, BSc, DDS, MScD</i>	

## SUJETS PROFESSIONNELS

Prosthodontics: A Past with a Future? .....	326
<i>John A. Hobkirk, PhD, BDS, FDSRCS(Ed), FDSRCS(Eng)</i>	
The Impact of Oral Implants — Past and Future, 1966–2042 .....	327
<i>Tomas Albrektsson, MD, PhD, ODhc</i> <i>Ann Wennerberg, DDS, PhD</i>	
Changes in the Prosthodontic Literature 1966 to 2042 .....	328
<i>Gunnar E. Carlsson, LDS, Odont Dr, PhD</i>	
Prosthodontics 1966–2042: Changes in Prosthodontic Education, Past and Future .....	329
<i>Douglas V. Chaytor, DDS, MS, MEd, MRCD(C)</i>	
The Changing Relations between the Allied Disciplines .....	330
<i>Philip Worthington, MD, DDS, BSc, FDSRCS</i>	
A Look at the (Near) Future Based on the (Recent) Past — How Our Patients Have Changed and How They Will Change .....	331
<i>Michael MacEntee, PhD, LDS(I), Dip Prosth, FRCD(C)</i>	
Prosthodontic Research: Breaking Traditional Barriers .....	332
<i>Christian S. Stohler, DMD, Dr Med Dent</i>	



1<sup>res</sup> brosses à dents électriques !



Reconnues par l'Association dentaire canadienne

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

1<sup>re</sup> brosse à dents  
électrique !



Reconnue par  
l'Association  
dentaire  
canadienne

## Les meilleurs soins buccodentaires pour vos patients entre deux rendez-vous.

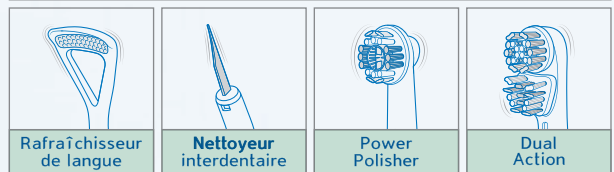


- › L'analyse Cochrane a confirmé que la technologie d'oscillation / de rotation est la plus efficace<sup>1</sup>
- › Le sélecteur One-Touch<sup>MC</sup> permet aux patients de changer aisément de vitesse pour mieux répondre à leurs besoins
- › La minuterie professionnelle 2 minutes émet un signal toutes les 30 secondes pour favoriser un brossage allant d'un quadrant à l'autre

### LA NOUVELLE ORAL-B PROFESSIONALCARE 8000

Pour obtenir le meilleur nettoyage possible entre deux rendez-vous, vos patients devraient utiliser la nouvelle Oral-B ProfessionalCare 8000. Elle fait appel à notre action oscillante-rotative, la seule technologie validée indépendamment dont la supériorité à d'autres types de brossage – y compris manuel – a été prouvée pour ce qui est de réduire la plaque et la gingivite.<sup>1,2</sup> De plus, grâce au nouveau sélecteur de vitesse One-Touch<sup>MC</sup> et aux accessoires de nettoyage en option, vos patients peuvent adapter leurs soins buccodentaires à leur gré. La nouvelle ProfessionalCare 8000. La norme la plus élevée en matière de soins buccodentaires.

### ACCESSOIRES DE NETTOYAGE SUR MESURE



Pour de plus amples renseignements, appeler notre Service à la clientèle au 1 800 268-5217 ou par télécopieur au (905) 712-5544/3, ou visitez le site [www.oralb.com](http://www.oralb.com)

**Oral-B**  
**ProfessionalCare<sup>MC</sup>**  
**série 8000**



# Éditorial

## HOMMAGE AU LEADERSHIP MONDIAL



Le Dr John P. O'Keefe

Les funérailles du pape Jean-Paul II célébrées le mois dernier furent un événement remarquable. Mis à part le sens religieux de l'événement, les médias ont souligné l'hommage qu'a rendu le monde entier à une personnalité dont la vie a vraiment touché toute la planète. C'était encourageant de voir des chefs religieux et politiques issus de traditions très différentes se joindre à des millions de personnes dans le monde afin de rendre hommage à un homme dont le visage est peut-être le plus reconnaissable de notre époque. L'envergure de cet événement démontre à quel point le monde reconnaissait que le pape incarnait les plus belles qualités humaines.

Bien que d'envergure différente, un important rassemblement de prosthodontistes venus de partout dans le monde s'est tenu à Toronto en mai 2004 dans le but de souligner la carrière du Dr George Zarb, qui quittait l'enseignement à temps plein à l'Université de

Toronto. Il est juste de dire que le Dr Zarb est l'un des prosthodontistes – et Canadiens – les plus influents des dernières décennies sur la scène dentaire internationale. L'un des premiers à mener des études sur l'efficacité du traitement implantaire, il a exercé une influence sur d'innombrables dentistes dans le monde par son enseignement.

Dans le présent numéro du *JADC*, nous soulignons à notre manière sa contribution remarquable à notre profession en publiant 7 articles de collègues du Dr Zarb qui ont pris la parole lors du symposium de 2004. Ces spécialistes traitent de divers éléments ayant marqué l'évolution de la prosthodontie depuis 1966 et tracent un portrait des changements qu'elle subira selon eux d'ici 2042. Ces articles sont tous publiés en version intégrale dans le *eJADC* ([www.cda-adc.ca/jadc](http://www.cda-adc.ca/jadc)) – version électronique longue et version imprimée courte.

Le Dr Jim Anderson, collègue de longue date du Dr Zarb à l'Université de Toronto, met en contexte les présentations du symposium. Dans une entrevue approfondie (p. 321–3), le Dr Zarb parle des faits marquants de sa carrière et des personnes qui l'ont influencé.

Fait révélateur, il craint que si nos établissements d'enseignement cessent de mettre l'emphase sur l'excellence, c'est notre profession qui en subira les conséquences dans les années à venir. Comme de nombreuses personnes débordantes d'énergie, le Dr Zarb n'a aucunement l'intention de rester inactif durant sa retraite. Il continue d'exercer une influence intellectuelle importante sur la profession dans le cadre de ses fonctions de rédacteur en chef de l'*International Journal of Prosthodontics*.

Quant au présent numéro, il revêt une saveur tout à fait internationale. On y présente dans les rubriques «Images cliniques» et «Point de service» des articles de 5 experts du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni, qui prendront la parole lors du Congrès de la FDI prévu à Montréal en août prochain. Cet événement promet d'être

le plus grand congrès dentaire jamais tenu au Canada. Sous la direction des Drs Denis Forest et André Prévost, qui ont fait un excellent travail, le comité organisateur local a travaillé sans relâche au cours des dernières années afin d'y présenter d'excellents programmes scientifiques et sociaux.

J'espère bien que vous viendrez à Montréal du 22 au 27 août pour apprendre, passer un bon moment et rencontrer des collègues du monde entier. J'ai entendu le Dr Forest dire que le congrès était comme les «Olympiques de la dentisterie». Vous pouvez obtenir plus de renseignements sur le congrès en visitant le site Web de la FDI à [www.fdiworldental.org](http://www.fdiworldental.org). Les dentistes canadiens peuvent naviguer le site Web de l'ADC ([www.cda-adc.ca/fdi](http://www.cda-adc.ca/fdi)) pour s'inscrire au congrès en ligne.

Parlant de relations internationales, vous avez peut-être remarqué que le *JADC* présentait un visage de plus en plus international depuis les 2 ou 3 dernières années, près de 45 % de tous les articles soumis provenant maintenant de l'extérieur du Canada. J'attribue cette mondialisation du *JADC* à la facilité d'accès de sa version électronique, qui nous permet de montrer au monde la crème de ce qui se fait de mieux en dentisterie dans ce pays.

Bien que nous ayons beaucoup à offrir à l'univers de la dentisterie, nous pouvons également apprendre des autres. Si nous examinons ce qui se passe dans notre province, nous constaterons souvent que les tendances importantes ont une portée internationale. C'est pourquoi je crois que nous profitons énormément de notre collaboration avec les associations dentaires d'autres pays par le biais de la FDI et qu'il est très avantageux pour nous que des leaders comme le Dr George Zarb choisissent de faire du Canada leur patrie.

John O'Keefe  
1-800-267-6354, poste 2297  
[jokeefe@cda-adc.ca](mailto:jokeefe@cda-adc.ca)

Lors de 44 études cliniques contrôlées, dans plus de 100 publications y compris 58 affiches scientifiques et 56 articles scientifiques<sup>1</sup>...

# Il y a une chose dont il faut se souvenir...

*Colgate Total\* est le seul dentifrice éprouvé pour combattre l'inflammation gingivale.†*

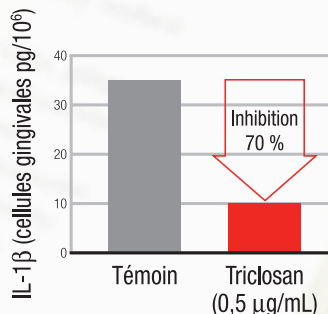
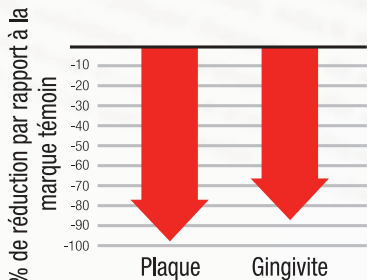
Seul le triclosan, l'ingrédient principal dans la formule de Colgate Total\*, a été éprouvé pour combattre l'inflammation gingivale<sup>†</sup> de 2 façons importantes<sup>2-5</sup>

■ Fournit une action antibactérienne de 12 heures pour prévenir la formation de la plaque bactérienne qui pourrait causer la gingivite<sup>2</sup>

■ Inhibe directement les puissants médiateurs responsables de l'inflammation gingivale<sup>4†</sup>

Jusqu'à 98 % moins de plaque;  
Jusqu'à 88 % moins de gingivite<sup>§</sup>

Inhibition à 70 % du IL-1 $\beta$ ,  
un médiateur clé<sup>3-5††</sup>



La formule de copolymère unique du triclosan fournit une double action antibactérienne et anti-inflammatoire. Aucun autre dentifrice n'offre la protection antibactérienne et anti-inflammatoire du Colgate Total\*.



Protection antibactérienne de 12 heures *et* combat l'inflammation gingivale.<sup>†</sup>

† gingivite

§ réduction dans l'indice de sévérité c. un dentifrice ordinaire

†† in vitro.

1. Données en archives. Piscataway, NJ; Colgate-Palmolive Technology Centre. 2. Volpe AR, et al. *J Clin Dent*. 1996;7(suppl):S1-S14. 3. Mustafa M, et al. *Eur J Oral Sci*. 1998; 106:637-643. 4. Gaffar A, et al. *J Clin Periodontol*. 1995;22:480-484. 5. Modéer T, et al. *J Clin Periodontol*. 1996;23:927-933. MC Marque de commerce de l'Association dentaire canadienne \*MD Colgate-Palmolive Canada Inc. 2005

\*\* Recherche indépendante archivée de Colgate-Palmolive.





# Mot du président

## VOTRE ASSOCIATION : RESPONSABLE ET UNIFIÉE



Le Dr Jack Cottrell

**L**e tsunami qui a frappé récemment l'Asie méridionale est l'une des catastrophes naturelles les plus destructrices de toute l'histoire. La désolation qu'il a laissée sur son passage nous rappelle combien la vie humaine est fragile. Cette tragédie a suscité des élans de compassion et de générosité sans précédent, qui démontrent la puissance et la force incroyables dont peuvent faire preuve des personnes qui travaillent ensemble à la réalisation d'un même but.

Cet événement traduit l'essence de mon premier message à titre de président de l'ADC : ensemble, nous sommes plus forts et plus sages que la somme de nos parties.

Au Canada, nous sommes constamment bombardés par des forces internes et externes qui mettent à l'épreuve les valeurs fondamentales que la profession dentaire tient pour sacrées. Pressions économiques touchant notre milieu de travail, ingérence du gouvernement ou de tierces parties, privatisation de nos

modèles de soins, accès des personnes âgées, des démunis et des Premières Nations à des soins – la liste est infinie.

Il n'a jamais été aussi important pour la profession de demeurer disciplinée et unifiée. Les divisions au sein de la profession ne servent qu'à nous montrer vulnérables face à ces défis. C'est pourquoi nous devons créer et maintenir un sentiment d'appartenance au sein de notre association, en dépit du fait que nos membres soient de plus en plus diversifiés et dynamiques.

La non-adhésion à l'ADC d'un seul dentiste venant d'une province où l'adhésion est volontaire a des retombées dans tout le pays. Il est peut-être temps pour nous tous de commencer à penser à des manières d'aider notre profession. Je vous invite donc à vous poser la question : «Que puis-je faire de mon côté pour optimiser l'ADC?»

Les associations n'existent pas dans un vide, mais plutôt dans un environnement où des événements viennent sans cesse altérer les besoins de leurs membres. L'ADC s'est défait de son mode traditionnel de gouvernance au profit d'un nouveau système dont les caractéristiques principales sont la fluidité et la souplesse. Grâce à sa capacité de traiter efficacement des enjeux résultant d'un environnement qui change tellement vite, l'ADC ouvre des portes à ses membres.

Le nouveau plan stratégique de l'ADC comporte des points clés axés sur nos actions futures. Ce n'est pas un processus statique. Il doit faire l'objet d'une mise à jour constante en fonction des besoins changeants des membres. Il ne suffit pas de cerner les besoins, les possibilités et les menaces, mais aussi de les documenter et d'y répondre.

Ce qui nous amène au concept de redevabilité. La redevabilité comprend plus qu'une simple surveillance. C'est un processus visant à vérifier si les engagements généraux ou particuliers ont été respectés. Une véritable redevabilité existe lorsque la partie qui a délégué des responsabilités à une autre partie est apte à poser des questions et à recevoir des réponses

satisfaisantes. C'est de cette philosophie que l'ADC s'est inspirée pour élaborer son nouveau cadre de redevabilité, qui a été approuvé à la dernière réunion du conseil d'administration.

Quinn Mills, professeur lauréat à l'École d'études commerciales d'Harvard, a dit : «les gens ne se préoccupent pas vraiment de savoir à quel point vous en savez jusqu'à ce qu'ils savent à quel point vous vous souciez d'eux». Sa philosophie peut s'appliquer à notre désir de satisfaire nos membres – leurs besoins et leurs aspirations. Si un membre, qu'il s'agisse d'un particulier ou d'une association, comprend que l'ADC sera réellement à l'écoute de ses idées et y donnera suite, nous établirons une base solide en matière d'engagement au sein de l'Association.

Pour les 12 prochains mois, je me suis engagé à mettre en œuvre les étapes finales de la révision de la gouvernance de l'ADC. Dès que ce processus sera terminé, vous verrez combien nous aurons amélioré l'objet et la clarté de nos actions. Le nombre de changements mis en place dernièrement à l'ADC sont le reflet d'une nouvelle attitude qui se traduit dans les paroles, les actions et l'engagement du conseil d'administration et du personnel de l'ADC.

La présidence me donne l'occasion de faire connaître les préoccupations et les expériences de nos membres dans tout le pays. Elle me donne aussi la chance de vous transmettre ma vision d'une ADC bienveillante, responsable et unifiée. Je veux que nos membres sachent qu'ils adhèrent à une philosophie qui accorde priorité au respect des valeurs et qui est axée sur les principes de l'innovation, de la pertinence, de la redevabilité et de l'apprentissage continu. Je soulignerai et exprimerai notre désir véritable de gagner votre confiance en l'ADC.

Le moment est idéal pour adhérer à l'ADC. Comme on dit, «vous n'avez encore rien vu!»

*Jack Cottrell, BSc, DDS  
president@cda-adc.ca*

# Portrait du président

## DR JACK COTTRELL : «NOUS SOMMES TOUS LIÉS»

Comment un accident de ski pendant l'enfance peut-il mener une personne à la présidence d'une association professionnelle nationale? Bien qu'il soit impossible d'établir de liens directs entre ces 2 événements, il existe, pour le Dr Jack Cottrell, un lien éloigné entre sa grave mésaventure sur les pentes et son accession à la présidence de l'ADC.

Le Dr Cottrell exerce actuellement la médecine dentaire à Port Perry (Ontario) – ville où il a ouvert un cabinet privé au terme de ses études à l'Université de Toronto en 1975. Peu de temps s'est écoulé avant qu'il ne s'implique dans la dentisterie organisée au sein de sa société dentaire locale. Après avoir été nommé trésorier de la Société dentaire de Durham-Ontario en 1982, il y siègea plus tard à titre de vice-président, de président et de président sortant.

Vers la fin des années 1980, le Dr Cottrell fut élu au Bureau des gouverneurs de l'Association dentaire de l'Ontario (ADO), y devenant membre du Conseil exécutif et y siégeant à titre de président en 1997-1998. Son ascension à la présidence marqua le début de ses activités auprès de l'ADC. «Gravir les échelons de la dentisterie organisée ou même devenir président d'une association nationale ou provinciale représente pour moi l'évolution de ma participation, et non la quête de toute une carrière, explique le Dr Cottrell. Je voulais simplement m'impliquer et tenter d'aider ma profession du mieux que je pouvais.»

La restructuration de la gouvernance est l'un des enjeux qui ont préoccupé le Dr Cottrell à l'époque où il était membre du conseil exécutif de l'ADO et de l'ADC. Après avoir présidé le Comité de

restructuration de la gouvernance de l'ADO, le Dr Cottrell a été impressionné par la volonté de l'ADC de se doter d'un nouveau cadre de gouvernance lui permettant de continuer de représenter efficacement les dentistes de tout le Canada. Il veut que les membres en sachent davantage sur cette structure dynamique, fondée sur les connaissances : «Il est possible que certains membres ne saisissent pas pleinement la nature de cette transformation complète qu'a subie l'ADC suite à la mise en œuvre de son nouveau système de gouvernance, déclare le Dr Cottrell. L'une de mes tâches à titre de président est d'informer les membres de ce changement et du travail qu'accomplit l'ADC en leur nom, et de chercher à connaître leurs besoins et désirs particuliers.»

À cette fin, l'ADC a sollicité l'opinion de ses membres dans le cadre d'enquêtes menées auprès d'eux. Les résultats révèlent à tous points de vue que les membres souhaitent obtenir plus d'avantages tangibles de la part des associations auxquelles ils adhèrent. Le conseil d'administration de l'ADC travaille à la création d'un «portefeuille complet de valeur indispensable» visant à combler ce besoin.



Le nouveau président de l'ADC, le Dr Jack Cottrell, portant la chaîne de fonction.

«J'insisterai sur l'élaboration de services tangibles durant ma présidence, affirme le Dr Cottrell. Dans le cadre de ce portefeuille, le conseil d'administration envisage de mettre en œuvre un programme de fidélité semblable à ceux qui existent dans le milieu des affaires. Nous souhaitons collaborer avec les associations membres de l'ADC à la création d'un programme à échelle restreinte, dont l'expansion s'échelonne-rait sur un certain nombre d'années.»

L'importance accrue accordée aux avantages tangibles s'ajoutera aux efforts opérationnels que mène traditionnellement l'ADC en matière d'excellence et de défense des intérêts. «Ce portefeuille fait partie d'une proposition intéressante faite à nos membres, explique le Dr Cottrell. Par exemple, au cours de mon mandat à la présidence, j'aimerais faire profiter nos membres des dernières percées en matière de commerce électronique et de technologie de l'information. L'installation du système ITRANS dans le cabinet dentaire est une excellente façon de garder l'avance sur la courbe technologique. Nous voulons fidéliser nos membres en leur offrant des avantages innovateurs, qu'il s'agisse de nos traditionnels avantages intangibles ou de nouveaux services tangibles.»

La notion de lien entre chacun des membres de la profession dentaire dans son ensemble est très importante pour le nouveau président de l'ADC. «Si j'avais un thème à donner à ma présidence, ce serait "Nous sommes tous liés les uns aux autres." Bien qu'il ressemble à la campagne publicitaire de Bell Canada que beaucoup connaissent bien, c'est un concept qui m'inspire vraiment.»

Le Dr Cottrell veut accentuer ces liens – il veut créer un sentiment d'appartenance, établir des relations au sein de la profession. «Une importante restructuration de la gouvernance interne peut créer des divisions, simplement parce qu'une association ne peut plaire à tout le monde. Ce processus qui consiste à réexaminer les raisons fondamentales de notre existence, notre système de valeurs et notre relation avec



Le Dr Jack Cottrell (à gauche) accompagné du Dr Richard Haught, président de l'Association dentaire américaine.

les intervenants peut être ardu. Cependant, dès qu'il sera terminé, il nous fera sentir grandis et nous permettra de revitaliser notre engagement les uns envers les autres.»

La stratégie du Dr Cottrell visant à développer la conscience communautaire comportera un mode d'adhésion fondé sur le principe de l'intégration. Il s'agit pour lui de se concentrer sur le recrutement, le soutien et la fidélisation des membres. «Il est essentiel que les membres sachent qu'ils adhèrent à une philosophie qui accorde priorité au respect des valeurs et qui est axée sur les principes fondamentaux de l'innovation, de la transparence, de la redevabilité et de l'apprentissage continu. Nous voulons que les membres vivent cette expérience et puissent s'identifier au concept.»

L'ADC a dernièrement révisé son plan stratégique quinquennal. Le Dr Cottrell a hâte de travailler avec le conseil d'administration à la mise en œuvre des objectifs du nouveau plan. «Je crois que le but ultime du plan stratégique est de protéger l'avenir de l'ADC et de notre profession, dit-il. Hubert Humphrey a déclaré un jour : «Au lieu de nous préoccuper de l'avenir, travaillons à le créer.» Nous devons être les partisans de nos possibilités, en nous servant du plan pour tracer nos orientations futures.»

Le Dr Cottrell est conscient des nombreux défis internes et externes auxquels l'ADC et la profession font face. «Les divisions au sein de notre association et parmi les associations concurrentes nuisent à tout le monde, explique-t-il. Nous devons, plus que tout, travailler au maintien de la pertinence d'une association au sein de l'environnement moderne de la pratique dentaire.» Le Dr Cottrell croit fermement que l'ADC doit toujours s'efforcer de soutenir la primauté de la relation dentiste-patient, tout en informant le public du rôle que joue le dentiste en tant que chef de l'équipe de soins.

Au Canada, la dentisterie continue de faire face à de nombreux défis externes. Parmi ceux-ci, la protection de l'avenir de l'enseignement dentaire, que le Dr Cottrell juge essentielle. «Nous devons prêter notre appui aux universités, afin de les aider à résoudre l'énorme problème de financement qu'elles vivent actuellement et qui nuit au recrutement et au maintien en poste de professeurs compétents dans nos établissements. Nous devons trouver d'autres moyens de faire en sorte que notre système d'éducation bénéficie d'un financement et d'un soutien adéquats afin de pouvoir répondre à la demande future.»

Malgré ces défis, le Dr Cottrell est certain que l'ADC et la profession dentaire sont bien préparées aux années à

venir. «C'est encore une question d'interrelation. Le Canada est présent sur la scène internationale en matière de dentisterie, dit-il. On nous y voit comme des chefs de file, et notre relation étroite avec l'Association dentaire américaine est un exemple de premier ordre. C'est une relation réciproque qui offre aux 2 parties des possibilités d'apprendre l'une de l'autre.»

Mais qu'est-ce que le ski a donc à faire avec tout ça, vous demandez-vous? C'est en se cassant la dent de devant dans un accident de ski que le Dr Cottrell, alors adolescent, a ressenti, pour la première fois, un intérêt pour la dentisterie. «À cette période de ma vie, je n'avais aucun intérêt que ce soit pour la dentisterie, se rappelle-t-il. J'ai toutefois pu constater directement la nature complexe des soins dentaires qui devaient m'être prodigués pour réparer cette dent et me redonner mon sourire. Je me suis souvenu de cette expérience lorsque j'étais à l'université, et c'est ce qui, en bout de ligne, m'a conduit vers une carrière que j'aime vraiment.»

Le Dr Cottrell aime maintenir un équilibre entre ses objectifs professionnels et personnels, ce qui l'aide à surmonter les situations potentiellement stressantes. Excellent joueur de squash, il aime également profiter du plein air à son chalet ou en camping et en canot avec sa famille. Père de 4 enfants, le Dr Cottrell croit que la dentisterie au Canada est vouée à un avenir très prometteur.

«Le dentiste est le chef de l'équipe de soins dentaires. Nous exerçons la dentisterie selon la formule de rémunération à l'acte, nous nous efforçons de maintenir une bonne relation avec nos patients, nous touchons un salaire très équitable pour ce que nous faisons, et aucune force extérieure ne nous oblige à compromettre notre système de valeurs, termine-t-il. Ce n'est pas le fruit du hasard. Votre association continuera d'évoluer et de travailler au nom de ses membres et de la profession afin de défendre ces idéaux.» ♦

---

*Sean McNamara est rédacteur/réviseur à l'Association dentaire canadienne.*

---





\* Has been shown to cause patients to brush longer.<sup>†††</sup>



**Crest® Whitening Expressions™** is now also available in smooth vanilla with a kick of mint.

To order, visit [dentalcare.com/canada](http://dentalcare.com/canada) and reference promotion code: JCDA

**Crest** Healthy-Looking. Beautiful Smiles For Life



<sup>†††</sup> In a 2-week, blinded, paired comparison, US consumer use study of adults interested in new flavors and brushing experiences beyond regular mint toothpaste, patients brushed almost 9 seconds (about 8%) longer with Crest Whitening Expressions than with their current mint toothpaste, according to a weighted average of all Whitening Expressions variants.

<sup>†</sup> Crest Whitening Expressions fights cavities.

**References:** 1. Data on file, Procter & Gamble.

# Courrier

## Commentaire du rédacteur en chef

La rédaction du *JADC* 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 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*.

## Qui devrait représenter les dentistes?

Je suis intrigué par les commentaires que le Dr Emil Sztopa a faits dans le *Courrier* de mars du *JADC*<sup>1</sup>. Ainsi, la suggestion suivant laquelle le rôle d'un organisme professionnel est de soutenir les membres qui ont des problèmes disciplinaires est nouvelle. Je ne connais aucun organisme dentaire professionnel qui, au Canada, l'inclut dans son mandat, et ce n'est certes pas un mandat de l'Association médicale de la C.-B., notre homologue le plus proche dans la province. Au nom de la collectivité, l'Association dentaire de la Colombie-Britannique (ADCB) défend cependant, auprès de l'organisme de réglementation, du gouvernement et des assureurs, les principes touchant les normes de soins.

Et bien que nous ne nous mêlions pas de cas de discipline personnels, nous offrons un soutien moral à ces membres par l'intermédiaire de notre programme de counselling auprès de la profession dentaire (DPAP). Je suis très indigné par les allégations du Dr Sztopa au sujet de ce programme qui fait l'envie d'autres juridictions en Amérique du Nord et qui est venu en aide à des centaines de dentistes, de leurs employés et de leurs familles. Le Dr John Palmer, dentiste et conseiller autorisé, s'est toujours efforcé de protéger le secret professionnel de ses clients et rien ne suggère le contraire. Un autre degré d'assurance (au moins) visible du caractère secret du programme s'est

ajouté quand il a été transféré de l'organisme de réglementation à la nouvelle association en 1999.

Les insinuations du Dr Sztopa au sujet du programme sont nuisibles parce qu'elles découragent des particuliers de chercher des soins de la part d'un service qui a aidé de nombreuses personnes dans des temps difficiles. En outre, les faits ne semblent pas l'appuyer quand il dit qu'un nombre croissant de dentistes se tourne vers le Programme d'aide aux membres (PAM) du CDSPI. Le DPAP a beaucoup plus de cas que le PAM, et alors que leur nombre a augmenté dans le DPAP, il a décliné dans le PAM au cours des 2 dernières années.

Par ailleurs, le Dr Sztopa remet en question notre barème d'honoraires, affirmant qu'il est «très contesté». Au contraire, dans les sondages effectués en 2001 et 2003 auprès d'un échantillon aléatoire stratifié de membres, l'élaboration d'un barème d'honoraires a obtenu la cote la plus élevée parmi 19 programmes et services différents offerts par notre association.

Enfin, le Dr Sztopa insinue que des employés participent à des activités d'autres organismes dentaires. Dans le cours de leurs affaires, tant les employés que les membres du conseil d'administration gardent ouvertes les voies de communication avec de nombreux groupes, y compris le gouvernement et des organismes dentaires. Cependant, là s'arrête leur participation.

Le centre d'intérêt de l'ADCB, ce sont nos membres, les dentistes de la Colombie-Britannique. Pour toute association, un débat et une consultation libres sont cruciaux pour répondre efficacement aux besoins de ses membres. L'ADCB n'est pas différente; toutefois, le dialogue doit reposer sur des faits et non sur des informations erronées.

*Dr Ed O'Brien*  
Président

*Association dentaire de la Colombie-Britannique*

## Référence

1. Sztopa E. Qui devrait représenter les dentistes? [Courrier] *J Can Dent Assoc* 2005; 71(3):148.

## Avantages de l'adhésion à l'ADC

Je vous écris au sujet de l'un des avantages que j'obtiens en étant membre de l'ADC, spécifiquement le programme Location-autos pour les dentistes du Canada et Cardel Leasing. J'ai commencé à faire affaire avec John Masterson chez Cardel il y a environ 4 ans. Il était efficace et courtois, et ce qui est plus important, il comprenait que ma situation personnelle exigeait de la souplesse.

Mon premier bail a récemment expiré, et j'ai demandé à John de négocier mon prochain véhicule avec un concessionnaire local. Il a consulté son réseau de concessionnaires afin de négocier le meilleur arrangement absolu, et nous venons de conclure une affaire. Tout s'est fait sans mal, efficacement et, en y pensant bien, avec plaisir. J'ai pensé vous écrire pour vous dire qu'avoir John Masterson et Cardel Leasing à titre d'associés du CDSPI me donne une raison de plus de demeurer un fier membre de l'ADC.

Ne pensez pas, je vous prie, que les membres n'apprécient pas les avantages qu'ils obtiennent de l'ADC. John Masterson et Cardel Leasing m'ont fait épargner environ 6000 \$ aujourd'hui. La valeur de l'adhésion – j'y crois!

*Dr Gary Butler*  
*St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)*

## Améliorer la santé bucco-dentaire des enfants en bas âge

À mon avis, le matériel audiovisuel sur la santé bucco-dentaire des enfants en bas âge conçu par la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Toronto<sup>1</sup> est une source remarquable d'informations importantes à l'intention des parents de jeunes enfants. La vidéo rend ces informations intéressantes et faciles à comprendre.

*Dr Philip Watson*  
*Toronto (Ontario)*

**Référence**

1. Alsada LH, Sigal MJ, Limeback H, Fiege J, Kulkarni GV. Development and testing of an audio-visual aid for improving infant oral health through primary caregiver education. *J Can Dent Assoc* 2005; 71(4):241.

**Des soins dentaires pour tous**

Comme toujours, les questions touchant nos pays respectifs et les États-Unis en matière de soins dentaires se ressemblent beaucoup. J'ai fait une brève lecture du Livre blanc de l'ADA sur l'amélioration de l'accès aux soins dentaires pour les mal desservis<sup>1</sup> et les conclusions du récent symposium canadien sur l'accès et les soins<sup>2</sup>, et je trouve à la fois encourageant et décevant d'y retrouver tant de similarités quant à l'absence de soins dentaires pour tous les secteurs de la population. Encourageant parce que nous ne sommes pas les seuls à connaître ce problème et décevant parce que le problème est si répandu et qu'aucune solution n'a encore été trouvée!

En Australie, le Comité consultatif national de la santé buccodentaire a produit, au milieu de 2004, un rapport présentant des problèmes et des solutions possibles. Ce n'est pas l'idéal, mais c'est un bon début. Les ministres de la Santé de tous nos états ont exprimé leur appui à l'égard du rapport et de ses recommandations, ce qui est encourageant.

J'ai également constaté, dans l'article de Ruth Armstrong<sup>3</sup>, que l'on appuyait très fortement la création d'une base de données nationale sur l'état de la santé buccodentaire des Canadiens. C'est un projet que l'on caresse depuis longtemps dans le but de donner suite à une enquête nationale menée en 1987, et, après une si longue attente, une nouvelle enquête sur la santé buccodentaire des adultes est en cours. Le but est de mener une enquête sur la santé buccodentaire des enfants après 5 ans, puis, en alternance, des enquêtes auprès des adultes et des enfants tous les 5 ans. Vous n'avez pas besoin d'être un génie pour vous apercevoir que vous ne pouvez pas élaborer de politiques efficaces et réalistes sans données – mais c'est un effort immense pour convaincre des politiciens.

En matière de programmes d'approche, nous tentons, depuis de nombreuses

années, d'instaurer, en Australie, un programme de stages post-universitaire en médecine dentaire. Aucun programme national n'a encore vu le jour. Deux états de l'Australie, le Queensland et l'Australie occidentale, ont décidé de tenter une approche différente, dont on a établi le bien-fondé. Ces 2 états ont amélioré leur programme de premier cycle de 5 ans de manière à ce qu'on enseigne autant de matières au cours des 4 premières années du nouveau programme qu'on en enseignait en 5 ans. Les étudiants passent donc leur cinquième et dernière année à travailler dans des cliniques dans tous les états du pays. Le calcul de la valeur du travail accompli ou des soins prodigués indique clairement que les étudiants prodiguent des soins valant plusieurs millions de dollars de plus que ce qu'il en coûte pour les mettre en poste. Compte tenu que les universités sont responsables des étudiants, elles sont assurées d'une expérience éducative raisonnable.

*Dr David Houghton*

*Président*

*Association dentaire australienne*

**Références**

1. American Dental Association. State and community models for improving access to dental care for the underserved — a white paper. Chicago: American Dental Association; 2004.
2. Access and care: towards a National Oral Health Strategy. Symposium du 13 au 15 mai 2004. Université de Toronto, Toronto (Ontario). Disponible à l'adresse URL : <http://individual.utoronto.ca/accessandcare/>.
3. Armstrong R. Rapport du symposium «Access and care: towards a national oral health strategy». *J Can Dent Assoc* 2005; 71(1):19–22.

**Relation de cause à effet ou symptômes coïncidents?**

Dans l'article intitulé «La maladie buccodentaire nuit-elle au cœur?»<sup>1</sup>, les auteurs arrivent à la conclusion qu'il existe au mieux «une faible corrélation» entre les maladies parodontales et les maladies cardiovasculaires. Quand un point de vue se révèle non concluant, il incombe à l'esprit scientifique d'étudier un problème particulier sous le plus d'angles possibles.

Par exemple, examiner la relation entre les maladies parodontales et les

maladies cardiovasculaires du point de vue de la médecine traditionnelle chinoise pourrait donner lieu à des conclusions totalement différentes. Selon la médecine traditionnelle chinoise, l'organisme renferme un autre «système» qui est absolument essentiel au fonctionnement de tous les tissus. Ce système fournit une certaine forme d'«énergie nutritive» par le biais d'un système de «méridiens» ou vaisseaux (que des scientifiques ont identifiés et reconnus). Si cette «énergie» ne se transmet pas à un organe ou un tissu, apparaissent alors une maladie, des symptômes ou de la douleur. Cette corrélation a été clairement démontrée par les changements pathologiques qui se manifestent dans le tissu hépatique dans les 3 jours suivant une interruption du «flux énergétique». Dans ce «système», comme l'intestin grêle est relié au cœur, ces 2 organes sont touchés dans le cas d'un déséquilibre. Sur le plan embryologique, les muqueuses de l'intestin et le ligament parodontal sont reliés et ont la même innervation. Par conséquent, une anomalie dans l'interaction entre l'intestin grêle et le vaisseau coronarien entraînerait souvent l'apparition des symptômes physiques coïncidents de la maladie parodontale, des troubles intestinaux (inflammation chronique) et des maladies cardiovasculaires. C'est en cherchant et en éliminant la source de cette anomalie que l'on pourrait parvenir à mettre un terme aux symptômes physiques coïncidents.

Pour utiliser une analogie, disons que lorsque notre voiture est coincée et que nous en avons libéré toutes les roues, nous devons vérifier à quel arbre elle peut être accrochée, qui l'empêche de bouger.

*Dr Craig Kirker*

*Coordonnateur clinique*

*Institut de médecine intégrative du Canada*

*Études dentaires et biologiques*

*Calgary (Alberta)*

**Référence**

1. Gordon SC, Barasch A, Foong WC, ElGeneidy AK, Safford MM. La maladie buccodentaire nuit-elle au cœur? *J Can Dent Assoc* 2005; 71(2): 93–5.



**Le courrier du JADC de février**

Il semble plutôt heureux que le courrier du JADC de février porte sur des sujets fortement reliés telles la médecine dentaire faisant partie du régime d'assurance-maladie national, la pénurie de dentistes, la dentisterie esthétique et la dentisterie à titre de profession. Le courrier reflète des opinions plutôt divergentes et soulève plusieurs questions difficiles.

Je loue le Dr Leake<sup>1</sup> de souligner le caractère discriminatoire du régime fiscal qui avantage les Canadiens à revenu élevé au détriment des Canadiens à faible revenu. L'ADC est reconnue pour améliorer l'accès aux soins dentaires, mais tout avantage fiscal crée fondamentalement une discrimination contre les particuliers à faible revenu qui, nous le savons, portent le plus gros du fardeau des maladies dentaires.

La Dre Jin<sup>2</sup> décrit les principes de la *Loi canadienne sur la santé* comme «d'excellents critères», mais poursuit en disant que l'application de ces critères

entraînerait une pénurie de dentistes et nuirait à «la relation exceptionnelle entre le dentiste et le patient dont nous sommes si fiers». Pour le moins troublante est la position du Dr Schwartz quand il stipule : «Si tous les dentistes abaissaient leurs honoraires au point que tout membre de la société admettrait qu'il peut maintenant *se payer* des traitements, il y aurait seulement des dentistes en faillite et, par conséquent, plus d'accès pour quiconque.»<sup>3</sup> Le Dr Schwartz suggère-t-il que pour assurer aux nantis l'accès aux soins dentaires, la société doit être prête à sacrifier les moins fortunés? Peut-être ce concept est-il la réponse aux malheurs du régime d'assurance-maladie.

À titre de profession, nous exprimons notre désir d'améliorer l'accès aux soins, mais je ne vois guère la preuve d'une volonté de briser le statu quo. Une situation très compréhensible mais problématique existe. Notre profession offre des soins professionnels d'excellente qualité à ceux qui sont capables de les payer et, en retour, les dentistes jouissent d'un niveau de vie

enviable. Comme les articles sur la dentisterie comme profession le demandaient<sup>4-6</sup>, remplissons-nous vraiment notre contrat social? Jusqu'à ce que la médecine dentaire soit équitablement accessible à tous les Canadiens, nous, à titre de profession, sommes coupables de favoriser une profonde injustice sociale.

*Dr Bill Ryding  
Frankford (Ontario)*

**Références**

1. Leake JL. Le régime d'assurance-maladie national. [Courrier] *J Can Dent Assoc* 2005; 71(2):79.
2. Jin E.Y.W. Le régime d'assurance-maladie national. [Courrier] *J Can Dent Assoc* 2005; 71(2):79.
3. Schwartz B. La dentisterie est-elle une profession? [Courrier] *J Can Dent Assoc* 2005; 71(2):80.
4. Welie J. La dentisterie est-elle une profession? Partie 1. Définition du professionnalisme. *J Can Dent Assoc* 2004; 70(8):529-32.
5. Welie J. La dentisterie est-elle une profession? Partie 2. Les marques du professionnalisme. *J Can Dent Assoc* 2004; 70(9):599-602.
6. Welie J. La dentisterie est-elle une profession? Partie 3. Défis à venir. *J Can Dent Assoc* 2004; 70(10):675-8.

Seat Yourself™



© 2005 by Vacalon Company, Inc.

"I just don't seem to fit in anywhere, Doc."

**ELIMINATE MISFIT RESTORATIONS WITH QUICKCHECK CONTACT INDICATING SPRAY**

**AVAILABLE IN CANADA THROUGH THESE FINE DEALERS:**

- ASH TEMPLE
- CERUM DENTAL SUPPLY
- DENTAL-U INC
- EXCEL DENTAL LAB SOURCE
- HENRY SCHEIN ARCONA
- LAB DEPOT
- OCEANIC DENTAL SUPPLY
- PATTERSON DENTAL SUPPLY
- SERVIDENT
- SINCLAIR DENTAL COMPANY
- WESTAN DISTRIBUTORS
- ZAHN DENTAL



*Quickcheck*

LEARN MORE [WWW.VACALON.COM](http://WWW.VACALON.COM) | 614.577.1945 | 800.729.8192 TOLL FREE

# Lancement du laser Odyssey™

L'amélioration de la qualité des soins aux patients n'a jamais été...



## ...aussi facile.

- Le nouveau laser Odyssey permet une variété de procédures sur les tissus mous tels que le profilage esthétique et le "creusage" gingival.
- La technologie du diode permet un temps de guérison plus rapide et plus de confort pour le patient.

## ...aussi pratique.

- Un système de contrôle unique de la fibre rétractable garde la fibre rangée et protégée.
- Base compacte - 6 1/4"(l) x 8 3/4"(p) x 5 1/2"(h).
- Léger et transportable, seulement 5,5 lb.

## ...aussi abordable.

- Ce laser compact et transportable est maintenant offert à un prix de détail incroyable de

**15 575\$!**

Lancement du  
**Odyssey™**

LASER à diode pour tissus mous

SATISFACTION DU CLIENT À 100%  
**GARANTI!!**

Apprenez-en plus sur l'Odyssey en visitant le site  
[www.GetOdysseyLaser.com](http://www.GetOdysseyLaser.com)

## Récipiendaires des distinctions de l'ADC pour 2005

Les personnes éminentes de la profession dentaire ont été honorées lors de la présentation des distinctions de l'ADC qui a eu lieu le 15 avril à Ottawa, conjointement avec les réunions de l'assemblée générale et du forum stratégique de l'ADC.

### *Membre honoraire*



Le Dr Gordon Thompson (à droite) reçoit la Distinction de membre honoraire du président sortant de l'ADC, le Dr Alfred Dean.

Cette année, la distinction la plus prestigieuse de l'ADC, le titre de membre honoraire, a été accordée au **Dr Gordon Thompson** d'Edmonton (Alberta). Cette distinction vise à reconnaître la contribution remarquable d'une personne à l'art et à la science dentaires ou à la profession dentaire durant une période prolongée.

Le Dr Thompson possède un bagage professionnel impressionnant au sein de la dentisterie organisée à l'échelle provinciale, nationale et internationale. Il est directeur général et registraire de l'Association et Collège dentaires de l'Alberta. Également président de la Fédération canadienne des organismes de réglementation dentaire, le Dr Thompson devrait être nommé à la présidence du Collège international des dentistes (volet canadien) lors des assemblées de l'ADC et de la FDI qui se tiendront à Montréal en août 2005.

Le Dr Thompson a contribué de manière significative à l'ADC dans le cadre de diverses fonctions et reçu la Distinction pour services émérites de l'ADC en 1994. Il a apporté un soutien considérable à la profession en coordonnant plusieurs programmes et en faisant de la dentisterie la première profession assujettie à la *Loi de l'Alberta sur les professions de la santé* en 2001.

Le Dr Thompson a occupé le poste de vice-doyen de la Faculté de médecine dentaire à l'Université de Toronto, où il a publié plus de 100 manuscrits et 60 sommaires. Il a également été doyen de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de l'Alberta, président de l'Association des facultés dentaires du Canada, du Fonds dentaire canadien et de l'Association canadienne de santé dentaire publique, directeur des Services dentaires d'Alberta Health et conseiller international pour l'Organisation mondiale de la Santé.

### *Distinction pour services émérites*

La Distinction pour services émérites de l'ADC est remise en reconnaissance d'une contribution remarquable au cours d'une année donnée ou sur plusieurs années. Cette distinction a été remise en 2005 au **Dr Gérald Albert** de Montréal, au **Dr (R.E.) Rick Hallett** de Kamloops (Colombie-Britannique) et au **Dr Keith Titley** de Toronto.

Le Dr Albert a voué toute sa carrière à l'enseignement de la médecine dentaire à l'Université de Montréal. Il a mis sur pied le programme de deuxième cycle en dentisterie pédiatrique en 1969. Durant plusieurs années, il a occupé conjointement le poste de directeur du Département de santé buccale à l'université et le poste de directeur du Département de médecine dentaire à l'Hôpital Sainte-Justine. Pendant 8,5 ans, il fut doyen de la Faculté de médecine dentaire à l'Université de Montréal, où il continue d'enseigner à temps partiel.

Le Dr Albert est président de l'Académie dentaire du Québec. Il participe activement aux opérations de l'Ordre des dentistes du Québec, où il préside le Comité de la formation professionnelle.

Le Dr Hallett offre ses services à la profession et au public à l'échelle régionale, provinciale et nationale. Il est actuellement président du Comité



Le Dr Alfred Dean (à gauche) présente la Distinction pour services émérites au Dr Rick Hallett.



Le Dr Gérald Albert (à droite) reçoit la Distinction pour services émérites du Dr Alfred Dean.





Le Dr Alfred Dean présente la Distinction pour services émérites au Dr Keith Titley (à droite).

des affaires cliniques et scientifiques de l'ADC et anciennement président du Comité de la dentisterie communautaire et institutionnelle de l'ADC.

Le Dr Hallett est chef des services dentaires de l'Hôpital Royal Inland de Kamloops. Il est président du Comité de promotion de la santé et membre du Comité de déontologie du Collège des chirurgiens dentistes de la Colombie-Britannique. Le Dr Hallett est ancien président et membre du Comité de formation continue de la Société dentaire de Kamloops et de son district.

Le Dr Titley est registraire du Collège royal des chirurgiens dentistes du Canada (CRCDC) depuis 1993. Ancien examinateur en chef en dentisterie pédiatrique et examinateur en chef au CRCDC, le Dr Titley est représentant du CRCDC à la Commission de l'agrément dentaire du Canada depuis 2000.

Le Dr Titley a apporté une contribution exceptionnelle à la profession par sa présence dans le milieu de l'enseignement, ainsi qu'au sein de sociétés spécialisées, de conseils et de commissions. Il est professeur au Département de dentisterie pédiatrique de l'Université de Toronto et coordonne actuellement le programme d'approche à Moose Factory pour le compte de la Faculté de médecine dentaire de l'université.

## Distinction du mérite

La Distinction du mérite est remise en reconnaissance d'une contribution exceptionnelle à la gouvernance de l'ADC ou à la médecine dentaire au Canada. Le **Dr Steven Patterson** d'Edmonton, le **Dr David Sage** de Woodstock (Ontario) et le **Dr Jack Stockton** de St. Pierre-Jolys (Manitoba) ont reçu cette distinction cette année.

Le Dr Patterson a exercé 2 mandats à titre de représentant (formation continue) du Conseil de l'éducation de l'ADC au Comité du Programme de reconnaissance en formation continue de l'Association dentaire américaine. En 1986, le Dr Patterson a obtenu son DDS de l'Université de l'Alberta, où il occupe actuellement les fonctions de coordonnateur de cours, directeur de thèse et chargé de cours.

Diplômé de l'Université de Toronto en 1974, le Dr Sage exerce la dentisterie générale depuis près de 30 ans. Anciennement président de la Société dentaire du comté d'Oxford, le Dr Sage a siégé, à l'échelle nationale, au Comité de gestion des réclamations et au Comité des soins de santé de l'ADC au début des années 1990. Il a également participé activement au niveau provincial en agissant à titre de gouverneur de l'Association dentaire de l'Ontario (ADO) pendant de nombreuses années et en présidant le Comité consultatif sur la pratique dentaire de l'ADO.

Diplômé de l'Université du Manitoba en 1968, le Dr Stockton a siégé au conseil d'administration du CDSPI pendant 6 ans et y a occupé la vice-présidence pendant près de 4 ans. Il a été membre de l'ancien Comité des publications de l'ADC pendant de nombreuses années et présidé le Comité des affaires économiques de l'Association dentaire du Manitoba. Le Dr Stockton est actuellement vice-doyen (enseignement clinique) de la Faculté de médecine dentaire de l'Université du Manitoba. Il a fait des présentations à des dentistes canadiens sur plus de 100 programmes de formation continue en gestion du cabinet et en finances, y compris des présentations à 3 congrès annuels de l'ADC.



Dr Steven Patterson



Dr David Sage



Dr Jack Stockton

## Distinction pour la promotion de la santé buccodentaire



Dr Chris Wyatt

La Distinction pour la promotion de la santé buccodentaire vise à reconnaître les personnes ou les organismes qui cherchent à améliorer la santé buccodentaire des Canadiens en en faisant la promotion. Cette année, la distinction a été remise au **Programme de gérodontologie (Dr Chris Wyatt, directeur du programme) de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de la Colombie-Britannique** et au **Projet concerté de prévention de la carie de la petite enfance du Manitoba, (Drs Robert Schroth et Doug Brothwell, ainsi que leur équipe).**

Les membres de l'équipe du Programme de gérodentologie de l'UCB procèdent à des examens buccaux, à des interventions et à des traitements d'hygiène sur place, et prodiguent des soins buccodentaires perfectionnés aux personnes âgées. Le programme vise à rendre les services dentaires, l'éducation et la recherche accessibles aux personnes âgées résidant dans des établissements de soins de longue durée. L'équipe du programme travaille à la création d'un «Centre d'excellence en gérodentologie» dans la région de Vancouver, qui pourrait éventuellement servir de modèle à d'autres provinces. Le Dr Chris Wyatt est directeur du programme et membre du Comité des affaires cliniques et scientifiques de l'ADC.

Le Projet concerté de prévention de la carie de la petite enfance du Manitoba est un projet de collaboration entre plusieurs disciplines, dont le but est d'accroître les activités de prévention de la carie de la petite enfance chez les jeunes Manitobains présentant des risques élevés, y compris les enfants des Premières Nations. La vision ultime de ce projet unique consiste à promouvoir la mise en œuvre de programmes communautaires efficaces et durables visant à améliorer les connaissances, attitudes et comportements des fournisseurs de soins à l'égard de la santé buccodentaire des jeunes enfants.

Le Dr Schroth est professeur adjoint à la Faculté de médecine dentaire de l'Université du Manitoba. Il est également boursier du Programme de formation stratégique des Instituts de recherche en santé du Canada dans le cadre du Programme canadien de cliniciens-chercheurs en santé de l'enfant.

Le Dr Brothwell est directeur du Centre communautaire de santé buccodentaire et chef de la dentisterie communautaire à l'Université du Manitoba.



Les Drs Robert Schroth (au centre) et Douglas Brothwell (à droite) acceptent la Distinction pour la promotion de la santé buccodentaire au nom du Projet concerté de prévention de la carie de la petite enfance du Manitoba. La distinction a été présentée par le président entrant de l'ADC, le Dr Jack Cottrell.

### *Distinction d'ami spécial de la dentisterie canadienne*



Mme Guylaine McCallum reçoit la Distinction d'ami spécial de la dentisterie canadienne du président désigné, le Dr Wayne Halstrom.

La Distinction d'ami spécial de la dentisterie canadienne est remise en reconnaissance de l'aide apportée à l'ADC. Cette année, la distinction a été remise à **Guylaine McCallum**, vice-présidente (ventes et marketing), chez Septodont au Canada et Novocol Pharmaceutical of Canada, Inc. Mme McCallum est actuellement présidente de l'Association canadienne de l'industrie dentaire, poste qu'elle occupera jusqu'en 2006. Septodont est un fervent partisan de l'enseignement de la médecine dentaire au Canada et parraine l'Événement universitaire de l'ADC depuis 3 ans.

## Certificat de mérite

En 2005, 47 personnes ont reçu le Certificat de mérite de l'ADC en reconnaissance de leur service à l'Association et à la profession.

<b>Dr Stephen I. Ahing</b>	Comité de la dentisterie communautaire et institutionnelle	<b>Dr Jordan Millar</b>	Comité des affaires étudiantes
<b>Dr Allan Bernstein</b>	Comité de la gestion des réclamations	<b>Dre Melinda J. Mo</b>	Comité des affaires étudiantes
<b>Dr Douglas Brothwell</b>	Comité de reconnaissance des produits de consommation	<b>Dr Marc Mollot</b>	Comité des matériaux et instruments dentaires
<b>Dr Saysavath Chanthavong</b>	Comité des affaires étudiantes	<b>Dr Pierre Morin</b>	Comité des communications et du recrutement
<b>Dre Susan K. Chow</b>	Comité des communications et du recrutement	<b>Dre Christine Nadeau</b>	Comité des matériaux et instruments dentaires
<b>Dr Margaret J. Cupples</b>	Comité de la dentisterie communautaire et institutionnelle	<b>Mme Laurie Nagel</b>	Comité de la dentisterie communautaire et institutionnelle
<b>Dre Louise Desnoyers</b>	Comité de reconnaissance des produits de consommation	<b>Dr J. Kent Orlando</b>	Comité directeur sur les régimes de soins dentaires
<b>Dr Clive Friedman</b>	Comité de la dentisterie communautaire et institutionnelle	<b>Dr Steven K. Patterson</b>	Conseil de l'éducation
<b>Dr Peter C. Fritz</b>	Comité de reconnaissance des produits de consommation	<b>Dr François F. Payette</b>	Comité directeur sur les relations gouvernementales
<b>Dr Dennis G. Fuchs</b>	Comité de la gestion des réclamations (président) et Comité directeur sur les régimes de soins dentaires	<b>Dr Thomas C. Petersen</b>	Comité de reconnaissance des produits de consommation
<b>Dr Jack Gardner</b>	Comité des matériaux et instruments dentaires	<b>Dr Philip S. Poon</b>	Comité directeur sur les relations gouvernementales
<b>Dr R. E. Hallett</b>	Comité de la dentisterie communautaire et institutionnelle (président)	<b>Dre Sylvie C. Renoir</b>	Comité de la gestion des réclamations
<b>Dr Robert J. Hawkins</b>	Comité de reconnaissance des produits de consommation	<b>Dre Stacie F. Ross</b>	Comité de la gestion des réclamations
<b>Dr Allan Hovan</b>	Comité des affaires reliées aux spécialistes	<b>Dr Andrew M. Rowe</b>	Comité de la gestion des réclamations
<b>Dr Andrew B. Kay</b>	Comité des communications et du recrutement	<b>Dr William H. Ryding</b>	Comité de la dentisterie communautaire et institutionnelle
<b>Dr Manjinder Kler</b>	Comité des affaires étudiantes	<b>Dr David G. Sage</b>	Comité de la gestion des réclamations
<b>Dr Geoffrey Laplante</b>	Comité des affaires étudiantes	<b>Dre Natali J. Schindler</b>	Comité de la gestion des réclamations
<b>Dr Chris J. Lee</b>	Comité des affaires étudiantes	<b>Dr J. Blake Sinclair</b>	Comité directeur sur les relations gouvernementales
<b>Dr Michael Levy</b>	Comité de reconnaissance des produits de consommation (président)	<b>Dre Heather D. Torrie</b>	Comité des communications et du recrutement
<b>Dr Kevin E. Lung</b>	Comité de la dentisterie communautaire et institutionnelle	<b>Dr Michael A. Wiseman</b>	Comité de reconnaissance des produits de consommation
<b>Dre Marjorie L. MacDonald</b>	Comité directeur sur les régimes de soins dentaires	<b>Dr Christopher C. Wyatt</b>	Comité de la dentisterie communautaire et institutionnelle
<b>Dr Daryoush Maleki</b>	Comité des affaires étudiantes	<b>Dr Grant Yiu</b>	Comité des affaires étudiantes
<b>Dre Dorothy McComb</b>	Comité des matériaux et instruments dentaires (présidente)	<b>Dr David J. Zaporinuk</b>	Comité directeur sur les régimes de soins dentaires
		<b>Dr Glen B. Zenith</b>	Comité directeur sur les régimes de soins dentaires





simply doing more

QUALITY    SUPPORT    EDUCATION    INNOVATION

## Notre devoir de perfection – Votre sécurité.

L'une des principales conditions pour obtenir les meilleurs résultats possibles est l'utilisation de produits d'une extrême qualité ayant fait l'objet d'études scientifiques. Notre étroite collaboration avec l'équipe d'implantologie internationale ITI, notre savoir-faire acquis au cours de plusieurs décennies et une précision suisse de très haut niveau, garantissent votre réussite – faites-nous confiance.

Straumann est l'un des premiers fournisseurs mondiaux de solutions en implantologie dentaire et dans le domaine de la régénération tissulaire.



## Protection éprouvée contre la sensibilité. Goût éprouvé de Colgate.

### SOULAGEMENT DE LA SENSIBILITÉ FORCE MAXIMALE



Colgate dents sensibles contient le niveau maximal de nitrate de potassium qui a été éprouvé en clinique pour avoir un effet désensibilisant direct sur les fibres nerveuses pulpaire de la dent. Il développe graduellement un écran protecteur qui prévient les chocs de douleur soudains causés par les dents sensibles dans les deux semaines.

### SOIN QUOTIDIEN



Colgate dents sensibles contient du fluorure de sodium qui offre une protection contre la carie. Combiné au brossage, ce dentifrice aide aussi à réduire la plaque.

### HALEINE FRAÎCHE



Colgate dents sensibles ne procure pas seulement une sensation de fraîcheur et de propreté, il a aussi un goût formidable. Offert en deux saveurs pour que vos patients veuillent l'utiliser tous les jours, pour une protection continue contre la sensibilité.

*Pour une protection de tous les jours contre la sensibilité, au goût épatant et à prix abordable, recommandez Colgate dents sensibles.*

## DES ÉCHANTILLONS SERONT ENVOYÉS SOUS PEU À VOTRE CABINET DENTAIRE

Colgate dents sensibles peut s'utiliser tous les jours au lieu d'un dentifrice normal contenant du fluorure.

\*MD Colgate-Palmolive Canada Inc.

# Actualités

## Enquête sur la santé buccodentaire des Canadiens

Pour la première fois en plus de 30 ans, une enquête sur la santé nationale comprendra une partie portant sur la santé buccodentaire. En train d'être élaborée, l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) de Statistique Canada vise à obtenir des données précieuses sur la santé des Canadiens.

«Même si la santé buccodentaire est reconnue comme un élément intégral de la santé en général, il n'y a pas eu d'enquête nationale sur la santé buccodentaire depuis plus de 3 décennies», a déclaré le Dr Peter Cooney, dentiste en chef du Canada. «Il est important de connaître l'état de santé buccodentaire des Canadiens afin de pouvoir planifier comment répondre à leurs besoins futurs dans ce domaine.»

L'enquête recueillera des renseignements clés sur la santé de 2 façons distinctes : premièrement, à l'aide de mesures physiques directes sur les participants comme la tension artérielle, la taille et le poids, le prélèvement d'échantillons de sang et d'urine, et des examens cliniques de la bouche; deuxièmement, à l'aide d'un questionnaire portant sur la nutrition, l'usage du tabac, les antécédents médicaux, l'état de santé actuel, le comportement sexuel, le mode de vie, le statut socioéconomique et l'hygiène buccodentaire.

Le module buccodentaire de l'enquête évaluera les liens entre la santé buccodentaire et d'autres questions de santé systémiques tels le diabète et les maladies respiratoires et cardiovasculaires. Seront également examinés les liens entre la santé buccodentaire et d'autres facteurs de risque comme la pauvre alimentation, l'éducation et les facteurs environnementaux et socioéconomiques. L'examen clinique de la bouche permettra d'établir un indice de référence pour les dents cariées, absentes ou obturées (CAOD) des Canadiens.

L'ADC a été invitée à participer au Comité d'orientation de l'ECMS réuni pour mettre au point les parties de

l'enquête portant sur la santé buccodentaire, tant pour le questionnaire que pour l'examen clinique. «Ce comité est un bon exemple de la façon dont différents ministères du gouvernement, établissements universitaires et autres organismes de la santé buccodentaire peuvent travailler ensemble pour obtenir des résultats souhaités», a poursuivi le Dr Cooney.

Le comité a réuni des représentants des 3 facultés de médecine dentaire, des associations dentaires provinciales, du Groupe de travail fédéral-provincial-territorial des directeurs de santé dentaire, de la Fédération des organismes de réglementation dentaire canadiens et, plus récemment, du ministère de la Défense nationale.

L'enquête est censée s'étendre sur 2 ans et prendre fin en 2008. Pour plus d'information, veuillez consulter le site [www.statcan.ca/francais/concepts/hs/measurements\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/concepts/hs/measurements_f.htm). ♦

## L'UCB crée un poste en dentisterie gériatrique

La Faculté de médecine dentaire de l'Université de la Colombie-Britannique (UCB) vient de créer le premier poste de professeur en dentisterie gériatrique

au Canada. Le nouveau titulaire du poste mènera de vastes recherches sur des pratiques et des normes efficaces de traitement clinique en soins gériatriques, ajoutant à l'ensemble des connaissances du Canada dans ce domaine.

Ce poste confirme l'engagement de l'UCB à jouer un rôle prépondérant dans la conception de nouvelles techniques en dentisterie gériatrique. L'un des objectifs de la faculté est d'améliorer les soins gériatriques au Canada en augmentant la capacité de recherche et le transfert des connaissances par des applications pratiques de santé buccodentaire dans les populations vieillissantes.

La création de ce poste exigera 1 million de dollars. Jusqu'à présent, la faculté, avec l'aide de son Comité sur la gériatrie dentaire communautaire, a recueilli plus de 225 000 \$. Le comité cherche à obtenir d'autres contributions de la part des collectivités dentaires et des sociétés. Veuillez joindre la Faculté de médecine dentaire de l'UCB ([www.dentistry.ubc.ca](http://www.dentistry.ubc.ca)) pour obtenir d'autres renseignements sur ce poste de professeur, par téléphone au (604) 822-6808 ou par courriel à [dentistry.development@ubc.ca](mailto:dentistry.development@ubc.ca). ♦

## ARTISTE VEDETTE

Ce mois-ci, la photo en page couverture provient du Dr Moe Tabesh, de Vancouver (C.-B.). Diplômé de l'Université Dalhousie en 2004, le Dr Tabesh est présentement résident en dentisterie générale à l'Hôpital général de Vancouver et à l'Université de la Colombie-Britannique.

Il a commencé à s'intéresser à la photographie en héritant de l'appareil-photo de son père fabriqué vers 1975. «J'ai une passion pour les voyages et la photographie et, par bonheur, les 2 vont bien ensemble, explique le Dr Tabesh. Je fais de la randonnée dans des régions et des pays différents, sans cesse à la recherche de la parfaite photo à croquer.» Ses photos sont présentées dans des expositions publiques, et d'autres agrémentent les cabinets de ses collègues dentistes.

La photo en page couverture montre une cathédrale à Séville, en Espagne. Le clocher somptueusement décoré illustre l'architecture moresque traditionnelle. ♦

*Photo de l'artiste prise par Mme Jillian Manthorne de Vancouver.*





## Gala des récompenses de l'APF

L'Académie Pierre Fauchard (APF) tiendra son Gala canadien des distinctions 2005 le mercredi 24 août, après les cérémonies d'ouverture du Congrès de la FDI à Montréal. Cette année, l'APF rendra hommage au Dr George Zarb en lui remettant le Prix Elmer S. Best qui est octroyé aux membres de la profession dentaire qui y ont fait d'importantes contributions au niveau international. Les Drs Marcia Boyd et Robert Salois recevront les Distinctions pour services émérites de 2004 et 2005 respectivement. Par ailleurs, on procédera à l'investiture des nouveaux fellows de l'APF et à la distribution des bourses aux étudiants cliniciens.

Pour confirmer votre présence, veuillez faire parvenir un chèque (100 \$ par personne) au Dr Barry Dolman, 304-5885 Côte-des-Neiges, Montréal (QC) H3S 2T2 (les réservations sur place ne seront pas permises). ♦

## ACTIVITÉS DE L'ADC

### Conférence sur les préoccupations communes

Tenue le 4 mars à Toronto, la Conférence sur les préoccupations communes avait pour thème de meilleures communications entre tous les intervenants.

Coparrainée par l'ADC et l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), cette conférence d'une journée a réuni des représentants de la dentisterie organisée et de l'industrie des assurances afin de débattre des questions d'intérêt commun reliées à la prestation des soins buccodentaires aux Canadiens et de développer des relations constructives entre elles.

Les sujets débattus ont compris les rôles et les responsabilités de chacune des parties respectives, l'introduction de nouveaux traitements dans les régimes de soins dentaires, la conception et l'administration de ces régimes et la réélaboration du Guide du système de codification standard et du répertoire des services (GSCS&RS).

Les participants ont également été invités à discuter de l'influence de la technologie sur les choix de traitements non invasifs et de la volonté des assureurs d'inclure de nouvelles options de traitement dans leurs régimes. Pour en savoir davantage sur le contenu de la conférence, veuillez consulter le volet réservé aux membres du site Web de l'ADC. ♦

### Rencontres des représentants des relations gouvernementales

En mars, des représentants de l'ADC ont rencontré des hauts fonctionnaires du gouvernement dans le cadre des relations que l'ADC entretient sans cesse avec le gouvernement et des démarches qu'elle fait pour défendre les intérêts de la profession. Ces rencontres ont compris des discussions personnelles avec le Dr David Butler-Jones, l'administrateur en chef de la santé publique du Canada, et Morris Rosenberg, sous-ministre de la Santé.

Les sujets abordés sont allés du rôle de la santé buccodentaire en santé publique, dont la promotion et les initiatives de prévention, à la nécessité de souligner l'importance et le statut des soins buccodentaires à Santé Canada.

La rencontre avec le Dr Butler-Jones a compris des discussions préliminaires sur le rôle des dentistes en cas de pandémie. L'ADC a été heureuse de constater qu'elle est vue comme une source crédible d'information et un organe de diffusion d'information auprès des dentistes en cas de crise de santé publique de ce genre.

Enfin, une rencontre avec le président du Caucus libéral sur l'enseignement postsecondaire et la recherche a couronné un mois productif pour les représentants des relations gouvernementales de l'ADC. Le député Michael Savage a prêté l'oreille aux craintes exprimées par l'ADC touchant les problèmes actuels et potentiels de sous-financement des programmes professionnels dans les universités et les défis particuliers à relever pour améliorer la viabilité de l'enseignement dentaire au Canada. ♦

## Mois national de la santé buccodentaire



Parmi les principaux éléments de la campagne du Mois national de la santé buccodentaire (MNSB)

2005 de l'ADC, on compte les suppléments sur la santé buccodentaire qui sont parus dans le *Journal de Montréal* et le *National Post*.

Le dimanche 3 avril, le *Journal de Montréal* a publié un supplément de 12 pages sur la santé buccodentaire. Un jour plus tard, la publication du supplément dans le *National Post* marquait la sixième année consécutive que l'ADC et ce journal quotidien d'envergure joignaient leurs forces. Cette année, les articles sur la santé buccodentaire aidaient à promouvoir le thème de la campagne du MNSB 2005, *La santé buccodentaire – pour vivre en santé*.

Les commentaires reçus jusqu'à présent sur les 2 publications ont été positifs. Pour votre commodité, nous avons inclus les suppléments dans l'édition du *JADC* de ce mois-ci. ♦

## ERRATUM

Veuillez prendre note d'une correction apportée à l'information touchant l'abonnement en ligne à CDAnet, à la page 4 de l'édition de *L'Équipe dentaire* de janvier-février 2005. La phrase devrait se lire ainsi : «Au Canada, CDAnet est offert gratuitement aux dentistes qui sont membres de l'ADC ou de l'Association dentaire de l'Ontario.» ♦

Pour accéder directement aux sites Web cités dans les actualités, rendez-vous aux signets du *JADC* de mai à <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-71/issue-5/index.html>.

DÉCÈS

Dr John W. (Jack) Neilson

Le Dr John W. (Jack) Neilson est décédé subitement et sans douleur à Vernon (C.-B.) le 25 février 2005 à l'âge de 87 ans. Né à Saskatoon (Saskatchewan), Jack Neilson a obtenu son DDS à l'Université de l'Alberta en 1941.

À la fin des années 1950, le Dr Neilson a été recruté pour devenir le doyen de la toute nouvelle Faculté de médecine dentaire de l'Université du Manitoba. Celle-ci ouvrit ses portes en 1960 et, pour beaucoup des premiers étudiants, elle est encore «la maison que Jack a construite». Le Dr Neilson fut celui qui introduisit le premier diplôme de docteur en médecine dentaire (DMD) au Canada. Il estimait que la profession dentaire devait être perçue comme une discipline s'éloignant de la «mécanique» de la dentisterie et se rapprochant de la médecine et de la prévention.

En plus d'être doyen, le Dr Neilson était examinateur et président de l'Académie canadienne de parodontologie, président du conseil d'administration du Fonds canadien pour l'enseignement dentaire et président de l'Association des facultés dentaires du Canada. Il était aussi fellow du Collège royal des dentistes du Canada, du Collège international des dentistes et de l'Académie américaine des dentistes. En 1984, il a reçu le titre de membre honoraire à vie de l'Association dentaire du Manitoba. Le Dr Neilson s'est retiré des rangs de doyen en 1977 et a continué d'enseigner à la faculté de médecine dentaire jusqu'en 1983, quand il déménagea à Vernon (C.-B.) avec son épouse Beth. ♦

INDEX DE ANNONCEURS

3M ESPE . . . . .	296
A-Dec International . . . . .	334
CDSPI . . . . .	333, 348, 352
Colgate-Palmolive Canada Inc. . . . .	300, 314
Congrès de la FDI 2005 . . . . .	340
DioGuardi and Company, LLP . . . . .	347
Fonds de l'ADC . . . . .	58
GlaxoSmithKline. . . . .	320, 350-1
Imtec Corporation . . . . .	317, 359
Ivoclar Vivadent Canada Inc.. . . . .	308
Laboratoires Oral-B . . . . .	297, 298
Procter & Gamble . . . . .	304
SciCan . . . . .	294
Straumann Canada Ltd. . . . .	313
Sunstar Butler . . . . .	339, 360
Vacalon Inc. . . . .	307
VOCO GmbH. . . . .	324

**IMTEC Corporation**  
A global leader in Mini Dental Implants

**IMTEC MDI SENDAX**  
LONG-TERM DENTURE STABILIZATION

**One Hour One Stage Immediate Loading**

Call for your free technique video featuring the 1.8mm mandibular overdenture surgery. Other MDI training aids and brochures are available.

800-226-3220  
www.imtec.com

**IMTEC CANADA**  
Implant Technology for the 21st Century

**2005 IMTEC MDI Seminar Schedule**

September 16, Toronto  
September 23, Montreal  
October 21, Vancouver  
October 29, Halifax  
November 11, Calgary  
December 2, Toronto

**2005 IMTEC MDI Advanced Seminar Schedule**

September 24, New York, NY

**2005 IMTEC MDI Oklahoma University Seminar Schedule**

July 9-10, Oklahoma City, OK  
September 10-11, Oklahoma City, OK  
November 12-13, Oklahoma City, OK

# Les affaires de la dentisterie

*Afin de répondre aux demandes de renseignements et de ressources des dentistes sur les aspects commerciaux de la dentisterie, une nouvelle rubrique intitulée «Les affaires de la dentisterie» sera publiée périodiquement dans le JADC. De plus, d'autre matériel sur la gestion du cabinet paraîtra sur le site Web de l'ADC, dans la section réservée aux membres. Si vous avez des suggestions d'article, faites-les parvenir à [publications@cda-adc.ca](mailto:publications@cda-adc.ca).*

## Foire aux questions sur la gestion du cabinet

L'article qui suit propose des réponses à certaines questions courantes liées à la gestion du cabinet. «Les réponses proposées visent à maximiser la rentabilité, en misant sur l'efficacité, la frugalité et l'ingéniosité, explique le Dr John Marinovich. Le dentiste devrait tenter de maintenir ses frais généraux en deçà de 50 %. Les entreprises les plus solides financièrement ont tendance à être les plus viables. Un modèle simplifié axé sur la réduction des dépenses, l'accroissement des recettes et l'épargne peut vous aider à rendre votre cabinet prospère.»

### Question

J'ai 5 employés (2 hygiénistes, 2 assistantes et 1 réceptionniste). Je crois que je devrais embaucher un gestionnaire de cabinet pour s'occuper des questions administratives qui sont actuellement sous ma responsabilité et qui prennent beaucoup de mon temps. Je crains toutefois que ce poste salarial supplémentaire ne réduise mes résultats nets.

Permettez-moi d'abord de vous féliciter pour votre attitude qui témoigne d'une réelle responsabilisation financière. La rémunération annuelle d'un gestionnaire expérimenté à temps plein peut varier de 35 000 \$ à 55 000 \$ ou plus, selon la situation du marché dans votre région. Cette rémunération sera puisée directement dans votre revenu net, ce qui aura pour effet de hausser sensiblement vos dépenses et donc de réduire votre salaire net.

En général, les salaires et avantages sociaux constituent les principales dépenses d'un cabinet dentaire. Bien que certains spécialistes estiment que ces dépenses représentent entre 16 % et 38 % du revenu brut, je recommande plutôt d'essayer de garder cette proportion entre 20 % et 25 %. Bien sûr, la situation de chaque cabinet et praticien est unique, et il peut être difficile de maintenir les dépenses à un tel niveau.

La gestion du cabinet exige souvent un temps précieux que le dentiste pourrait consacrer à traiter des patients. En théorie, donc, le fait de confier ces tâches administratives à une autre personne devrait accroître votre production et compenser ainsi pour le nouveau poste salarial. Cependant, si vous ne parvenez pas à augmenter sensiblement votre production ou le nombre de traitements dispensés, l'arrivée de ce nouvel employé pourrait au contraire nuire à votre cabinet.

Il y a toutefois d'autres solutions, comme l'externalisation et la délégation, qui peuvent être envisagées plutôt que d'embaucher un gestionnaire à temps plein. Ainsi, une solution à la fois efficace et rentable consiste à embaucher un aide-comptable à temps partiel pour s'occuper notamment de la paie, des comptes créditeurs, des procédures de clôture en

fin de mois, des opérations bancaires et bien d'autres tâches. Cette option sera non seulement beaucoup moins coûteuse que l'embauche d'un gestionnaire à temps plein, mais elle vous offrira également plus de latitude si vos besoins venaient à changer.

Avant d'embaucher un aide-comptable, vous pouvez consulter les autres entreprises de votre région pour obtenir des références. Vous pouvez aussi faire appel à un cabinet d'experts-comptables qui pourra se charger, à votre place, de l'entrevue et de l'embauche de ces professionnels. Ces cabinets offrent ce service régulièrement et chercheront un candidat compétent et digne de confiance, qui saura répondre à vos besoins. Un aide-comptable efficace pourra aussi vous aider à réduire vos frais comptables, en s'occupant de la majeure partie de la préparation des états financiers.

Une autre stratégie consiste à déléguer de nouvelles fonctions au personnel existant. Expliquez à vos employés que l'embauche d'un nouveau gestionnaire réduirait les bénéfices du cabinet, de sorte qu'il vous serait plus difficile de leur offrir des augmentations salariales ou des primes. Les membres de l'équipe dentaire sont souvent disposés à assumer d'autres rôles et fonctions, et ces responsabilités additionnelles peuvent aussi accroître leur confiance et leur donner un sentiment de réalisation et d'autonomie.

Il y a en outre d'autres avantages à avoir une petite équipe dentaire, que l'on pense à la cohésion, à la redevabilité et à l'esprit d'équipe qui naît du fait de faire partie intégrante d'un groupe étroitement lié. L'arrivée d'une nouvelle personne peut nuire à la dynamique qui s'est créée au sein du cabinet. La dernière chose que recherche une petite équipe est la venue d'un autre patron.

Un collègue m'a fait part d'une formule efficace qu'il utilise et qui consiste à tenir chaque semaine une rencontre de 30 minutes avec son personnel, durant la pause-déjeuner. Cette rencontre permet à tous les membres du personnel de discuter ouvertement de leurs préoccupations, y compris de formation, de l'éducation des patients, de redevabilité et de coopération, et elle est toujours l'occasion de souligner un aspect positif. Selon ce collègue, ces rencontres ont amélioré le moral et l'esprit d'équipe du personnel.



Donc, n'oubliez pas d'examiner les autres solutions qui s'offrent avant d'embaucher un autre employé à temps plein et de tenir compte de la dynamique qui existe au sein de votre équipe avant de prendre une décision. Enfin, n'oubliez pas que si le nombre de vos employés augmente, un rendez-vous annulé ou une case horaire laissée libre pourrait devenir coûteux. ❖

## 2

J'ai suivi plusieurs cours sur la dentisterie esthétique et globale, mais je n'arrive pas à accroître ma clientèle dans ce domaine. Notre cabinet est relativement moderne mais, à l'exception du système informatique, le reste pourrait être qualifié d'assez rudimentaire. Je crois que nous devons moderniser notre image et notre équipement. Cette solution me permettrait-elle de commencer à faire le type de travail que je suis capable d'exécuter et qui m'intéresse vraiment?

Nous sommes tous conscients de la place qu'occupe la technologie en dentisterie et dans chaque aspect de notre vie. En effet, que ferions-nous aujourd'hui sans téléphones cellulaires et sans ordinateurs? Cependant, même si l'adoption des plus récentes technologies peut donner l'impression que votre cabinet offre des services en dentisterie esthétique et globale, l'acquisition d'équipement ne constitue pas en soi une garantie d'un plus grand nombre de cas.

Comme je l'ai mentionné dans l'introduction de la présente rubrique, le dentiste doit tenter de maintenir ses frais généraux en deçà de 50 %. Bien sûr, un accroissement de la production est souhaitable, mais seulement si cette hausse se traduira par une augmentation équivalente des résultats nets. Un grand nombre de dentistes éprouvent de la frustration lorsqu'ils constatent que leur revenu net stagne, ou pire encore qu'il diminue, alors qu'ils ont augmenté leur production. Mon conseil est le suivant : examinez votre situation en fonction du rendement du capital investi. Déterminez le coût global, puis calculez vos coûts sur une base horaire afin de déterminer s'il vous faudra facturer ce montant horaire additionnel pour couvrir la nouvelle dépense.

Bien sûr, il y a aussi d'autres questions plus générales qui doivent être examinées, par exemple : Quels seront les avantages du nouvel équipement pour mes patients? Cet équipement me permettra-t-il de réduire la durée d'exécution d'un traitement et donc d'en faire davantage, ou de réaliser des économies? Si les réponses à ces questions sont ambiguës, peut-être devriez-vous réévaluer la pertinence de l'achat envisagé.

Examinez toutes les options qui s'offrent avant de faire un investissement aussi important. En effet, la plupart du temps, le faible taux d'acceptation de traitements est lié à des

caractéristiques propres au dentiste. Inspirez-vous confiance à vos patients? Êtes-vous sensible à la personnalité, aux préoccupations et aux besoins particuliers de chaque patient? Pourriez-vous améliorer vos aptitudes de communication? Est-ce que vous et votre personnel êtes vraiment convaincus de l'efficacité du traitement que vous recommandez?

Voici un petit test que je vous conseille de faire à l'occasion. Imaginez que votre patient est un membre de votre famille immédiate (une personne que vous aimez) et demandez-vous quel traitement vous recommanderiez à ce membre de votre famille. Si vous êtes en mesure de donner une réponse rapide et non équivoque, vous serez tout aussi convaincant avec vos patients. Suivez ce principe, et je suis certain que cela aura un effet positif sur votre cabinet.

Enfin, avant de faire l'achat d'un équipement majeur, faites quelques calculs mathématiques simples pour déterminer si cet achat est judicieux sur le plan économique. L'injection irréfléchie d'argent permet rarement de résoudre un problème. Adoptez une attitude responsable sur le plan financier et examinez toutes vos options avant d'acheter. ❖



*Le Dr John Marinovich est le fondateur du Marinovich Group, un groupe de consultation en gestion du cabinet.*

*Écrire au : Dr John Marinovich, 658, Old Highway #2, Trenton, ON K8V 5P5. Courriel : john@marinovichgroup.com.*

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

Les membres de l'ADC trouveront d'autres articles sur les affaires de la dentisterie au volet du site Web qui leur est réservé à l'adresse [www.cda-adc.ca/french/news\\_events/media\\_room/dentistry\\_news/2005/03\\_23\\_05.asp](http://www.cda-adc.ca/french/news_events/media_room/dentistry_news/2005/03_23_05.asp).

# 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.<sup>1,¥</sup> Thanks to the prophylactic use of Zofran in high risk surgical patients – greater patient satisfaction was shown to have been achieved compared to placebo.<sup>2,\*</sup>

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

- superior to metoclopramide<sup>3,\*\*</sup>
- similar to droperidol<sup>4,††</sup>

**Consider Zofran first line in your high risk patients.<sup>2</sup>**

Zofran is indicated for the prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting.<sup>5</sup>

And Zofran has an excellent safety profile.<sup>5,6,†</sup>

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

Please refer to Product Monograph for full prescribing information.

 **Zofran**<sup>®</sup>   
ondansetron HCl  
iv/tablets/oral formulation

**first**<sup>\*\*</sup>

**\*\*First 5-HT<sub>3</sub> antagonist<sup>5</sup>**

¥ In this study, 101 patients completed a survey in which they ranked 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=0.60, 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.



## Entrevue avec le Dr George Zarb

Dans le cadre de ce numéro spécial sur la prosthodontie, le *JADC* s'est entretenu avec le Dr George Zarb pour lui parler des faits saillants et des principales réalisations qui ont marqué sa brillante carrière dans le domaine de l'enseignement clinique.

© J Can Dent Assoc 2005; 71(5):321-3

**JADC : Qu'est-ce qui vous a amené à choisir la médecine dentaire lorsque vous habitez à Malte?**

*Dr George Zarb (GZ) :* Pour bien des gens de ma génération, les années de la guerre à Malte furent marquées par une accélération de l'enseignement secondaire. Nous étions pressés d'aller à l'université, et la mise en place d'un nouveau programme de médecine dentaire, par la Faculté de médecine de l'Université royale de Malte, offrait un moyen rapide d'obtenir un diplôme dans une spécialité médicale. Le programme d'enseignement était basé sur le très respecté système universitaire britannique, et les diplômés maltais recevaient l'équivalence de leur diplôme dans ce pays. C'est pourquoi, la plupart des diplômés en médecine dentaire faisaient leur programme de fellowship au Royaume-Uni, avant de revenir s'établir à Malte. J'ai obtenu mon premier diplôme en médecine dentaire à l'âge de 21 ans, et c'est alors que j'ai envisagé une carrière dans le domaine de l'enseignement clinique universitaire, une voie qui s'écartait du modèle «colonial» traditionnel de l'époque.

**JADC : Qui vous ont le plus influencé durant vos études à Malte?**

*GZ :* J'ai fait mes études dans ce qui était à l'époque la plus petite faculté de médecine dentaire de langue anglaise au monde, laquelle était en fait une version savante de l'école à classe unique. La faculté était dirigée par un visionnaire extraordinaire, le professeur John Mangion. Ce médecin-dentiste, qui avait suivi une formation supérieure en Grande-Bretagne, cherchait à inculquer à ses diplômés (environ 4 dentistes tous les 3 ans) la conviction que la taille et la réputation internationale d'une faculté de médecine dentaire ne sont pas proportionnelles à l'excellence de l'enseignement qui y est dispensé.

Le professeur Mangion fut l'une des quelques personnes dont la vision a profondément influencé ma carrière. Celui-ci estimait que

les volets essentiels du savoir dentaire — c.-à-d. l'enseignement, la prestation des soins et la recherche — étaient assujettis à un tout, cette philosophie s'appuyant sur un concept d'unité dominé par la synergie entre la chirurgie et la prosthodontie. Il m'encouragea à omettre la période obligatoire d'études au Royaume-Uni et à me rendre plutôt aux États-Unis. Grâce à une bourse d'études Fulbright obtenue en 1960, j'ai commencé mes études supérieures en dentisterie restauratrice à l'Université du Michigan.

**JADC : Comment en êtes-vous venu à vous installer au Canada?**

*GZ :* Les conditions rattachées à la bourse d'études Fulbright exigeaient que je m'absente des États-Unis pendant 2 ans; ma femme et moi avons donc déménagé à Toronto où j'ai cumulé un poste de dentiste généraliste à temps partiel et un poste d'enseignement en prosthodontie. Puis, grâce à une bourse d'études du Fonds canadien pour l'enseignement dentaire, j'ai fait une année supplémentaire d'études supérieures en prosthodontie à l'Université de l'État de l'Ohio, sous la direction du regretté Carl Boucher qui me nomma rédacteur adjoint du *Journal of Prosthetic Dentistry*. En 1966, j'ai accepté un poste à temps plein à l'Université de Toronto, et c'est à ce moment que commença ma carrière universitaire au Canada et ma croisade visant à faire reconnaître ma discipline comme une spécialité au Canada et dans la province.



Le Dr George Zarb (assis) avec 2 de ses collègues de longue date de l'Université de Toronto, les Drs Aaron Fenton (à gauche) et Jim Anderson.

**JADC : Quelles furent vos premières impressions de la dentisterie au Canada?**

*GZ :* La prosthodontie au Canada accusait un retard par rapport à la spécialité américaine, mais je fus en contact avec de nombreux collègues qui partageaient ma vision quant au rôle de premier plan que devait jouer la prosthodontie dans les domaines de l'enseignement et de l'exercice clinique. J'ai eu la chance de rencontrer des collègues qui m'apportèrent une aide très précieuse, autant sur la scène



politique qu'universitaire. Ainsi, en collaboration avec les Drs Donald Kepron de l'Université McGill et Douglas Chaytor de l'Université Dalhousie, nous avons augmenté la visibilité de la spécialité et fondé l'Association des prosthodontistes du Canada — une réalisation qui n'aurait pas été possible sans la formidable motivation, l'intégrité et la vision de ces 2 hommes.

**JADC :** Pouvez-vous expliquer plus en détail en quoi consistait la prosthodontie au Canada à cette époque?

**GZ :** L'infrastructure universitaire alors en place au pays et l'absence de programmes d'études supérieures nuisaient à la reconnaissance du potentiel de cette discipline. L'opinion généralement reçue à l'époque était qu'un généraliste compétent, qui suivait un cours de formation continue, pouvait devenir un «architecte de la cavité buccale» sans suivre une formation supérieure rigoureuse. L'Université de Toronto réunissait à l'époque un éventail remarquable et diversifié de chercheurs érudits et constituait le milieu tout indiqué pour repenser la discipline au niveau intellectuel le plus élevé. Mes plus grands alliés dans ma démarche en faveur d'une discipline inspirée par l'éclectisme furent le Dr Aaron Fenton, puis le Dr Jim Anderson.

J'ai décidé de consacrer ma carrière à diffuser le message selon lequel la prosthodontie est sans doute la discipline la plus complexe, la plus exigeante mais aussi, en bout de ligne, la plus gratifiante de la dentisterie. Elle allie les concepts de la bio-ingénierie, de la logique, de la déontologie ainsi que de la forme et de la fonction architecturales. Les différents volets de cette discipline — à savoir le maintien de l'intégrité de la dent et des tissus sous-jacents et la prise en charge de la santé globale du patient, pour ne nommer que ceux-ci — sont reliés aux notions de l'architecture intrabuccale et extrabuccale, de sorte que cette discipline englobe beaucoup plus que la simple manipulation de matériaux et l'application de techniques sophistiquées. Je l'ai toujours considérée comme un domaine qui a largement dépassé les principes traditionnels selon lesquels les fondements scientifiques de la dentisterie clinique se résument à un ensemble d'anecdotes. Il était temps de faire des connaissances cliniques fondées sur les faits des interventions ciblées.

**JADC :** D'où vous est venu cet intérêt pour les implants dentaires?

**GZ :** Je n'oublierai jamais le jour où Henry Levant, un des nombreux étudiants diplômés exceptionnels qui ont enrichi ma carrière universitaire, m'a fait remarquer que nos recherches sur le scellement d'implants dentaires sur des mâchoires

d'animaux expérimentaux avaient un lointain rapport avec des travaux menés par un chercheur suédois en orthopédie. Cette observation d'Henry m'amena à étudier les travaux de Per Ingvar Brånemark, puis à visiter son laboratoire à l'Université de Göteborg dans les années 70 et ensuite à demander des fonds de recherche en vue de corroborer les allégations de Brånemark sur l'osséointégration.



Le Dr Zarb a reçu le titre de membre honoraire de l'ADC en 2004 du Dr Louis Dubé. Il avait également reçu la Distinction pour services émérites en 1991.

**JADC :** Diriez-vous que l'osséointégration fut la plus grande découverte en prosthodontie?

**GZ :** Absolument! La notion selon laquelle l'interaction entre un matériau alloplastique particulier et le site osseux de l'hôte peut induire une ostéogenèse interfaciale fut une percée inespérée pour les patients en prosthodontie. Pratiquement du jour au lendemain, cette découverte laissait en effet entrevoir l'incroyable possibilité d'abandonner le caractère artificiel des prothèses amovibles et des prothèses fixes invasives. Cette

découverte, qui reflétait la biotechnologie à son meilleur, définit les fondements d'une révolution dans le savoir dentaire.

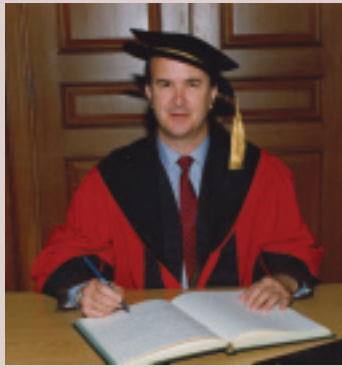
**JADC :** Comment décririez-vous votre contribution personnelle à la prosthodontie?

**GZ :** J'ai eu la chance d'obtenir l'aide du gouvernement, puis de l'industrie, pour mener des recherches cliniques sur l'efficacité des implants dentaires ostéointégrés. Au début des années 80, la plupart des chercheurs cliniciens se concentraient sur l'enseignement et les responsabilités à l'égard des patients, de sorte qu'il était difficile de trouver du temps pour des recherches majeures. Il était donc fréquent que les étudiants de cycle supérieur aient à faire la démonstration de leur créativité par des recherches de laboratoire, une formule cependant peu propice à l'obtention de résultats pratiques majeurs immédiats, susceptibles d'avoir une influence profonde sur l'exercice de la dentisterie.

Cependant, nos travaux ont permis d'obtenir de tels résultats; nous avons résisté à la tentation commerciale d'inventer un autre type d'implant et avons tenté plutôt d'étendre et de diversifier les applications cliniques du système Brånemark et de concilier nos prescriptions thérapeutiques avec les considérations liées au siège de l'implant, ainsi qu'à l'âge, au sexe et à l'état de santé du patient. Nous avons compilé avec soin des données cliniques qui ont pu être réunies en des outils pédagogiques destinés aux étudiants des premier, deuxième et troisième cycles, ainsi qu'aux dentistes généralistes.

En collaboration avec Gerald Baker de l'Hôpital Mount Sinai, nous avons conçu des cours abrégés et des mini-programmes de résidence s'inscrivant dans le cadre de programmes de formation continue, et avons introduit

l'utilisation d'implants pour le remplacement de dents unitaires et le soutien de prothèses hybriques dans les cours de premier cycle, et ce, au moins 10 ans avant que cette approche ne soit découverte par d'autres écoles ou ne soit revendiquée comme une nouvelle norme en matière de traitement dentaire. Notre établissement d'enseignement fut également le premier au monde à enseigner la technique chirurgicale aux parodontistes et autres spécialistes dentaires. Enfin et surtout, nos travaux ont permis une convergence des données au sujet des protocoles de traitement et des résultats dans l'ensemble des applications de l'osséointégration. Cette approche multidisciplinaire a été possible grâce à des collaborations avec des intellectuels subversifs dans d'autres domaines (notamment l'occlusion et les troubles temporo-mandibulaires), comme les Drs Norman Mohl, John Rugh, Frank Dolwick, Christian Stohler, Barry Sessle et Bruce Ross.



*Le Dr Zarb a reçu de nombreuses accolades lors de cérémonies nationales et internationales pendant ses 35 ans de carrière, y compris un doctorat honoraire en droit de l'Université Dalhousie. On le voit ici signer le registre des grades honorifiques.*

viser l'excellence si nous voulons continuer d'offrir le meilleur enseignement à nos collègues en formation, car cette formation se traduira, en retour, par des soins optimaux pour les patients.

N'importe quel doyen vous le dira : les ressources semblent de plus en plus limitées, en particulier dans l'enseignement clinique. Si les gouvernements n'augmentent pas les fonds qu'ils octroient actuellement, nous risquons de continuer à ne remporter que des médailles de bronze. Ces fonds dont bénéficient quelques chercheurs exceptionnels en sciences fondamentales n'ont, en outre, aucun impact immédiat sur l'enseignement dentaire. Seul un financement séparé et ciblé peut aider à résoudre la crise financière qui nous accable.

Des programmes novateurs, comme les programmes de qualification, ont déjà aidé plusieurs facultés de médecine dentaire à élargir leurs horizons, à la fois sur le plan humanitaire et financier. Peut-

être le temps est-il venu d'envisager la fusion de facultés de médecine dentaire et la création de nouveaux programmes de qualification au niveau des spécialités, ce qui permettrait de résoudre en partie nos problèmes de recrutement et aussi de mieux faire valoir le savoir dentaire au Canada.

**JADC : Quels sont vos objectifs en qualité de rédacteur en chef de l'International Journal of Prosthodontists?**

*GZ* : J'estime que les mots en dentisterie sont plus convaincants que la fraise ou que la vis en titane. Je considère donc mon nouveau rôle de rédacteur en chef comme l'étape finale de ma mission visant à promouvoir la recherche clinique en prosthodontie, qui tient compte des préoccupations soulevées tant par le patient que par le dentiste. Par conséquent, les matériaux et les techniques n'occuperont pas une place prépondérante durant mon mandat comme rédacteur. Je considère toujours que le prosthodontiste qui a suivi une formation universitaire est celui qui doit diriger l'équipe décisionnaire, car c'est la personne la mieux apte à concilier les divergences d'opinions pour arriver à un argument cohérent et un plan de traitement informé. J'ai eu la chance de travailler avec beaucoup de collègues et d'étudiants qui m'ont amené à consolider cette conviction et à la développer. Ma carrière fut extrêmement gratifiante, et je commence à découvrir qu'il existe également de riches possibilités après la recherche universitaire clinique. J'ai bien l'intention de les exploiter pleinement, dans l'espoir que cette suite à ma carrière de dentiste sera tout aussi enrichissante. ♦

**JADC : À votre avis, quels sont quelques-uns des domaines de recherche les plus prometteurs en prosthodontie?**

*GZ* : Un grand nombre de chercheurs remarquables du domaine des sciences fondamentales ont approfondi nos recherches et ont formulé l'hypothèse que le traitement de la surface de l'implant ou la préparation du siège de la chirurgie permettrait peut-être d'améliorer encore davantage la marge de sécurité déjà remarquablement élevée qu'offre la technique actuelle. Des scientifiques, dont Jed Davies de l'Université de Toronto, mènent des travaux très intéressants qui portent entre autres sur le type de guérison autour des implants. Je demeure convaincu que ces travaux mèneront à d'autres percées majeures dans ce domaine et viendront consolider la synergie qui existe déjà entre la chirurgie et la prosthodontie. J'estime que le succès dans ce domaine ne vient pas clés en main. L'avalanche actuelle d'annonces publicitaires est plus une question de différenciation des produits dans un marché saturé que d'études de résultats fondées sur des données scientifiques.

**JADC : Comment pourrions-nous mieux faire valoir le savoir dentaire du Canada sur la scène internationale?**

*GZ* : Je n'ai aucun doute que nous formons actuellement des dentistes généralistes et spécialistes dont les compétences et la rigueur intellectuelle se comparent à celles des meilleurs diplômés d'autres établissements de renommée internationale. Cependant, nos programmes de premier cycle souffrent de la pénurie croissante de professeurs en clinique qualifiés, et bon nombre de doyens sont forcés de faire des compromis lors du recrutement de leur personnel. Cette situation vient renforcer la notion voulant que les dentistes généralistes sont les mieux placés pour former les dentistes généralistes, une notion avec laquelle je suis toutefois en désaccord. Notre profession doit

Temps de prise intra-buccale en moins d'une minute – **Nouveau! Matériau C&B en Seringue QM (quick mix)**



## Structur 2 QM

QUICK MIX

Matériau de couronnes et ponts temporaires à prise rapide et résistant à la fracture.

- Esthétique excellente par sa grande stabilité de teinte.
- Présentation permettant de stocker, à un coût raisonnable, plusieurs teintes au cabinet dentaire.
- Nul besoin de pistolet mélangeur.
- Possibilité de 15 couronnes par seringue.
- Embouts de mélange plus courts.

Nos distributeurs:

Patterson Dental  
Henry Schein Arcona  
Ash Temple/Servident  
Sinclair - Alpha Dental - Clift's Dental

11 Hanover Square · 19th Floor · New York · NY 10005 · [www.voco.com/usa](http://www.voco.com/usa) · [info@voco.com](mailto:info@voco.com)

**VOCO**

Call toll-free 1-888-658-2584

La recherche scientifique créative



# Hommage au Dr George Zarb

• Jim Anderson, BSc, DDS, MScD •

© J Can Dent Assoc 2005; 71(5):325

Le 30 juin 2004, le Dr George A. Zarb a fait ses adieux à la prosthodontie au sein de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Toronto. Cette retraite mettait fin à une nomination de 38 ans, représentant une grande partie de sa carrière. Elle marquait également la fin d'une époque dans le milieu de la prosthodontie au Canada. George a grandement contribué à l'avancement de la discipline au Canada et dans le monde, ce qui fait de sa retraite un événement marquant au sein de la dentisterie canadienne.

George possède une aptitude au travail prodigieuse; il suffit de constater le volume et la qualité de sa contribution. Il a rédigé ou révisé pas moins de 13 manuels, et contribué aux chapitres de 16 autres. Il est auteur ou coauteur de 137 autres publications scientifiques, a siégé au comité de rédaction de 7 revues dentaires et est actuellement rédacteur en chef de l'*International Journal of Prosthodontics*.

Au début de sa carrière, George souhaitait donner à la prosthodontie la place qui lui revenait au sein de la dentisterie organisée. Il a contribué à faire de la prosthodontie une spécialité reconnue en Ontario. Il était également cofondateur de l'Association des prosthodontistes du Canada, à laquelle il a siégé à titre de président. Sur la scène internationale, il a été coprésident du Collège international des prosthodontistes et président de l'Académie de prosthodontie. Sa participation au sein de ces organismes lui a permis de tisser des liens d'amitié avec beaucoup de personnes dans le monde et d'obtenir de nombreuses invitations à des événements internationaux.

Le respect qu'il a gagné auprès de ses collègues a permis à George d'occuper plus de 80 chaires de professeur invité dans presque toutes les provinces du Canada, une douzaine d'états américains et 19 pays du monde. On l'appelle parfois impresario, et je crois que ce titre lui va bien. Il a organisé 11 conférences internationales, dont sa première et, pourrait-on dire, la plus importante, celle de 1982 à Toronto, qui a ouvert la porte à l'osséointégration en Amérique du Nord. Le reste, comme on dit, c'est de l'histoire.

Dans leur ensemble, ces activités nous aident à comprendre l'influence et la reconnaissance profondes de George dans le monde. Elles ont fait en sorte que l'on associe la prosthodontie, la faculté et l'université aux normes internationales les plus élevées en matière d'enseignement, de recherche et de service clinique.

Afin de souligner la retraite de George, un colloque et un dîner officiel ont été organisés en hommage à sa carrière. Le

colloque s'intitulait «Prosthodontics 1966–2042: The near future based on the recent past». On y a fait une rétrospective de la carrière de George au fil des ans et une projection de l'avenir sur une même période de temps afin de voir en quoi la discipline (et toute la profession) a été et sera touchée. Sept conférenciers de renommée internationale ont également examiné en quoi les conditions ont changé et changeront d'une année à l'autre.

Le Dr Michael MacEntee s'est entretenu sur les besoins changeants de nos patients, et le Dr Doug Chaytor a procédé à une évaluation de l'évolution de l'enseignement de la prosthodontie. Le Dr Christian Stohler, doyen à l'Université du Maryland, a évalué le développement de la recherche en prosthodontie, tandis que le Dr Gunnar Carlsson, ancien rédacteur du *Journal of the International College of Prosthodontics*, a présenté les changements survenus dans la littérature sur la prosthodontie. Professeur émérite et ancien directeur du Département de chirurgie buccale et maxillofaciale de l'Université de Washington, Philip Worthington a parlé de l'évolution des relations entre la prosthodontie et ses disciplines connexes. Le professeur John Hobkirk de l'Eastman Dental Institute for Oral Health Care Services de Londres, en Angleterre, a examiné en quoi les progrès de la prosthodontie auront une incidence sur l'ensemble de la profession dentaire. Enfin, le professeur Tomas Albrektsson de Göteborg, en Suède, a traité de l'impact des implants sur la discipline.

Les documents présentés par ces éminents collègues sont publiés en version intégrale dans le *eJADC*. Vous trouverez dans les pages suivantes un bref sommaire de chaque présentation. Ensemble, ces personnes représentent un juste hommage au Dr Zarb. Elles se sont également réunies pour présenter un colloque remarquable visant à souligner la prosthodontie et l'influence marquée que George a exercée sur elle. La retraite du Dr Zarb laisse une marque dans le milieu de la prosthodontie – une marque durable qui est une source de grande fierté au sein de la dentisterie canadienne. ♦



Le Dr Anderson est membre de la Faculté de médecine dentaire à l'Université de Toronto. Il a présidé le colloque «La prosthodontie de 1966 à 2042».

# Prosthodontics: A Past with a Future?

(La prosthodontie : Qu'en est-il de son avenir?)

• John A. Hobkirk, PhD, BDS, FDSRCS(Ed), FDSRCS(Eng) •

## 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-71/issue-5/326.html>

© J Can Dent Assoc 2005; 71(5):326

La prosthodontie suit de près la chirurgie buccale en tant que spécialité dentaire : elle a su prouver qu'elle était une branche spécialisée qui s'est remarquablement bien adapter, qui a été novatrice et qui a su évoluer pour répondre aux besoins grandissants et de plus en plus complexes des patients et des nouvelles technologies.

L'évolution de l'agriculture, il y a de cela environ 8000 ans, a permis une diversification des compétences au-delà de la production d'aliments et comprenant des activités relatives à la santé. Les premiers soins dentaires ne se limitaient qu'à des chirurgies buccales simples, souvent sous l'égide d'associations qui n'existaient en Europe qu'en raison de contrats avec l'État, et comportaient des dispositions pour la formation, l'autoréglementation et le protectionnisme. À l'époque victorienne, l'enseignement dentaire a développé un modèle de formation universitaire, et de ce modèle résultèrent d'importantes avancées technologiques. À peu près au même moment, la notion de spécialisation en prosthodontie s'est développée, et elle est devenue une des premières spécialités se consacrant à la réadaptation plutôt qu'à la seule utilisation de méthodes d'ablation. La plupart des progrès de cette époque réalisés dans le domaine de la prosthodontie ont influencé toute la profession dentaire.

Le XX<sup>e</sup> siècle a vu naître une multitude de spécialités dans la plupart des pays développés. Cependant, on éprouvait de nombreuses difficultés à recruter des enseignants. Néanmoins, ce siècle a été marqué par des progrès majeurs dans le domaine de la prosthodontie, qui ont influencé toute la profession. L'augmentation de l'utilisation de traitements fondés sur les faits, ainsi que la reconnaissance de la base biologique de la médecine dentaire plutôt que l'utilisation d'une approche mécaniste, ont modifié la profession. De nouveaux adhésifs et de nouvelles techniques d'implants ont renouvelé la variété des traitements offerts.

Les défis actuels comprennent un changement dans la relation entre la profession et l'État relativement à la

surveillance de la discipline. Les pressions du public ont démontré que les patients n'étaient pas entièrement satisfaits du modèle autoréglementé développé par les associations. De plus, on assiste à une demande croissante de formation dentaire continue davantage structurée et surveillée et de réévaluation de la façon dont sont octroyés les permis d'exercer. Une pression supplémentaire est exercée afin que les membres auxiliaires de l'équipe dentaire évoluent et suivent les mêmes règles.

L'avenir de la spécialité est difficile à prévoir, mais il sera certainement influencé par l'informatisation, la mondialisation et l'urbanisation. La technologie informatique permet au patient de s'informer davantage. De plus, elle a permis la manipulation des images, facilitant ainsi l'élaboration et la fabrication des prothèses. La croissance globale de la population et l'urbanisation sont 2 phénomènes qui affecteront grandement les besoins en services de santé des différentes sociétés. Mais en même temps, la redistribution du travail vers des régions où les coûts sont moins élevés et le déplacement de la main-d'œuvre qualifiée vers des régions urbanisées amèneront des changements importants relativement à la disponibilité des services de prosthodontie partout dans le monde. Ces défis exigeront une adaptation rapide de la part de la prosthodontie si elle veut continuer à apprécier sa position centrale dans le domaine de la médecine dentaire. ♦

# The Impact of Oral Implants — Past and Future, 1966–2042

(L'impact des implants buccodentaires —  
le passé et l'avenir, de 1966 à 2042)

• Tomas Albrektsson, MD, PhD, ODhc •  
• Ann Wennerberg, 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-71/issue-5/327.html>

© J Can Dent Assoc 2005; 71(5):327

Cet article retrace les débuts de la recherche implantaire au milieu des années 1960 avec l'arrivée des armatures sous-périostées et des implants lames munis de perforations. Cependant, la documentation scientifique faisait défaut. Tout comme celles de ces prédécesseurs, les premières expériences de Per-Ingvar Brånemark donnèrent de piètres résultats. Toutefois, les modifications apportées au cours des années 1970 entraînèrent d'importantes améliorations qui furent alors minutieusement documentées. Un grand débat théorique s'ensuivit en Suède, mais il fut résolu par une révision des résultats cliniques effectuée par des pairs externes.

En Amérique du Nord, cette initiative fut peu connue jusqu'à ce que le Dr George Zarb prenne la tête d'un groupe de collègues de Toronto et se rende à Göteborg pour s'initier à ces techniques chirurgicales et prothétiques. Le Dr Zarb organisa également la cruciale «conférence de Toronto» au cours de laquelle l'osséointégration fut présentée à un auditoire très sceptique de représentants provenant de la plupart des facultés de médecine dentaire de l'Amérique du Nord. D'autres articles et d'autres manuels suivirent.

Bientôt, l'application des implants proliféra. Les prothèses craniofaciales extrabuccales et les appareils auditifs à ancrage osseux eurent un immense impact social dans la population atteinte. Actuellement, les propriétés de surfaces altérées et l'usage des implants dans les os greffés et irradiés sont à l'étude, tout comme le sont les menaces systémiques du processus de l'osséointégration et les risques de traitement accéléré.

Les progrès rapides actuels ne se sont pas toujours appuyés par de la documentation soignée avant de faire leur apparition en clinique, comme ce fut le cas pour l'osséointégration. Les pressions commerciales exercées pour présenter de nouveaux produits avant de nombreux essais cliniques sont un sujet de préoccupation.

À l'avenir, les recherches porteront sur les surfaces bioactives se prêtant à la liaison chimique avec les tissus, ainsi que sur les additifs de surface qui seront libérés lentement afin de stimuler la croissance osseuse. Les techniques du génie tissulaire vont également s'améliorer grâce à la stimulation *in vivo* de nouveaux os et même, en fin de compte, de nouvelles dents. Ainsi, les implants ne seront peut-être plus nécessaires. ♦



# Changes in the Prosthodontic Literature 1966 to 2042

(Les changements dans la littérature prosthodontique de 1966 à 2042)

• Gunnar E. Carlsson, LDS, Odont Dr, 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-71/issue-5/328.html>

© J Can Dent Assoc 2005; 71(5):328

**E**n prosthodontie, la littérature est abondante. Au cours des dernières années, vu le grand nombre de manuels et le nombre rapidement croissant d'articles, il est devenu pratiquement impossible pour une seule personne d'être au courant de toute cette information. Le but de cet article est de décrire la croissance et le contenu de la littérature prosthodontique au cours des 4 dernières décennies, d'en pronostiquer le développement probable au cours des 4 prochaines décennies et de donner un compte rendu du contenu de l'*International Journal of Prosthodontics (IJP)* de son début en 1988 à 2004. On a cherché sur MEDLINE les articles publiés en prosthodontie de 1966 à avril 2004. La recherche comprenait 6 sujets prosthodontiques et des limites de temps. Tous les tomes de l'*IJP* ont été examinés relativement au type, au sujet et à l'origine géographique des articles.

La recherche sur MEDLINE à l'aide du mot «*prosthodontics*» a donné 66 600 articles. Les études cliniques ont augmenté de 1 % au cours des premiers 10 ans à 13 % depuis 2001. Le nombre des articles sur les prothèses amovibles a diminué au cours de la période étudiée, alors que le nombre des articles sur les implants prosthodontiques a augmenté. Les études randomisées et contrôlées (ERC) étaient rares et souvent de qualité insuffisante. Plus d'ERC ont été faites dans le domaine des implants prosthodontiques que dans tout autre domaine de la discipline. Aucune corrélation importante n'a été relevée entre la qualité des ERC et le facteur d'impact de la revue ou la source de financement, mais l'interprétation de cette découverte demeure incertaine. Les recensements de la littérature sont devenus une façon populaire de présenter de l'information condensée et d'interpréter des résultats. Cependant, la critique suivant laquelle bon nombre de recensements s'inspirent d'une sélection d'articles biaisée a mené à

l'élaboration de l'étude méthodique (incluant parfois des méta-analyses), où les critères touchant la sélection des articles sont fixés à priori. Cette initiative est heureuse, offrant la possibilité de restreindre les partis pris, mais même ces études dépendent de rapports initiaux dont la validité est douteuse, même parmi les ERC.

Un changement manifeste dans l'origine géographique des articles publiés dans l'*IJP* s'est produit, le matériel en provenance de l'Amérique du Nord ayant diminué et le nombre des articles en provenance de l'Europe et de l'Asie ayant augmenté. Par ailleurs, il y a eu une diminution sensible des descriptions des techniques et des rapports de cas, alors que les études cliniques sont devenues le genre d'articles le plus fréquent.

L'Internet et la publication à libre accès auront probablement un plus grand impact sur le développement de la littérature prosthodontique à l'avenir. Plus d'éditeurs offrent des versions électroniques de leurs revues imprimées et plus offrent leurs articles gratuitement et en version intégrale. L'idée est séduisante, mais on craint qu'elle entraîne une baisse de la qualité de l'information communiquée.

De grands changements ont eu lieu dans la littérature prosthodontique de 1966 à 2004, et on peut prévoir qu'ils se poursuivront avec le développement rapide de la technologie de l'information et l'usage accru de l'Internet. ♦

# Prosthodontics 1966–2042: Changes in Prosthodontic Education, Past and Future

(La prosthodontie de 1966 à 2042 : les changements dans l'enseignement de la prosthodontie, le passé et l'avenir)

• Douglas V. Chaytor, DDS, MS, MEd, MRCD(C) •

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-71/issue-5/329.html>

© J Can Dent Assoc 2005; 71(5):329

Cette étude restreinte d'une période de l'enseignement de la prosthodontie qui s'étend sur 2 carrières révèle qu'il y a eu des changements et que davantage sont à prévoir. Les changements passés ont été déterminés par le milieu dans lequel ils se sont produits et par la manière dont les enseignants comprenaient l'apprentissage. Les installations physiques dans lesquels ils enseignaient et le progrès de la profession (tant sur le plan clinique que sur le plan politique) étaient des éléments importants de ce milieu.

Un sondage effectué en 1968 illustre où on mettait alors l'accent dans l'enseignement de la prosthodontie clinique. Les questions portaient sur le matériel et les techniques utilisés pour l'enseignement des diverses procédures. Aucune mention n'était faite de la théorie de l'éducation ou des techniques pédagogiques. La littérature prosthodontique de l'heure respectait l'opinion de l'«expert». La croyance dans les répercussions futures de la prévention a poussé bon nombre à mettre en doute l'avenir de la discipline. Or, depuis le début du millénaire, il semble y avoir un besoin croissant pour des appareils prosthodontiques amovibles en raison de la population vieillissante, et ce malgré une baisse prévue dans les taux d'édentation relativement à l'âge.

Le soutien organisationnel pour définir la spécialité de la prosthodontie en vue d'englober une large gamme de restaurations dentaires et de soins connexes a favorisé un engagement à améliorer les recherches et l'enseignement. Tant au Canada qu'aux États-Unis, les associations comprenant uniquement des membres ayant les diplômes requis sont devenues les porte-parole officiels de la discipline en dentisterie organisée. Plus tard, le même modèle a été adopté au niveau international. Les enseignants offrant un enseignement supérieur dans cette discipline et disposant de meilleures installations physiques dans lesquelles travailler ont joué un rôle de premier plan dans ces améliorations. En outre, il existe maintenant au Canada

des fonds et des conférences didactiques régulières consacrés à l'efficacité de l'enseignement de la prosthodontie.

Par ailleurs, des enseignants ont dépassé la matière de la discipline afin d'en faire mieux comprendre les théories d'enseignement et d'apprentissage. Les schémas, le traitement de l'information et l'enseignement localisé sont des théories pouvant s'appliquer à l'enseignement de la prosthodontie. Ces théories peuvent avoir un impact sur la façon de présenter l'information clinique le plus efficacement possible dans le milieu de l'enseignement. Le style cognitif de l'étudiant est un autre facteur à prendre en compte. Les étudiants en médecine dentaire tendent à appréhender la réalité de façon analytique, en envisageant chaque élément séparément (indépendance du champ) et, comme tels, préfèrent ordinairement une structure pour leur apprentissage. Ces théories vont sans doute influencer sur les toutes dernières stratégies pédagogiques en train d'être élaborées.

Les enseignants vont continuer à innover et à adopter de nouvelles méthodes comme la dentisterie fondée sur les faits et l'apprentissage par problèmes. Toutefois, l'attrait du financement pour la recherche et les attentes des institutions vont probablement avoir une incidence sur la façon dont ils consacreront leur temps et leur énergie. Il s'ensuivra que les facultés ne diminueront pas leur dépendance à l'égard des enseignants à temps partiel qui exercent dans la pratique privée et dont le point de vue est valable pour certains aspects de l'enseignement clinique. Toutefois, on ne peut s'attendre à ce qu'ils soient pédagogiquement préparés pour traduire les résultats de recherche et les transposer dans des applications cliniques à l'intention des étudiants. La formation du professionnel, marquée par l'accès aux premiers principes et nécessaire pour les prises de décision, demeurera un défi important. L'enseignement de la prosthodontie continuera d'évoluer, mais il subira l'influence des milieux institutionnels et professionnels. ♦

# The Changing Relations between the Allied Disciplines

(L'évolution des rapports entre disciplines connexes)

• Philip Worthington, MD, DDS, BSc, FDSRCS •

## 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-71/issue-5/330.html>

© J Can Dent Assoc 2005; 71(5):330

Les rapports entre la discipline de la prosthodontie et ses disciplines connexes, la chirurgie buccale et maxillofaciale et la parodontie, ont été marqués par 3 périodes distinctes : l'ère précédant l'osséointégration, l'ère Brånemark et l'avenir.

L'ère précédant l'osséointégration fut caractérisée par ce qui fut désignée la chirurgie préprothétique. Des praticiens ayant des aptitudes en chirurgie furent recrutés pour aider à résoudre des problèmes prothétiques difficiles, liés notamment au traitement de maxillaires inférieurs édentés. En général, 2 types de procédures étaient alors pratiquées : l'ablation chirurgicale des éléments faisant obstacle au traitement prothétique et les tentatives d'augmentation de la zone servant de support à la prothèse. L'élimination des obstacles consistait entre autres à enlever l'excédent de la zone de contre-dépouille, à supprimer les tori et les freins et à refermer les ouvertures. Quant à l'augmentation de la zone de support, elle faisait appel à diverses formes de vestibuloplastie et de méthodes visant à accroître la hauteur de la crête alvéolaire par des greffes osseuses ou des matériaux alloplastiques. Ces procédures n'ont malheureusement connu qu'un succès mitigé, car elles ne permettaient pas de corriger la cause du problème, c.-à-d. la résorption de la crête alvéolaire. Seule l'amélioration des rapports intermaxillaires aurait pu permettre d'obtenir une amélioration durable en vue de la construction de la prothèse.

Cette période a aussi été marquée par les premières tentatives de chirurgie implantaire, lesquelles reposaient toutefois sur des fondements scientifiques rudimentaires. Il n'est donc pas étonnant que ces procédures se soient le plus souvent soldées par un échec (parfois spectaculaire), et ceci a eu pour effet de faire naître un grand scepticisme au sein de la collectivité clinique, à l'égard de tout nouveau système d'implantation proposé.

C'est dans ce contexte que le système d'osséointégration Brånemark fut introduit en Amérique du Nord, en 1982, dans le cadre de la Conférence de Toronto organisée par le Dr George Zarb. Ce système faisait appel à une technique chirurgicale extrêmement prudente, qui avait pour but de réduire au minimum les risques d'échec chez les praticiens peu expérimentés et d'éviter ainsi que soit réservé à cette nouvelle technique le même jugement qui avait été porté à l'égard des techniques précédentes. Des études répétées ont été organisées dans 4 centres d'Amérique du Nord, et une première formation a été offerte à des spécialistes en chirurgie et en prosthodontie. Des parodontistes n'ont pas tardé à se joindre à l'équipe chirurgicale, ce qui a permis d'améliorer sensiblement les techniques chirurgicales, notamment sur le plan esthétique du traitement des tissus mous.

Depuis les débuts de l'ère Brånemark, des progrès considérables ont été réalisés dans les techniques d'implantation, la recherche et l'enseignement. Ainsi, à la suite de l'élargissement de l'enseignement, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des universités, les dentistes généralistes sont aujourd'hui nombreux à offrir des services d'implantation. Les traitements faisant appel aux implants ont en outre connu un essor rapide, sans qu'il y ait diminution marquée de leur succès clinique. Qui plus est, les techniques modernes permettent aujourd'hui de mettre en place des implants dans les sites d'extraction et de procéder à une mise en charge immédiate – 2 notions que l'on croyait auparavant impossibles.

Il est probable que l'avenir sera marqué par un usage accru de méthodes d'imagerie assistées par ordinateur et de guides pour la mise en place des implants, techniques qui seront améliorées par l'utilisation de protéines morphogénétiques osseuses et de substituts osseux. Enfin, le génie tissulaire offrira la possibilité de repousse osseuse, ce qui rendra possiblement inutile la majeure partie des services de prosthodontie. ♦



# A Look at the (Near) Future Based on the (Recent) Past — How Our Patients Have Changed and How They Will Change

(Projection vers l'avenir sur la foi du passé récent –  
Comment nos patients ont-ils changé et vers quoi évolueront-ils?)

• Michael MacEntee, PhD, LDS(I), Dip Prosth, FRCD(C) •

## 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-71/issue-5/331.html>

© J Can Dent Assoc 2005; 71(5):331

L'accroissement de la population et l'immigration ont fait changer énormément la taille et la composition de la population canadienne. La distribution, surtout, n'est pas équilibrée sur les plans géographique et ethnique. De plus, cette population vieillit rapidement et l'espérance de vie augmente. Les changements dans l'espérance de vie ont amené un déséquilibre des sexes chez les personnes âgées : il y a environ deux fois plus de femmes âgées que d'hommes.

Même si le revenu moyen des Canadiens a augmenté entre 1991 et 2001, cette augmentation ne s'est pas répartie également. En outre, le revenu des familles composées de personnes âgées a légèrement baissé, et l'écart entre les riches et les pauvres s'est considérablement agrandi. La part du revenu national des bien nantis a augmenté, pour s'établir à 41 %, aux dépens des personnes à revenu moyen, alors que la part des personnes à faible revenu, en particulier celles qui demeurent dans les principaux centres-villes, est demeurée stable, se situant à environ 6 % du revenu national. Depuis le début du siècle, la proportion d'immigrants parmi les familles à faible revenu a considérablement augmenté.

Le nombre de Canadiens qui souscrivent une assurance dentaire est en progression constante, quoique cette proportion varie d'une région à l'autre du pays : en Alberta et en Ontario, ce chiffre atteint plus de 60 %, tandis qu'il se situe à moins de 50 % à T.-N.-et-L., à l'Î.-P.-É. et au Québec. Les personnes qui souscrivent une assurance dentaire consultent davantage leur dentiste. Étant donné que l'assurance est souvent un avantage qui découle d'un emploi, elle n'est pas nécessairement accessible aux personnes qui n'ont pas d'emploi ou qui ont un faible revenu; ces personnes ont donc moins recours aux soins dentaires.

Le nombre de caries a diminué dans les pays industrialisés, mais les patients gardent leurs dents plus longtemps; les caries constituent donc encore un problème de santé important, particulièrement parmi les groupes socioéconomiques moins aisés et chez les personnes âgées, chez qui les médicaments peuvent entraîner des difficultés salivaires. Toutefois, les maladies parodontales graves, qui peuvent provoquer la perte des dents, sont généralement limitées à certaines personnes à haut risque. Il existe cependant un lien important entre les maladies parodontales et le tabagisme; le milieu des soins dentaires devrait donc mettre en place davantage de mesures afin de soutenir les programmes anti-tabac. Bien que la perte des dents soit un problème courant, même avec l'utilisation de fluorure et avec une hygiène buccale améliorée, le pourcentage des personnes n'ayant plus leurs dents est légèrement à la baisse.

La composition du milieu des soins dentaires change également. Le coefficient de dentistes par rapport à la population a augmenté légèrement, soit de 4 %, tandis que celui des hygiénistes dentaires a connu une hausse importante de 52 %. De même, les services offerts par les denturologues ont connu une forte croissance. L'utilisation des services dentaires au Canada semble se maintenir; entre 51 % et 64 % des Canadiens ont rendu visite à un dentiste au cours de l'année dernière. Cependant, les personnes qui portent des prothèses dentaires continuent de croire que l'inconfort des prothèses est un signe normal de vieillissement. Les implants ont changé cette conception, sauf pour les personnes à faible revenu, qui continueront de n'avoir qu'un accès limité aux services dentaires en général.

Ce modèle de distribution inégal des maladies et de l'accès aux différents services dans un contexte de changement démographique constitue le principal défi que devra relever la profession dentaire, même si elle aussi continue d'évoluer. ❖

# Prosthodontic Research: Breaking Traditional Barriers

(La recherche en prosthodontie : franchir les barrières traditionnelles)

• Christian S. Stohler, DMD, Dr Med Dent •

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-71/issue-5/332.html>

© J Can Dent Assoc 2005; 71(5):332

Les leaders universitaires et professionnels en prosthodontie s'inquiètent considérablement de la vitalité de la recherche dans cette discipline et de la discipline elle-même en général. Beaucoup sont d'avis que la prosthodontie devrait s'attarder davantage sur les questions d'importance sociétale, particulièrement pour répondre aux divers besoins en prosthodontie dans le monde. Or, ce changement d'orientation nécessite de réunir les éléments multidisciplinaires les plus complexes qui sont aux frontières de la science afin de permettre aux étudiants de cycle supérieur de franchir les limites traditionnelles de la discipline.

La recherche axée sur les patients a été négligée récemment, et il est de plus en plus difficile de la soutenir dans un climat où la recherche disciplinaire est de moins en moins prioritaire. Il ne fait donc aucun doute qu'il faut rompre avec les champs d'enquête traditionnels si on veut mettre en application un éventail approprié de méthodes de recherche aux diverses populations de patients. Se présentent alors à l'esprit des méthodes comme la bio-informatique, l'évaluation des résultats, la biométrie, la prise de décision fondée sur les faits, ainsi que les recherches de type clinique, environnemental, nutritionnel, moléculaire et sur la susceptibilité génétique.

Une telle rupture avec les approches traditionnelles suppose un franchissement des limites départementales établies en vue de dégager une multiplicité de compétences complémentaires. Dans le passé, les questions de recherche étaient formulées dans les limites de la portée départementale, ce qui a permis d'améliorer les techniques, les matériaux et les commodités cliniques. Dans l'avenir toutefois, les besoins fondamentaux de la société seront au premier plan, et il appartiendra aux professionnels en prosthodontie, de même qu'à leurs collègues des autres disciplines, de réaligner leurs travaux autour de ces questions. C'est ainsi que pour élever leur propre niveau d'expertise, les chercheurs en prosthodontie auront à recruter des personnes ayant les compétences, les ressources et les

pratiques d'excellence des autres disciplines scientifiques et non scientifiques.

Parmi les thèmes cruciaux de la recherche future en prosthodontie, on compte la prise de décision clinique, y compris l'économie de la santé; la science des matériaux et la réponse de l'hôte à l'interface implantaire; la biocompatibilité, les propriétés fonctionnelles et l'utilisabilité des matériaux prosthodontiques; et le bon et le mauvais fonctionnement de l'appareil masticatoire. Même si aucune des questions en cause n'équivaut au cancer ou aux maladies cardiovasculaires pour ce qui est de la menace qu'elles font peser sur la santé publique, elles sont au cœur des projets futurs qui traiteront des questions de qualité de vie liées à la perte de dents. La prosthodontie est alors la discipline qui permet de mettre en pratique les domaines évoqués ici.

Il s'ensuit que les chercheurs en prosthodontie devront se montrer bien plus énergiques pour établir des cadres de collaboration synergiques avec des personnes sélectionnées qui veulent travailler dans un esprit d'équipe plutôt que dans un esprit de compétition. Chaque membre des équipes en cause devra reconnaître ses propres limites, auxquelles pourront remédier les autres collaborateurs, ce qui permettra d'élever le niveau de compétence collective du groupe et d'élargir les expertises de l'équipe dans son ensemble. Cette expertise globale améliorée permettra d'aligner la recherche en prosthodontie sur les grandes questions de l'heure, comme le vieillissement de la population, les disparités en matière de santé et l'accès aux stratégies de prévention. Il deviendra alors possible d'appliquer non seulement l'implantologie aux questions en cause, mais aussi le génie tissulaire, la biologie des cellules souches, les neurosciences, la génétique et les technologies informatiques émergentes. Grâce à ces diverses collaborations, la prosthodontie restera une discipline vedette au sein de la dentisterie, et ses praticiens seront engagés dans les principales questions liées aux soins de santé. ♦

# Vous arrive-t-il encore de remettre à demain l'idée d'élever votre couverture invalidité ?

## À faire

- lire Guerre et paix
- nettoyer le garage
- placer les boîtes de conserve par ordre alphabétique
- élever la couverture invalidité

Si le revenu que vous tirez dans la dentisterie a augmenté, mais vous n'avez pas mis à jour votre couverture invalidité, vous risquez d'affronter de sérieuses difficultés financières advenant une invalidité.

Heureusement, vous pouvez demander une couverture additionnelle par l'intermédiaire du Régime d'assurance des dentistes du Canada, *que vous soyez couvert ailleurs ou dans le cadre du Régime.*

**L'assurance invalidité de longue durée** du Régime offre une couverture complète pour soutenir votre revenu, à savoir des propriétés qu'il ne vous arrivera pas toujours de trouver dans d'autres plans, notamment la couverture pour VIH et hépatite B et C — *sans supplément.*

Une maladie ou une blessure incapacitante peut frapper sans crier gare, alors ne remettez pas à demain. Demandez votre couverture dès aujourd'hui. Et pour y être admissible, vous devez soumettre des preuves d'assurabilité médicales et financières.)

**1 877 293-9455 (sans frais), poste 5003\***

\* Des restrictions s'appliquent en matière de services consultatifs dans certaines juridictions.

L'assurance invalidité de longue durée est offerte par l'intermédiaire du Régime d'assurance des dentistes du Canada et établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie).

Inscrivez la protection du revenu en tête de liste. Appelez-moi au numéro indiqué et je vous aiderai à déterminer le montant maximum de prestation d'invalidité mensuelle que vous pouvez demander dans le cadre du Régime d'assurance des dentistes du Canada\*.

*Susan Roberts,  
FLMI, ACS  
Conseils  
professionnels  
en direct Inc.*





## A-DEC 500.™

# Pour une synergie du présent et de l'avenir.

Satisfaire les attentes changeantes de votre équipe dentaire et de vos patients exige le renouvellement des techniques et des technologies; et bien sûr une plus grande efficacité. Heureusement, voici le A-dec 500 : une chaise et un système de distribution conçus spécifiquement pour vous aider à satisfaire ces besoins en constante évolution. D'abord, la tête de contrôle du A-dec 500 peut loger simultanément des modules pour une camera dentaire intrabuccale, deux micromoteurs électriques, un détartreur et une lampe de durcissement. Un système de connexion innovateur simplifie l'entretien et permet l'intégration des mises à jour et des développements ultérieurs. Et le dispositif de télécommande intuitif - de luxe—intègre le tout : il affiche les fonctions et place le contrôle centralisé de votre équipement au bout de vos doigts. Avec le A-dec 500 vous accédez à la technologie dont vous avez besoin, précisément là où vous en avez besoin. Vous êtes ainsi plus efficace, plus productif, et en mesure d'offrir une meilleure expérience à votre équipe et à vos patients.

Pour faire l'expérience du A-dec 500 en personne, veuillez contacter votre distributeur local Patterson ou Sinclair. Ou, pour obtenir plus d'informations, appelez A-dec au 1-800-547-1883.



# Images cliniques

La rubrique «Images cliniques» est une série d'essais en image qui traite de l'art technique de la dentisterie clinique. Cette rubrique présente des cas cliniques tels qu'on les retrouve au cabinet dentaire. L'article de ce mois-ci est rédigé par le Dr Robert David, conférencier au Congrès de la FDI, qui se tiendra du 24 au 27 août à Montréal (les séances pré-congrès se dérouleront les 22 et 23 août). Pour en savoir plus sur le congrès, visitez le site [www.fdiworldental.org](http://www.fdiworldental.org).



## Fabrication d'une pile sur pivot coulé sous une couronne existante

Robert David, DDS

Il arrive souvent que l'on doive fabriquer une pile sur pivot sous une couronne existante, pour rétablir la résistance et la rétention après la rupture de la dent-pilier sous-jacente. Plusieurs options peuvent alors être envisagées, notamment la mise en place d'un pivot préfabriqué ou la reconstitution de pile sur un pivot coulé. Dans certains cas, la dent-pilier ne convient pas à l'utilisation d'un pivot préfabriqué parce que le canal ovoïde est très large ou que la dentine restante est insuffisante pour retenir ou fixer solidement le matériau de reconstitution de pile. En pareils cas, il vaut mieux privilégier la reconstitution de pile sur pivot coulé. Enfin, si la couronne existante n'offre pas une virole de hauteur suffisante pour encercler le tissu dentaire afin de réduire au minimum les risques de fracture radiculaire, la couronne et le pont devraient aussi être refaits.

### Techniques de reconstitution de pile sur pivot coulé

Les techniques suivantes peuvent être utilisées pour fabriquer une pile sur pivot coulé sous une restauration existante :

- Technique indirecte sur un modèle en laboratoire : le patient est privé de la restauration pendant la fabrication du pivot en laboratoire.
- Technique intrabuccale directe avec acrylique autopolymérisable : il est difficile de séparer la matrice en acrylique durci de la couronne et il est souvent nécessaire de pratiquer une ouverture occlusale pour sortir le pivot et la pile, ce qui risque d'endommager la couronne.

L'auteur privilégie une technique intrabuccale modifiée avec acrylique autopolymérisable. Comme le coefficient d'expansion et de contraction thermiques de l'acrylique est supérieur à celui des matériaux de la couronne, la matrice en acrylique de la couronne bien ajustée peut facilement être retirée sans endommager la couronne existante et sans pratiquer une ouverture occlusale.

### Rapport clinique

Une patiente de 50 ans porte un pont fixe à 3 unités qui a été mis en place par son dentiste, il y a 4 ans. Des couronnes recouvrent les dents 43 et 44, et la dent 45 a été remplacée par un pont en cantilever. Une fracture fine apparaît clairement

dans la céramique de la couronne de la dent 44 (ill. 1). À l'examen, on remarque que la couronne sur la dent 43 bouge, mais le pont demeure stable et confortable. Un traitement endodontique a été pratiqué sur la dent 43 avant le scellement du pont, ainsi que sur la dent 44 après le scellement (par une ouverture occlusale dans la couronne) (ill. 2).

Le pont a été retiré à l'aide d'un enlève-pont Higa (Higa Manufacturing Limited, Vancouver Ouest, C.-B.) (ill. 3). Une fracture sur les 2 tiers coronaires de la dent 43 explique la perte de rétention et le relâchement subséquent de la couronne (ill. 4). Le fragment fracturé de la dent 43, qui était solidement fixé à la couronne, a été retiré et la face interne de la couronne a été polie. La dent 43 présentait une zone de radio-transparence périapicale, et un nouveau traitement endodontique a dû être pratiqué avant de procéder à la fabrication du tenon (ill. 5).

La couronne complète sur la dent 43 était munie d'une virole de 2 mm de hauteur encerclant la racine; la dentine coronaire était toutefois insuffisante pour retenir solidement le matériau de reconstitution de pile, de sorte qu'il était impossible d'utiliser un pivot préfabriqué. Une pile sur pivot coulé a donc été fabriquée en bouche.

L'espace nécessaire à l'insertion du pivot a été pratiqué en enlevant la gutta-percha jusqu'à 8 mm de l'apex, à l'aide d'un alésoir Peeso à bout non coupant (Endotec Inc., Mani Instruments, Halifax, N.-É.), muni d'un butoir de caoutchouc (ill. 6). L'espace préparé pour recevoir le pivot a été lubrifié avec du Microfilm (Kerr Manufacturing, Orange, Calif.) appliqué avec un pinceau jetable Ultrabrush (Microbrush Corporation, Grafton, Wisc.) (ill. 7). L'acrylique autopolymérisable Duralay rouge (Reliance Dental Manufacturing, Worth, Ill.) a été appliqué dans la préparation canalaire, par addition de poudre et liquide au pinceau (ill. 8a et 8b), et une sonde parodontale a été utilisée pour pousser l'acrylique non durci en direction apicale, jusqu'à la base du canal préparé (ill. 9). Une petite tige conique préfabriquée en acrylique Spee-Dee (Pulpdent Corporation, Watertown, Mass.), mouillée avec du monomère acrylique, a été insérée jusque dans la portion apicale de l'acrylique non durci (ill. 10), puis une petite pile en acrylique a été fabriquée autour de la tige. Alors que l'acrylique avait partiellement durci tout en demeurant malléable, le pivot en acrylique a été retiré d'environ



**Illustration 1 :** Pont en cantilever et couronne lâche sur la dent 43. Une fracture de la céramique apparaît clairement sur la face buccale distale de la couronne 44.



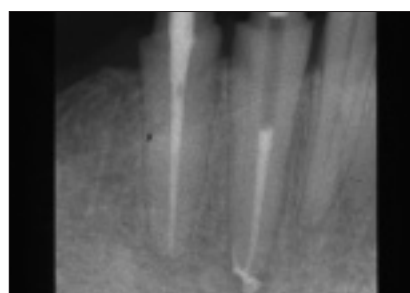
**Illustration 2 :** Un traitement endodontique a été pratiqué sur la dent 43 avant le scellement du pont et sur la dent 44, après le scellement (par une ouverture occlusale). La dent 43 présente une radiotransparence apicale.



**Illustration 3 :** Le pont est retiré.



**Illustration 4 :** Une fracture sur la moitié occlusale de la dent pilier 43 a causé la perte de rétention et le relâchement de la couronne.



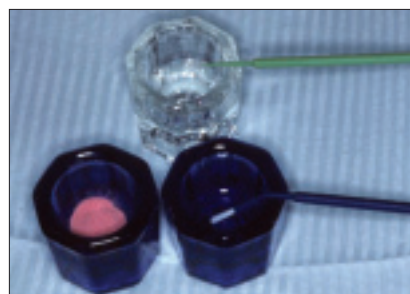
**Illustration 5 :** Nouveau traitement endodontique de la dent 43, avant la fabrication du tenon.



**Illustration 6 :** La préparation en vue de l'insertion du tenon est pratiquée à l'aide d'un alésoir Peeso à bout non coupant.



**Illustration 7 :** La préparation canalaire est lubrifiée avec du Microfilm.



**Illustration 8a :** L'acrylique auto-polymérisable Duralay rouge sera utilisé pour remplir l'espace pivot.



**Illustration 8b :** L'application de l'acrylique Duralay se fait par addition de poudre et liquide au pinceau.

1 à 2 mm, puis remis en place plusieurs fois pour l'empêcher de coller dans la préparation canalaire. Une fois l'acrylique complètement durci, la matrice du pivot a été retirée de la dent, et sa précision a été vérifiée (ill. 11). La matrice en acrylique a ensuite été remise en place et sensiblement réduite (ill. 12) pour permettre au pont de s'asseoir complètement à sa place. L'appui complet et sans entraves du pont sur la matrice en acrylique a été vérifié, puis on s'est assuré de la précision des contours et de l'occlusion (ill. 13).

La dentine et l'intrados de la couronne de la dent 43 ont été légèrement lubrifiés avec le Microfilm (ill. 14a), puis l'acrylique Duralay a été introduit dans la couronne à l'aide d'un

pinceau (ill. 14b). Le pont a été mis en place sur les dents avant le durcissement de l'acrylique, alors que la matrice en acrylique était toujours bien à sa place dans la préparation canalaire. Avant la polymérisation, on s'est assuré que le pont reposait parfaitement à sa place. Les dents ont ensuite été maintenues fermement en occlusion centrée jusqu'à la prise complète de l'acrylique (ill. 15), puis le pont et la pile sur pivot en acrylique durci ont été retirés. La pile sur pivot était solidement fixée à l'intrados de la couronne 43 et il fallait l'en séparer sans endommager la couronne ni le pivot (ill. 16).

Le coefficient d'expansion et de contraction thermiques du pivot en acrylique est supérieur à celui des matériaux de la

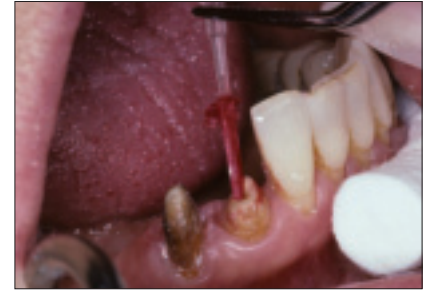




**Illustration 9 :** Une sonde parodontale est utilisée pour introduire l'acrylique non durci dans la préparation canalaires.



**Illustration 10 :** Une tige Spee-Dee en acrylique est mouillée de monomère, puis insérée jusque dans la portion apicale de la préparation canalaires.



**Illustration 11 :** Le pivot en acrylique durci garni d'une petite pile est retiré de la préparation.



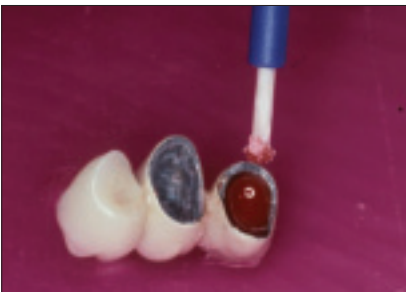
**Illustration 12 :** La pile et le pivot en acrylique durci sont réduits et ajustés de manière à permettre au pont de s'asseoir complètement à sa place.



**Illustration 13 :** Vérification pour voir si le pont est bien assis à sa place.



**Illustration 14a :** La couronne est lubrifiée avec du Microfilm.



**Illustration 14b :** La couronne est remplie d'acrylique Duralay rouge par la technique au pinceau d'addition de poudre et liquide.



**Illustration 15 :** Alors que la petite pile sur pivot en acrylique durci est bien en place dans la préparation, le pont est assis sur les dents avant qu'il y ait durcissement de l'acrylique, et la prise se fait en gardant les dents en occlusion.



**Illustration 16 :** La matrice en acrylique de la couronne est solidement retenue à la couronne de la dent 43.

couronne. On s'est donc servi de cette propriété physique pour séparer facilement la matrice en acrylique de la couronne, sans endommager la matrice ou la couronne.

Un bol de caoutchouc a été rempli d'eau froide et de cubes de glace auxquels ont été ajoutés 2 c. à soupe (30 ml) de sel, pour abaisser la température de l'eau sous le point de congélation (ill. 17). Le pont, ainsi que la pile sur pivot qui y était fixée, ont été plongés dans l'eau froide pendant 20 minutes. Le coefficient de contraction du pivot en acrylique étant supérieur à celui de la structure du pont, la pile sur pivot a pu facilement être retirée de la couronne (ill. 18). La matrice en

acrylique et le pont ont été vérifiés à nouveau sur les dents, puis la matrice a été mise sur une tige de coulée, sur une surface plate de la pile sur pivot, puis coulée en or. Le pont a été temporairement scellé en place durant la phase de préparation en laboratoire.

La pile sur pivot coulé en or a été examinée au microscope afin de déceler toute irrégularité, et l'excédent d'or dans la région de la tige de coulée a été enlevé. Dans la plupart des cas, les ajustements de pile sur pivot en or non scellé ne doivent pas être faits sur la dent, pour éviter les vibrations et la production de chaleur qui pourraient nuire à la racine déjà fragilisée.





**Illustration 17 :** Le pont et la pile sur pivot sont plongés dans un bain d'eau, de glace et de sel pendant 20 minutes.



**Illustration 18 :** Le refroidissement de la pile et du pivot en acrylique provoque une contraction qui facilite sa séparation de la couronne.



**Illustration 19 :** La pile sur pivot coulé en or bien ajusté est insérée doucement dans l'espace canalaire et vérifiée.



**Illustration 20 :** Le pivot est sablé, et la pile est polie.



**Illustration 21 :** Le pivot et le pont sont scellés simultanément.



**Illustration 22 :** Un an après le traitement, la radiographie montre que la pile sur pivot de la dent 43 a rétabli la rétention et la résistance du pont de 5 ans.

Cependant, si des ajustements doivent être faits en bouche, il faut alors irriguer abondamment pour éviter l'échauffement et l'expansion de l'or, car l'expansion d'un pivot en or bien ajusté pourrait provoquer des micro-fractures radiculaires. Après avoir fait une vérification complète et effectué les ajustements nécessaires, le pivot a été mis en place dans le canal préparé en exerçant une légère pression avec les doigts, et on s'est assuré qu'il s'assoit bien à sa place (ill. 19). Le pont a ensuite été inséré et vérifié.

Avant le scellement, la préparation canalaire, la portion du pivot coulé et l'intrados de la couronne ont été sablés, et la portion de la pile coulée a été polie (ill. 20). La préparation canalaire a ensuite été irriguée avec 0,12 % de chlorhexidine, puis asséchée avec des pointes de papier. La pile sur pivot coulé et le pont ont été scellés simultanément avec un ciment de verre ionomère puis ils ont été vérifiés (ill. 21). Un an après la fabrication de la pile sur pivot coulé, la radiographie montre que le pont de 5 ans a récupéré sa rétention et sa résistance et qu'il est à présent stable et fonctionnel (ill. 22)

## Conclusions

En respectant les principes fondamentaux de physique, il a été possible de procéder à la reconstitution précise d'une pile sur pivot coulé, sans modifier ni compromettre le pont existant. Le même effet aurait pu être obtenu en plaçant les matériaux au congélateur, plutôt que dans l'eau, la glace et le sel. ❖



Le Dr David est professeur agrégé à l'Université McGill. Il exerce la dentisterie restauratrice et l'implantologie à Montréal (Québec). Il n'a aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article.

Écrire au : Dr Robert David, 1414, rue Drummond, bureau 626, Montréal QC H3G 1W1. Courriel : bobbydavid@sympatico.ca.

Lors du Congrès de la FDI, les Drs David et Frederic Muroff donneront un cours d'une journée, intitulé «A team approach to periodontal, implant and restorative procedures for anterior esthetics», le jeudi 25 août.

## Lectures supplémentaires

- Cristecu RC, Naicu IV. A radiographic study regarding the negative effects of posts. *Oral Health* 2005; 95(3):87-96.
- Goodacre CJ, Spolnick KJ. The prosthodontic management of endodontically treated teeth; a literature review. Part I. Success and failure data, treatment concepts. *J Prosthodont* 1994; 3(4):243-50.
- Hunter AJ, Feiglin B, Williams JF. The effects of post placement on endodontically treated teeth. *J Prosthet Dent* 1989; 62(2):166-72.
- Hudis SI, Goldstein GR. Restoration of endodontically treated teeth: a review of the literature. *J Prosthet Dent* 1986; 55(1):33-8
- Johnson ME, Stewart GB, Nielsen CJ, Hatton JF. Evaluation of root reinforcement of endodontically treated teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 90(3):360-4.

# La science des brosses à dents

*Un brossage convenable requiert de la patience  
et une brosse à dents appropriée.*

Depuis plus de 80 ans, GUM<sup>MD</sup> s'est concentrée sur la conception de produits novateurs qui répondent « aux besoins spéciaux » des professionnels dentaires et de leurs patients.

## Technique<sup>MD</sup>

*Fabriquée pour brosser à 45°*



- ▶ Le manche Technique<sup>MD</sup> place automatiquement les soies à un angle de 45° près de la ligne gingivale et permet d'utiliser correctement la technique Bass.
- ▶ La conception des soies coupées en forme de dôme et la rangée surélevée au centre permettent un brossage sous la ligne gingivale.



**Nouvelle prise  
améliorée!**

*Offre à vos patients la solution  
pour un nettoyage efficace*

**SUNSTAR  
BUTLER**

1-800-265-7203  
www.sunstarbutler.com

© 2005 Sunstar Butler C05070



Avec plus de 100 produits,  
faites confiance à la marque GUM<sup>MD</sup>  
pour répondre à tous vos besoins.

**G·U·M**<sup>MD</sup>

**GENCIVES SAINES. VIE SAINE.**<sup>MC</sup>



# Congrès annuel de la FDI

## 24 – 27 août 2005

# Montréal, Canada

## Le Congrès 2005 de la FDI vous accueille à Montréal

Le Congrès de la FDI et la ville de Montréal vous offrent une expérience dentaire de première classe avec des conférenciers de renommée, des expositions innovatrices, des événements sociaux fabuleux et des excursions excitantes.



Comme Montréal célèbre la vie avec passion, elle est tout naturellement devenue ville de festivals internationaux éblouissants (jazz, film, humour, feux d'artifice, gastronomie, sports et culture). Les visiteurs entrent dans la danse, et plus d'un succombent au charme particulier de la ville, mi-européen, mi-nord-américain, qui étonne et enchante à la fois.

Le Congrès annuel de la FDI présente aux délégués des conférenciers internationaux et régionaux qui partagent leurs dernières connaissances sur une grande variété de produits et de méthodes dentaires. Plusieurs cours à participation restreinte seront offerts ainsi que la possibilité de présenter votre propre affiche ou communication libre. Toutes les séances du programme scientifique et de l'exposition dentaire mondiale se tiendront au Palais des Congrès au cœur du centre-ville de Montréal.

Une visite à Montréal ne serait pas complète sans contempler la ville du haut d'un des nombreux belvédères qui ornent le mont Royal. Parmi d'élégants gratte-ciels, vous pourrez voir d'anciens manoirs victoriens, des grands magasins, des cafés, des parcs et des espaces verts. Enfin, aucun visiteur ne devrait manquer le Jardin botanique de renommée mondiale et son remarquable Insectarium.

Visitez le site Web de la FDI pour connaître tout ce qu'il y a à savoir au sujet du congrès!

**fdi**   
**MONTRÉAL 2005**

Congrès de la FDI 13 chemin du Levant,  
l'Avant Centre, F-01210 Ferney Voltaire, France

Tél: +33 4 50 40 50 50  
Télé: +33 4 50 40 55 55

Réservations et renseignements en ligne à :

[www.fdiworldental.org](http://www.fdiworldental.org)  
[congress@fdiworldental.org](mailto:congress@fdiworldental.org)



ASSOCIATION  
DENTAIRE  
CANADIENNE

LES JOURNÉES  
DENTAIRES  
INTERNATIONALES  
DU QUÉBEC

# Point de service

La rubrique «Point de service» répond aux questions cliniques de tous les jours en donnant de l'information pratique sur les traitements en salle opératoire. Les articles reflètent les opinions des collaborateurs et ne visent pas à établir des normes de soins ou des recommandations pour la pratique clinique. Les articles de ce mois-ci sont fournis par des conférenciers au Congrès de la FDI, qui se tiendra du 24 au 27 août à Montréal (les séances pré-congrès se dérouleront les 22 et 23 août). Pour en savoir plus sur le congrès, visitez le site [www.fdiworldental.org](http://www.fdiworldental.org).



## Question 1

Comment puis-je soigner des patients que les traitements dentaires rendent anxieux sans troubler ma pratique ou augmenter mon propre stress professionnel?

### Contexte

Les dentistes disent souvent qu'ils n'aiment pas traiter les patients anxieux. Ces patients passent pour être difficiles et dérangeants, causant des retards au cabinet, indisposant d'autres patients et augmentant le stress professionnel chez le dentiste.

La première chose à faire en traitant un patient anxieux est de reconnaître que ce ne sont pas tous les patients anxieux qui ont peur du dentiste et que ceux qui en ont peur peuvent avoir d'autres sources d'anxiété. Néanmoins, les patients qui craignent certains aspects du traitement dentaire et ceux qui éprouvent une phobie réelle présentent généralement les mêmes symptômes – les affects de l'anxiété. Pour le dentiste, tous les patients anxieux semblent simplement craintifs, mais chacun a une différente expérience subjective de l'anxiété. L'intensité de l'anxiété diffère des patients craintifs aux patients phobiques, ce qui entraîne des comportements dérangeants de degrés variables. La différence dans l'intensité de l'anxiété est reliée à la cause profonde de la peur. Un patient craintif peut rapporter une expérience dentaire effrayante, alors qu'un patient atteint d'une phobie dentaire peut être incapable de se rappeler une expérience précise suscitant son anxiété. Ainsi, l'anxiété dentaire présente un continuum allant d'aucune crainte du tout à une anxiété si intense que ceux qui en sont atteints évitent tout traitement dentaire. L'adoption de ce

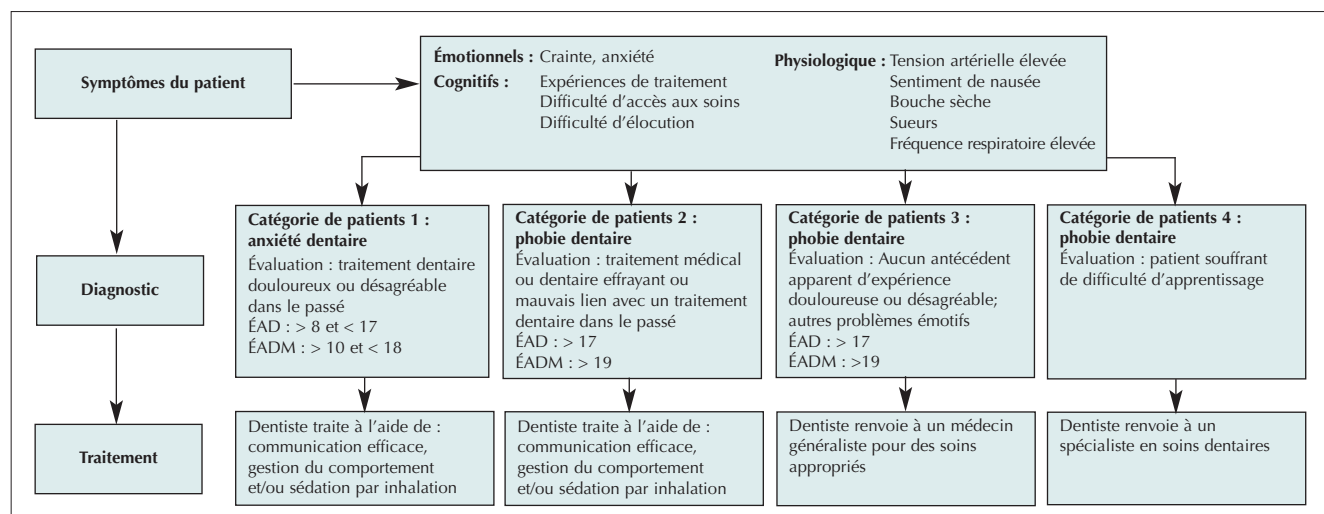
point de vue<sup>1</sup> permet de classifier l'anxiété dentaire et de créer un schéma pour distinguer les patients anxieux de ceux qui souffrent d'une phobie dentaire (ill. 1).

Des données épidémiologiques appuient ces différentes catégories d'anxiété dentaire. Des sondages en santé bucco-dentaire ont démontré que la proportion de gens «effrayés par des sortes de traitement dentaire» a baissé depuis 20 ans, mais que la proportion des gens qui refusent de se présenter pour un traitement à cause d'une anxiété dentaire est demeurée stable à 10 % de la population (mondiale). L'anxiété dentaire peut être réduite grâce à une meilleure compréhension de la gestion du comportement et des expériences de traitement au cours de la jeunesse; par contre, la phobie dentaire peut demeurer stable parce qu'elle exprime des problèmes psychologiques plus grands.

Il importe de distinguer les patients anxieux qui peuvent être facilement traités dans la pratique générale des patients atteints d'une phobie dentaire qui demandent un renvoi à un médecin ou à un spécialiste. Notamment, l'identification de ces derniers peut aider à éviter de troubler la routine du cabinet et d'augmenter le stress professionnel.

### Conseils de gestion spécifiques

Il convient de prendre les mesures suivantes<sup>1</sup> pour évaluer tout patient souffrant d'anxiété dentaire :



**Illustration 1 :** Une classification de l'anxiété dentaire relativement à la phobie dentaire. EAD = Échelle d'anxiété dentaire, ÉADM = Échelle d'anxiété dentaire modifiée.



- Pour tout patient présentant des symptômes d'anxiété dentaire, le dentiste doit réserver du temps au cours de la première visite avant d'entreprendre un traitement afin de l'interroger dans une pièce autre que la salle opératoire.
- Le dentiste doit consigner les antécédents du patient au complet, tant les antécédents sociaux et familiaux que les antécédents médicaux et dentaires. Un examen de ses antécédents dentaires fera découvrir au patient les expériences effrayantes du passé et lui permettra d'exprimer toute crainte de traitement dentaire (voir *ill. 1*, catégorie de patients 1). Pour les patients phobiques de la catégorie 2, qui mêlent ou font un «mauvais lien» entre des expériences médicales et dentaires passées, l'entrevue permet un examen de ces expériences et offre une occasion de comprendre la source de l'anxiété. Pour des patients atteints d'une phobie dentaire (*ill. 1*, catégorie 3), des antécédents sociaux ou familiaux peuvent fournir des données indiquant un problème psychologique plus grand qui exige le renvoi à un médecin ou à un spécialiste. Les patients qui ont des difficultés d'apprentissage (*ill. 1*, catégorie 4) peuvent être incapables de comprendre quel traitement est nécessaire et pourquoi; c'est ce manque de compréhension qui peut causer leur phobie dentaire.
- L'échelle d'anxiété dentaire ou l'échelle d'anxiété dentaire modifiée (ÉADM)<sup>2</sup> peut être utilisée pour confirmer le diagnostic d'une anxiété dentaire ou d'une phobie dentaire

(l'ÉADM est disponible en anglais à l'adresse <http://biologybk.st-and.ac.uk/staffDB/supplemental/humphrisForm.pdf>). Ces questionnaires sont des outils fiables pour évaluer l'anxiété dentaire tant chez les enfants que chez les adultes. Ils sont faciles à utiliser et offrent un moyen de confirmer le diagnostic et d'établir des liens avec le patient.

- Avec toute cette information, le dentiste est en mesure de formuler un diagnostic et d'utiliser des techniques de communication comme les techniques d'entrevue motivationnelle pour négocier un traitement avec les patients anxieux et un renvoi à un médecin ou à un spécialiste avec les patients atteints d'une phobie dentaire. ♦



La Dre Ruth Freeman est professeure de sciences comportementales et de santé dentaire publique, École de médecine dentaire, Université Queen's, Belfast, Irlande du Nord. Courriel : [r.freeman@qub.ac.uk](mailto:r.freeman@qub.ac.uk).

La Dre Freeman donnera sa présentation, intitulée «Differentiating dental phobia from dental anxiety: strategies for dental practice», au Congrès de la FDI le vendredi 26 août.

### Références

1. Burke FT, Freeman R. Preparing for dental practice. Oxford. Oxford University Press. 2004.
2. Humphris GM, Freeman R, Campbell J, Tuutti H, D'Souza V. Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale. *Int Dent J* 2000; 50(6):367-70.

## Question 2

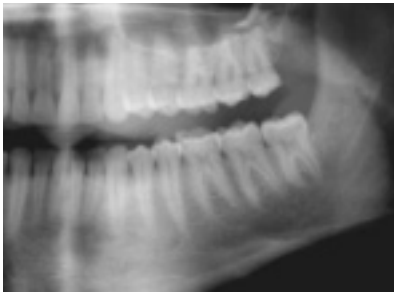
Les appareils panoramiques modernes permettent-ils vraiment de déceler les caries interproximales?

### Contexte

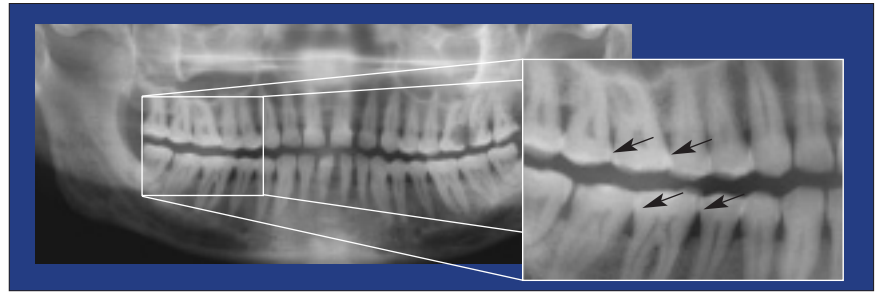
La réponse est un «oui» catégorique! Dans les appareils panoramiques mécaniques classiques, la géométrie de projection est telle que l'angulation horizontale du rayon traverse les espaces interproximaux, ce qui produit, sur les images obtenues, un chevauchement des surfaces interproximales sur les dents postérieures, et plus particulièrement les prémolaires (*ill. 1*)<sup>1</sup>. Cependant, plusieurs chercheurs n'ont constaté aucune différence statistiquement significative, sur le plan de la détection des caries interproximales, entre les contacts interproximaux révélés par coïncidence par les radiographies panoramiques et les observations fournies par les radiographies rétrocoronaires<sup>2</sup>. Dans une étude, l'examen séparé de chaque technique a révélé que les radiographies panoramiques avait une valeur prédictive positive (VPP) supérieure à celle des radiographies rétrocoronaires correspondantes, pour déceler les caries interproximales<sup>3</sup>, la VPP étant définie comme la probabilité qu'une observation radiographique positive chez un patient traduise une affection réelle. Lorsque les 2 types d'images ont été examinés ensemble, la VPP des radiographies panoramiques a diminué. Ces études ont démontré qu'il est possible de diagnostiquer avec précision les caries interproximales à l'aide de radiographies panoramiques. Les dentistes

continuent toutefois de croire à la supériorité des radiographies rétrocoronaires, sans doute parce que la plupart d'entre eux croient que les images panoramiques floues, avec leur résolution de 2 à 4 paires de lignes par millimètre (lp/mm), ne peuvent tout simplement pas être aussi bonnes que les radiographies intrabuccales qui, elles, offrent une résolution de 10 à 12 lp/mm.

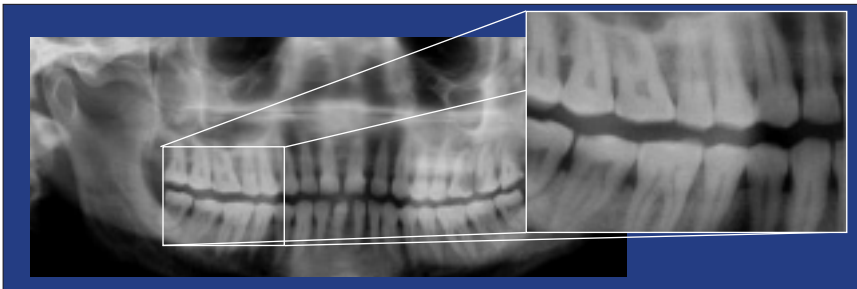
Or, grâce à la robotique et aux moteurs pas à pas programmables, utilisés pour contrôler les pièces mobiles, il est aujourd'hui possible de programmer les appareils panoramiques modernes de manière à diriger l'angulation horizontale du rayon à travers les contacts interproximaux des dents et à éliminer ainsi le chevauchement dans les régions postérieures (*ill. 2a* et *2b*). Les angles appropriés pour obtenir de tels résultats ont été publiés (*ill. 3*)<sup>4</sup>. Il existe en outre un logiciel de traitement numérique qui permet d'améliorer la résolution de 6 lp/mm, de manière à obtenir à l'écran de l'ordinateur une image dont la résolution se rapproche de la résolution théorique calculée en fonction du nombre de pixels et de leur taille (soit près de 9 lp/mm) (*ill. 4*). Des recherches se poursuivent actuellement au Centre des sciences de la santé de l'Université du Texas à San Antonio, en vue de comparer l'efficacité des radiographies panoramiques numériques à celle des radiographies rétrocoronaires prises avec un film de vitesse F ou un



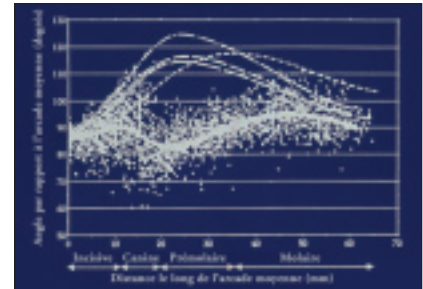
**Illustration 1 :** Image obtenue avec un appareil panoramique numérique fonctionnant en mode normal. À noter le chevauchement des surfaces interproximales.



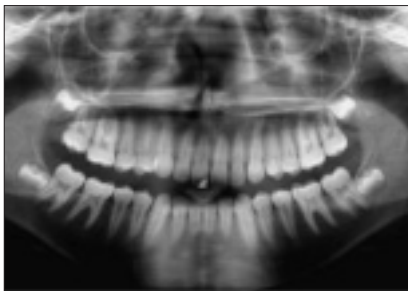
**Illustration 2a :** Image obtenue avec un appareil panoramique numérique robotisé, fonctionnant en mode normal; le chevauchement des contacts interproximaux est évident.



**Illustration 2b :** Image obtenue avec un appareil panoramique numérique robotisé fonctionnant en mode interproximal; les contacts interproximaux exposés apparaissent clairement. À noter la netteté et le détail de l'image fantôme.



**Illustration 3 :** Les lignes pointillées indiquent l'angle de projection horizontale sur 3 panorex classiques, qui cause un chevauchement maximal au niveau des contacts interproximaux des prémolaires. La ligne continue illustre l'angulation horizontale du rayon au niveau des contacts interproximaux, avec les appareils panoramiques robotisés programmables modernes qui exposent tous les contacts interproximaux.



**Illustration 4 :** Image d'un patient obtenue avec un appareil panoramique numérique fonctionnant en mode interproximal. À noter les contacts interproximaux exposés.

film Kodak Insight (Kodak Co., Rochester, N.Y.), comme outil de détection des caries interproximales.

Les nouvelles lignes directrices américaines en matière de radioprotection, qui ont été publiées dans le rapport n° 145 du National Council on Radiation Protection and Measurements, stipulent que le port d'un tablier de plomb n'est plus nécessaire, que l'utilisation d'un film de vitesse D n'est pas acceptable et qu'il faut avoir recours à la collimation rectangulaire pour toutes les radiographies intrabuccales, à l'exception des radiographies rétrocoronaires<sup>5</sup>.

### Avantages de l'imagerie panoramique

La radiographie panoramique offre plusieurs avantages par rapport à la radiographie rétrocoronaire :

- Le quart environ de la radioexposition produite par 4 radiographies rétrocoronaires prises avec un film de vitesse F et la technique du long cône rond<sup>6</sup>.
- Environ la moitié de la radioexposition des radiographies rétrocoronaires intrabuccales numériques.
- Dans le cas de l'imagerie panoramique numérique, le huitième environ de la radioexposition produite par 4 radiographies rétrocoronaires prises avec un film de vitesse F et la technique du long cône rond.
- Grâce au nouveau cycle panoramique numérique «rapide», environ 1/16 de la radioexposition produite par 4 radiographies rétrocoronaires prises avec un film de vitesse F et la technique du long cône rond.
- Grâce au cycle panoramique numérique «rapide» et à la collimation du rayon de manière à couvrir uniquement les dents, environ 1/32 de la radioexposition produite par 4 radiographies rétrocoronaires prises avec un film de vitesse F et la technique du long cône rond.
- Élimination de presque toutes les sources d'infection, à l'exception du bras de support de la pièce à mordre.
- Précision diagnostique similaire, voire supérieure, à celle des radiographies rétrocoronaires sur pellicule.

- Acquisition des images, plus simple et plus rapide, qu'avec les radiographies rétrocoronaires intrabuccales.

### Conclusion

Les appareils panoramiques modernes sont de loin supérieurs aux anciens appareils mécaniques. Ils peuvent ainsi effectuer de nombreuses fonctions nouvelles, comme mieux évaluer la hauteur de l'os alvéolaire dans le cas de maladies parodontales, et être utilisés pour la tomographie à balayage simple et complexe et la tomodensitométrie avec collimation du rayon; de plus, la radiographie numérique avec soustraction devrait bientôt être possible. Voilà qui laisse entrevoir des possibilités bien intéressantes pour les dentistes praticiens! ➤



Le Dr Robert Langlais est professeur et directeur du programme de deuxième cycle de radiologie buccale et maxillofaciale, Centre des sciences de la santé de l'Université du Texas, San Antonio. Courriel : [Langlais@utbsca.edu](mailto:Langlais@utbsca.edu).

Le Dr Langlais donnera sa présentation, intitulée «Contemporary radiology in dentistry», avant le Congrès de la FDI le mardi 23 août.

### Références

1. McDavid WD, Tronje G, Welander U, Morris CR, Nummikoski P. Imaging characteristics of seven panoramic x-ray units: the imaging layer. *Dentomaxillofac Radiol* 1985; 8(suppl):21-8.
2. Terezhalmay GT, Otis LL, Schiff TG, Langlais RP. A comparison of intraoral bitewing with panoramic radiographs for the detection of interproximal caries. *Dentomaxillofac Radiol* 1985; 7(suppl):Abstr 32.
3. Valachovic RW, Douglass CW, Reiskin AB, Chauncey HH, McNeil BJ. The use of panoramic radiology in the evaluation of asymptomatic adult dental patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986; 61(3):289-96.
4. Scarfe WC, Nummikoski P, McDavid WD, Wehlander U, Tronje G. Radiographic interproximal angulations: implications for rotational panoramic radiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 76(5):664-72.
5. National Council on Radiation Protection and Measurements. Report No. 145 — Radiation protection in dentistry; 2003.
6. Underhill TE, Chilvarquer I, Kimura K, Langlais RP, McDavid WD, Preece JW, and other. Radiobiologic risk estimation from dental radiology. Part I. Absorbed doses to critical organs. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988; 66(1):111-20.

## Question 3

Comment puis-je établir et maintenir la perméabilité apicale lors du nettoyage et de la mise en forme du système canalaire?

### Contexte

Le principal objectif d'un traitement endodontique non chirurgical est le débridement total du système canalaire, suivi par une obturation tridimensionnelle de tout l'espace canalaire et de ses portes de sortie à l'aide d'un matériau d'obturation inerte et d'un agent de scellement<sup>1,2</sup> (ill. 1 et 2).

Pendant l'opération de nettoyage et de mise en forme, l'opérateur rencontre souvent des problèmes et peut bloquer l'extrémité du canal radiculaire, créer un faux canal ou perforer le canal. Ces mésaventures mécaniques peuvent faire échouer le traitement endodontique clinique (ill. 3 et 4).

### Prise en charge clinique

Les problèmes rencontrés lors du nettoyage et de la mise en forme du système canalaire, comme ceux mentionnés plus haut, sont principalement attribuables à une calcification coronaire ainsi qu'à des tortuosités et à des ramifications apicales.

### Calcification pulpaire

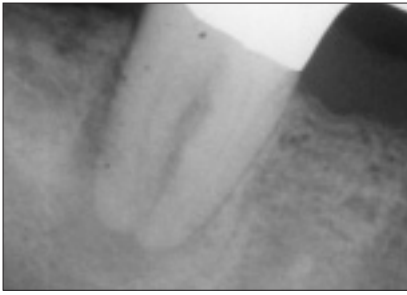
La plus grande partie de la calcification dans la chambre pulpaire et le canal est causée par une irritation et une agression coronaire, notamment la présence de caries, de restaurations, d'attrition, d'abrasion et de vieillissement. La calcification se produit principalement par la nucléation des dépôts calcaires dans certains foyers de la pulpe. Les calcifications, ou nodules pulpaires, sont habituellement suspendues par des fibres collagènes dans la chambre pulpaire et la partie coronaire du canal et il arrive rarement qu'elles bloquent le canal au complet.

Pour contourner ces barrières calciques et atteindre le canal apical ou les canaux apicaux, l'opérateur doit d'abord utiliser une lime extrêmement fine (n° 8 ou n° 10), munie d'un bout pointu et affûté, et non pas du type à extrémité non coupante, pour disséquer les fibres de collagène (ill. 5). Il faut courber l'instrument au préalable pour en augmenter la sensibilité tactile. En appliquant une pression minimale vers l'apex, on manœuvre la lime pour qu'elle glisse ou coulisse entre les nodules pulpaires microscopiques, et en imprimant un mouvement arrière de sculptage, on peut retirer les débris et les aberrations calcifiées.

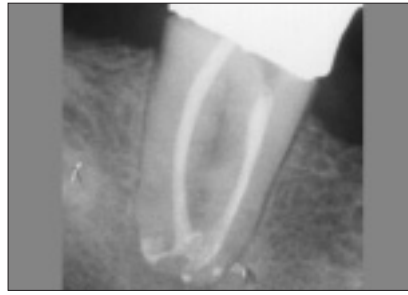
### Tortuosités et ramifications apicales

Dans la zone apicale, le principal canal a tendance à se ramifier. À cet endroit, les tissus pulpaires apicaux sont plus fibreux, et on constate histologiquement un surcroît de fibres de collagène. Le foramen canalaire naturel est toujours perméable et a un diamètre moyen d'environ 0,20 mm, mais il est facile à bloquer par l'opérateur (ill. 3). Pour maintenir la perméabilité apicale, il faut utiliser une petite lime fine (p. ex., n° 10), au bout préalablement courbé (ill. 5). Souvent, il est impossible d'atteindre l'extrémité apicale radiographique parce que l'instrument n'est pas suffisamment courbé au préalable et que la lime ne peut suivre les courbures courtes et anguleuses du canal. Néanmoins, avec de la patience et en sondant avec soin et délicatesse, on peut arriver à glisser le bout pointu de l'instrument dans les tortuosités du canal et parfois même dans le canal accessoire (ill. 6).

Une fois que la lime a atteint l'extrémité radiographique, on recourt à un mouvement ascendant et descendant délicat de



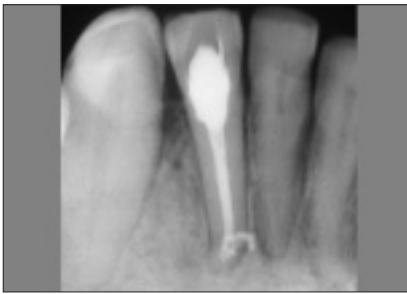
**Illustration 1 :** La dent 47 est un pilier de pont. La calcification coronaire s'explique par des traitements restaurateurs majeurs pendant de nombreuses années et par le vieillissement (le patient a 72 ans). Les canaux disparaissent au tiers apical. Une radiotransparence est présente autour des racines, indiquant que les irritants émergent du système canalaire par les diverses portes de sortie.



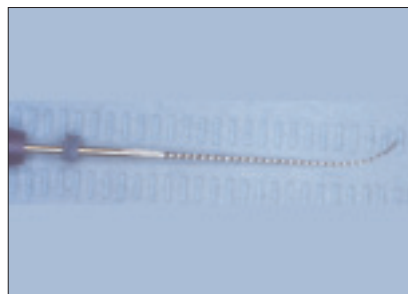
**Illustration 2 :** Une radiographie prise 6 mois après le traitement montre une reconstruction osseuse complète. Les subtilités complexes de l'apex sont complètement scellées comme l'indique la stabilité de l'agent de scellement prenant forme d'un léger renflement apical.



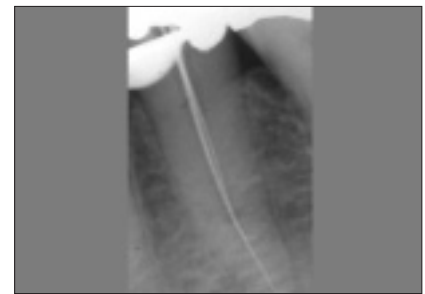
**Illustration 3 :** Un traitement endodontique non chirurgical a été effectué sur la dent 42. La radiotransparence apicale est mise en évidence à l'aide d'une pointe fine-moyenne de gutta-percha. La racine apicale est tortueuse, et il y a une forte possibilité de ramifications apicales du canal et peut-être un blocage procédural antérieur. Il n'y a pas de calcification apicale.



**Illustration 4 :** Une radiographie prise 7 mois après le traitement montre une amélioration de l'os apical. Les canaux apicaux accessoires et les portes de sortie sont obturés. Une radiographie antérieure montrait que le principal canal apical avait été bloqué.



**Illustration 5 :** On se sert d'une lime pointue et affûtée n° 10, courbée au préalable à un angle d'au moins 60 degrés, pour disséquer les fibres de collagène coronaire, glisser et coulisser entre les nodules pulpaire microscopiques suspendus dans le tiers coronaire des canaux et manœuvrer dans les tortuosités canalaire apicales et les canaux accessoires.



**Illustration 6 :** On glisse une lime n° 10 préalablement courbée dans le canal apical accessoire après avoir nettoyé et façonné le canal principal. La lime n° 20 se trouve dans le canal principal.

faible amplitude (de 0,25 mm à 1 mm) jusqu'à ce que la lime n° 10 soit très lâche dans l'espace canalaire. On introduit ensuite l'instrument plus large suivant. Si l'ouverture apicale du canal est extrêmement petite et que le canal apical final est très tortueux, la lime n° 10 peut «percer» délicatement à la surface radulaire pour maintenir la perméabilité apicale.

Durant l'opération de nettoyage et de mise en forme, une irrigation copieuse d'au moins 30 ml par canal est nécessaire. Le liquide irriguant (de préférence de l'hypochlorite de sodium à 2,5 %) doit être constamment réapprovisionné, et la lime fine aide à le transporter dans la ramification apicale. L'hypochlorite de sodium digère et dissout les tissus pulpaire nécrotiques et disperse aussi les débris dentinaires en suspension lâche. Il faut alors s'abstenir d'utiliser un agent de chélation parce qu'il pourrait amollir et décalcifier la paroi dentinaire. Le cas échéant, l'opérateur peut facilement créer un faux canal, surtout s'il creuse dans la paroi canalaire tangentielle là où le principal canal est bloqué et bourré de débris dentinaires.

Les canaux lisses, nettoyés et bien mis en forme, peuvent aisément être obturés de gutta-percha et condensés hermétiquement et tridimensionnellement à l'aide d'un agent de scellement. ♦



Le Dr Donald Yu est professeur en clinique et directeur d'endodontie, Département de médecine dentaire, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta). Courriel : donaldyu@ualberta.ca.

Le Dr Yu donnera son cours pratique, intitulé «Predictably successful endodontics: how to feel, fill & thrill accessory canals», avant le Congrès de la FDI le lundi 22 août.

## Références

1. Yu DC. The significance of obturating the accessory canals in the healing of the lesions of endodontic origin. *Hong Kong Dental Association Newsletter* March 1998; 7-10.
2. Schilder H. Filling root canals in three dimensions. *Dent Clin North Am* 1967; Nov:723-44.

## Lectures supplémentaires

- Schilder H. Cleaning and shaping the root canal. *Dent Clin North Am* 1974; 18(2):269-96.
- Yu DC, Schilder H. Cleaning and shaping the apical third of a root canal system. *Gen Dent* 2001; 49(3):266-70.



## Question 4

Quels moyens devrait-on prendre pour assurer l'observation des mesures de contrôle des infections dans un cabinet dentaire?

L'élaboration et l'application générale de pratiques et de protocoles efficaces ont sensiblement réduit les risques d'infection, autant pour les professionnels de la santé que pour les patients<sup>1-3</sup>. Cependant, malgré les preuves substantielles attestant des bienfaits protecteurs des précautions de routine, la non-observation demeure un problème pour certains fournisseurs de soins médicaux et dentaires. La discussion qui suit décrit les mesures à prendre à la suite d'une blessure avec aiguille subie durant un traitement et souligne l'importance de planifier à l'avance la prise en charge de tels incidents. Bien qu'il n'en soit pas explicitement question dans cet article, des incidents similaires peuvent aussi se produire durant la manipulation d'autres types d'instruments tranchants contaminés, comme des instruments pleins (p. ex., détartrateurs, sondes, fraises et fils), des instruments contaminés nettoyés pour être réutilisés ou des matériaux envoyés du cabinet dentaire pour être traités dans un laboratoire dentaire.

### Incident hypothétique

Examinons le scénario hypothétique suivant. Un dentiste, ayant obtenu son diplôme à la fin des années 1970, s'est tenu bien au fait des progrès réalisés dans les mesures de contrôle des infections et est fier des précautions prises par son personnel clinique. Son cabinet dentaire est situé en banlieue, et seuls quelques patients ont indiqué le VIH/sida ou l'hépatite virale dans leurs antécédents. Deux des hygiénistes et des assistantes dentaires sont réticentes à traiter ces patients, à moins que des précautions supplémentaires soient appliquées et que les instruments contaminés soient traités séparément dans l'appareil à ultrasons, puis subissent le cycle normal de stérilisation par la chaleur. L'exposition accidentelle à des objets tranchants a rarement été abordée durant les réunions du personnel, pour 2 raisons principales : les précautions supplémentaires mentionnées précédemment sont déjà utilisées durant le traitement de tout patient souffrant de ce type d'infections à risque élevé et aucune exposition accidentelle par des objets tranchants n'a été rapportée depuis plusieurs années. Le personnel qui dispense les soins aux patients est donc confiant que le protocole systématique de contrôle des infections fonctionne bien.

Un vendredi après-midi particulièrement occupé, un patient adulte de longue date doit recevoir une deuxième injection d'anesthésique durant la préparation d'une couronne. S'efforçant de compléter rapidement cette procédure de routine, l'assistante dentaire se blesse accidentellement avec l'aiguille, en tentant de replacer dans sa gaine la seringue que lui tend le dentiste (ill. 1). Ne sachant trop quoi dire, l'assistante n'informe le dentiste de l'incident qu'une fois le traitement terminé.

Or, la manière dont le dentiste et l'assistante réagissent dans une telle situation a des répercussions importantes, à la fois sur les risques de propagation des maladies infectieuses et



**Illustration 1:** Remplacement à 2 mains de l'aiguille dans sa gaine : un accident est à prévoir.

sur le plan psychologique (caractère traumatique de l'incident). Leurs réactions auront aussi une incidence sur la manière dont les autres membres du cabinet réagiront à l'avenir en pareilles circonstances et déclareront tout futur incident de cette nature.

### Ce qui devrait être fait

L'exposition accidentelle à du sang ou à d'autres liquides organiques doit être considérée comme une urgence médicale et être traitée dès sa survenue. Il est utile à cette fin de définir, par écrit, un protocole exhaustif de traitement postexposition, afin que le personnel puisse se préparer à l'avance plutôt que de simplement réagir à une situation qui pourrait facilement devenir émotionnelle. Une préparation préalable et l'adoption des mesures appropriées à la suite d'un incident peuvent réduire au minimum les problèmes potentiels (voir ill. 2, Diagramme illustrant les étapes de la prise en charge de l'exposition professionnelle à des pathogènes à diffusion hématogène [en anglais seulement], à <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-71/issue-5/341.html>)<sup>4</sup>. Voici les étapes à suivre en cas d'exposition accidentelle :

1. Dispenser les premiers soins de base pour nettoyer la blessure. Le lavage des mains avec de l'eau et du savon est satisfaisant pour nettoyer les zones cutanées atteintes, et les tissus des muqueuses atteintes peuvent être lavés à grande eau.
2. Signaler la blessure à l'employeur ou au coordonnateur du contrôle des infections, en donnant le plus de détails possible. Un rapport écrit de l'exposition peut être très utile pour les professionnels qualifiés de la santé qui auront à évaluer l'exposition et à recommander les mesures de suivi appropriées.
3. Suivre les directives relatives à l'évaluation et au suivi médicaux recommandés.

Plusieurs facteurs doivent être pris en considération durant l'évaluation d'une exposition accidentelle (ill. 2)<sup>5</sup> :

- le lieu où s'est produit l'incident (l'espace physique à l'intérieur des installations);
- les circonstances dans lesquelles s'est produite l'exposition;
- les mesures techniques de contrôle et les pratiques de travail en vigueur au moment de l'exposition, y compris l'utilisation d'un dispositif de sécurité;
- les politiques en vigueur au moment de l'incident;
- le type d'exposition et la gravité de la blessure;
- tout renseignement disponible sur le patient-source;
- la présence ou l'absence de sang visible sur l'instrument.

Dans le scénario hypothétique présenté ici, l'existence d'un plan de traitement postexposition aurait permis au dentiste et à l'assistante blessée de fournir des renseignements pertinents aux évaluateurs médicaux, renseignements qui auraient été utiles pour déterminer les risques de transmission d'infections à diffusion hémato-gène (p. ex., virus de l'hépatite B, virus de l'hépatite C ou VIH) et pour décider ensuite de la prophylaxie postexposition et des tests sérologiques requis et du counselling à offrir au professionnel de la santé blessé. À l'inverse, l'absence de plan peut avoir un effet d'entraînement, du seul fait que les tâches de routine ne sont peut-être pas exécutées conformément aux recommandations. On pourrait donc, sans le savoir, contribuer à accroître les risques d'infections microbiennes. ❖



Le Dr John A. Molinari est professeur et directeur, Département des sciences biomédicales, École de médecine dentaire de l'Université Detroit Mercy. Courriel : molinarija@udmercy.edu.

Le Dr Molinari donnera sa présentation, intitulée «Emerging infection — challenges and recommendations», au Congrès de la FDI le mardi 23 août, dans le cadre du programme de cours pré-congrès.

### Références

1. Molinari JA. Dental infection control at the year 2000: accomplishment recognized. *J Am Dent Assoc* 1999; 130(9):1291-8.
2. Siew C, Chang SB, Gruninger SE, Verrusio AC, Neidle EA. Self-reported percutaneous injuries in dentists: implications for HBV, HIV transmission risk. *J Am Dent Assoc* 1992; 123(7):36-44.
3. Cleveland JL, Lockwood SA, Gooch BF, Mendelson MH, Chamberland ME, Valauri DV, and others. Percutaneous injuries in dentistry: an observational study. *J Am Dent Assoc* 1995; 126(6):745-51.
4. Organization for Safety and Asepsis Procedures (OSAP). From policy to practice: OSAP's guide to the guidelines. OSAP. Annapolis; 2004.
5. Bednarsh H, Eklund KJ, Molinari JA, Bond WW. Infection control and hazard control. In: Sonis ST, editor. *Dental secrets*. 3rd ed. Philadelphia: Hanley & Belfus; 2003.

## Dentists & Oral Health Professionals



### LET US REVIEW YOUR TAX PLANNING

You could be inadvertently committing tax evasion through improper tax and financial planning. **Protect your practice, family, home and assets!**

**Paul DioGuardi Q.C.**  
Tax Lawyer  
39 Years Experience  
Formerly Tax Counsel Revenue Canada (CRA) and Department of Justice

### Get a Tax Pardon!

Avoid criminal prosecution and penalties up to 250% of the amount you owe. In many cases we can reduce the tax and interest otherwise payable.

Anonymity & Confidentiality assured by special legal privilege with the tax authorities. Your name is only released following our negotiations and upon legal agreement.

**UNLIKE US, YOUR ACCOUNTANT/FINANCIAL PLANNER/ADVISOR CAN BE FORCED TO REVEAL YOUR IDENTITY AND TESTIFY AGAINST YOU!**

Can't see us in person?  
Visit our secure, encrypted site:  
[www.taxamnesty.ca](http://www.taxamnesty.ca)

TO ORDER OUR BOOK: "Tax Amnesty – Avoiding the Tax Trap"  
Visit: [www.ontaxpublications.com](http://www.ontaxpublications.com)

## Large, unpayable income tax bill (\$175,000+)

### AVOID BANKRUPTCY!

Unlike us, bankruptcy trustees represent your creditors (the tax collector). Because they are partially paid on a results oriented basis, the more tax you pay the more trustees earn. We have no such conflict of interest and offer a one stop, multidisciplinary approach (tax lawyers, tax accountants and financial planners) to help solve your problem.

Our goal, through leveraged negotiations with the CRA, or if needed, a court application, is to reduce your tax liability.

## DioGuardi & Company, LLP

— The Tax Amnesty Lawyers —

Ottawa: 613-237-2222 Toronto: 416-657-4408  
Vancouver: 604-678-8559 Toll-free: 1-866-758-9030

[www.effectivetaxsolutions.com](http://www.effectivetaxsolutions.com)

V-007-1104

“ Un dimanche, de bon matin, un incendie se déclare chez le locataire d'en bas. Mon cabinet dentaire était noir de fumée mêlée d'impuretés. Le lendemain, lundi, la compagnie d'assurance Trois-en-un<sup>MC</sup> a dépêché une équipe de 12 personnes qui a travaillé d'arrache-pied pour nettoyer mon cabinet de fond en comble. Ils ont tout démonté — boulon par boulon et écrou par écrou. Et tout ce qui ne pouvait pas être nettoyé a été remplacé. Le service était rapide et fiable et les travailleurs, tous expérimentés et professionnels. ”

*Dr Elena Petrov*



## C'est que côté dentistes, le CDSPI en connaît un bout...

*Dr Elena Petrov rouvre son cabinet tout juste une semaine après un désastre au cabinet*

*Votre fournisseur d'assurance est-il sensibilisé à vos besoins ?* Le CDSPI administre des plans d'assurance et de placement de qualité, taillés sur mesure exclusivement pour les professionnels dentaires et les membres de leurs familles et il offre des conseils éclairés personnalisés par l'intermédiaire de sa filiale, les Conseils professionnels en direct Inc. Appelez aujourd'hui pour demander qu'on vous assigne un conseiller personnel en assurance\*.



1 800 561-9401 [www.cdspi.com](http://www.cdspi.com)



1 877 293-9455 [www.proguideline.com](http://www.proguideline.com)

*\* Des restrictions s'appliquent en matière de conseils consultatifs.*

*Le contrat d'assurance Trois-en-un<sup>MC</sup> est offert dans le cadre du Régime d'assurance des dentistes du Canada et il est établi par Aviva, Compagnie d'assurance du Canada. Le Régime d'assurance des dentistes du Canada est parrainé par l'ADC et coparrainé par les associations dentaires provinciales participantes.*

# Nouvelles du CDSPI

## PLACEMENTS AUTOGÉRÉS... LES FONDS MUTUELS SANS FRAIS D'ACQUISITION, C'EST UN PLUS

Par John Webster, CFP

Les placements autogérés vous ouvriront l'accès à une plus vaste gamme de fonds communs de placement que ne vous offrirait d'ordinaire la banque du coin. Seulement d'habitude, cette flexibilité ajoutée ne va pas sans frais additionnels. C'est ainsi qu'un plan autogéré peut s'accompagner des frais annuels de gestion du compte, d'une redevance du dépositaire sur des comptes enregistrés, des frais prélevés à l'acquisition et au rachat de parts de fonds commun de placement si vous les rachetez avant un nombre d'années spécifié (exemple : 7 ans).

Si vous êtes expérimenté en placements autogérés, vous serez heureux d'apprendre qu'il ne devrait pas vous en coûter plus si vous recourez au service d'investissement autogéré de l'ADC\* dans le cadre du Programme de placement des dentistes du Canada.

### Honoraires de gestion minimes

Le Service d'investissement autogéré de l'ADC vous ouvrira l'accès à des milliers de fonds mutuels *sans frais d'acquisition*, vous évitant ainsi les frais habituels d'achat et de rachat que vous payeriez ailleurs. Il s'agit d'une propriété offerte spécialement aux participants du Programme de placement. En outre, il n'y a ni solde minimum requis, ni commission annuelle de compte, ni pénalités de compte dormant, et les redevances du dépositaire habituelle-

ment perçues sur les comptes enregistrés sont exclues pour les comptes de plus de 50 000 \$. Ce qui revient à dire qu'il restera dans votre portefeuille une plus grande partie de vos revenus de placement que dans d'autres plans autogérés.

### Conseils en planification de placement, objectifs et loyaux

C'est commun d'entendre ceux qui ont des placements autogérés ailleurs se plaindre du fait que leur plan autogéré n'offre pas de conseils. Il y a d'autre part les investisseurs qui ne savent pas pour sûr si les recommandations acquises sont vraiment dans leurs intérêts.

Soyez tranquille, avec le service d'investissement autogéré de l'ADC, quand vient le moment de choisir des fonds, un conseiller qualifié des Conseils professionnels en direct Inc. — une filiale du CDSPI sera là pour tout expliquer afin de vous permettre de vous bâtir le portefeuille que vous voulez. Et comme tous les investisseurs dans le Programme de placement des dentistes du Canada, vous recevrez un conseil en planification de placement *qui ne vous coûtera absolument rien*.

### Le tout réuni au même endroit

Si vous investissez actuellement dans la famille des fonds de l'ADC, vous n'êtes pas sans savoir qu'elle offre des fonds sans frais d'acquisition en provenance de gestionnaires de fonds de grand renom, dont Franklin Templeton, Barclays Global, McLean Budden, Aim Trimark, KBSH Gestion du Capital, Altamira et, tout dernièrement, Phillips, Hager & North. Néanmoins, si vous avez l'œil sur un fonds qui n'entre pas dans le cadre de la famille des fonds de l'ADC, le service d'investissement autogéré de l'ADC vous en ouvrira l'accès. Vous recevrez des sommaires trimestriels consolidés décrivant de façon détaillée tous vos avoirs, y compris les fonds de l'ADC, dans un même relevé, ce qui vous permettra de suivre sans peine l'évolution de la performance et du contenu de votre portefeuille de placement.

\* Vu les restrictions provinciales en matière de délivrance de permis, le service de placements autogérés n'est pas offert partout dans les juridictions canadiennes pour le moment.



John Webster est planificateur financier agréé et vice-président, Planification financière pour les Conseils professionnels en direct Inc. — une filiale du CDSPI. Il y a plus de 8 ans qu'il sert exclusivement les besoins en planification de placement des professionnels dentaires et des membres de leurs familles.



Renseignements  
fournis par  
Canadian Dental  
Service Plans Inc.



# 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-HT<sub>3</sub> 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-HT<sub>3</sub> antagonists. Patients who have experienced hypersensitivity reactions to one 5-HT<sub>3</sub> antagonist have experienced more severe reactions upon being challenged with another drug of the same class. The use of a different 5-HT<sub>3</sub> 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-HT<sub>3</sub> 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 overdose 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 overdose, symptomatic and supportive therapy should be given as appropriate.

The use of Ipecac to treat overdose 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<sup>†</sup> 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/m<sup>2</sup> 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 Continuo-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.<sup>11</sup>

#### 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 paperback 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.

- 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.
- 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.
- 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:

- Marcario A, Weinger W *et al*. Which Clinical Anesthesia Outcomes Are Important to Avoid? The Perspective of Patients. *Anesth Analg*. 1999;89:652-658.
- Hill RP, Lubarsky DA *et al*. Cost-effectiveness of Prophylactic Antiemetic therapy with Ondansetron, Droperidol, or Placebo. *Anesthesiology* 2000; 92:958-67.
- 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.
- 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.
- Zofran® Product monograph GlaxoSmithKline Inc., September 16, 2003.
- Kovac AL. Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting. *Drugs* 2000; 59(2):213-243.



7333 Mississauga Rd. N.  
Mississauga, Ontario L5N 6L4

® Registered Trade-mark of Glaxo Group Limited, GlaxoSmithKline Inc., licensed user.



# “Je parie que mon REER est mieux que le vôtre”

*John Webster, Conseiller personnel en placement,  
Conseils professionnels en direct Inc. — une filiale du CDSPI*

Qu'y a-t-il de si spécial dans votre REER ?

Vous ouvre-t-il l'accès à des avantages de placement distincts, par exemple d'**excellents résultats en matière de performance à long terme**, des **gestionnaires de fonds de premier ordre**, des **honoraires de gestion des fonds de modicité extrême** et des **services gratuits d'un planificateur financier agréé qui ne touche pas de commissions\*** ?

Eh bien, le mien oui ! C'est que je me sers du **RER de l'ADC** pour mes placements retraite. Et si votre REER ne présente pas des avantages comme ça, il y a de fortes chances qu'à la retraite vous vous aperceviez que vous vous êtes roulé vous-même.

**Téléphone : 1 877 293-9455 (sans frais) ou (416) 296-9455, poste 5021**

*\* Des restrictions s'appliquent en matière de services consultatifs dans certaines juridictions.*

Appelez pour un formulaire de demande de RER de l'ADC ou obtenez-en-un dès à présent en visitant [www.cdspi.com/rer-adc](http://www.cdspi.com/rer-adc)



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



# 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](mailto:advertising@cma.ca)

Les annonces par téléphone ne sont  
pas acceptées.

## Dates limites de réception

Numéro	Date limite
Juin	10 mai
Juillet/Août	17 juin

**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	1795	1/3 page	650
2/3 page	1275	1/4 page	565
1/2 page	955	1/6 page	445
1/8 page	305		

## Tarif des petites annonces ordinaires

95 \$ jusqu'à 50 mots, 85 ¢ par mot sup-  
plémentaire. Numéro de boîte-réponse :  
20 \$ (première insertion seulement).

Encadré spécial (2 1/8" x 2 1/8") \$225

**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 – Lethbridge :** Ville de 66 000 habitants offrant des services à une population environnante de quelque 150 000 personnes, Lethbridge est l'une des villes qui croît le plus rapidement en Alberta. Ses atouts : loisirs, soleil, emplacement de choix et qualité de vie. Lun des premiers cabinets dentaires de Lethbridge est à vendre; il est situé dans le deuxième centre commercial le plus achalandé de la ville. Exclusivité et visibilité sont les marques distinctives de ce cabinet dynamique. Consulter [www.drchuck.ca](http://www.drchuck.ca) et [www.lethbridgepages.com](http://www.lethbridgepages.com) D1683

**ALBERTA/COLOMBIE-BRITANNIQUE :** On recherche un cabinet individuel à acheter. Courriel : [dentalbuyer@telus.net](mailto:dentalbuyer@telus.net), tél. : (403) 969-8786. D1691

**ALBERTA – Rimbey :** Occasion d'acheter ou d'exercer à pourcentage en vue de devenir propriétaire de ce cabinet solo de campagne axé sur la famille. Nouveaux diplômés bienvenus. Le propriétaire est disposé à faciliter la transition. Excellent personnel à long terme. Revenu brut de 580 000 \$/année pour 4 jours/semaine. Bonne tenue à bail. Frais généraux peu élevés. Joindre Anne au (403) 843-2173. D1569

**COLOMBIE-BRITANNIQUE – Kelowna :** Cabinet de prosthodontiste à vendre. Revenu élevé et attrayant (dans les 7 chiffres); moderne, 3 salles opératoires. Cabinet informatisé, appareil à rayons X numérique, nouvel appareil panoramique. Toutes les facettes de la prosthodontie – prothèses fixes/amovibles, implants, procédures esthétiques. Une hygiéniste fait partie du personnel. Région très prisée. Évaluation indépendante. Transition complète offerte (propriétaire disposé à demeurer à pourcentage). Réseau d'aiguillage bien établi. Courriel : [prosthodontist@hotmail.com](mailto:prosthodontist@hotmail.com) D1651

**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

## Sunny North Okanagan, B.C.

### Modern - Cosmetic - Turn Key

Be your own Boss  
Great Team & Patients  
Large Patient Service Area  
Excellent Cash Flow

Purchase or associate with transition to purchase. Currently 3 ops (room for more), over 1700 active charts, strong new patient flow, great client variety, large market without competition and an unparalleled lifestyle. For more information, email: [drsmuir@sunwave.net](mailto:drsmuir@sunwave.net). ph: 250-309-3823

D1636

**COLOMBIE-BRITANNIQUE – Victoria :** Cabinet familial exceptionnel à vendre dans centre commercial achalandé. Cabinet bien établi avec bail prolongé. Revenu brut de plus d'un million. Six salles opératoires avec équipement moderne et caméra intra-buccale informatisée. Nouvelle clientèle élevée, environ 2400 patients actifs. Occasion exceptionnelle pour professionnel progressiste. Dentiste principal restera pendant la transition si nécessaire. Veuillez communiquer avec Bob, téléc. : (250) 475-3216, courriel : [crluck2@shaw.ca](mailto:crluck2@shaw.ca). D1537

**MANITOBA – Winnipeg :** Cabinet de dentisterie générale bien établi à vendre. Évaluation professionnelle, partage des coûts; emplacement visible dans centre commercial, stationnement, flux régulier de nouveaux patients; 4 jours par semaine avec revenu annuel brut supérieur à 800 000 \$. Cette clinique clé en main a 9 salles opératoires et est dotée de 2 dentistes à pourcentage et d'un orthodontiste sur place. Propriétaire reprend les études supérieures. Courriel : [drewbrueckner@shaw.ca](mailto:drewbrueckner@shaw.ca), tél. (laisser un message) : (204) 477-8753. D1709

**MANITOBA – Sud** : Cabinet rural établi depuis longtemps, même emplacement depuis 30 ans. Cabinet attrayant, moderne, informatisé, avec 6 salles opératoires, radiographie numérique, programme d'hygiène excellent. Revenu personnel élevé pour le propriétaire, revenu brut nettement supérieur à 750 000 \$ par an. Propriétaire actuel quitte la province. Répondre à : «Cabinet dentaire», a/s 15, prom. Kingsborough, Winnipeg, MB R3P 1H9, téléc. : (204) 987-8493. D1710

**NOUVELLE-ÉCOSSE – Halifax** : Occasion exceptionnelle dans le centre-ville de Halifax. Cabinet dentaire moderne et bien établi à vendre. Emplacement de choix avec des patients et un personnel formidables, nombreux nouveaux clients. Excellentes conditions de location et équipement de haute technologie. Évaluation professionnelle disponible sur demande. Revenu brut : 700 000 \$ + par année, 4 jours/semaine. Le propriétaire part s'établir dans une autre province. Joignez Peter, tél. : (902) 497-6700 ou visitez notre site Web à [www.scotiadental.com](http://www.scotiadental.com). D1634

**ONTARIO – Ottawa (centre)** : Trois salles opératoires, 1200 p.c., bonne patientèle, bon revenu, agrandissement possible, 4 jours par semaine. Propriétaire quitte mais est prêt

à aider pendant la transition. Courriel : P\_T\_Y\_B@hotmail.com; C.P. 4959, Succ. E, Ottawa, ON K1S 5J1. D1708

## P O S T E S V A C A N T S

**ALBERTA – Edmonton** : Le Département de médecine dentaire accepte des candidatures au poste de professeur agrégé en dentisterie pédiatrique, à temps plein et menant à la permanence. Les candidats devront détenir un doctorat en chirurgie dentaire ou l'équivalent, avoir terminé un programme de formation spécialisée avancé en dentisterie pédiatrique et posséder un diplôme d'études avancées (M.Sc. ou Ph.D.). Préférence accordée aux candidats démontrant des aptitudes de recherche optimales et de l'expérience en dentisterie hospitalière. Les fonctions consisteront à enseigner la dentisterie pédiatrique à des étudiants de premier cycle en clinique, en laboratoire et dans des cours magistraux, à exécuter des tâches administratives liées à la dentisterie pédiatrique, à participer à des comités départementaux et professoraux ainsi qu'à des programmes d'approche, et à faire liaison avec la clinique dentaire de l'hôpital en assistant entre autres les résidents en médecine

dentaire. Débouchés en pratique interne ou externe. Le salaire et le niveau d'affectation seront fonction des antécédents et de l'expérience. Le poste sera disponible le 1<sup>er</sup> juillet 2005, et les candidatures seront acceptées jusqu'à ce que le poste soit comblé. Veuillez envoyer votre curriculum vitae complet, ainsi que vos objectifs de carrière futurs et le nom de trois examinateurs, au : Dr Ken Zakariasen, vice-doyen et directeur, Département de médecine dentaire, Faculté de médecine et de médecine dentaire, 3036, Centre de médecine dentaire/pharmacie, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta) Canada T6G 2N8. Tous les candidats qualifiés sont invités à poser leur candidature; cependant, les citoyens canadiens et les résidents permanents auront priorité. Si aucun citoyen ou résident permanent ne convient, d'autres candidats seront pris en considération. L'Université de l'Alberta embauche en fonction du mérite. Nous nous engageons à respecter le principe de l'équité en matière d'emploi. Nous accueillons volontiers la diversité et encourageons les candidatures de toutes les femmes et de tous les hommes qualifiés, y compris les personnes handicapées, les membres des minorités visibles et les autochtones. D1706

**ALBERTA – Edmonton** : Dentiste à pourcentage à temps plein demandé pour cabinet ultramoderne au centre-ville. Carnet rempli dès le premier jour. Heures de travail et personnel formidables. La dentisterie de qualité et l'excellence des soins aux patients sont 2 critères indispensables. Tél. : (780) 424-6272, téléc. (C.V.) : (780) 424-9327, courriel : drmarc@shaw.ca. D1707

**ALBERTA – Edmonton** : Dentiste à pourcentage à temps plein, Millwoods : Venez faire partie d'une équipe dynamique et en croissance. Cabinet de trois ans dans centre commercial achalandé. Courriel : dra@whyteavedentalcare.com, téléc. (780) 435 8730. D1715

**ALBERTA – région de Calgary** : Navette facile; à seulement 45 km au sud-ouest de Calgary. Poste de dentiste à pourcentage disponible immédiatement; 2-3 jours par semaine. Poste menant à un emploi à temps plein. Recherche individu hautement motivé avec excellentes aptitudes à la communication. Veuillez joindre Bobbi, tél. : (403) 933-2000, téléc. : (403) 933-4619, courriel : drstobbe@telus.net. D1704

**ALBERTA – Edmonton** : Dentiste à pourcentage à temps plein ou partiel pour cabinet dentaire familial. Les candidats



## ‘NAMGIS DENTAL CLINIC is seeking a DENTIST

We are seeking a highly motivated dentist to operate our modern three-operatory clinic. With an active patient list of 1750, the 'Namgis Dental Clinic serves the residents of Alert Bay and other northern-Vancouver Island communities. Working with our CDAs and our full-time dental hygienist, the successful candidate will provide a full range of treatment services. An attractive compensation package with a combination of salary and shared billings, plus no overhead, make this an excellent opportunity for someone seeking the rewards and challenges of dentistry without the usual financial stress.

The community of Alert Bay is located in Johnstone Strait, off the northeast tip of Vancouver Island. We offer some of the world's best fishing, whale watching, kayaking, and other outdoor pursuits. The community is also a growing centre for Aboriginal artistic expression in all forms including carving, dance, and other traditions. For more information on the community, please visit [www.alertbay.com](http://www.alertbay.com) and [www.namgis.org](http://www.namgis.org).

Start date is negotiable.

For more information on the position, please contact:

**Wendy Peterson, Practice Manager**  
PO Box 388, Alert Bay, BC V0N 1A0  
Tel. (250) 974-5205 • Fax (250) 974-5237  
E-mail [WendyP@namgis.bc.ca](mailto:WendyP@namgis.bc.ca)

D1714

doivent avoir l'esprit d'équipe et le souci du détail, et vouloir fournir des soins et des services professionnels de qualité. Prière de télécopier C.V. au (780) 414-6045, a/s directeur commercial. D1678

**ALBERTA – Slave Lake :** Dentiste à pourcentage à temps plein demandé pour cabinet achalandé et bien établi avec 6 salles opératoires. Occasion excellente pour nouveau diplômé ou dentiste expérimenté. Veuillez communiquer avec Jose Antony, gestionnaire de cabinet, au (780) 849-4477 ou envoyez votre C.V. par téléc. au (780) 849-6332. D1621

**ALBERTA – Cold Lake :** Notre cabinet familial bien établi cherche actuellement un dentiste à pourcentage pour se joindre à notre équipe amicale de professionnels. Nous cherchons un dentiste bienveillant, motivé et avec beaucoup d'entregent pour prendre la clientèle existante, puisque le propriétaire se prépare à la retraite. Possibilité pour le bon candidat d'acheter ce cabinet formidable en tout ou en partie. Nous avons un département d'hygiène et de parodontie dynamique et prospère, pourvu de caméras intrabucales. Vous aimerez toucher à tous les aspects de la dentisterie générale dans un cabinet familial informatisé, progressiste et achalandé. Si vous cherchez une carrière enrichissante et satisfaisante avec une équipe dévouée et vous voulez offrir des soins dentaires exceptionnels, téléphonez-nous! Nous sommes à seulement 3 heures au nord-est d'Edmonton. Vous pouvez profiter d'un style de vie de qualité dans cette jolie ville au bord du lac. Pour plus d'information, joindre Kelly Avery, tél. : (780) 594-5984 ou télécopier C.V. au (780) 594-5965. D1581

**ALBERTA – Région rurale :** À l'aide! Dentiste à pourcentage demandé; associé à temps plein quitte le cabinet pour raisons autres que dentaires. Clientèle fournie. Personnel jeune et dynamique. Atmosphère détendue. Cabinet familial. Nouveaux diplômés bienvenus. Possibilité de rachat pour le bon candidat. À 2 heures d'Edmonton. Candidats à temps plein ou partiel bienvenus. Joindre Neil, tél. : (780) 484-5868. D1487

**COLOMBIE-BRITANNIQUE – Victoria :** Poste de dentiste à pourcentage disponible. Dentiste principal donne des conférences dans le monde entier et recherche un individu enthousiaste pour se joindre à son cabinet progressiste, achalandé et axé sur la prévention. Courriel : crluck2@shaw.ca, téléc. : (250) 386-3064. D1697



## FACULTY POSITION DIVISION OF PERIODONTICS

The Faculty of Dentistry, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, is seeking applications for a full-time, term appointment of 2 years possibly leading to a tenure-track faculty position at the rank of Assistant, Associate or Full Professor, in the Division of Periodontics in the Department of Dental Clinical Sciences. Qualified candidates may be considered for a tenure-track position.

Responsibilities will include undergraduate teaching, collaborative research, continuing education presentations and associated administrative duties. Depending on the successful applicant's credentials (s)he may be invited to participate in planning a graduate program. The Division collaborates in research with other Divisions, Departments, Faculties, Universities, and the School of Biomedical Engineering.

Academic rank will be based on the successful candidate's qualifications, experience, and achievements. It is expected that the successful applicant will have graduated from an accredited specialty program, or a non-accredited specialty program and hold a Ph.D. The successful applicant will also have demonstrated experience in research, undergraduate and graduate teaching, and administration. Salary and rank will be commensurate with qualifications and experience.

The successful applicant must be eligible for licensure in Nova Scotia. Private practice privilege is integrated with the appointment.

All qualified candidates are encouraged to apply; however, Canadians and permanent residents will be given priority. Dalhousie University is an Employment Equity/Affirmative Action employer. The University encourages applications from qualified Aboriginal people, persons with a disability, racially visible persons, and women.

Dalhousie University is one of Canada's leading teaching and research universities, with four professional Faculties, a Faculty of Graduate Studies and a diverse complement of graduate programs. Collaborative and interactive research is encouraged, as is cooperation in teaching among the Faculties. We inspire students, faculty, staff, and graduates to make significant contributions to our region, Canada, and the world. Dalhousie is located in Halifax, Nova Scotia; it is a vibrant capital city, and the business, academic, and medical centre for Canada's east coast.

Review of applications will begin in May 2005. Applicants should submit a letter of application with Curriculum Vitae, up to three reprints of research publications and the names, addresses, and e-mail addresses of three referees to:

**Dr. H. A. Ryding, Chair Search Committee  
Faculty of Dentistry, Dalhousie University  
Halifax, Nova Scotia B3H 3J5**

D1705



**COLOMBIE-BRITANNIQUE** –  
**Castlegar** : Dentiste à pourcentage demandé pour cabinet de dentisterie générale très achalandé. Castlegar est une jolie municipalité où il fait bon vivre. Ville toutes saisons. Les activités se trouvent à deux pas de chez vous ou à moins d'une heure de route. Nous avons un collège communautaire, un complexe sportif équipé d'une piscine et un aéroport régional. Nouveaux diplômés bienvenus! Prenez un engagement d'un an pour acquérir de l'expérience et réduire vos dettes. Si ce poste vous convient, le propriétaire pourrait éventuellement vous offrir de racheter le cabinet. Courriel : donellis@shaw.ca. D1686

**COLOMBIE-BRITANNIQUE** –  
**Williams Lake** : Poste de dentiste à pourcentage à temps plein disponible en juillet 2005. Poste bien établi avec excellent revenu depuis 25 ans. Grand cabinet familial, service d'hygiène bien organisé et soutien administratif informatisé. Williams Lake est une petite ville dans les terres intérieures de la Colombie-Britannique. Ville familiale formidable avec vélo de montagne, ski, golf, randonnée, etc., à proximité. C'est là l'occasion de vivre dans une petite ville tout en gagnant bien sa vie. Veuillez appeler, à frais virés, le Dr Allistair Menzies ou le Dr Perry Vitoratos, tél. (250) 398-7161 (le jour), (250) 398-2615 ou (250) 398-9085 (le soir), courriel : vitoratos@shaw.ca, téléc. : (250) 398-8633. D1620

**COLOMBIE-BRITANNIQUE** –  
**Kamloops** : Dentiste à pourcentage demandé pour cabinet de dentisterie générale achalandé. Aspects variés de la dentisterie et personnel merveilleux. Possibilité de rachat pour le bon candidat. Les personnes intéressées peuvent téléphoner au (250) 374-4544 ou écrire à abtucker@telus.net. D1596

**COLOMBIE-BRITANNIQUE** –  
**Chilliwack** : Poste à pourcentage offert à un dentiste soucieux de parfaire ses connaissances et d'exceller dans le soin des patients. La région offre toute l'année des activités récréatives dont le ski, la navigation de plaisance, la randonnée pédestre, etc. À 100 km à l'est de Vancouver, climat doux. Le dentiste actuel possède un cabinet achalandé et quitte la région. Possibilité d'association. Écrire au : Dr Michael Thomas, 102-45625, av. Hodgins, Chilliwack BC V2P 1P2; tél. : (604) 795-9818 (domicile), (604) 792-0021 (bureau). D1553

**COLOMBIE-BRITANNIQUE** –  
**Vancouver** : Parodontiste agréé demandé pour exercer à pourcentage dans un cabinet bien établi et dynamique, situé dans le centre-ville de Vancouver et à Vancouver Nord, ou pour en devenir propriétaire. Nous sommes spécialisés dans les traitements parodontaux de qualité et les implants dentaires. Notre cabinet vient à peine d'ouvrir et est situé en un endroit idéal. Si cette offre vous intéresse, veuillez télécopier votre C.V. au (604) 913-1610. D1679

**MANITOBA – Winnipeg** : Dentiste à pourcentage à temps plein ou partiel disponible dans cabinet bien établi. Prière de télécopier votre C.V. au (204) 897-6964 (avant 17 h – heure normale du centre). D1618

**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

**NUNAVUT – Iqaluit** : Poste(s) de dentiste à pourcentage disponible(s) immédiatement. Clinique établie offre une très bonne rémunération et un carnet de rendez-vous rempli à des dentistes à pourcentage. Le ou les candidats offrant une gamme complète de compétences cliniques pourront profiter de tout un éventail d'activités de loisirs! Aucun trajet requis et logement disponible dans la capitale la plus récente et en croissance la plus rapide du Canada. Posez votre candidature à : Administration, C.P. 1118, Yellowknife NWT X1A 2N8, tél. : (867) 873-6940, téléc. : (867) 873-6941. D1497

**ONTARIO – Ottawa (Orléans)** : Dentiste demandé pour remplacement de congé de maternité pendant 3 mois. Heures à temps plein à compter du 1<sup>er</sup> juillet. Nous avons plusieurs patients bilingues, donc bilinguisme un atout. Patientèle bien établie avec installations modernes et personnel énergétique; possibilité d'heures à temps partiel par la suite. Téléphoner au (613) 834-5959 ou envoyer C.V. au (613) 830-1752. D1698

**ONTARIO – Mississauga** : Poste de dentiste à pourcentage à temps partiel disponible en avril 2005 dans grand cabinet bien établi avec 9 salles opératoires. Deux des dentistes principaux réduisent leurs heures en permanence. Environ 3 jours par semaine pour commencer. Patients à long terme et personnel remarquable. Vous pouvez visiter notre site Web à [www.willowdental.com](http://www.willowdental.com). Veuillez envoyer C.V. par courriel à [willowdental@on.aibn.com](mailto:willowdental@on.aibn.com). D1699

#### FULL-TIME ASSOCIATE

##### Moose Jaw, Saskatchewan

Associate needed to join our busy, progressive practice in a mid-sized thriving community. We are looking for a high-energy team player who wants to provide quality dentistry for an existing and growing clientele. Our associate will join two dentists and a large team dedicated to continuing education opportunities such as the Las Vegas Institute, Practice Management, and team building seminars. Our clinic offers leading edge technologies including hard/soft tissue lasers, intra-oral cameras, digital radiography, fully computerized operatories and front desk. Our staff is exceptionally well educated and has learned to produce truly amazing results. We would prefer a candidate with previous experience but are willing to entertain new graduate applications as well. This is an exciting opportunity in one of Canada's top practices and we look forward to meeting you.

Please send resume / enquiries to: Administration, PO Box 1442, Moose Jaw, SK S6H 4R3, E-mail [kviczko@sasktel.net](mailto:kviczko@sasktel.net), Tel. (306) 692-6438. D1696

*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.*



**ONTARIO – Mississauga/Grand Toronto :** Membre de l'Association dentaire de l'Ontario demandé pour recherche en équilibrage occlusale. Téléphonnez au (905) 278-3725 ou envoyez C.V. par téléc. au (905) 278-4341. D1701

**ONTARIO – London :** Dentiste à pourcentage généraliste à temps plein demandé. Pour recevoir une description complète du cabinet, visitez notre site Web. Soumettez votre C.V. ou vos questions au : Dr Anwar Dean, directeur clinique, Centre dentaire Cosmo, 373, ch. Clarke, London, ON N5W 5G4; tél. : (519) 636-8447 (le soir), courriel : anwar.dean@sympatico.ca, site Web : www.cosmodentalcentre.com. D1702

**ONTARIO – Nord :** Grand cabinet dentaire bien établi recherche dentiste à pourcentage à temps plein. Doit avoir des compétences cliniques et des aptitudes à la communication supérieures à la moyenne et être capable de travailler bien dans un cabinet achalandé et en équipe. Situé dans le nord de l'Ontario, cette jolie ville familiale offre plusieurs activités de loisirs, dont la pêche, la chasse, la motoneige et le vélo tout terrain. Il s'agit là d'une excellente occasion pour quiconque souhaite profiter d'un style de vie fantastique tout en exerçant la dentisterie à son meilleur. Notre clinique comprend trois hygiénistes dentaires et une caméra intrabuccale. Vous aurez le privilège de faire de la restauration sous anesthésie générale. Bilinguisme un atout. Drs Gilles Lecours et Stephane Villeneuve, C.P. 1000, Hearst, ON P0L 1N0; tél. : (705) 372-1601, téléc. : (705) 362-8170. D1703

**ONTARIO/QUÉBEC :** Nous sommes à la recherche de dentistes à pourcentage bilingues pour 5 cabinets achalandés et bien établis dans le sud-ouest du Québec ou à Cornwall et à Hawkesbury, en Ontario. Traitements complets (couronnes, ponts, endodontie, etc.). Stabilité, souplesse et respect assurés. Vente possible. Il faut le voir pour le croire. Veuillez appeler Luc au (450) 370-7765. D1674

**ONTARIO – Cambridge :** Dentiste à pourcentage à temps partiel demandé pour 2 ou 3 jours par semaine dans un cabinet de dentisterie générale établi il y a 9 ans, en pleine croissance, familial et plurilingue. Veuillez télécopier C.V. au (519) 622-3608 ou l'envoyer par courriel à sgeorgn625@rogers.com. D1682

**ONTARIO – région d'Amherstburg/Windsor :** Dentiste à temps plein demandé pour exercer à pourcentage dans notre cabinet achalandé et bien établi d'Amherst-

burg (Ontario). Notre cabinet est à seulement 20 minutes de route de Windsor. Possède actuellement 6000 dossiers actifs, et ce nombre augmente. Cherchons une personne aimable, active, professionnelle et très motivée. Rémunération jusqu'à concurrence de 50 %. Excellente occasion pour tout dentiste à pourcentage disposé à s'engager à long terme et à participer à la future croissance de cette merveilleuse collectivité. Tél. : (519) 980-4073. D1639

**ONTARIO – Brockville et Morrisburg :** Dentiste à 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 Mille-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

**QUÉBEC – Cantons de l'est :** Windsor près de Sherbrooke. Nous offrons à un dentiste l'occasion de se joindre à notre équipe expérimentée. Le climat de travail agréable et motivant saura vous plaire. Rémunération à pourcentage. Faire parvenir votre C.V. par téléc. au (819) 845-7854. Dr Jacques Vaillancourt, tél. : (819) 845-3080. D1371

**QUÉBEC – Région d'Outaouais-Gatineau :** Dentiste demandé. Dentiste à pourcentage visant l'excellence demandé pour pratique de groupe, multidisciplinaire et achalandée. Excellent emplacement, 125 nouveaux patients par mois, très faible pourcentage de RAMQ. On recherche un dentiste bilingue ayant de l'entregent, une personnalité sympathique et aimant travailler en équipe. Une hygiéniste sera à votre disposition. Envoyez vos coordonnées par téléc. au (819) 246-2662 ou par courriel à centredentairelimbour@videotron.ca. D1712

**SASKATCHEWAN – Regina :** Dentiste à pourcentage demandé à temps plein pour joindre notre clinique dentaire bien établie et prospère. Nouvelles installations de pointe (avril 2004). La clinique offre tous les aspects de la dentisterie, y compris les soins esthétiques, les implants (chirurgicaux et restaurateurs) et les soins orthodontiques. Personnel de soutien excellent. Possibilité de rachat futur pour le bon candidat. Courriel : info@signaturesmiles.ca, téléc. : (306) 584-8422, tél. : (306) 584-2833 (le jour) ou (306) 781-3059 (le soir). D1711

**SASKATCHEWAN – Regina :** Dentiste à pourcentage à temps plein disponible dans cabinet d'orthodontie achalandé et bien établi. Personnel dynamique et axé sur l'excellence. Option de rachat. Veuillez composer le (306) 586-3222 en toute confidentialité. D1665

## HEAD NORTH

A new clinic, in a new building, in a thriving northern city. Six state-of-the-art operatories, digital radiology, booking 4 months in advance. What more could we ask for...

**AN ASSOCIATE, DAMMIT!**

**murraya** DENTAL

4069 4th ave. whitehorse, yukon Y1A 1H1  
Tel. (867) 633-4401 • Fax (867) 633-4402

D1611

**TEXAS – Dallas :** Société dentaire en pleine croissance au centre et en banlieue de Dallas recherche dentistes à pourcentage à temps plein. Doivent être autorisés à exercer au Texas ou y être qualifiés. Meilleurs avantages sociaux de l'État. Rémunération de 200 000 \$ à 400 000 \$. La société s'occupera de toutes les formalités d'immigration. Tél. : (630) 788-7167. D1513

**VERMONT, É.-U. :** Dentistes et chirurgiens buccaux. Occasions pour dentistes généralistes à Rutland, à Montpelier et au lac Champlain. Possibilités d'emploi, de pratique privée et d'achat de cabinet. Profitez de la splendeur de Green Mountains et du lac Champlain, et du style de vie imbattable du Vermont. Communiquez avec Lynn Harris, tél. : (800) 288-1730, téléc. : (518) 266-9289, courriel : lynnharris@harrisbrand.com. D1538

**V E N T E  
D ' É Q U I P E M E N T  
E T S E R V I C E**

**ÉQUIPEMENT DENTAIRE À VENDRE :** Laser K-3 (KAVO), comme neuf. Tous les accessoires sont inclus. Prix exceptionnel. Une occasion à ne pas manquer. Aussi, système de blanchiment en cabinet Rembrandt (Sapphire) à vendre. Joindre Josie, tél. : (514) 648-7211. D1713

# 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 de l'ADC.

## Performance des fonds de l'ADC (pour la période se terminant le 31 mars 2005)

	Ratios de gestion	1 an	3 ans	5 ans	10 ans
<b>FONDS DE CROISSANCE CANADIENS DE L'ADC</b>					
Fonds d'actions de croissance (Altamira)	jusqu'à 1,00 %	0,2 %	11,9 %	6,9 %	10,2 %
Fonds d'actions ordinaires (Altamira)	jusqu'à 0,99 %	10,1 %	5,1 %	0,1 %	7,8 %
Fonds d'actions canadiennes (Trimark) <sup>†1</sup>	jusqu'à 1,65 %	9,9 %	4,9 %	8,8 %	9,0 %
Fonds d'actions spéciales (KBSH) <sup>†2</sup>	jusqu'à 1,45 %	10,2 %	6,0 %	-6,8 %	15,3 %
Fonds à indice composite TSX (BGI) <sup>††</sup>	jusqu'à 0,67 %	13,2 %	8,3 %	1,3 %	9,6 %
<b>FONDS DE CROISSANCE INTERNATIONAUX DE L'ADC</b>					
Fonds marchés émergents (KBSH)	jusqu'à 1,45 %	-4,6 %	6,7 %	-1,2 %	0,8 %
Fonds de titres européens (KBSH)	jusqu'à 1,45 %	-5,5 %	-12,5 %	-13,8 %	4,0 %
Fonds d'actions internationales (KBSH)	jusqu'à 1,45 %	-8,1 %	-8,3 %	-13,9 %	3,1 %
Fonds Bassin Pacifique (KBSH)	jusqu'à 1,45 %	-11,7 %	-6,0 %	-22,0 %	-0,4 %
Fonds d'actions (États-Unis) (KBSH) <sup>†3</sup>	jusqu'à 1,20 %	-7,3 %	-10,6 %	-11,8 %	8,6 %
Fonds mondial (Trimark) <sup>†4</sup>	jusqu'à 1,65 %	-0,9 %	-1,1 %	5,7 %	9,4 %
Fonds mondial d'actions (Templeton) <sup>†5</sup>	jusqu'à 1,77 %	4,9 %	-1,5 %	-0,6 %	s/o
Fonds indicial S&P 500 (BGI) <sup>††</sup>	jusqu'à 0,67 %	-2,8 %	-7,0 %	-7,3 %	8,5 %
<b>FONDS À REVENU DE L'ADC</b>					
Fonds d'obligations et d'hypothèques (Fiera)	jusqu'à 0,99 %	2,5 %	6,2 %	5,9 %	6,8 %
Fonds à revenu fixe (McLean Budden) <sup>†6</sup>	jusqu'à 0,97 %	4,4 %	7,0 %	6,8 %	8,0 %
<b>FONDS LIQUIDE ET QUASI-LIQUIDE DE L'ADC</b>					
Fonds d'effets financiers (Fiera)	jusqu'à 0,67 %	1,6 %	2,0 %	2,9 %	3,7 %
<b>FONDS DE CROISSANCE ET À REVENU DE L'ADC</b>					
Fonds mixte (PH&N) <sup>†8</sup>	jusqu'à 1,00 %	4,1 %	2,4 %	-0,3 %	7,4 %
Fonds valeur mixte (McLean Budden) <sup>†7</sup>	jusqu'à 0,95 %	6,5 %	4,9 %	6,0 %	9,5 %

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 : <sup>1</sup>Trimark Canadian Fund, <sup>2</sup>KBSH Special Equity Fund, <sup>3</sup>KBSH US Equity Fund, <sup>4</sup>Trimark Fund, <sup>5</sup>Templeton Global Stock Trust Fund, <sup>6</sup>McLean Budden Fixed Income Fund, <sup>7</sup>McLean Budden Balanced Value Fund, <sup>8</sup>PH&N Balanced Pension Trust Fund.

†† Les rendements indiqués sont les rendements totaux de l'indice suivi par ces 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/fonds](http://www.cdspi.com/fonds).



*Now Accepted for*

I M T E C  
**MDI**<sup>®</sup>  
S E N D A X

# Long-Term Denture Stabilization

One Hour  
One Stage  
Immediate  
Loading!



Collared  
Design



Classic  
Design



- A cost-effective procedure for any clinician
- Designed for patients with denture instability
- Minimally invasive micro-surgery

Call for your free technique video featuring the 1.8mm mandibular overdenture surgery. Other MDI training aids and brochures available.

2005 IMTEC MDI Seminar Schedule:  
September 16 - Toronto  
September 23 - Montreal  
October 21 - Vancouver  
October 29 - Halifax  
November 11 - Calgary  
December 2 - Toronto

Spaces are limited.  
Call Today!



A Global Leader in Mini Dental Implants

**800-226-3220**

**905-660-1838**

[www.imtec.com](http://www.imtec.com)



# La science des brosses interdentaires

Manches Proxabrush<sup>MD</sup>

**Des solutions spéciales qui répondent aux besoins spéciaux**

Depuis plus de 80 ans, GUM<sup>MD</sup> se concentre sur la conception de produits novateurs qui répond « aux besoins spéciaux » des professionnels dentaires.

Proxabrush<sup>MD</sup> Snap<sup>MD</sup> et les aux manches à deux têtes Proxabrush<sup>MD</sup> établissent la norme en matière de nettoyage interdentaire.

Proxabrush<sup>MD</sup> Trav-ler  
Nettoyeurs Go-Betweens<sup>MC</sup>

► Utiliser à la maison ou en voyage. Les patients peuvent facilement retirer la plaque des furcations, de large espace interproximal, des ponts, des implants et des appareils orthodontiques.

► Avec, en plus, des soies antibactériennes\* qui peuvent réduire de manière significative la contamination bactérienne.



Recouvrement antibactérien



Sans recouvrement antibactérien

\*Les soies sont recouvertes d'un produit antibactérien breveté de chlorhexidène pour une protection continue des soies jusqu'à concurrence de deux semaines. La croissance de bactéries pouvant affecter les soies est inhibée. Le chlorhexidène sur les soies ne protège pas contre les maladies. Comme d'habitude, rincer votre brosse.

SUNSTAR  
BUTLER

1-800-265-7203  
www.sunstarbutler.com

© 2005 Sunstar Butler C05068



Avec plus de 100 produits, vous pouvez compter sur la marque GUM<sup>MD</sup> pour répondre à tous vos besoins.

**G·U·M**<sup>MD</sup>

**GENCIVES SAINES. VIE SAINE.**<sup>MC</sup>