



Bulletin du
Service Dentaire
des Forces Canadiennes

Numéro 1, Janvier 1982



LOCAUX



Conseil de rédaction

Colonel J.N. Wright CD,
QHDS, DDS, MScD, FICD, Dip. Perio

Lieutenant-Colonel R.A. Fortier
CD, BA, DDS, Dip. Perio.

Capitaine D.E. Fraser
CD, BSc

Bulletin du SDFC

Numéro 1, Janvier 1982

Rédacteurs adjoints

Capitaine D. Tisch, DDS
École Dentaire
des Forces Canadiennes

Sergent M. Kent
Unité Dentaire 1

Capitaine C.G. Sproule, CD
Unité Dentaire 11

Capitaine R.D. Adair
Unité Dentaire 12

Capitaine P.D. Peterson, CD
Unité Dentaire 13

Sergent I.V. Paul, CD
Unité Dentaire 14

Capitaine R. Savoie, CD
Unité Dentaire 15

Sergent H.S. Robinson, CD
Dépot Dentaire 1

Sergent R.K. Robson, CD
35^e Unité Dentaire de Campagne

Sergent I.C. Cornett, CD
DEW Downsview

Capitaine J.P.J. Bérubé, DDS
Nouvelles de Chypre

Mme B. Lecompte
Nouvelles Générales

Jacques Prud'homme, Ivor Pontiroli
Conception Graphique

Maquette
DSDD 5-5 Arts Graphiques

Publié avec l'autorisation du Brigadier - général W.R. Thompson CD, QHDS, DDS, FICD. Le Bulletin sert à l'échange d'idées, d'expériences et d'information au sein du Service dentaire des Forces canadiennes. Les opinions exprimées dans le Bulletin sont celles des auteurs. Elles ne sont pas nécessairement partagées par le Directeur général du Service dentaire ou le ministère de la Défense nationale.

DANS LE PRÉSENT NUMÉRO

1. Locaux
3. Le point sur la plaque dentaire
5. Transmission de *Streptococcus mutans*
7. In memoriam
8. Enquête sur la prévention dentaire menée à la BFC Moose Jaw
10. La Réanimation cardio-pulmonaire (RCP)
12. Entraînement d'été phase III - PFDM
12. Trophée du Colonel-Commandant
13. Conférence commémorative Lee Reynolds
14. Promotions récentes à l'ESDFC
15. 19^e Tournoi annuel de curling du SDFC
16. La Clinique des Docks - Unité Dentaire no. 11
17. Cours de survie
17. Cérémonies d'ouverture 1 DAFC atelier d'équipement dentaire (AED)
18. L'Adjuc E. Duve à la retraite
19. L'ESDFC est l'hôte pour le 19^e tournoi de golf annuel du SDFC

Toute correspondance se rapportant au Bulletin devrait être adressée au:
**Directeur général — Service dentaire,
Quartier général de la Défense nationale,
Ottawa, Ontario, Canada.
K1A 0K2**

LOCAUX



LCol G. Gunther

Pour obtenir les fonds en vue de construire de nouvelles installations, vous devez passer des années à planifier, à rencontrer les bureaucrates du QGDN, à essayer des refus et à étouffer vos frustrations. À l'heure actuelle, d'importants projets de rénovation et de construction de cliniques du SDFC se déroulent dans quatre détachements. Des projets de construction sont en marche sur les deux côtes ou en sont au moins à l'étape de la planification. L'Hôpital et la Clinique dentaire de la BFC Halifax compteront 38 employés et 24 cabinets dentaires, dont les cliniques de Stadacona, des Docks et de Windsor Park. L'Hôpital et la Clinique dentaire de la BFC Esquimalt comprendront les cliniques de Naden et des Docks qui seront situées sur un nouveau site abritant un petit hôpital et une clinique de 15 fauteuils.

D'importants projets de rénovation sont actuellement en cours à la BFC Kingston, où l'on construira des installations supplémentaires. À la BFC Petawawa, on construira bientôt un centre de prévention et un secteur réservé au personnel, qui viendront s'ajouter aux installations déjà exigües.

HALIFAX

Les plans de l'hôpital de Halifax, à l'égard duquel on a proposé un premier changement au programme en 1959, devraient être terminés bientôt et l'on prévoit que la première pelletée de terre sera donnée au cours de l'été de 1981. La proposition originale visait la construction d'un hôpital à soins complets de 100 lits, y compris la salle d'examen médical et la clinique dentaire de la base, à un coût de \$12 millions, et qui serait prêt en novembre 1981. Toutefois, une modification proposait que l'on augmente le budget de \$7 millions et que la prise de possession ait lieu en mars 1984. On n'a prévu aucune autre augmentation de l'envergure du projet, mais on aura

besoin de fonds supplémentaires en raison d'erreurs qui se sont produites lors de la planification initiale du projet, des difficultés que présentent le site, de coûts supplémentaires au chapitre de l'équipement et de l'augmentation des coûts à l'égard des risques.

Le Programme prévoit l'aménagement de 24 cabinets dentaires, y compris une salle de chirurgie buccodentaire et maxillaire, une grande salle de réception et d'administration, une salle de prévention dentaire, une salle d'information audio-visuelle, une salle de formation du personnel et un laboratoire. L'effectif total devrait se chiffrer à 38.

Il reste à résoudre le problème du stationnement et celui de l'accès des patients, à partir des Docks, par un passage souterrain ou un passage surélevé.

* Le LCol G. Gunther est un gradué de l'université de Toronto (1968). Il a complété, en 1976, un programme de deux ans en Dentisterie générale au Walson Army Hospital, Fort Dix. Il travaille présentement à la Division au sein du Directeur des plans et besoins dentaires.



ESQUIMALT

Compte tenu des risques de tremblement de terre, l'immeuble proposé sera construit sur trois différents niveaux, en flanc de montagne. La partie supérieure (au nord) abritera l'hôpital et la partie inférieure, les installations à l'intention du personnel, la salle de réception, la salle des machines et la salle à manger. Le niveau central comprendra les services de consultation externe, les laboratoires et la clinique dentaire.

Le concept général du secteur principal réservé aux patients est fondé sur un système routier, c'est-à-dire que les départements seront situés de chaque côté de la rue principale (le plafond sera éclairé) et les salles de réception et d'attente seront regroupées sur les côtés, un peu comme l'aménagement des nouveaux aéroports, mais en miniature.

Les patients pourront s'y rendre en autobus ou en voiture du côté ouest, et pourront accéder à l'hôpital du côté est, en stationnant du côté sud.

Le département de soins dentaires aura une superficie de 5002 pieds carrés et comprendra 15 cabinets dentaires, une salle de réception et un laboratoire.

Les coûts du projet sont maintenant prévus à \$6 millions et se chiffreront à \$7,3 millions d'ici 1981. Les travaux commenceront au milieu de l'année 1982 pour se terminer au milieu de l'année 1984.

Les 23 et 24 février, on a effectué la visite de la 11 UD afin d'avoir un aperçu général des lieux, de rencontrer le personnel, d'obtenir les impressions des usagers et d'examiner le site où l'on

prévoit construire le nouvel hôpital à la BFC Esquimalt.

KINGSTON

Après de longues discussions avec les autorités compétentes du SSFC afin d'obtenir de l'espace dans l'ancien hôpital de Kingston de façon à agrandir le département de soins dentaires, les travaux de rénovation ont finalement été entrepris le 5 janvier 1981. Pour ce faire, il a fallu déloger une partie d'une salle de conférence et du bureau du Chef du service de santé de la base.

L'espace comprendra trois cabinets dentaires supplémentaires, une salle d'examen, une salle de prévention dentaire et des pièces d'entreposage supplémentaires.

La clinique compte actuellement trois dentistes militaires, un hygiéniste et deux techniciens en laboratoire qui doivent travailler à l'étroit dans quatre cabinets dentaires. L'espace dentaire supplémentaire permettra d'atteindre la norme en ce qui a trait aux cliniques du SDFC.

Les coûts prévus du projet sont de l'ordre de \$280 000.

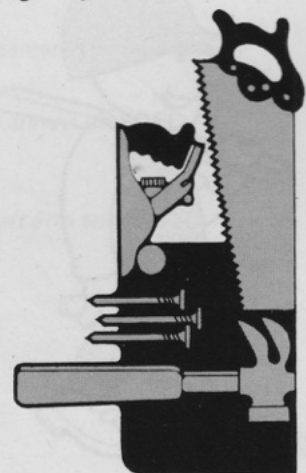
On apporte actuellement les dernières touches à la clinique et celle-ci devrait être complètement opérationnelle depuis le mois de mai.

PETAWAWA

Suite à de nombreuses plaintes formulées au sujet de l'espace restreint à Petawawa, les autorités compétentes de la FMC ont effectué une étude en 1977 et en ont conclu qu'il fallait accorder de l'espace supplémentaire aux

installations de prévention, aux laboratoires et aux pièces réservées au personnel. Dans le cadre de la soumission présentée en vue de la construction d'ajouts aux installations, de nombreux plans ont été soumis, approuvés, rejetés et finalement approuvés. On a étudié la possibilité de construire un deuxième étage au-dessus de la rotonde, et un ajout carré à la rotonde, mais finalement on a dessiné les plans d'un ajout à l'étape inférieur, entre la clinique dentaire et l'hôpital, et ces plans ont été approuvés.

Les derniers plans du projet ont été terminés le 15 janvier 1981, et les coûts s'élèvent à un peu moins de \$500 000. Bien que le projet ait été retardé par les autorités compétentes de la FMC, l'appel d'offres sera lancé au printemps de 1981 et les travaux seront entrepris à l'automne. Les ajouts comprendront notamment un laboratoire, une salle de dentisterie préventive et une salle d'examen et d'hygiène dentaire, une salle de rayons-X et une chambre noire, des casiers, un salon, une pièce d'entreposage et une salle de machines. La relocalisation de certaines des installations mentionnées plus haut de la clinique actuelle permettra d'augmenter le nombre de cabinets dentaires de 7 à 12, et d'agrandir la salle d'entreposage adjacente.



Le point sur la plaque dentaire

par le LCol P.R. McQueen*



Les bactéries buccales se fixent sur la surface des dents¹ et utilisent les débris d'aliments comme substrat: ainsi s'expliquent les causes de la carie dentaire et des affections péri-dentaires, selon l'état actuel des travaux dans ce domaine. Les bactéries se multiplient et forment des groupes d'organismes matures qui sécrètent une quantité importante de déchets et de sous-produits. Ce sont les déchets produits par ces organismes qui causent les affections bucco-dentaires. Parmi les sous-produits du tartre, il y a entre autres le dextrane et le lévane, des polymères du glucose. Ils se fixent tous deux à l'extérieur de la cellule bactérienne et servent de source d'énergie et de ciment (Voir figure 1). Plus précisément, c'est le dextrane qui fait adhérer le tartre à la surface des dents.

L'étude Viphholm² a démontré que la saccharose (sucre blanc) est la source la plus commune du dextrane de la plaque dentaire. Par ailleurs, on a récemment découvert que le

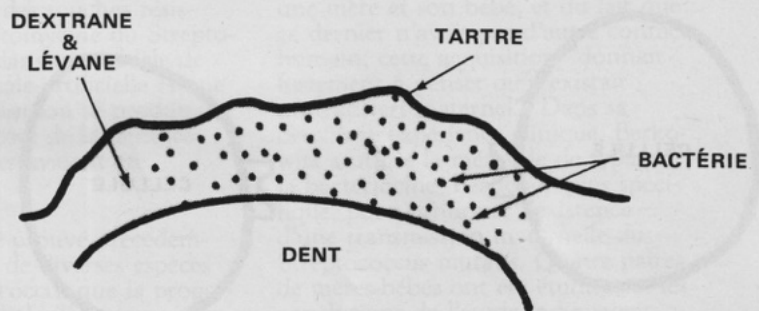


FIGURE 1

lévane est soluble dans l'eau et se désagrège souvent; le dextrane demeure donc le principal élément de la plaque dentaire.

Costerton et ses collaborateurs³ ont fait plusieurs découvertes sur les bactéries. Ils ont démontré que toute bactérie possède un revêtement externe appelé glycocalyx; il s'agit habituellement d'un polysaccharide. (Voir figure 2)

Le glycocalyx de la bactérie de la plaque est composé de dextrane. Le radical "glyco" signifie sucre tandis que "calyx" veut dire enveloppe. En fait, toute cellule, qu'elle soit animale, végétale ou bactérienne, peut produire un glycocalyx.

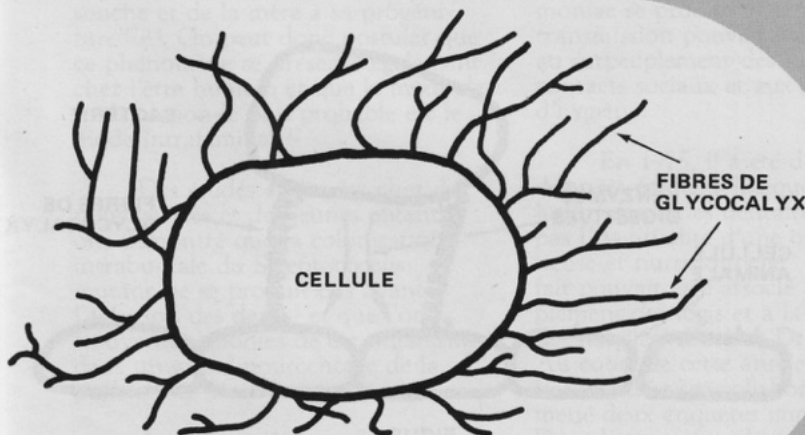


FIGURE 2

* Le Lcol McQueen est diplômé de l'université de l'Alberta (1963); il est aussi titulaire d'un diplôme en hygiène dentaire publique de l'université de Toronto (1971). Il est actuellement commandant de la 35^e Unité dentaire de campagne, en Allemagne.

Robert Hooke, à qui l'on doit les premières observations sur le tissu cellulaire, avait déjà noté, en 1665, les prolongements cellulaires. Le glycocalyx a été redécouvert en 1969, lorsque l'on a appris qu'il se développe in vivo seulement (chez les cellules naturelles) et non in vitro (chez les cellules cultivées); le glycocalyx est par conséquent un organisme de défense⁴ et il participe peut-être à la nutrition.

Il semble donc que le glycocalyx soit à la fois l'élément de transmission externe, d'identification et de défense de la cellule à son état naturel.

On a découvert par la suite que les membranes des cellules contiennent des récepteurs pour le glycocalyx (Voir figure 3) et que la plupart du temps, il a une charge négative.

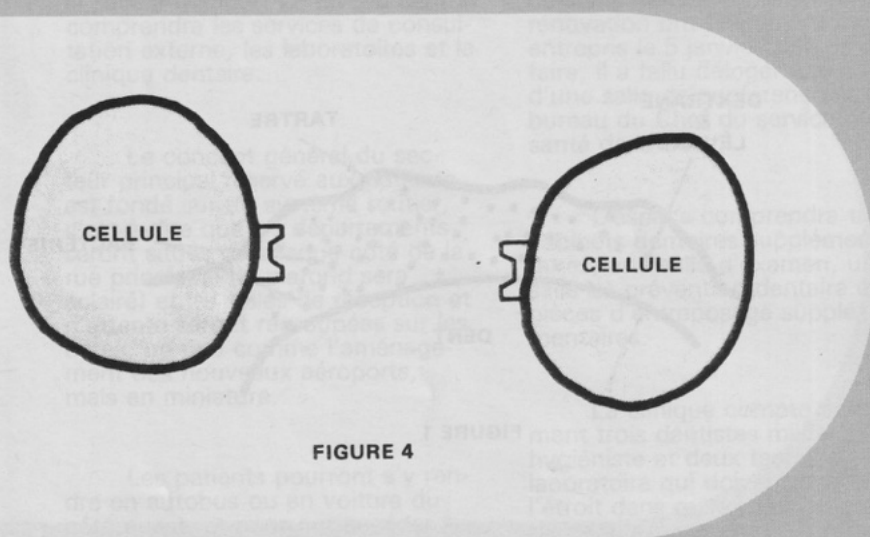


FIGURE 4

Il semble que la cellule peut se fixer si le glycocalyx et les récepteurs sont compatibles; de même, si le glycocalyx des cellules ou tissus adjacents est compatible, il pourra y avoir assemblage, de la même façon. (Voir figure 4)

Cette compatibilité montre bien comment il se fait que les bactéries choisissent avec précision leurs hôtes. Par exemple, le streptococcus mutans préfère les tissus buccaux tandis que le bacille tuberculeux choisit la muqueuse des voies respiratoires. Bref, nous pouvons mieux nous représenter de quelle façon une bactérie s'attaque à une cellule. (Voir figure 5)

Une fois accolée à une cellule animale (hôte-victime), la cellule bactérienne peut produire des enzymes qui digèrent et détruisent la cellule hôte; les fibres du glycocalyx servent

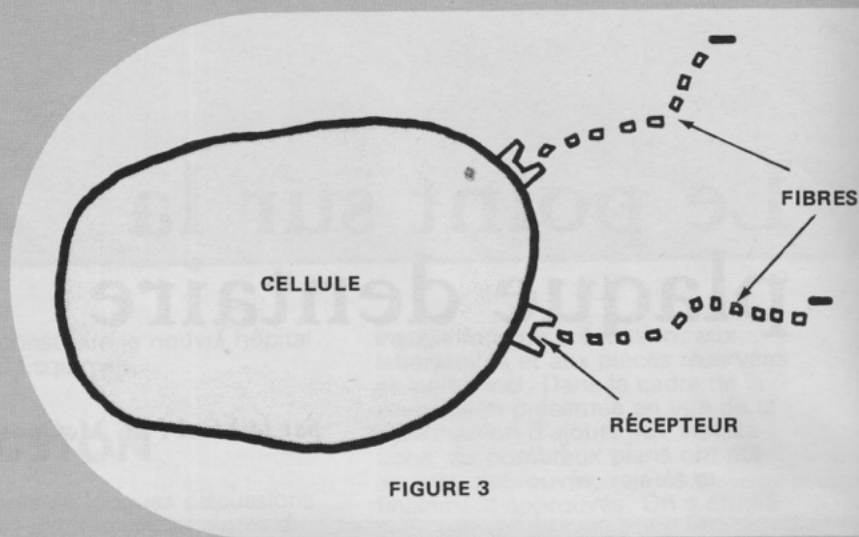


FIGURE 3

alors à guider les enzymes. Il est plus facile de comprendre le déroulement des étapes de l'affection lorsque le phénomène du glycocalyx est lié à un rapport hôte/parasite. Il est également encourageant de penser que si l'on pouvait créer des inhibiteurs⁵ pour les récepteurs de la cellule animale, les infections bactériennes, comme la plaque dentaire, pourraient être prévenues.

SOURCES

1. Van Houte et collaborateurs — J. Perio, jan. 1973, vol. 44, p. 347
2. Gustafson, J. Vipholm Study Acta Odont Scand 11:232, 1954
3. Costerton, Scientific American, page 86, fév. 1978
4. Sharon, Nathan. Reports from Weisman Institute, Israël
5. Kobata, N.I.H., Conference on Carbohydrates, Washington, États-Unis, 1978.

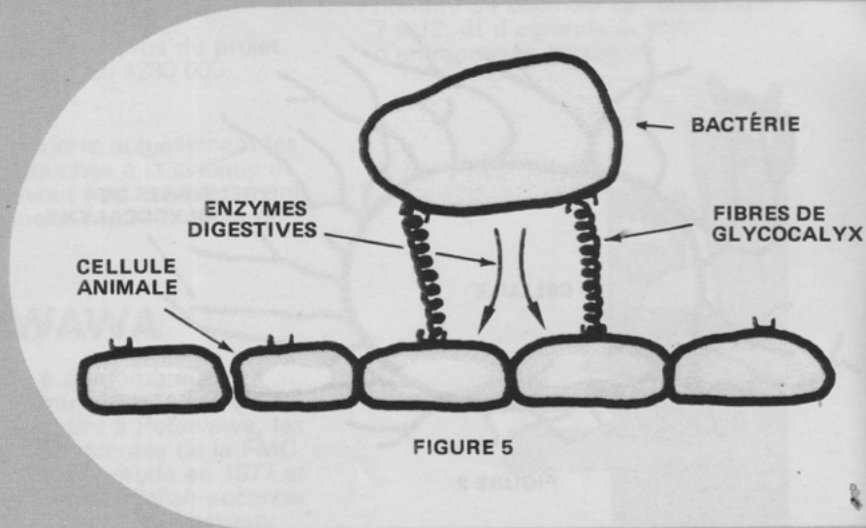


FIGURE 5



Transmission de streptococcus mutans

par le LCol R.D. Carver*

INTRODUCTION

Tout semble indiquer que *Streptococcus mutans* exerce un effet cariogène chez l'animal¹⁴ et chez l'homme¹⁶. Bratthall⁴ après avoir étudié des prélèvements de plaque dentaire humaine dans dix pays, sur six continents différents, a observé que les variants sérologiques, c, d et e du *Streptococcus mutans* "sont très répandus dans le monde". L'objet de la présente communication est d'analyser, par une revue de la littérature spécialisée, le caractère transmissible du *Streptococcus mutans* et en particulier un mode de transmission intrafamilial et spécifique.

PREUVE DE LA TRANSMISSION

Des expériences effectuées sur le cobaye et sur le rat d'Osborne-Mendel ont démontré que la carie dentaire est infectieuse et "peut être transmise entre membres de la même souche et de la mère à sa progéniture"^{7,13}. On peut donc postuler que ce phénomène se présente également chez l'être humain et que le mode de transmission le plus probable est le mode intrafamilial.²²

Des études effectuées chez des nouveau-nés et des jeunes enfants ont démontré que la colonisation intrabuccale du *Streptococcus mutans* ne se produit pas avant l'éruption des dents³ et que l'on trouve des colonies de cet organisme dans un grand pourcentage de la population¹⁶.

A ces faits s'oppose le phénomène qu'il est difficile d'implanter artificiellement l'organisme dans la

bouche des adultes. Jordan et coll.¹¹ ont réinfecté les parents de 26 familles au moyen d'une souche identifiable du *Streptococcus mutans* et ont observé qu'aucune propagation uniforme des organismes étiquetés ne s'était produite dans ces familles".

Cette expérience a été confirmée par Svanberg et Loesche²² qui ont démontré aussi qu'il était difficile d'implanter des souches résistantes à la streptomycine du *Streptococcus mutans* dans un modèle de fissure intrabuccale artificielle et que lorsque la colonisation se produisait, elle restait "du côté de la denture où les organismes avaient été implantés."

Il avait été prouvé précédemment au moyen de diverses espèces du genre *Streptococcus* que la propagation intrafamiliale d'un organisme est tout à fait possible. Kelstrup¹² a observé en "étiquetant" des souches streptococciques que les souches spécifiques à la bactériocine du *Streptococcus salivarius* étaient transmises de la mère à son enfant. Plus tard, Gwaltney⁹ a rapporté que la propagation intrafamiliale de sérotypes spécifiques du *Streptococcus pneumoniae* se produisait et que cette transmission pouvait être attribuée au surpeuplement des foyers, aux contacts sociaux et aux habitudes d'hygiène.

En 1975, il a été déduit de données épidémiologiques que "l'évolution des caries dentaires n'écarterait pas l'éventualité d'une origine infectieuse et nutritionnelle" et que ce fait pouvait être associé au surpeuplement des logis et à la composition des familles¹ (Beck et Drake, 1975). Au cours de cette année également, Berkowitz et ses collaborateurs ont mené deux enquêtes importantes.^{2,3} Dans la première, ils ont étudié l'apparition de *Streptococcus mutans* chez des enfants en très bas âge. Les

conclusions auxquelles ils sont parvenus confirmaient deux observations antérieures: les colonies de *Streptococcus mutans* ne pouvaient s'établir que sur une surface dure (sans desquamation) et le sérotype c était la sous-espèce la plus répandue identifiée dans l'échantillon de population étudié. De plus, et ce qui est plus important peut-être, un sérotype b rare avait été prélevé chez une mère et son bébé, et du fait que ce dernier n'avait pas d'autre contact humain, cette acquisition "donnait fortement à penser qu'il existait un transfert maternel". Dans sa deuxième expérience clinique, Berkowitz a utilisé la méthode de typage à la bactériocine, beaucoup plus spécifique, pour confirmer l'existence d'une transmission maternelle du *Streptococcus mutans*. Quatre paires de mères-bébés ont été étudiées et les conclusions de l'étude indiquaient que des codes de bactériocine semblables existaient entre chaque mère et son bébé.

En 1977, une étude épidémiologique a été effectuée par Rogers¹⁹ au moyen d'une technique de typage à la bactériocine mise au point pour le *Streptococcus mutans*. Les résultats observés sur un échantillon de dix familles ont été étudiés. Une forte association d'organismes codés à la bactériocine similaires a été observée parmi les membres d'une même famille. Il en a été déduit qu'il se produisait un transfert intrafamilial de cet organisme par la salive et que "ce transfert appuie l'idée que chez l'homme la carie dentaire est une maladie infectieuse et transmissible".

* Le LCol Carver a reçu son doctorat de l'Université McGill en 1969. Il a complété des études en Hygiène dentaire publique en 1980 à l'Université de Toronto où il s'est mérité le prix Glen T. Mitten pour la première place. Il travaille maintenant comme dentiste-chef à la BFC Cornwallis.

L'étude effectuée en 1978 par Kohler et Bratthal¹⁵ portait sur la relation entre le nombre de Streptococcus mutans trouvé dans la salive de parents et dans celle de leurs enfants et tentait d'établir un lien entre cette relation d'une part et le risque d'infection et le nombre de caries observées chez chaque membre de la famille, d'autre part. La survie de cet organisme hors de la bouche et la possibilité d'une contamination infectieuse par les couverts de cuisine ont également été étudiées. Les résultats obtenus méritent d'être rapportés. Ces deux chercheurs se sont aperçus que si la salive de la mère contenait un grand nombre de micro-organismes par ml de salive (1 million/ml), il y avait "un risque certain de nombreuses caries chez l'enfant" alors que quand ce nombre était moins élevé ("100,000 ou moins" — Van Houte et Green, 1974), le risque d'infection diminuait en conséquence. Il a été postulé que la cuillère, en particulier quand elle porte de la salive et un substrat de sucrose, pouvait contenir des niveaux non négligeables de Streptococcus mutans pendant plusieurs heures et ainsi devenir une excellente voie de transfert de l'infection de la mère à l'enfant. Enfin, dans une communication inédite, Masuda¹⁸ a étudié la relation entre les sérotypes d, e, f et g du Streptococcus mutans parfois observée dans les familles japonaises. Des souches de sérotypes semblables se retrouvaient presque systématiquement chez les mères et leurs enfants, alors que cette tendance n'a pu être établie pour les autres membres de la famille, y compris les pères et les grands-parents. Masuda en a conclu que "ces observations donnent à penser qu'il se produit une transmission intrafamiliale du Streptococcus mutans de la mère à ses enfants".

MODES DE TRANSMISSION

La transmission du Streptococcus mutans d'une personne à une autre peut se produire de diverses manières. Un de ces modes de transmission, la cuillère recouverte d'un substrat de sucrose prémâché par la mère, a déjà été décrit¹⁵. Depuis quelque temps, la brosse à dents, surtout lorsqu'elle est rangée dans un boîtier non ventilé⁵, et le dentifrice sont également considérés comme étant des voies de contamination. Svanberg²² a montré que le dentifrice peut contenir des colonies de Streptococcus mutans et qu'une brosse à dents contaminée peut bou-

lever la flore buccale, en éliminant certains microbes et permettant au Streptococcus mutans de trouver un terrain plus propice à la colonisation.

Bien que la transmission intra-individuelle du Streptococcus mutans ne se produise pas "aisément"⁸, Edman et coll.⁶ ont démontré que l'usage incorrect de la soie dentaire peut être une des voies de la propagation intrabuccale. Loesch et Svanberg¹⁷ en ont trouvé une autre. Alors qu'ils faisaient des expériences avec diverses souches de Streptococcus mutans dans un modèle de fissure artificielle, ils ont réussi à démontrer qu'une sonde dentaire pouvait propager les bactéries de la surface d'une dent à une autre.

ANALYSE

Les tentatives faites pour combattre la colonisation du Streptococcus mutans par la régime alimentaire (sucrose), l'antibiothérapie (vancomycine), les rince-bouche désinfectants (chlohexidine) et des méthodes d'immunologie ont été couronnées d'un succès variable.

Il a été démontré ci-dessus que la salive de la mère est l'une des principales sources de transmission du Streptococcus mutans entre les personnes³, que le transfert se produit chez les enfants en bas âge après l'éruption de leurs dents² et que la réinfection par implantation d'un sérotype étranger chez les adultes est difficile une fois que des colonies du sérotype parent ont réussi à s'implanter²¹⁻²². Toutes ces observations peuvent être utiles pour mettre au point une autre méthode qui diminue la colonisation et, par conséquent, la susceptibilité à la carie dentaire. Si on isolait un sérotype non cariogène ou mutant du Streptococcus mutans et si on l'inoculait délibérément dans la cavité buccale d'un enfant en bas âge pendant la période d'éruption des dents de lait, le mutant s'y établirait et la colonisation ultérieure de sérotypes cariogènes du Streptococcus mutans deviendrait plus difficile. Un groupe de chercheurs¹⁰ travaillant dans ce domaine a isolé des mutants du Streptococcus mutans déficients en déhydrogénase de lactate et en a infecté des rats sains: il a observé "une incidence et une gravité nettement inférieures de la carie dentaire lorsqu'on comparait ces rats à des animaux infectés par la souche mère". Il est suggéré que l'utilisation

de cette thérapeutique "par remplacement" fournirait un moyen d'atténuer la gravité et le caractère transmissible de la carie dentaire humaine.

BIBLIOGRAPHIE

1. Beck, J., and Drake, C. "Some Epidemiologic Evidence on the Etiology of Caries." *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 3: 223-227, 1975.
2. Berkowitz, R.J.; Jordan, H.V., and White, G. "The Early Establishment of Streptococcus mutans in the Mouths of Infants." *Archives of Oral Biology* 20: 171-174, 1975.
3. Berkowitz, R.J., and Jordan, H.V. "Similarity of Bacteriocins of Streptococcus mutans from Mother and Infant." *Archives of Oral Biology* 20: 725-730, 1975.
4. Bratthal, D. "Demonstration of Streptococcus mutans Strains in some Selected Areas of the World." *Odontologisk Revy* 23: 401-410, 1972.
5. Dayoub, D.; Rusiko, D.B.; and Gross, A. "Microbial Contamination of Toothbrushes." *Journal of Dental Research* 56: 706, 1977.
6. Edman, D.C.; Keene, H.J.; Shklair, I.L.; and Hoerman, K.C. "Dental Floss for Implantation of Sampling of Streptococcus mutans from Approximal Surfaces of Human Teeth." *Archives of Oral Biology* 20: 145-148, 1975.
7. Fitzgerald, R.J., and Keyes, P.H. "Demonstration of the Etiological Role of Streptococci in Experimental Caries in the Hamster." *Journal of the American Dental Association* 61: 9-19, 1960.
8. Gibbons, R.J.; De Paola, P.F.; Spinell, D.M.; and Skobe, Z. "Interdental Localization of Streptococcus mutans as Related to Dental Caries Experience." *Infection and Immunity* 9: 481-488, 1974.
9. Gwaltney, J.M., Jr.; Sande, M.A.; Austrian, R.; and Handley, J. O. "Spread of Streptococcus pneumoniae in Families. II. Relation to transfer of Strep. pneumoniae to incidence of colds and serum antibody." *Journal of Infectious Diseases* 132: 62-68, 1975.

10. Johnson, C.P.; Gross, S.; and Hillman, J.D. "Cariogenic Properties of LDH-deficient Mutants of Streptococcus mutans." International Association of Dental Research. Abstracts. 1978. Journal of Dental Research 57: Special Issue "A", Janvier 1978.
11. Jordan, H.V.; Englander, H.R.; Engler, W.O.; and Kulczyk, S. "Observations on the Implantation and Transmission of Streptococcus mutans in Humans." Journal of Dental Research 51: 515-518, 1972.
12. Kelstrup, J.; Richmond, S.; West, C.; and Gibbons, R.J. "Fingerprinting Human Oral Streptococci by Bacteriocin Production and Susceptibility." Archives of Oral Biology 15: 1109-1116, 1970.
13. Keyes, P.H. "Infectious and Transmissible Nature of Experimental Dental Caries — Findings and Implications." Archives of Oral Biology 1: 304-320, 1960.
14. Keyes, P.H. "Research in Dental Caries." Journal of the American Dental Association 76: 1357-1373, 1968.
15. Kohler, B., and Bratthall, D. "Intrafamilial Levels of Streptococcus mutans and Some Aspects of the Bacterial Transmission." Scandinavian Journal of Dental Research 86: 35-42, 1978.
16. Krasse, B.; Jordan, H.V.; Edwardsson, S.; Svensson, S.; and Trelle, L. "The Occurrence of Certain 'Caries — Inducing' Streptococci in Human Dental Plaque Material — with Special Reference to Frequency and Activity of Caries." Archives of Oral Biology 13: 911-918, 1968.
17. Loesche, W.J., and Svanberg, M. "Intraoral Spread of Streptococcus mutans by Means of a Dental Explorer." Journal of Dental Research. Special Issue "B" Abstract No. 19: B56, 1977.
18. Masuda, N.; Shimamoto, R.; Sobue, S.; and Hamada, S. "Transmission of Streptococcus mutans in Some Selected Families." Inédit, 1979.
19. Rogers, A.J. "Evidence for the Transmissibility by Human Dental Caries." Australian Dental Journal 22: 53-56, 1977.
20. Svanberg, M. "Contamination of Toothpaste and Toothbrush by Streptococcus mutans." Scandinavian Journal of Dental Research 86: 412-414, 1978.
21. Svanberg, M., and Loesche, W.J. "Implantation of Streptococcus mutans on Tooth Surfaces in Man." Archives of Oral Biology 23: 551-556, 1978.
22. Svanberg, M., and Loesche, W.J. "Intraoral Spread of Streptococcus mutans in Man." Archives of Oral Biology 23: 557-561, 1978.
23. Van Houte, J., and Green, D.B. "Relationship Between the Concentration of Bacteria in Saliva and the Colonization of Teeth in Human." Infection and Immunity 9: 624-630, 1974.

In Memoriam

Capitaine Sylvie Baillargeon
1956 — 1981



Les membres du Service dentaire des Forces canadiennes ont été profondément attristés à la nouvelle de la tragédie qui a entraînée la mort du Capitaine Sylvie Baillargeon. Elle est décédée le 7 juillet 1981, à la suite d'un accident de la route survenu à Saint-Jean, Québec. Ses confrères et ses amis sont bouleversés et consternés par son départ si inattendu et qui survient au tout début d'une carrière pour laquelle elle s'était préparée si longuement.

Le Capt Baillargeon s'était jointe aux Forces armées canadiennes en août 1977, en s'enrollant dans le Programme de formation de dentistes militaires. Elle obtint son Doctorat en Médecine dentaire de l'Université de Montréal en 1980, et fut mutée par la suite à la BFC de Saint-Jean où elle pratiqua sa profession jusqu'à sa mort. Durant la courte période de temps qu'elle a oeuvré parmi nous, Capt Baillargeon s'est faite de nombreux amis qui maintenant pleurent sa mort.

Tout les membres du SDFC désirent exprimer leurs condoléances les plus sincères à tous ses amis et à sa famille.

Enquête sur la prévention dentaire menée à la BFC Moose Jaw

INTRODUCTION

Le Programme de prévention dentaire des Forces canadiennes est maintenant en vigueur depuis une dizaine d'années; au cours de cette période, un grand nombre de renseignements ont été fournis aux patients dentaires. Cette enquête a été entreprise pour confirmer l'efficacité de l'action d'information menée auprès des patients, pour déterminer ce qu'ils ont appris et éventuellement comment ils appliquent leurs nouvelles connaissances. Il s'agissait de déterminer, en d'autres termes, si le dialogue engagé n'est pas un dialogue de sourds.

MÉTHODE

Un questionnaire en deux parties, comportant un total de 20 questions, a été mis au point pour évaluer les connaissances des répondants au sujet des rapports fondamentaux entre la plaque dentaire et les affections bucco-dentaires. Le questionnaire a été distribué au hasard à toutes les sections de la base ainsi qu'aux membres des détachements de Regina, Dundurn et de la SFC Dana. Trois cent cinq militaires ont répondu, la moitié d'entre eux ayant ajouté leurs propres observations au sujet des traitements dispensés par le SDFC. Les résultats ont été ventilés selon les groupes d'âges et le sexe et comparés aux tendances actuelles.

ANALYSE

Dans la plupart des cas, les membres des deux sexes, dans tous les groupes d'âges, ont répondu de la même manière. Lorsque la différence dépassait 10%, les réponses ont été ven-

tilées en fonction de l'âge et du sexe. Les résultats sont exprimés en pourcentages.

La partie "A" du questionnaire visait à recueillir des données sur les patients et leurs habitudes d'hygiène bucco-dentaire.

PARTIE "A"

Question 1. Âge:

a. 17 - 29	44%
b. 30 - 39	33%
c. 40 - 55	23%

La ventilation des répondants en fonction de leur âge est assez représentative de celle de l'ensemble des Forces canadiennes.

Question 2. Sexe:

a. Hommes	90%
b. Femmes	10%

La proportion de femmes est légèrement supérieure à celle qui existe dans les Forces canadiennes et, de plus, toutes les répondantes avaient moins de 30 ans.

Question 3. Portez-Vous

a. Une prothèse complète	3%
b. Une prothèse partielle	23%
c. Aucune prothèse	74%

Comme il fallait s'y attendre, la proportion des porteurs de prothèse variait beaucoup selon les groupes d'âges. Près de la moitié des répondants âgés de plus de 40 ans étaient porteurs de prothèses partielles.

Âge	17 - 29	30 - 39	40 - 45
a.	3%	4%	1%
b.	8%	24%	48%
c.	89%	72%	51%



Lt T.W. Mountain, CD, RDH*

Question 4. Utilisez-vous la soie dentaire:

a. quotidiennement	17%
b. de temps à autre	66%
c. jamais	17%

En comparant ces résultats à ceux d'une enquête effectuée à Ottawa (1975)¹, il apparaît que le nombre de ceux qui utilisaient quotidiennement la soie dentaire était à peu près le même, mais que celui des militaires qui s'en servent occasionnellement a augmenté de manière spectaculaire. Cela démontre qu'un plus grand nombre de patients, tout en étant conscients des bienfaits de l'usage de la soie dentaire, ne sont pas suffisamment motivés pour l'utiliser systématiquement.

Les réponses ont montré que les femmes utilisent la soie dentaire plus régulièrement que les hommes ce qui, une fois de plus, n'est pas particulièrement surprenant.

FEMMES QUI UTILISENT LA SOIE DENTAIRE

a. quotidiennement	29%
b. de temps à autre	61%
c. jamais	10%

Question 5. Souhaiteriez-vous que votre examen dentaire annuel systématique soit accompagné:

a. d'une démonstration de brossage des dents	3%
b. d'un nettoyage, complété par un rappel des soins personnels indispensables	74%
c. un simple examen	23%

* Le Lt Mountain a suivi le cours d'hygiéniste dentaire qu'il a achevé en mars 1977 et fut ensuite employé à la clinique de la BFC Moose Jaw où il a complété cette enquête. À travers le programme d'intégration (officiers sortis du rang) il vient de se joindre à la classification des administrateurs dentaires (OAD).

La plupart des répondants préfèrent donc que leurs dents soient nettoyées régulièrement.

La partie "B" du questionnaire visait à déterminer les connaissances dentaires des répondants et comportait 15 questions mais, pour des raisons de brièveté, il ne sera rendu compte ici que des réponses données aux sept questions les plus pertinentes.

PARTIE "B"

Question 1. Les adultes perdent le plus souvent leurs dents à cause de:

- | | |
|------------------------------|-----|
| a. la carie | 25% |
| b. les maladies des gencives | 48% |
| c. les accidents | 1% |
| d. une moyenne des trois | 26% |

Question 2. La carie dentaire est provoquée par:

- | | |
|--|-----|
| a. des facteurs héréditaires | 1% |
| b. les acides produits par les bactéries | 47% |
| c. les glucides du régime alimentaire | 7% |
| d. les trois facteurs ci-dessus | 45% |

Question 3. Les maladies alvéolo-dentaires (gencives) sont provoquées par:

- | | |
|--|-----|
| a. un alignement défec-tueux des dents | 1% |
| b. des facteurs héréditaires | 1% |
| c. des agents irritants de la plaque bactérienne | 95% |
| d. le brossage trop vigoureux | 3% |

Question 4. Le saignement fréquent des gencives au moment du brossage indique que:

- | | |
|---|-----|
| a. les dents sont brossées trop vigou-reusement | 25% |
| b. les dents sont infectées | 65% |
| c. la personne est hémophile | 1% |
| d. toutes les raisons ci-dessus | 9% |

Question 5. Après un net-toyage par un professionnel, la plaque bactérienne se reforme en:

- | | |
|----------------|-----|
| a. un jour | 76% |
| b. une semaine | 15% |
| c. un mois | 8% |
| d. un an | 1% |

Question 6. La soie de la brosse à dents utilisée devrait être:

- | | |
|----------------|-----|
| a. molle | 46% |
| b. moyenne | 41% |
| c. dure | 9% |
| d. peu importe | 4% |

Question 7. La soie dentaire est utilisée surtout pour:

- | | |
|--|-----|
| a. éliminer les débris ali-mentaires coincés entre les dents | 17% |
| b. éviter que des taches se forment entre les dents | 1% |
| c. stimuler les gencives | 0% |
| d. éliminer les bactéries qui se trouvent entre les dents et sous les gencives | 82% |

Il ressort des réponses données que les répondants connaissent parfaitement les caractéristiques de la plaque bactérienne ainsi que ses rapports avec les caries et les maladies alvéolo-dentaires. Ils savent aussi que les gencives qui saignent sont des "gencives infectées" et que les maladies des gencives sont, de nos jours, les affections dentaires qui frappent le plus souvent les adultes. Ils savent à quelle vitesse la plaque se forme et comprennent comment l'usage de la soie dentaire permet d'éliminer la plaque. Il a été satisfaisant de voir qu'un si grand nombre de répondants étaient conscients du fait qu'il faut utiliser des brosses à soies molles.

RÉSUMÉ

Cette enquête témoigne des résultats obtenus par le Programme de prévention dentaire. Les efforts de prévention coordonnés du SDFC ont été tels que les patients ont maintenant une excellente connaissance de l'hygiène dentaire et comprennent parfaitement les mécanismes de la plaque, des affections dentaires et de leurs conséquences ultimes.

Les patients sont extrêmement reconnaissants au SDFC de la qualité des soins dentaires qu'il leur fournit et dans la section du questionnaire réservée aux observations personnelles, ils ont indiqué qu'ils souhaitaient que le programme annuel de rappel soit poursuivi.

Quarante pour cent des répondants ont estimé que les services étaient satisfaisants, 10% d'entre eux s'en sont plaints alors que 50% n'ont fait aucune observation. La plupart des plaintes provenaient des jeunes militaires qui, étant nouvellement enrôlés, n'avaient pu bénéficier d'un traitement dentaire complet. Il a notamment été suggéré que les examens systématiques pourraient être semi-annuels, que les militaires devraient bénéficier chaque année d'un traitement au fluorure et que les personnes à charge devraient pouvoir être soignées par les dentistes militaires.

CONCLUSION

Le programme de prévention a permis d'inculquer aux militaires une excellente connaissance de la formation de la plaque et de ses conséquences.

Malgré cela, la majorité d'entre eux ne sont pas encore suffisamment motivés pour tirer systématiquement avantage des connaissances qu'ils ont acquises.

Comment l'enquête l'a révélé, le Programme de prévention dentaire a parfaitement démontré comment nous pouvons tous apprendre quelque chose d'utile en écoutant et en regardant. Le programme actuel d'éducation des patients repose en effet sur l'organisation de conférences et l'utilisation d'aides audio-visuelles. Il semble que le moment soit venu d'insister davantage sur l'élément de participation active au programme. Ainsi, la différence observée entre le nombre de ceux qui étaient conscients du problème (50 - 90%) et de ceux qui font quelque chose pour le supprimer (les 17% qui utilisent régulièrement la soie dentaire) pourra peut-être s'amenuiser.

RÉFÉRENCES

1. Capt G.R. Bowes. Enquête de prévention dentaire à la clinique du QGDN, Bulletin du SDFC, Vol 16, N° 2, juillet 1975.



La réanimation cardio-pulmonaire (RCP) - La réanimation peut sauver une vie

*par le Capt D. Tisch**

Un beau jour, l'adjudant Caron attend dans votre cabinet que vous lui donniez des soins, vous avez peut-être même déjà commencé votre examen. Il paraît en bonne forme et tout va bien. Tout-à-coup, il s'écroule, inconscient. Que faut-il faire alors? Comment empêcher l'issue fatale?

La réanimation cardio-pulmonaire (RCP) est une technique élémentaire de premiers soins qui sert aussi bien à remettre en marche le cœur d'une victime d'un arrêt cardiaque qu'à maintenir chez elle les fonctions cardiaques et respiratoires. Grâce à la réanimation, nous sommes en mesure de faire face à des situations graves et de donner à la victime de bonnes chances de survie. Aux États-Unis seulement, on dénombre tous les ans près d'un million de cas aigus d'infarctus du myocarde et, chaque année, l'ischémie (insuffisance circulatoire) coronarienne fait plus de 650 000 victimes. Quelque 350 000 d'entre elles n'ont pas le temps de se rendre à l'hôpital et meurent le plus souvent dans les deux heures suivant l'apparition des symptômes. Et dire que le plus grand nombre de ces personnes pourraient être sauvées si elles recevaient immédiatement les soins voulus.

Les dentistes font partie du corps médical et, à ce titre, il sont liés à leur patient par la responsabilité morale de savoir exactement quoi faire, même dans les situations d'urgence les plus graves. Après tout, nous devrions

tous avoir des connaissances médicales ne se bornant pas exclusivement à la cavité buccale. Il incombe au dentiste de bien connaître les soins à prodiguer en cas d'urgence; il doit aussi former ses assistants et leur assigner des tâches particulières.

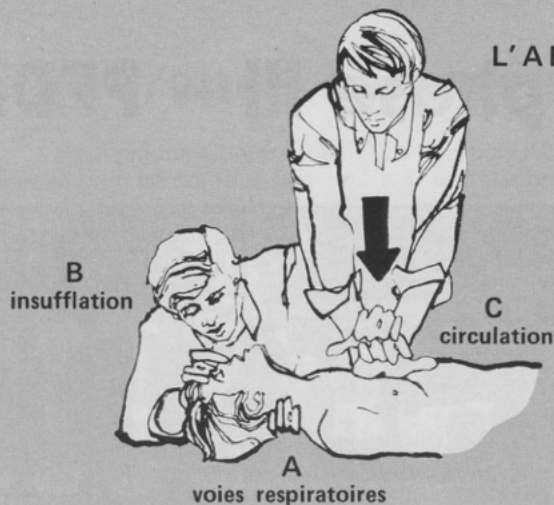
La mort dite clinique se caractérise par l'arrêt cardiaque complet combiné à l'insuffisance respiratoire. Toutefois, ce n'est que quatre à six minutes plus tard, quand le cerveau est irrémédiablement endommagé, que survient la mort biologique. C'est donc dire qu'il n'y a pas un instant à perdre dans les cas d'urgence cardio-pulmonaire.

Si une situation d'urgence se présente, vous devez vous rappeler qu'il est parfaitement normal de ne pas savoir trop quoi faire pendant les trente (30) premières secondes. A ce moment, il vaut mieux ne rien entreprendre d'irréversible que risquer de poser un geste intempestif et inapproprié. Il est préférable de profiter de ce temps d'hésitation pour placer la victime dans la position dite de Trendelenburg, pour noter l'heure exacte et pour alerter un assistant. Par la suite, il faut organiser les soins selon une formule d'équipe. Il conviendra de faire l'exercice de cette méthode au moins tous les trois mois, et à l'arrivée de tout nouvel employé.

Si un patient est inconscient, que ses pupilles sont dilatées et qu'on observe l'absence de pouls à

* Diplômé de l'Université de Western Ontario (1978) le Capt D. Tisch fut muté à la BFC North Bay immédiatement après la graduation et ensuite à l'École du Service dentaire des Forces canadiennes où il travaille actuellement.

L'ABC de la RCP



Deux sauveteurs — 5 impulsions
 —60 par minute
 —pas de pause pour insufflation
 1 insufflation
 —après chaque 5 impulsions
 —entre deux impulsions

la carotide et un arrêt respiratoire, il faut entreprendre immédiatement et simultanément la respiration et la circulation artificielles. Les diagnostics définitifs et les trousse et premiers soins ne sont d'aucune utilité en pareils cas. Il faut agir, et vite! Il faut allonger la victime sur le plancher pour que son dos repose sur une surface dure et lui faire prendre la position couchée. A moins d'avoir affaire à un patient mis en observation, il est déconseillé de donner des coups de poing vigoureux sur l'aire précordiale car, contrairement à ce que l'on pourrait croire, on peut ainsi hâter un arrêt cardiaque complet chez la victime dont les battements cardiaques sont lents et, parfois, irréguliers. Il a d'ailleurs été prouvé hors de tout doute que les deux premières pressions exercées sur le sternum sont tout aussi efficaces que les coups de point sur l'aire précordiale.

Au début du traitement, il faut insuffler l'air dans les poumons en quatre petites bouffées, pour que les poumons n'aient pas le temps de se vider entre les insufflations. On peut ensuite passer au massage cardiaque externe, si le pouls n'est pas réapparu.

Pour pratiquer le massage cardiaque externe, il suffit de placer le talon d'une paume à deux doigts au-dessus de la jonction xiphoidienne et d'appliquer l'autre main en travers, par-dessus, pour exercer une bonne pression vers le bas.

Il faut bloquer les coudes et faire agir les épaules et le poids du corps. On doit, par la seule poussée verticale, faire se comprimer le sternum d'un pouce et demi à deux pouces, puis relâcher rapidement, sans détacher les mains de la poitrine de la victime adulte; autrement, on risque de mal les replacer et ainsi, de rendre la circulation artificielle inefficace et de causer des blessures. Un sauveteur seul doit imprimer 80 impulsions à la minute, et s'il est assisté, 60 à la minute (Tab A). Le rapport optimal entre le nombre d'impulsions et celui des insufflations est de 15/2 pour un sauveteur agissant seul et de 5/1 pour un sauveteur assisté. On doit pratiquer chaque insufflation à des intervalles de cinq ou six secondes et, hormis quelques exceptions, il ne faut jamais suspendre la réanimation pendant plus de cinq secondes.

Il serait utile d'évaluer, de temps à autre, l'efficacité du travail de réanimation cardio-pulmonaire en cours. C'est la condition des pupilles qui permet le mieux de juger de l'alimentation du cerveau en sang oxygéné. Il faut observer leur accommodation à lumière car les pupilles dilatées et fixes sont un signe d'inefficacité de la réanimation ou de mort biologique. Il faut aussi prendre le pouls à l'artère carotide pour déterminer si le cœur s'est remis à battre à un rythme raisonnable et, si tel est le cas, il faut arrêter la réanimation immédiatement.

À mon avis, c'est à ce moment que le dentiste, ayant paré au plus pressé, peut estimer son rôle terminé, car il n'est pas du ressort d'un généraliste de donner des soins spécialisés, à moins qu'il n'ait reçu l'entraînement voulu. Il faut laisser au médecin traitant qui connaît bien les procédés à employer, le soin de faire les injections de médicaments par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou intra-cardiaque.

Si l'on en croit l'American Heart Association (Association américaine oeuvrant dans le domaine des maladies cardiaques), vous pouvez cesser de pratiquer la réanimation cardio-pulmonaire seulement si:

- la respiration et la circulation spontanées sont bien rétablies;
- une personne digne de confiance prend votre place et poursuit la réanimation;
- un médecin traitant ou une personne dirigée par un médecin traitant prend charge du cas; ou
- vous êtes vraiment épuisé(e) et ne pouvez continuer la réanimation.

RÉSUMÉ

Le présent article avait pour but de vous rappeler les méthodes de réanimation cardio-pulmonaire à employer en cas d'urgence. Toutefois, *personne ne peut prétendre bien connaître ces méthodes à la simple lecture d'articles comme celui-ci, et chacun doit s'exercer à les appliquer, pour qu'elles soient vraiment efficaces.* La Fondation canadienne des maladies du cœur et ses chapitre provinciaux offrent, à très peu de frais, des cours de réanimation cardio-pulmonaire à l'intention des professionnels.

Nous avons tous la responsabilité morale de bien connaître les principes de secourisme, car il ne faut jamais oublier que l'alternative est unique: la réanimation cardio-pulmonaire ou . . . la MORT!

RÉFÉRENCES

- Standards for Cardio-pulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiac Care (ECC). JAMA, vol. 227 n° 7, 1974 (supplément).
- Communiqué de la Ontario Heart Foundation, Toronto (Ontario), parution de mai 1978, p. 7.

Entraînement d'été phase III – PFDM

Du 6 au 31 juillet 1981, quinze candidats au PFDM ont complété la Phase III partie B de leur entraînement d'été. Ils étaient les SLts Baluszczak MA; Bulger JP; Dallaire JCA; Demers PJ; Drouin R; Fleming WB; Gossip SR; Headley SC; Hui TA; Lal JM; Letnick JRG; Piekarski; Pielak TD; Proud GV; et Yahiro RK.

Un dîner officiel eut lieu le 30 juillet suivi d'une parade de graduation le lendemain matin. Parmi les invités d'honneur présents on notait le Bgen Thompson, DGSD; le Bgen (retraité) Kearney, Colonel Commandant du SDFC; le Bgen Roddick, Commandant de la BFC Borden; et le Dr Gil Utas, Président de l'Association dentaire canadienne, lequel était le conférencier invité au dîner.

Durant la parade de graduation le Bgen Thompson fit la revue des troupes et présenta le trophée de Candidat d'honneur au SLt T.D. Pielak, UCB, et le trophée d'Exercice de campagne au SLt S.C. Headley, U d'Alta.

La fanfare d'entraînement d'été des cadets, sous la direction du Maj Rogers, s'occupa de la musique pour le dîner et la parade.



Le Bgen Thompson reçoit le salut durant la parade de graduation alors que le Maj Hawkins dirige la marche.



Le SLt Pielak reçoit le trophée de Candidat d'honneur des mains du Bgen Thompson.



Le Bgen Thompson présente le trophée d'Exercice de campagne au SLt Headley.

Trophée du Colonel-Commandant

Lors de son passage à l'ESDFC en février dernier, à l'occasion du tournoi annuel de curling du SDFC à Borden, le Bgen (retraité) B.P. Kearney, dans un geste qui démontre son attachement et son intérêt au SDFC, a fait don à l'ESDFC du Trophée du Colonel-Commandant. Ce trophée sera présenté au technicien de laboratoire dentaire qui se classera le premier du cours 723 TQ5.



Le Bgen Kearney remet le trophée du Colonel-Commandant au Lcol Cragg, Commandant de l'ESDFC, trophée qui sera accordé au meilleur candidat du cours 723 TQ5.

Conférence commémorative Lee Reynolds

La cinquième Conférence annuelle commémorative Lee Reynolds a eu lieu au Mess des Officiers de la Forêt Noire à la BFC Lahr, vendredi le 12 juin, 1981. Le Lcol P.R. McQueen, Commandant de la 35ème Unité dentaire de campagne en fut l'hôte et le Capt G.M. Cousens l'organisateur. Plus de quarante invités y ont participé (voir photo 1).

Les trois conférenciers invités étaient les Docteurs N. Lang, C. Gerber et H.W. Hofstetter, tous de la Faculté de Dentisterie de l'Université de Bern, Suisse. Leurs présentations portaient sur "Le plan de traitement des cas de périodontie", "Couronnes et ponts en périodontie", et "Problèmes de

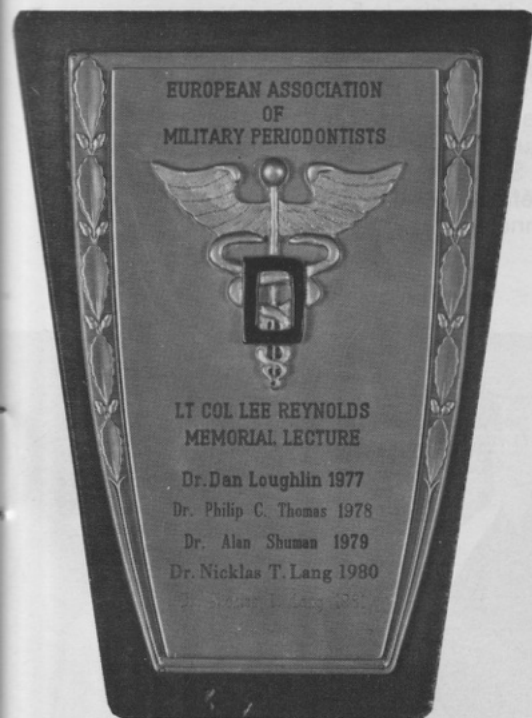
l'articulation temporo-mandibulaire en relation avec la périodontie".

Le Lcol R. Fortier du QGDN/DGSD, le Lt Cdr H. Hartnung de la marine de la RFA, et le Major R. Meyer des Forces de la Réserve de France étaient également présents.

La conférence annuelle est dédiée à la mémoire d'un ancien membre du Service dentaire des Forces canadiennes, le Lcol Lee Reynolds, qui a servi comme périodontiste et Commandant de la 35ème Unité dentaire de campagne de 1974 jusqu'à sa mort en 1976. Il avait obtenu son diplôme en périodontie au Walter Reed Army Medical Center, Washington, D.C., où il s'était lié d'amitié avec plusieurs périodontistes des Forces

américaines. Il garda ce contact amical durant son séjour à la 35ème Unité dentaire en se joignant à l'Association européenne des périodontistes militaires (AEPM). Dans le but d'honorer la mémoire de Lee Reynolds, l'AEPM a changé le nom de sa rencontre annuelle et en a fait préparer une plaque commémorative (photo 2).

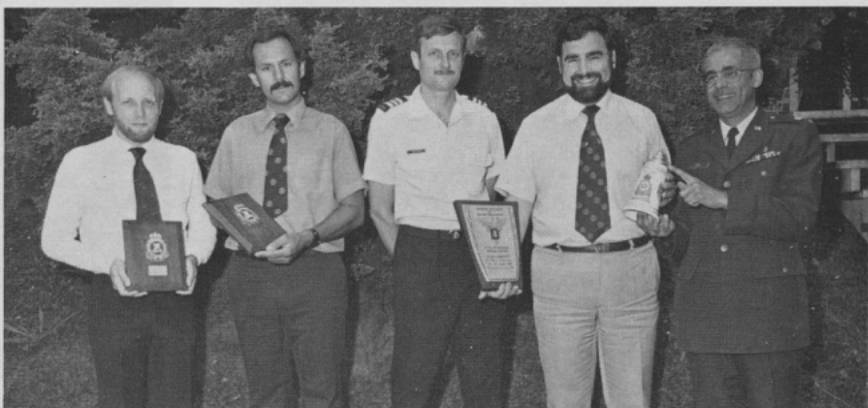
À la fin de la journée, le Lcol P. McQueen présenta des plaques du SDFC aux conférenciers invités et le Lcol P. Otto, Forces américaines et président de l'AEPM, présenta au Dr. N. Lang la plaque Lee Reynolds en appréciation de ses efforts et de ceux de ses collègues (photo 3).



Plaque commémorative du Lieutenant-colonel Lee Reynolds.



Les personnes qui ont assisté à la 5ème Conférence annuelle commémorative Lee Reynolds tenue à la Base des Forces canadiennes à Lahr en Allemagne, entourent les conférenciers invités.



De g à d: Dr C. Gerber, Dr H. Hofstetter, Lcol P. McQueen, Dr N. Lang, Lcol P. Otto.

Promotions récentes à l'ESDFC

FÉLICITATIONS

Le LCol E.D. Cragg (milieu) Commandant de l'ESDFC, est photographié en compagnie de plusieurs membres de l'école qui ont été récemment promus.

Le LCol K.R. Morley, dentiste-chef, a été promu à ce grade le 1^{er} avril 1981.

Le Lt T. Mountain a été breveté et promu le 3 avril 1981, après avoir complété le cours de base pour officiers sortis du rang à la BFC Chilliwack.

L'Adj L.A. Lambert fut promu à ce grade le 14 janvier 1981. Il devait par la suite être transféré à la BFC Esquimalt après



avoir complété un cours au Texas (il faut bien que quelqu'un le fasse!)

Le Sgt W.A. Quine, Tech ED fut promu à ce grade le 1^{er} avril 1981.

Nouvelles du SDFC



Le Président de la Fédération dentaire internationale, le Professeur Louis Baume, présente le Certificat de Mérite de la FDI au BGén Thompson lors des cérémonies d'ouverture du Congrès annuel qui ont eu lieu à Rio de Janeiro le 5 septembre 1981. Le certificat a été présenté au Général Thompson en raison de ses services exceptionnels au sein de la FDI, tout spécialement en tant que Président de la Commission des Services dentaires des Forces de Défense pendant les cinq dernières années.

La photo nous montre le Colonel J.N. Wright en compagnie de son épouse Elaine, recevant son certificat de graduation du Collège de la Défense nationale des mains de l'Honorable Flora MacDonald, auparavant Ministre des Affaires extérieures du Canada. La graduation eût lieu au Collège même à Kingston le 16 juillet 1981. Le cours du Collège de la Défense nationale est d'une durée de onze mois et rassemble des membres seniors du service militaire, des gouvernements fédéral et provinciaux et de la GRC, ainsi que des représentants de la fonction publique et de l'industrie. Ils étudient au niveau mondial et national des sujets d'intérêt social, économique, politique, d'affaires extérieures et militaires. Le Colonel Wright est le premier dentiste militaire à avoir été choisi pour ce cours dont le début remonte déjà à plus de trente-cinq ans.



19^{ème} Tournoi annuel de curling du SDFC

4-6 février 1981

Du 4 au 6 février 81, l'École a accueilli le 19^{ème} tournoi de curling du Service dentaire des Forces canadiennes. L'événement fut un grand succès.

Le Tournoi est ouvert à tous les membres en service, à la retraite ou mutés du SDFC et du CDRC.

À l'occasion d'une petite soirée de rencontre organisée le soir du jeudi 4 février, beaucoup d'anciennes amitiés furent renouvelées et cela jusqu'aux petites heures. Mais dès l'aube les matchs ont commencé au Circle Pine et à Anderson Park, les finales des trois groupes ayant lieu le samedi après-midi.

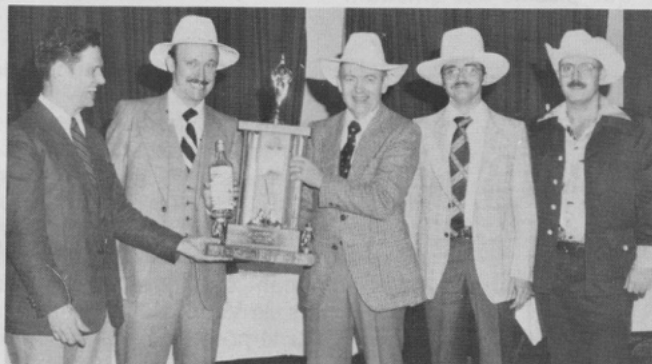
Le Tournoi se termina le samedi soir par un banquet de remise des prix.

GAGNANTS

GROUPE A

Le skip de l'équipe de la 14^{ème} Unité dentaire reçoit le trophée des mains du Bgén Thompson en compagnie du Maj G. Ames (la bouteille en main), du Capt L. Klazek et du Sgt J. Vasek.

"Des chapeaux d'habitant (pour protéger des lumières les cuirs déchevelus), un peu de cet ingrédient que l'on retrouve dans les enclos à vaches (pour compenser le manque de talent) et une bonne quantité de spiritueux à la Western nous ont permis cette victoire" nous ja dit le shkip!!



GROUPE B

Le Sgt H. Peck, bouche bée tellement il est impressionné reçoit le trophée des mains du Bgén (retraité) Kearney en présence de ses coéquipiers, Capt O. Lysechko, Adjm R. Gaylor et Adj G. Hildebrant.



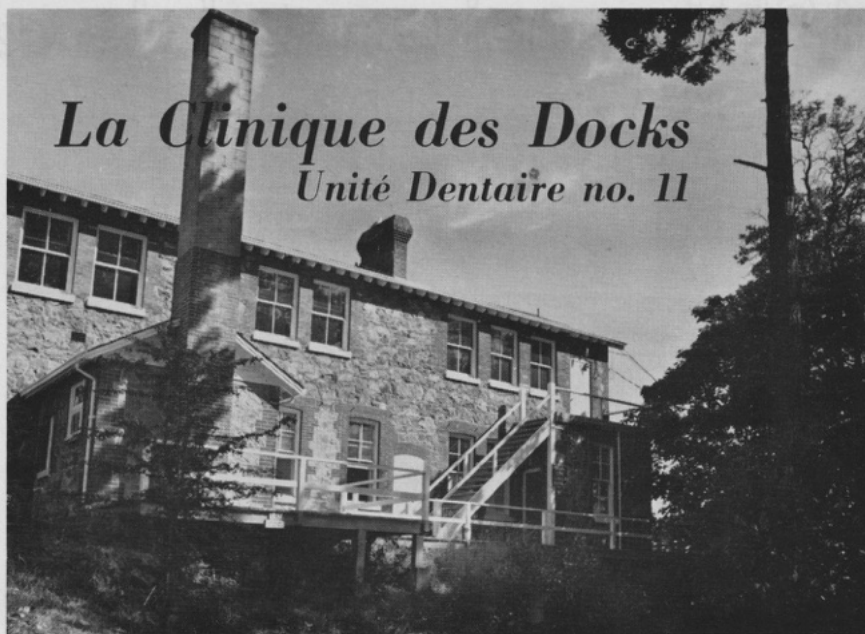
GROUPE C

L'Adjc R. Todd remet le trophée à l'équipe de très bons copains composée de M.J. Clint, M.J. Likens, Adj Langford et M.C. Hunt.



La Clinique des Docks *Unité Dentaire no. 11*

La Clinique des docks a officiellement fermé ses portes le 23 août 1981. Bon nombre de ses anciens occupants se souviendront avec nostalgie des quelque 1 100 patients. Ces dossiers étaient plus colorés qu'ailleurs, le jaune et le bleu dominant parfois le rouge. Les murs de la clinique ont pu résister au choc d'un boulet de douze livres tiré d'une distance de trente verges! Et qui pourrait oublier la vue magnifique sur l'unique piscine des amiraux.



Dans le cadre du programme de formation permanents, une journée d'étude, organisée conjointement par le Service dentaire des Forces canadiennes et la Victoria and District Dental Society, a eu lieu au RRMC. Des invités d'honneur provenant du Corps dentaire de la U.S. Army à Fort Lewis, dans l'État de Washington, se sont rendus à Victoria pour présenter des exposés sur une variété de sujets spécialisés. Le point culminant de la journée a été un dîner au mess des officiers de Work Point. Cet événement constitue un nouveau témoignage des liens étroits qui unissent depuis longtemps le SDFC au Corps dentaire de la U.S. Army, et en particulier au Madigan Army Medical Center de Fort Lewis (Washington).

(Première rangée, de gauche à droite)
Col S. Axinn, Dr Evan Alexander,
Col C.J. Shannon, Dr R. Fortesque,
Col W.J. Brasher et Col R. Bellizzi.

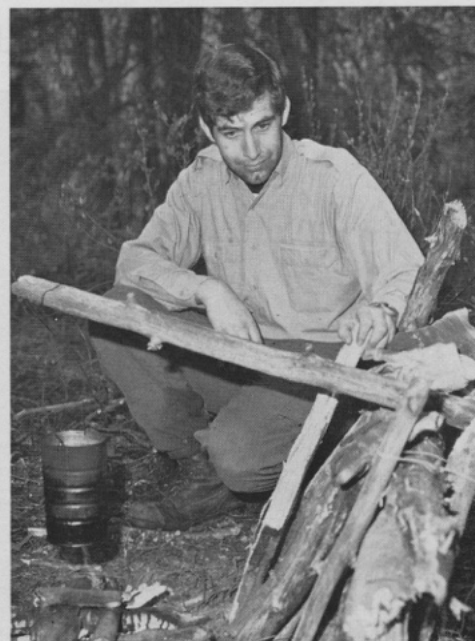
(deuxième rangée, de gauche à droite)
Lcol M.N. Deyette, Col A.M. Krakow,
Col R.W. Woody.



Cours de survie

Le Capt Michael Bennett, 28, de Magrath, Alta met du bois humide à sécher près d'un feu rudimentaire pendant un cours de survie au pieds des Rocheuses près de Hinton, Alberta.

Un dentiste militaire travaillant à la BFC Edmonton, il est un des 30 militaires qui ont récemment entrepris un cours de survie dans la nature sauvage, apprenant à se suffire des biens du sol.



Cérémonies d'ouverture 1 DAFC atelier d'équipement dentaire (AED)



Le Bgen W.R. Thompson coupe le ruban avec l'aide du Col J.G. Goguen (gauche) et du Col I.H. Firth (droite). À l'avant-plan, le Sgt Cornett (gauche) et le Cpl Muir sont prêts à accueillir les invités.

Le 29 janvier 1981, le Directeur général du Service dentaire a procédé à l'ouverture officielle de l'Atelier d'équipement dentaire du Dépôt d'approvisionnement des Forces canadiennes situé à la BFC Toronto. Le Bgen J.P. Leclerc, Directeur général du système d'approvisionnement, en convalescence à ce moment-là fut représenté par le Col J.G. Goguen, Directeur à la gestion des approvisionnements. Le Col I.H. Firth Commandant de la BFC Toronto, le Col G.G. Waddell, Commandant du Dépôt, et le LCol W.A. Freeman, Officier de contrôle du matériel, étaient également présents. Les individus responsables des opérations journalières de l'atelier et du système d'approvisionnement pour le SDFC ont participé à la cérémonie, ce sont: les Sgts Cornett et Hubley et le Cpl Muir.

Après la cérémonie, le groupe reçut un bref aperçu des opérations et fit la visite des locaux. Tous prirent part par la suite à un "déjeuner d'affaire."

L'Adjuc E. Duve à la retraite



Le LCol H.S. Wood, Directeur plans et besoins, présente à l'Adjuc son certificat de service.

L'Adjuc "Ernie" Duve est né à Osterwieck (Allemagne de l'Est) en 1930 et y demeura jusqu'à son immigration au Canada en 1952.

Ernie s'est enrôlé dans les Forces en 1953 comme membre du Royal Canadian Armoured Corps (RCAC) et fut transféré peu de temps après à Soest en Allemagne de l'Ouest. À son retour au Canada il redevient civil pour deux ans et se joint à nouveau aux Forces en 1958.

Ernie complète son entraînement d'assistant dentaire en 1959 et se joint au métier de technicien en équipement dentaire en 1962. Depuis ce temps il a servi avec la plupart des unités du CRDS/SDFC. Il termine sa carrière à la Division au poste de DDTS 4-2 (expert résident en équipe dentaire).

Il se retire avec son épouse Kay à Vauxhall quelque part en Alberta et nos plus sincères souhaits de santé et bonheur les accompagnent pour les nombreuses années à venir.

Le Sergent Fred Schuh prend sa retraite



Le sergent Fred "Boots" Schuh reçoit son "Certificat de service" des mains du Colonel Simpson, commandant de la BFC Chilliwack, en présence du capitaine D. Tingley. Le sergent Schuh s'est présenté au travail pour la dernière fois le 11 juin, après plus de vingt-six années de service. Nous n'oublierons jamais ses grands talents de conteur et sa chaleureuse hospitalité. Fred dispose d'un laboratoire dans son élégant domicile de Sardis (C.-B.), et peut compter sur une clientèle bien établie qui a hâte de profiter de ses services à temps plein.

L'ESDFC est l'hôte pour le 19^e tournoi de golf annuel du SDFC

L'ouverture du Tournoi se fit le 24 septembre 1981 au terrain de golf "Circled Pine" à la BFC Borden. C'était la première fois depuis 1969 que l'ESDFC était l'hôte de cet événement.

Les anciennes amitiés furent renouvelées et de nouvelles amitiés furent créées lors de la soirée d'accueil et bar-b-cue la veille de l'ouverture. Quelques golfeurs ont sûrement souhaité que leur tête ne soit pas plus grosse que leur balle de golf la journée de l'ouverture. Environ 85 golfeurs ont participé au tournoi.

Le Bgén Thompson, DGSD, donna le départ avec un coup d'envoi que les mots ne peuvent décrire. La trajectoire de la balle a sûrement été influencée par la façon dont le Commandant de l'École, le colonel Donely qui n'y connaît rien au golf, tenait la balle. Du moins c'est l'excuse qu'a employée le Bgén Thompson.

Le temps était au beau fixe le jour d'ouverture ce qui n'a quand même pas aidé le compte de certains joueurs.

Plusieurs nouvelles techniques ont été innovées lors de la deuxième journée. Ainsi le colonel Carver, dentiste-chef à Cornwallis, a découvert que la tête d'un fer 3 bien frappé peut aller aussi loin que la balle. Cependant il admet que ce genre de jeu est adapté à une certaine élite du fait que les dépenses qu'il entraîne ne sont pas à la portée de la majorité des golfeurs.



Chuck Sivell (à droite) reçoit son trophée (avec quelques hésitations) des mains du Colonel (retraité) Len Pierce.



(G à D) Le Bgén Thompson remet le trophée aux Maj Garland, Maj Reid et Capt Lamoureux.



Le Bgén (retraité) K.M. Baird présente son trophée (compte total) au Maj E.L. Reid.

Le Maj Hockney, dentiste-chef à la BFC Ottawa (sud) a découvert pour sa part qu'un bâton tenu d'une façon nonchalante lui permettait de frapper la balle et de contrôler en même temps la population d'oiseaux et d'écureuils. De fait son bâton s'est retrouvé dans un arbre à vingt pieds du sol.

Il faut mentionner la performance du Capt Reid qui a terminé la deuxième journée avec un compte d'un coup sous la normale. C'était la première fois qu'un tel exploit était réalisé depuis le début de ce tournoi.

Le tournoi fut clôturé le vendredi soir par un banquet de remise des trophées. Le Bgén Thompson en profita pour faire sa revue annuelle des faits saillants du SDFC. Plusieurs prix furent présentés à la fin du repas et les noms des principaux gagnants sont énumérés plus bas.

Il faut applaudir les efforts vaillants des Capitaines Steve et Monique Fitch et de leur comité organisateur qui ont fait de ce tournoi un très grand succès.



Le Colonel (retraité) G.R. Covey présente son trophée (compte net) au Capt L. Pelletier.



COMPTE BRUT — ANCIENS MILITAIRES

John Clint (à droite) reçoit son trophée des mains du Colonel John Brick.



COUP D'ENVOL

Peut-être que le Commandant de l'École veut me faire comprendre que la balle irait plus loin si je faisais un botter!

