

Journal

DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

Volume 54, numéro 4

Automne 2017



Tier Three est fière d'offrir ses services de transition pour les cliniques dentaires au Québec.



Voici notre équipe des
ventes au Québec,
Mitch W. Yunes
1 888 437-3434 poste 23
et Dr Arthur Greenspoon
1 888 437-3434 poste 22



GRATUITS

Dix choses à faire
et à ne pas faire lors
de l'achat d'une
clinique dentaire +
Diagnostic personnalisé
avant la vente

Visitez notre site web



Nous avons révolutionné le domaine
des évaluations de cliniques à
travers le Canada en utilisant
un concept tout simple :

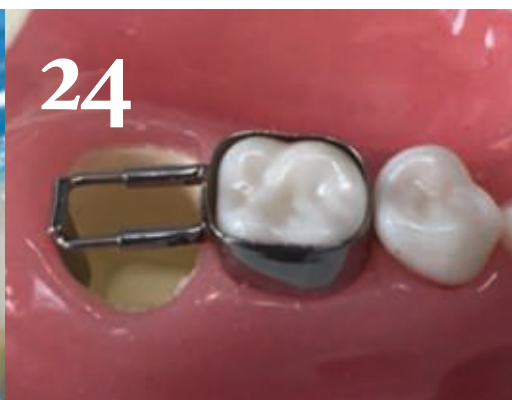
Vos patients représentent
votre atout le plus précieux.
Comment pouvons-nous vous aider ?
tierthree.ca



MAINTENANT
À TRAVERS
LE CANADA



16



24



39

Journal

DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

À LIRE CE MOIS-CI

- 5 MOT DE LA RÉDACTRICE EN CHEF
- 7 MOT DU PRÉSIDENT
- 15 MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE
- 28 AU TABLEAU
- 39 PRIX ET RECONNAISSANCE
- 42 INDEX DES AUTEURS ET DES TITRES 2017
- 46 À L'AGENDA

ENDODONTIE

- 16 Régénération endodontique : où en sommes-nous?

DENTISTERIE PÉDIATRIQUE

- 24 Les mainteneurs d'espace : où et quand les utiliser

EXERCICE EN CABINET

- 31 Trousse et protocoles d'urgence en cabinet dentaire – précisions

NUTRITION

- 34 Répercussions de la santé orale sur la dysphagie



34



VOUS ÊTES
ESSENTIELS
VOTRE EXPERTISE
FAIT LA NÔTRE

Sogedent  Assurances^{inc.}

Cabinet de services financiers

Une filiale de l'Association des **chirurgiens dentistes** du Québec

1.800.361.3794 / 514.282.1425

sogedent.qc.ca



Carole Erdelyon
Rédactrice en chef

Carole.Erdelyon@odq.qc.ca

L'ère du numérique

L'évolution rapide des technologies, au cours des dernières années, a donné lieu à de nombreux changements dans le domaine des communications.

Posez-vous la question : à quand remonte la dernière lettre manuscrite que vous avez mise à la poste? Rapides et efficaces, les courriels font maintenant partie de notre quotidien. Et que dire des réseaux sociaux, comme Facebook, qui permettent d'échanger des messages ou encore de retrouver des amis de longue date.

Par ailleurs, que faites-vous lorsque vous recherchez une information? Quelques clics sur le Web, et le tour est joué. Plus besoin de vous déplacer à la bibliothèque du quartier... Et plus nécessaire d'attendre que votre quotidien soit livré à la porte de votre résidence au petit matin, puisque la version numérique est déjà disponible sur votre tablette ou sur votre téléphone intelligent dès le réveil.

Les temps changent, nos façons de faire aussi.

C'est dans cet esprit que l'Ordre a revu le mode de production du *Journal*. L'objectif : profiter des avancées technologiques et des avantages qu'elles procurent.

C'est ainsi qu'à compter de 2018, le *Journal* de l'Ordre sera publié uniquement en format numérique. Vous pourrez y accéder par le biais du site Web de l'Ordre ou au moyen d'une application mobile et, par le fait même, tirer profit des fonctions interactives liées au numérique. Les économies que réalisera l'Ordre au chapitre des coûts d'impression et de mise à la poste ont aussi compté parmi les facteurs ayant mené à cette décision.

Vous avez donc entre les mains la dernière édition papier du *Journal*. Beaucoup d'encre a coulé depuis la première édition, en 1963. Malgré cette transition importante, le *Journal* continuera d'être un véhicule de communication rassembleur ayant pour mission d'appuyer la pratique des dentistes du Québec. ✨

Bonne lecture!



Technologie et expertise
LE PARFAIT ALLIAGE.



distributeur:

Zirkonzahn
Human Zirconium Technology

**PRETTAU BRIDGE / PROTHÈSES SUR IMPLANTS /
PILIERS ET BARRES D'IMPLANTS CAD-CAM / CAS COMBINÉS AVEC ATTACHEMENTS**

Grâce à la formation continue de notre personnel et à l'utilisation de technologies de pointe,
nos produits sont d'une qualité indéniable et répondent aux exigences les plus pointues.

Découvrez tous nos services sur lafonddesjardins.com ou par téléphone au **450 669-9221 / 1 800 361-2145**



LAFOND DESJARDINS
LABORATOIRE DENTAIRE



Barry Dolman, DMD
Président
president@odq.qc.ca

Abordons un sujet tabou

Le système qui réglemente les professions au Québec ne fonctionne plus quand il est question du domaine de la santé. L'expertise et la diligence des personnes qui y œuvrent et qui y consacrent des efforts ne sont **pas** en cause. Le problème, c'est la structure de gouvernance, qui ne permet plus de composer avec les défis associés à l'évolution des technologies et aux changements démographiques.

Les intentions derrière la mise en place de cette structure étaient louables à une époque où il était nécessaire de réagir aux pratiques corporatistes d'une poignée de professions qui se réglementaient elles-mêmes.

Aujourd'hui, le système encadre 46 ordres professionnels qui réglementent 54 professions. Il est régi par l'Office des professions, qui relève pour sa part du ministère de la Justice.

Or, ces ordres professionnels ne pourraient être plus différents les uns des autres. Des ingénieurs forestiers aux traducteurs en passant par les techniciens, tels les denturologistes, et les professionnels agréés formés à l'université, dont les médecins, les avocats, les dentistes et les pharmaciens, le spectre est large.

Bien que ces professions aient toutes pour mission de protéger le public au moyen de mécanismes d'inspection et de discipline, il est cependant impossible de leur imposer des exigences réglementaires communes si l'on veut fournir des services de qualité et accessibles à tous les Québécois.

Comme si les besoins et les particularités de chaque organisme de réglementation ne suffisaient pas à entraver tout processus d'amélioration, trois autres freins majeurs existent.

Le premier est un entêtement à vouloir imposer un système de réglementation unique pour une aussi grande diversité de professions, et ce, sans comprendre les subtilités de chaque profession et les répercussions qu'une telle uniformisation des textes de loi pourrait engendrer.

Le deuxième frein est le processus de priorisation qui affecte les réformes réglementaires, lequel peut même parfois ralentir la mise en œuvre d'ententes qui suscitent un consensus.

Le dernier frein, et sans doute le plus important, est que **le domaine de la santé n'est pas chapeauté par un organisme sectoriel** qui pourrait, avant qu'une loi touchant la santé soit adoptée, faire le lien entre le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ajoutons à cela la difficulté de modifier la réglementation au moment opportun. Cela pose un défi majeur pour les ordres du domaine de la santé qui tentent de résoudre des enjeux complexes liés à la prestation des soins dans un contexte d'évolution rapide des technologies.

Créée en 1973 à la suite d'une planification stratégique, la structure initiale de gouvernance des professions ne permet plus aujourd'hui de réglementer le domaine de la santé et pourrait bien rendre l'accomplissement de notre mission de plus en plus difficile.

Le Québec est la seule province canadienne où l'ordre professionnel qui régit les dentistes n'est pas sous la responsabilité directe du ministère de la Santé.

En vertu du système actuel, le ministère de l'Éducation, pourtant responsable du cursus de formation des professionnels qui seront plus tard habilités à traiter la population, n'est pas tenu de consulter l'Ordre des dentistes quant au contenu du cursus.

En raison de la structure en place, tant les amendements qui sont nécessaires et que personne ne conteste que les changements urgents qui doivent être apportés aux lois et règlements qui régissent notre pratique tardent à être adoptés. Il faut compter en moyenne dix ans pour apporter des amendements à une loi existante et, même là, seuls les amendements qui semblent correspondre aux priorités politiques ou qui ont fait la une vont de l'avant.

Entre-temps, on tarde à apporter des modifications aux lois et règlements du domaine de la santé, bien que certaines concernent des situations où il en va de la survie des individus.

Certains professionnels continuent d'élargir leur champ de pratique en profitant de failles laissées par les précédents législateurs, qui ne pouvaient prévoir l'évolution des soins et des modalités de traitement. Et pendant ce temps, les dentistes, qui sont néanmoins autorisés par la loi à poser des diagnostics, à prescrire des médicaments et à pratiquer des chirurgies, n'ont toujours pas accès au dossier de santé électronique de leurs **propres patients**... Ouf.

Y aura-t-il, lors des élections de 2018, un parti politique assez courageux pour s'attaquer à ces enjeux?

De la commission Charbonneau au projet de loi 98, le gouvernement s'est concentré au cours des dernières années sur la gouvernance et sur la responsabilité des organismes sans toutefois tenir compte de « l'éléphant dans la pièce » lorsqu'il s'agit de considérer la réglementation en matière de santé de façon concertée.

Ce qu'il faut dès maintenant, c'est créer une plateforme sectorielle qui permettra aux organismes œuvrant en santé d'unir leurs forces pour mieux répondre aux besoins de la population. ✱



PLACEMENT EN SANTÉ

Depuis 1999

Une ABSENCE imprévue?

Nous vous offrons :

Un placement temporaire d'urgence 24h/24

Un service de recrutement complet pour
du placement permanent.

1-844-433-DENT (3368)

De plus, nous donnons également
la formation RCR avec choc anaphylactique
dans vos bureaux ou à nos locaux.

1-855-439-3297

cv@codebleu.ca | codebleu.ca

NOUS EMBAUCHONS!

DENTISTE | HYGIÉNISTE DENTAIRE | ASSISTANTE DENTAIRE | SECRÉTAIRE DENTAIRE | COORDONNATRICE DE CLINIQUE | COORDONNATRICE DE PLAN DE TRAITEMENT

FORMATIONS À VENIR

Université de Montréal
AUTOMNE 2017



INSCRIVEZ-VOUS À NOS COURS :
FDC.UMONTREAL.CA

La mise en forme mécanisée en endodontie

30 SEPTEMBRE 9 H à 16 H 30

Cours théorique et pratique
/ Dre Karine Charara
/ Dre Margaret Cielecki

Mise à jour sur la péri-implantite et les échecs implantaires

21 OCTOBRE 9 H à 12 H

Cours théorique
/ Dre Maud Lassonde
/ Dre Émilie Vachon

Le contrat de partage d'honoraires

4 NOVEMBRE 9 H à 12 H

Cours théorique
/ M^e Simon Roux

La réhabilitation parodontale-prosthodontique, une affaire d'équipe

17 NOVEMBRE 9 H à 16 H

Cours théorique
/ Dr Mazen El-Abiad
/ Dr Yves Gagnon

La chirurgie plastique parodontale : du fonctionnel à l'esthétique (partie 1)

11 DÉCEMBRE 9 H à 16 H

Cours théorique et pratique
/ Dr Robert Durand
/ Dr Thomas Nguyen

Pour plus d'information, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

☎ **514 343-6111, poste : 3411**

✉ **info@fdc.umontreal.ca**



Barry Dolman, DMD
President
president@odq.qc.ca

Let's talk about a taboo subject

Quebec's regulatory system with respect to healthcare services is broken, **not** because of the expertise, diligence or efforts of the individuals involved but owing to an ill-conceived plan of governance that can no longer cope with the challenges and evolution of both technology and demographics.

The system was conceived with good intent, in an era when there was a need to eliminate the associative practices of the limited number of self-regulating professions.

Fast forward to 2017: this governance now applies to 46 professional orders that oversee the practice of 54 regulated professions under the Office des professions and the Minister of Justice.

These bodies could not be more different, ranging from the Orders of forestry and translators to the technical careers of denturologists, on one hand, and the original university-accredited professions like doctors, lawyers, dentists and pharmacists, on the other.

Putting aside the obvious synergies, i.e. the core obligation of public protection, which includes inspection and discipline, it is currently impossible to properly harmonize the operational regulatory requirements so as to provide adequate access to quality services for all Quebecers.

As if the complexities and needs of each individual regulator were not enough to stifle improvements, three significant barriers remain.

The first is an obsession with creating a mirrored legal system of regulations applicable to a diverse group when writing legislation, but often without a complete understanding of the day-to-day nuances and repercussions resulting from forced symmetry in these regulatory texts.

The second is the political prioritization affecting legislation, which constantly delays even consensual agreements.

Last, but probably most important, is that that **healthcare is not overseen by a sectorial body** that would include direct contact and liaison with the Ministers of Education and Health before any healthcare legislation is adopted.

The other disconnect is timely adjustments to regulations. This poses a major dilemma for all the healthcare orders when trying to resolve complex healthcare issues facing the public, especially with ever-more rapid advances in technology in the field.

The original platform that was created by a strategic plan in 1973 is no longer suited to healthcare legislation and in fact will lead to increasing deterioration in our ability to fulfill our mandate.

Unlike in all other provincial jurisdictions, the Minister of Health is not directly in charge of our Order.

The Minister of Education, who is responsible for the education of individuals authorized to deal with the public and who influences the scope of practice training, also need not consult our Order under the current system.

Because of the structure in place, both basic uncontested amendments and urgently required changes to the regulations that govern our practice and protect the public languish in line waiting for adoption. The average time to amend any legislative procedures is almost 10 years and even then, only amendments that appear to be tied to a political agenda or crisis move forward.

In the meantime, important corrections to legislation that need to be adopted and have a serious impact on even life-and-death situations stagnate.

Some professionals continue to expand their scope of practice with impunity under the loopholes left by earlier legislators, who could not foresee current models of treatment. Meanwhile, dentists who are authorized to diagnose disease, prescribe drugs and operate on patients remain locked out of **their own patients'** electronic health records... Oof.

Will any of Quebec's political parties seeking a mandate in the 2018 election be brave enough to take up this challenge?

During the last few years, from the Charbonneau Commission to Bill 98, government has focused on organizational governance and responsibility without even attempting to address "the elephant in the room" when it comes to bringing all health legislation together under one roof.

We need a sectorial health platform of regulatory bodies providing oversight now if we ever hope to serve our citizens. ✱



CENTRE DE MICRO
ENDODONTIE
ET DE
PARODONTIE



Dr Bassel Kano
DMD, CAGS, FRCD(C)
ENDODONTISTE



Dr^e Melanie Campese
DMD, MSD, FRCD(C)
PARODONTISTE

*Souci
d'excellence
et de qualité !*

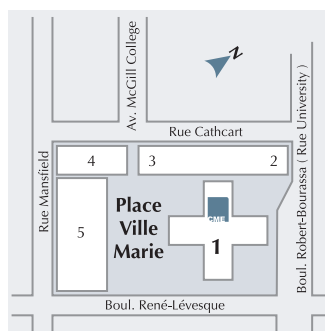
Veuillez consulter notre site web

www.microendoparo.com

Toute l'information désirée sur la micro-endodontie
et la parodontie vous y attend.

La section « Dentistes » comprend des liens et des
références très pertinents et actualisés. Vous y
trouverez aussi les formulaires de référence en ligne.

AU CŒUR DE MONTRÉAL !



1, Place Ville Marie
Bureau 1521
Montréal (QC)
H3B 2B5

T 514.673.1111
F 514.673.9791



Directement relié aux trains, au métro et aux autobus de banlieue

LES OUTILS POUR DES DIAGNOSTICS EN CONFIANCE



Nos innovations facilitent l'amélioration de diagnostics, du flux de travail et vous permettent de sauver du temps précieux.

- Le CS 8100 3D est le système d'imagerie 3D le plus compact sur le marché.
- Les capteurs RVG 6200 comprennent des filtres personnalisables permettant de poser des diagnostics plus précis.
- Le scanneur intra-oral CS 3600; un balayage précis et complet en couleur 3D HD fournit des images de superbe qualité.

Écouter, comprendre, apprendre et agir : à la base de la prévention



M^e Caroline Daoust
Directrice générale

Caroline.Daoust@odq.qc.ca

Le rôle des ordres professionnels est de veiller à la qualité des actes posés par les professionnels qui ont le privilège d'en être membres ainsi qu'au respect des valeurs éthiques et déontologiques propres à la profession. La protection du public est leur mission. Les interventions des ordres liées à ces responsabilités peuvent prendre diverses formes au fil des époques et des générations, et présentent des défis qui évoluent, comme toute chose.

Un des défis des ordres professionnels, mis en lumière par le projet de loi 11 adopté en juin dernier, est la nécessité de faire preuve d'une plus grande transparence dans leurs actions et de faciliter la gestion et la compréhension des besoins du public. En effet, bien que le Code des professions existe depuis plus de 40 ans et que les mécanismes de discipline et d'inspection professionnelle en sont l'essence, il arrive encore malheureusement que le public mette en doute l'efficacité du système pourtant conçu pour le protéger.

Ce sentiment d'inefficacité se doit d'être dissipé pour ainsi préserver la pertinence des ordres professionnels, et ce, particulièrement dans les domaines de la santé où les organismes de réglementation jouent un rôle clé en matière de qualité et d'accessibilité des soins fournis à la population.

Pour ce faire, l'Ordre doit se doter d'un plan stratégique fondé sur des principes de transparence et élaboré en consultation avec ses principaux partenaires, dont le public. Il doit aussi miser sur des communications qui intègrent les médias sociaux, les applications mobiles et tout autre moyen à sa portée lui permettant d'informer adéquatement tant les professionnels que la population.

Auprès de leurs membres, les ordres sont encore perçus comme des organes policiers et des instances disciplinaires réactives. Or, ils accomplissent l'essentiel de leur mandat en mode prévention, plutôt qu'en mode répression. La sécurité des patients passe par l'éducation, la sensibilisation et l'empathie. Elle passe aussi par des communications franches qui ne sont pas axées sur la profession, mais bien sur la santé des patients. Être conscient des besoins et des attentes de la population est un aspect essentiel du rôle rempli par les ordres.

Ainsi, vous ne devez pas présumer des connaissances de vos patients, tout comme l'Ordre ne doit pas tenir pour acquis que la population et ses membres intègrent et comprennent systématiquement toute l'information qui leur est acheminée. Dans un monde où l'information abonde et où le temps manque, des moyens de communication simples et efficaces doivent être privilégiés.

L'avenir de la profession du médecin de la bouche et du complexe maxillo-facial sera marqué par le développement de la technologie. L'Ordre devra s'employer à consacrer tous les efforts nécessaires pour rester pertinent et pour protéger la sécurité de la population, notamment par des moyens qui sauront passer l'épreuve du temps.

Dans un souci d'amélioration continue, l'Ordre des dentistes est à mettre en œuvre un chantier tourné vers l'avenir en vue de se rapprocher de la population et de ses membres, notamment en leur offrant encore plus d'outils préventifs et normatifs.

Le conseil d'administration a constitué deux comités qui auront pour mandat de développer les stratégies qui seront déployées lors de la prochaine décennie, tant sur le plan des grandes orientations que des activités de communication; leurs travaux débiteront cet automne. Votre opinion sera sollicitée dans le cadre des travaux de ces comités, tout comme celle de la population et de nos partenaires privilégiés.

L'Ordre des dentistes est fier d'informer ses membres depuis plus de 50 ans grâce au *Journal* et de fournir aux dentistes des outils éducatifs utiles. Il entend continuer à communiquer de façon efficace. Cette édition du *Journal* est la dernière en format papier, mais la pertinence de son existence n'est aucunement mise en doute. Au contraire, l'Ordre compte rendre disponible son contenu à un plus grand nombre en utilisant les technologies et en restant à l'écoute des besoins de ses lecteurs.

La sécurité des patients est l'affaire de tous. Écouter, comprendre, apprendre et agir sont des éléments à la base de la prévention. Diffuser des messages de prévention et accompagner les professionnels dans leur développement continu sont des moyens efficaces sur lesquels l'Ordre continuera de miser. ✨

RÉGÉNÉRATION ENDODONTIQUE : OÙ EN SOMMES-NOUS?

RÉSUMÉ

La gestion des dents permanentes immatures nécrosées pose un problème clinique aux endodontistes et aux dentistes généralistes. Il est possible de traiter ces dents par apexification; par contre, le taux de survie à long terme est réservé compte tenu de la minceur des parois radiculaires et du faible ratio couronne-racine. Si la perte de la dent se produit en bas âge, les solutions de remplacement sont limitées, et cela peut mener à des problèmes fonctionnels et même psychologiques chez le jeune patient. Les procédures d'endodontie régénérative font partie des nouvelles options permettant à la fois de traiter l'infection, mais aussi d'assurer la croissance et la maturation radiculaire et, possiblement, de regagner la vitalité de la pulpe dentaire. Cet article présente les concepts et les bases biologiques permettant de comprendre chacune des étapes cliniques nécessaires pour favoriser la régénération endodontique d'une dent permanente immature nécrosée. Aussi, un survol de la littérature permet de constater l'évolution de cette technique et les types de résultats possibles selon le protocole employé.

MOTS CLÉS

ENDODONTIE RÉGÉNÉRATIVE

DENT IMMATURE

DÉVELOPPEMENT RADICULAIRE

Maryse Boisvert, DMD

Étudiante au 2^e cycle en spécialité d'endodontie

Juliana Nascimento Santos, DMD,
M. Sc., Ph. D., FRCD(C)

Mahmoud Rouabhia, Ph. D.

Problématique clinique

Le traitement de la nécrose pulpaire et de la parodontite apicale constitue un défi supplémentaire pour l'endodontiste ainsi que pour le dentiste généraliste lorsque le développement des racines de dents permanentes est incomplet¹. Une dent a besoin d'environ trois années suivant son éruption pour achever son développement jusqu'à la maturation radiculaire complète².

Le traumatisme dentaire, la carie ou les anomalies développementales telles qu'une *dens evaginatus* peuvent mener la dent permanente immature à une nécrose pulpaire³. L'infection qui survient lors d'une nécrose pulpaire est composée principalement de bactéries gram-négatives anaérobiques, lesquelles induisent une réaction inflammatoire périapicale⁴.

Le défi du clinicien réside dans le succès du traitement des symptômes de la nécrose pulpaire et de la parodontite apicale, mais aussi dans la préservation de la dent dans la cavité buccale à long terme. L'inachèvement de la formation des racines est synonyme d'apex ouverts et de racines courtes et fragiles, ce qui compromet le pronostic de la dent. La perte d'une dent permanente immature chez un jeune patient en dentition mixte mène à la perte de fonction, altère la croissance osseuse et crée de l'interférence avec la phonétique, la respiration et la mastication, en plus d'un possible impact psychologique préjudiciable^{5, 6}. Par ailleurs, le remplacement de la dent par un implant est contre-indiqué à ce moment, puisque le développement cranio-facial est incomplet⁷.

Thérapie conventionnelle

La modalité de traitement utilisée traditionnellement pour les dents immatures nécrosées est l'apexification. Selon la description de l'American Association of Endodontists (AAE), l'apexification consiste à induire une barrière calcifiée pour prévenir l'extrusion du matériel d'obturation canalaire⁸. Les matériaux les plus communément utilisés sont l'hydroxyde de calcium – $\text{Ca}(\text{OH})_2$ –⁹ et le *mineral trioxide aggregate* (MTA)¹⁰.

Le $\text{Ca}(\text{OH})_2$ possède une faible solubilité et un pH élevé. Il est doté d'activité antibactérienne à large spectre. L'apexification à l'hydroxyde de calcium nécessite plusieurs visites et se réalise sur une longue période de

temps; elle requiert donc l'observance du jeune patient. De plus, le contact prolongé du $\text{Ca}(\text{OH})_2$ avec les parois dentinaires peut altérer ses propriétés mécaniques et rendre la dent plus susceptible à la fracture¹¹.

Le MTA est composé de silicate de dicalcium et de tricalcium, d'oxyde de bismuth et de sulfate de calcium. Il est utilisé pour la confection immédiate d'une barrière apicale, ce qui permet l'obturation dans la même séance d'une dent avec apex ouvert. Le MTA est un matériau biocompatible ayant une bonne capacité de scellement^{12, 13}.

Ces deux matériaux offrent la possibilité de traiter les signes et symptômes de la nécrose pulpaire, mais n'assurent pas la continuité de la croissance des racines. Il est donc possible que les dents traitées par apexification restent assez fragiles et soient perdues à cause de fractures.

Dans ce contexte, le traitement basé sur des procédures régénératives endodontiques devient une solution fort intéressante. Cette modalité de traitement inclut des procédures basées sur la biologie dont l'objectif est de remplacer les structures endommagées, telles que la dentine, les structures radiculaires et les cellules du complexe pulpo-dentinaire¹⁴. Il serait donc possible de recréer un environnement biomimétique afin de régénérer le tissu pulpaire et, par conséquent, de permettre l'achèvement du processus de maturation radiculaire d'une dent immature permanente nécrosée. Par ailleurs, cette solution pourrait permettre de redonner la fonction physiologique de la pulpe dentaire sur les plans immunologique et sensoriel¹⁵.

Procédures régénératives

Les pionniers du concept de régénération du tissu pulpaire ont commencé leurs travaux dans les années 1960. Le professeur Nygaard Østby et ses collaborateurs ont travaillé sur la revascularisation de dents nécrosées permanentes matures. Cette équipe de chercheurs a émis l'hypothèse qu'un caillot sanguin pourrait être la première étape de la guérison d'une pulpe dentaire malade, c'est-à-dire le même principe que le caillot formé après une extraction dentaire. Les chercheurs ont effectué des expériences sur des sujets humains ayant des dents permanentes matures nécrosées. Les traitements de débridement et de désinfection canaux ont été effectués. Par la suite, les chercheurs ont favorisé la formation d'un caillot sanguin afin d'évaluer la guérison pulpaire de ces dents.

Les résultats obtenus ont démontré une résolution des signes et symptômes de l'infection et, dans certains cas, la fermeture de l'apex. Après quelques semaines ou années, les dents ont été extraites et le nouveau tissu formé a été évalué histologiquement. Du tissu conjonctif a été observé dans l'espace canalaire ainsi qu'une quantité variable d'îlots calcifiés¹⁵. Comme la pulpe dentaire est un tissu conjonctif, cette découverte fut très prometteuse. Cependant, la présence d'un plus grand nombre de cémentoblastes combinée au faible taux d'odontoblastes suggère une faible régénération de la pulpe au moyen de ce protocole^{15, 16}.

Au début des années 2000, les premiers rapports de cas incluant des procédures régénératives contemporaines ont été publiés^{17, 18}. Ces travaux ont démontré la possibilité de traiter la nécrose pulpaire et la parodontite apicale de dents permanentes immatures par la revascularisation^{17, 18}.

La revascularisation pulpaire a permis non seulement de prévenir et de guérir la parodontite apicale, mais elle a offert la possibilité d'achever la croissance de la racine et de rétablir les fonctions de la pulpe (immunologique et sensorielle). Ce changement de paradigme dirige le domaine de l'endodontie vers la dentisterie régénérative¹⁴.

Les bases de la régénération

Définition

La définition de la régénération endodontique adoptée par l'AAE la décrit comme des procédures biologiques établies afin de remplacer des structures endommagées telles que la dentine et les structures radiculaires ainsi que le complexe pulpo-dentinaire¹⁹.

Bases biologiques

La régénération est basée sur des principes d'ingénierie tissulaire. C'est un domaine multidisciplinaire qui applique des principes d'ingénierie aux sciences de la vie en restaurant et en maintenant une dent fonctionnelle. Pour régénérer la forme et la fonction du complexe pulpo-dentinaire, une triade incluant les facteurs de croissance, les biomatériaux et les cellules souches est nécessaire²⁰. Il est maintenant clair que la manipulation intentionnelle de ces trois facteurs peut mener à la régénération d'un tissu fonctionnel qui n'aurait pu se produire si la réparation avait eu lieu sans intervention médicale⁴.

1. Les cellules souches

Les cellules souches sont définies comme une sous-population de cellules indifférenciées qui ont la capacité de s'autorenouveler et le potentiel de se différencier. Les cellules souches mésenchymateuses postnatales sont étudiées dans le domaine de la régénération endodontique. Elles proviennent de multiples sources, dont la pulpe de dents primaires exfoliées (SHED)²¹, la papille apicale de dents permanentes immatures (SCAP)²² et la pulpe de dents permanentes extraites (DPSC)²³. Ces cellules souches peuvent se différencier en odontoblastes, en ostéoblastes, en chondrocytes, en adipocytes et en cellules neurales, selon les conditions d'induction²⁴.

2. Les facteurs de croissance

Les facteurs de croissance sont des protéines qui favorisent la différenciation des cellules souches en cellules spécialisées. Ils favorisent aussi la prolifération et la différenciation cellulaires ainsi que la production de matrice extracellulaire, dont la dentine. Certains facteurs de croissance peuvent être séquestrés et fossilisés à l'intérieur de la dentine après sa minéralisation. Parmi ces facteurs, nous trouvons les facteurs de croissance transformants (TGF)²⁵ et les protéines morphogénétiques osseuses (BMP)²⁶. Il est possible de les rendre disponibles par une déminéralisation chimique à l'aide d'éthylène diamine tétra-acétique (EDTA)²⁷ et du $\text{Ca}(\text{OH})_2$ ²⁸. Les TGF et les BMP jouent un important rôle dans la différenciation des cellules souches mésenchymateuses postnatales en odontoblastes^{29, 30}.

3. La matrice

La matrice représente une structure, le plus souvent poreuse, en trois dimensions avec un système de canaux permettant l'adhésion, la prolifération et la différenciation des cellules souches³¹. La matrice doit permettre aux cellules de se positionner correctement dans l'espace disponible. Elle doit aussi réguler la prolifération et la différenciation et assurer les échanges de nutriments et les échanges gazeux. La matrice doit être biocompatible et proportionnellement biodégradable avec le nouveau tissu formé. Cette matrice peut être constituée de matériaux naturels, synthétiques ou hybrides. Parmi les matériaux naturels, on retrouve le collagène, l'acide hyaluronique, la fibrine et les glycosaminoglycanes. Les matériaux synthétiques comprennent l'acide polyglycolique, l'acide polylactique, les biocéramiques et les hydrogels. Les procédures régénératives les plus utilisées présentement en endodontie font appel à la formation d'un caillot sanguin qui joue le rôle de matrice³.

Modalités actuelles

La thérapie actuelle consiste en une adaptation du concept de régénération, sans toutefois contrôler complètement les trois éléments mentionnés ci-haut. Il s'agit donc d'une procédure de revascularisation pulpaire où un caillot sanguin peuplé de cellules souches de la papille apicale est induit à l'apex de la dent pour ensuite remplir l'espace du canal radiculaire. La maturation du caillot sanguin et la différenciation des cellules souches présentes permettent la formation d'un tissu pulpaire modifié et, par conséquent, à la formation radiculaire de se poursuivre³².

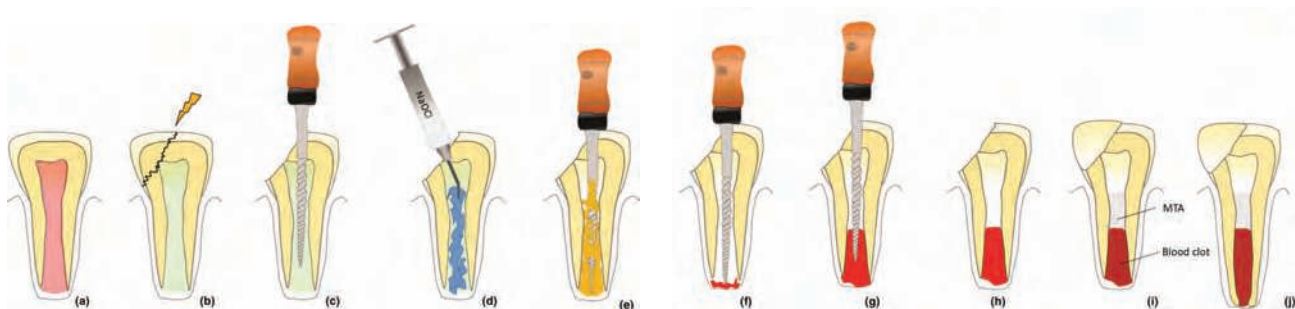
Limitations

La revascularisation a pour but la formation de la portion apicale d'une dent immature permanente nécrosée. Par contre, la présence des cellules souches postnatales dans l'environnement périapical n'est pas contrôlée. Ainsi, la revascularisation n'est pas guidée et la formation de divers tissus, dont le tissu osseux, fibreux, dentinaire ou une combinaison de ces derniers, fait partie des scénarios possibles à la suite de la maturation du caillot sanguin. Par ailleurs, il n'est pas toujours possible d'induire un saignement à l'apex dans un contexte de nécrose pulpaire³³.

Un protocole de régénération endodontique doit tenir compte des fonctions biologiques des tissus dentaires et des structures de support. Le nouveau tissu régénéré doit ressembler le plus possible au complexe pulpo-dentinaire initial. La régénération endodontique ne le permet pas pour le moment^{1, 34}.

Technique clinique

Les procédures d'endodontie régénérative nécessitent deux ou plusieurs visites. Ce traitement doit être considéré pour les dents permanentes avec un apex ouvert qui répondent négativement aux tests pulpaire. Ces procédures impliquent un débridement chimique du système canalaire avec peu ou pas d'instrumentation mécanique. L'irrigant utilisé est l'hypochlorite de sodium (NaOCl) à 1,5 %. À cette concentration, le NaOCl assure la désinfection et la dissolution des tissus nécrotiques organiques et n'est pas cytotoxique pour les cellules souches présentes dans la papille apicale³⁵. Le système canalaire est par la suite mis en contact avec une médication antimicrobienne pour maximiser la désinfection et permettre d'assurer la résolution des signes et symptômes de la pathologie. Les agents antimicrobiens utilisés sont soit la triple pâte antibiotique (ciprofloxacine, métronidazole et minocycline) ou le Ca(OH)₂. Ces deux produits s'avèrent efficaces; par contre, la minocycline cause une coloration dentaire non souhaitée³. Lors de la visite suivante, les facteurs de croissance, dont les BMP et les TGF naturellement présents dans la dentine, sont mis en contact avec les cellules souches de la papille apicale, et ce, en irriguant avec l'EDTA 17 % et en surinstrumentant au-delà de l'apex pour former un caillot sanguin³². La dent sera par la suite scellée à l'aide d'une barrière mécanique et d'une obturation coronaire étanche pour éviter la contamination bactérienne.



Source : *International Endodontic Journal*³⁹

FIGURES 1 | Maturation d'une dent permanente avec pulpe nécrosée.

(a) Dent permanente immature
(b) Nécrose pulpaire
(c) Ablation de la pulpe
(d) Désinfection

(e) Pâte antibiotique
(f) Irritation du tissu périapical
(g) Saignement initial
(h) Formation du caillot

(i) Matériel de barrière pour le caillot
(j) Poursuite du développement radiculaire

Consultation préopératoire

Pour que le résultat de la revascularisation pulpaire soit prévisible, certains critères doivent être respectés, dont :

- Patient ayant une dent immature avec pulpe nécrotique.
- Observance du patient et du parent.
- Utilisation d'une médication intracanalalaire.
- Absence d'allergies aux médicaments et substances nécessaires pour réaliser la procédure selon la classification 1 ou 2 de l'American Society of Anesthesiologists (ASA).
- La dent traitée ne doit pas être restaurée avec un pivot ultérieurement.
- Également, le patient ou le responsable doit signer un consentement éclairé qui présente de façon explicite certains aspects du traitement :
 - Deux visites ou plus seront nécessaires.
 - Utilisation d'agents antimicrobiens.
 - Effets indésirables possibles : coloration de la couronne ou de la racine, absence de réponse au traitement, douleur et/ou infection.
 - Traitements alternatifs : apexification au MTA, aucun traitement, extraction (si le pronostic est faible).

Première visite

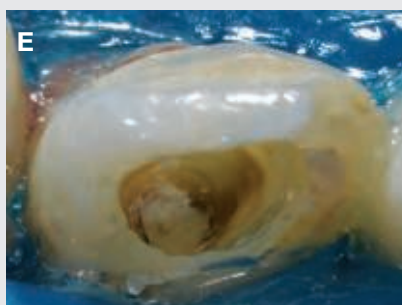
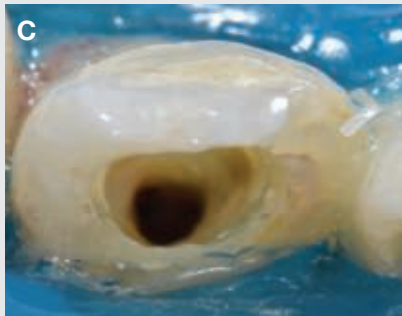
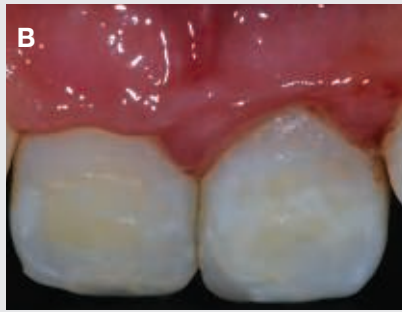
1. Anesthésier localement et installer la digue dentaire.
2. Irriguer avec au moins 20 ml de NaOCl 1,5 % avec un système qui minimise le risque d'extrusion dans les tissus périapicaux (aiguille à fenêtre latérale ou EndoVac^{MC}) – temps de contact de 5 minutes du NaOCl dans l'espace intracanalalaire; irriguer par la suite avec une solution saline stérile ou l'EDTA 17 % (20 ml, 5 minutes dans le canal), en irriguant à 1 mm de l'apex pour minimiser la cytotoxicité des cellules souches dans les tissus périapicaux.
3. Assécher le système canalaire avec des pointes de papier; placer le Ca(OH)₂ ou la pâte d'antibiotiques avec une seringue. Préparer de la pâte d'antibiotiques à un ratio 1 : 1 : 1 ciprofloxacine, métronidazole et minocycline à une concentration finale de 100 à 1 000 mg/ml de chaque antibiotique, et ce, selon les recommandations de l'AAE. La dilution peut se faire dans l'eau saline stérile. À 100 mg/ml, l'effet antibactérien est optimal et il n'y a pas d'effet délétère sur les cellules souches présentes dans l'environnement

périradiculaire. À 1 000 mg/ml, l'effet antibactérien est aussi optimal; par contre, la survie des cellules souches de la papille apicale diminue de 50 %¹⁵. La pâte d'antibiotiques étant associée à une décoloration de la dent, il est donc recommandé de sceller les parois dentinaires avec un agent adhésif pour minimiser le contact avec la structure dentaire. Une attention particulière doit être portée pour éviter de placer la pâte d'antibiotiques au-delà de la jonction énamo-cémentaire. Le retrait de la minocycline ou sa substitution par la clindamycine, l'amoxicilline ou le céfclor sont des solutions de rechange pour réduire les risques de coloration dentaire.

4. Sceller la portion coronaire de la cavité avec un verre ionomère ou tout autre matériel d'obturation temporaire.
5. Revoir le patient dans une à quatre semaines.

Deuxième visite

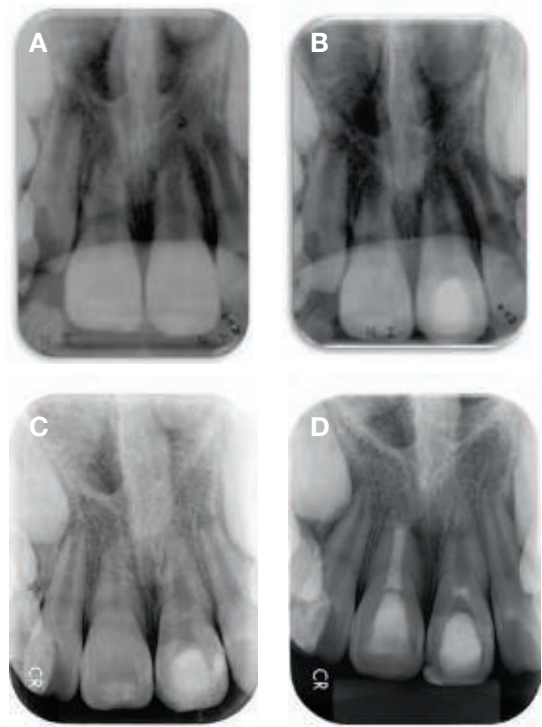
1. Questionner le patient à savoir s'il a des signes et symptômes d'infection persistante. Si c'est le cas, une nouvelle désinfection du canal avec un agent antimicrobien doit être faite, la médication intracanalalaire doit être remise et le patient doit être revu dans quelques semaines.
2. Anesthésier localement avec mépivacaïne 3 % sans épinéphrine; isolation avec la digue dentaire.
3. Irriguer avec 20 ml d'EDTA 17 %.
4. Assécher avec des pointes de papier.
5. Créer un saignement dans le canal en surinstrumentant (avec une lime endodontique ou un explorateur endodontique) 2 mm au-delà du foramen apical afin d'obtenir un saignement jusqu'au niveau de la jonction énamo-cémentaire.
6. Placer une matrice résorbable telle que CollaPlug^{MC}, Collacote^{MC} ou CollaTape^{MC} au-dessus du caillot sanguin ainsi que du MTA blanc comme matériel de coiffage. Le MTA blanc et le MTA gris ont été associés à la décoloration de la dent, ainsi leur utilisation doit être évitée en zone esthétique. Quelques matériaux peuvent être considérés comme solutions alternatives pour les dents en zone esthétique, soit les biocéramiques ou les ciments à base de silicate de tricalcium dont (Biodentine®, Septodont; EndoSequence BC Putty, Brasseler USA; NeoMTA Plus, Avalon Biomed).
7. Placer 3-4 mm de verre ionomère ou d'un autre matériau de restauration permanent (composite, amalgame).

**FIGURES 2 |**

A et B Luxation extrusive des incisives centrales supérieures associée à une fracture d'émail et nécrose pulpaire sur la dent 21. **C** Cavité d'accès lors du premier rendez-vous pour le traitement de revascularisation. Décontamination du canal avec l'hypochlorite de sodium et médication intracanal à l'hydroxyde de calcium. **D** Deuxième séance après 21 jours. Formation d'un caillot sanguin à l'aide de la surinstrumentation avec une lime manuelle n° 35. **E** Insertion d'un matériau de scellement dans la portion cervicale. (Clinique de traumatismes dentaires, Département d'endodontie, Faculté de médecine dentaire de Piracicaba – Unicamp, Brésil.)

Suivi postopératoire

Un examen clinique et radiologique permettra de déterminer le succès du traitement. Parmi les résultats cliniques attendus, il doit y avoir absence de douleur, d'enflure et de fistule. Il est par ailleurs possible, dans certains cas, de regagner la vitalité pulpaire qui peut être confirmée par le test au froid et le vitalomètre. Parmi les résultats radiologiques attendus, il y a une diminution de la radiotranslucidité apicale (de 6 à 12 mois suivant la fin du traitement), une augmentation de l'épaisseur des parois radiculaires (de 12 à 24 mois suivant la fin du traitement) ainsi qu'une augmentation de la longueur de la racine.

**FIGURES 3 |**

Suivi radiologique de la procédure de revascularisation. **A** Radiographie avant le traitement. **B** Radiographie prise à la fin de la procédure de revascularisation. **C et D** Radiographies de contrôle 6 et 18 mois après le traitement. On observe une augmentation significative de l'épaisseur des parois ainsi que la continuation de la formation radiculaire. (Clinique de traumatismes dentaires, Département d'endodontie, Faculté de médecine dentaire de Piracicaba – Unicamp, Brésil.)

Types de résultats

Parmi les résultats attendus lors des procédures régénératives endodontiques, il y a une augmentation de l'épaisseur et de la longueur de la racine ainsi que la réponse électrique à la vitalité pulpaire.

L'étude I de Mahidol¹⁶ a comparé le succès de traitement par apexification au MTA et au Ca(OH)_2 avec le protocole de revascularisation. Les chercheurs ont obtenu un gain de largeur de 28,2 % et de longueur de 14,9 % avec le protocole de revascularisation comparativement à un gain de largeur de 0 % avec l'apexification au MTA et de 1,52 % avec le Ca(OH)_2 ainsi qu'un gain de longueur de 6,1 % avec le MTA et de 0,4 % avec le Ca(OH)_2 .

L'étude de Nagy et collab.¹⁷ démontre que lors des procédures régénératives endodontiques, un gain de 12 % de l'épaisseur radiculaire et une diminution du diamètre apical de 50 % sont observés, tandis que la procédure par apexification n'a démontré aucun changement de l'épaisseur radiculaire et de la diminution du diamètre apical sur une période de 18 mois.

Le gain de la vitalité pulpaire est mentionné dans 50 % des cas publiés³. Le mécanisme exact par lequel les nouveaux neurones recrutés répondent aux différents stimuli utilisés pour évaluer la vitalité pulpaire nécessite des recherches supplémentaires³⁸.

Les études mentionnées ci-dessus permettent d'affirmer que le protocole de revascularisation démontre un taux de succès très élevé et qu'il est possible d'obtenir un gain autant de la longueur que de l'épaisseur de la racine. Par contre, il est important de savoir qu'histologiquement, le tissu formé à l'intérieur du canal radiculaire est désorganisé et peut ressembler à du ciment, à de l'os ou à du tissu conjonctif. Ainsi, la revascularisation permet une réparation au lieu d'une régénération³⁹. En effet, la présence des cellules souches postnatales dans l'environnement périapical n'est pas contrôlée. Ainsi, la revascularisation n'est pas guidée. La maturation du caillot sanguin peut se traduire par la formation de différents types de tissus (osseux, fibreux, dentinaire ou une combinaison de ces derniers). Par ailleurs, il n'est pas toujours possible d'induire un saignement à l'apex dans un contexte de nécrose pulpaire³³.

Perspectives

Jusqu'à maintenant, la plupart des études de cas et les études rétrospectives sur des sujets humains publiées dans le domaine de la régénération endodontique n'ont pas pleinement incorporé les concepts d'ingénierie tissulaire décrits précédemment. La plupart des équipes ont présenté des cas avec la technique de revascularisation modifiée⁴. Pour le moment, la régénération endodontique tissulaire guidée a été étudiée seulement *in vitro* et sur des modèles animaux⁴⁰.

Il serait important que la différenciation cellulaire soit dirigée selon la localisation dans l'espace canalaire. Pour le moment, il n'y a pas de contrôle quant à la maturation tissulaire du caillot sanguin qui s'installe à l'intérieur du canal radiculaire lors du traitement par revascularisation.

La recherche clinique doit adapter les découvertes obtenues par le biais de la recherche en laboratoire afin d'améliorer les procédures régénératives endodontiques actuelles. Ainsi, une différenciation contrôlée des cellules souches en odontoblastes est un secteur de recherche important, combiné au concept d'ingénierie tissulaire⁴.

Finalement, le but ultime à long terme de la régénération endodontique serait de traiter les dents permanentes matures nécrosées. Le traitement endodontique conventionnel prévient la restauration du tissu vital endommagé dans l'espace canalaire. Basé sur des principes biologiques, il serait préférable que le canal désinfecté soit comblé par du tissu vital et non inerte. Ainsi, la biologie pulpaire et la thérapie endodontique s'allieraient. Par contre, une telle procédure est plus complexe, étant donné la fermeture apicale et l'accès restreint aux cellules souches présentes au périapex⁴. *

Remerciements

Les auteurs remercient la D^{re} Adriana Soares, professeure agrégée, Département d'endodontie, Faculté de médecine dentaire de Piracicaba – Unicamp, au Brésil, pour les photos et les radiographies du cas clinique.

Pour accéder aux références de cet article, consultez le www.odq.qc.ca sous l'onglet Publications/Journal.



ENTRE INFORMATION ET FORMATION,

deux lettres qui font
toute la différence.

L'information à laquelle vous avez accès à l'Exposition est capitale pour l'exercice de votre métier, mais ne peut remplacer les formations proposées au Congrès. Et si cette année vous optiez pour les deux ?

CONGRÈS
ADF
2017

AU PALAIS
DES CONGRÈS
DE PARIS



AGIR ENSEMBLE

ADFCONGRES.COM
FACEBOOK.COM/ADFASSO
@ADFASSO #ADF2017

Programme
scientifique
28 nov. - 2 déc.

Exposition
internationale
29 nov. - 2 déc.

LES MAINTENEURS D'ESPACE : OÙ ET QUAND LES UTILISER

Roland El-Khoury

Étudiant en 5^e année de médecine dentaire
Université de Montréal

Caroline Quach, DMD, M. Sc., FRCD(C)

Professeure adjointe
Département de santé buccale
Université de Montréal

La perte prématurée d'une dent primaire peut avoir un impact majeur sur la dentition d'un enfant et entraîner une malocclusion nécessitant éventuellement un traitement orthodontique. Les mainteneurs d'espace sont alors utilisés dans le but d'atténuer la sévérité des problèmes causés par la perte prématurée d'une dent primaire. Cet article offre une revue des caractéristiques, des contre-indications et des indications de différents types d'appareils utilisés à la suite de la perte prématurée d'une dent primaire spécifique.

L'espace et la séquence d'éruption jouent un rôle essentiel dans le développement de la dentition permanente, d'où l'importance de préserver les dents primaires jusqu'au moment de leur exfoliation normale¹. Les traumatismes et les caries sont les principales causes de perte prématurée des dents primaires. Maintenir l'espace permet d'éviter la mésialisation des dents postérieures et la diminution de la longueur d'arcade, qui peuvent entraîner des problèmes de chevauchement, d'inclusion dentaire, d'éruption ectopique, de malposition dentaire et de relation molaire non favorable². Cette révision des mainteneurs d'espace a pour but de spécifier le type de mainteneur d'espace préféré à la suite de la perte prématurée d'une dent primaire en particulier.

Caractéristiques du mainteneur d'espace et contre-indications

Un mainteneur d'espace idéal devrait maintenir la longueur mésiodistale désirée pour permettre l'éruption de la dent adjacente, permanente et pilier, restaurer la fonction masticatoire, favoriser les mouvements naturels fonctionnels des dents, prévenir l'extrusion des dents antagonistes, permettre des ajustements ou des réparations mineures, être compatible avec les tissus mous et être hygiénique, durable et peu coûteux. Outre les dents

naturellement présentes, aucun mainteneur d'espace ne répond à tous ces critères^{3,4}. En général, un mainteneur d'espace est reconnu pour augmenter la rétention de la plaque et le risque carieux, c'est pourquoi le patient doit avoir une excellente technique d'hygiène orale. Il est d'ailleurs recommandé de vérifier l'appareil et de le décimenter à l'occasion afin de permettre un meilleur nettoyage de l'appareil et des dents. Par conséquent, les mainteneurs d'espace ne sont pas recommandés pour les enfants ayant une hygiène orale pauvre, un risque carieux élevé ou dans un contexte où les enfants et les parents sont peu impliqués dans le maintien de la santé buccodentaire¹. D'ailleurs, il n'est pas recommandé de poser un mainteneur d'espace chez un patient qui n'est pas suivi par un dentiste ou qui a de la difficulté à avoir accès à un dentiste de façon régulière. Ensemble, ces facteurs rendent impossible un suivi approprié du patient et de son appareil.

Perte prématurée d'une incisive primaire

Dans la plupart des situations, la perte d'une incisive primaire ne cause pas de perte d'espace significative ou de problème de mastication ou de phonation si l'enfant a déjà développé son langage⁵. Le plus grand défi de la perte prématurée d'une incisive primaire est le trauma

psychosocial lié à l'esthétique. Ce problème touche toutefois plus souvent les parents que le patient. Bien que les patients s'adaptent habituellement bien, sans requérir de traitement, les incisives primaires sont remplacées lorsqu'il existe un préjudice psychosocial causé par l'esthétique compromise ou lorsqu'il y a des problèmes d'alimentation ou de langage⁶. Dans cette situation, les deux mainteneurs d'espace les plus communs pour retrouver l'esthétique et la fonction seraient un appareil amovible en acrylique ou un appareil fixe comprenant des dents postiches⁷. Considérant qu'un appareil amovible demande une plus grande assiduité quant à son port et qu'il peut facilement être perdu ou endommagé, un appareil fixe serait l'option la plus prédictible. De plus, une dent postiche retenue par une résine composite renforcée aux fibres serait une nouvelle méthode pour remplacer une dent manquante. Cette technique, qui peut être réalisée en un rendez-vous, réduit les coûts pour le patient tout en étant simple, ajustable et hygiénique, sans demander autant de collaboration du patient que les appareils conventionnels^{8,9}. Bien que cette technique ait démontré un bon taux de succès à court terme, plus d'études cliniques devront être réalisées pour en confirmer l'efficacité à long terme.

Perte prématurée de la canine primaire

La perte prématurée d'une canine primaire est souvent causée par l'éruption ectopique d'une incisive latérale permanente qui en accélère la résorption radiculaire¹⁰. Dans une telle situation, le traitement dépendra de la coopération de l'enfant à porter un appareil de type bague et boucle (*band and loop*) ou un appareil amovible. Au maxillaire supérieur, le but sera de prévenir la déviation de la ligne médiane⁵. Au maxillaire inférieur, la perte unilatérale d'une canine primaire peut causer une déviation de la ligne médiane, accompagnée ou non d'une lingualisation des incisives, qui peut aussi être engendrée par la perte prématurée des deux canines primaires inférieures. Afin de prévenir ces mouvements indésirables, un arc lingual peut être utilisé, d'autant plus que la perte de l'espace dans la région postérieure est plutôt rare dans les cas de perte prématurée des canines¹¹.

Perte prématurée de la première molaire primaire

La perte prématurée des premières molaires primaires est souvent causée par la carie et l'infection¹⁰. Les études rapportent, pour la plupart, une perte d'espace durant l'éruption des premières molaires permanentes, alors que la perte d'espace est minimale lorsque la première molaire permanente a entièrement fait éruption. Le maintien de l'espace est donc indiqué lorsque la première

molaire permanente est encore absente ou lorsqu'elle est en éruption active^{1, 5, 7, 10, 12-14}. La perte prématurée d'une première molaire primaire peut bénéficier d'un appareil de type bague et boucle. D'autre part, si la perte est bilatérale, un appareil de Nance ou un arc transpalatin peuvent être bénéfiques. L'arc lingual est réservé aux pertes bilatérales des premières molaires inférieures^{1, 5, 7, 10, 12, 13, 15}. Il est important de noter que l'arc lingual peut seulement être utilisé lorsque les incisives inférieures permanentes ont terminé leur éruption, sans quoi le fil lingual pourrait bloquer leur émergence, qui est souvent au lingual des incisives primaires^{3, 5, 7}. Autrement, deux appareils de type bague et boucle doivent être utilisés. Néanmoins, en l'absence de chevauchement, la perte d'espace est peu significative une fois que les premières molaires permanentes ont fait éruption, rendant ainsi le maintien d'espace peu pertinent^{1, 5, 7, 10, 12-14}.

Perte prématurée de la deuxième molaire

En matière de perte d'espace, c'est la perte prématurée de la deuxième molaire primaire qui est la plus problématique. Cette dent est importante à préserver pour son rôle de guide de l'éruption de la première molaire permanente. Sans ce guide, la première molaire permanente tend à migrer vers le mésial, d'où une probabilité de perte d'espace. Pour cette raison, le maintien de l'espace est toujours requis à la suite de la perte prématurée d'une deuxième molaire primaire^{1, 2, 5, 7, 10, 12, 13, 16}. Le type de mainteneur d'espace à utiliser dépend de l'éruption des molaires permanentes. Si la première molaire permanente n'a pas encore fait éruption ou est encore en éruption active, un appareil intra-alvéolaire tel que l'éperon distal (*distal shoe*) est indiqué (FIGURE 1)^{1, 2, 5, 7, 10, 12, 13}.



FIGURE 1 | Un appareil de type éperon distal préfabriqué pour la perte prématurée d'une deuxième molaire primaire avant l'éruption de la première molaire permanente.

Il est toutefois important de prendre en considération certaines contre-indications spécifiques à l'utilisation de l'éperon distal. Dans les cas où le patient est médicalement compromis (ex. immunosuppression, dyscrasie sanguine, maladie cardiaque congénitale avec risque d'endocardite infectieuse) ou lorsque l'hygiène orale est inadéquate, l'éperon distal est contre-indiqué^{1, 3, 5, 7, 13}. Dans l'éventualité où l'éperon distal n'est pas utilisé en raison de contre-indications ou à cause de sa nature invasive, deux options de traitement demeurent. Une solution serait d'attendre l'éruption de la première molaire permanente et ensuite de regagner l'espace à l'aide de mouvements orthodontiques. L'autre serait d'utiliser un appareil amovible ou fixe qui applique une pression sur la crête au mésial de la première molaire permanente sans pénétrer les tissus⁷. Une fois que la première molaire permanente a terminé son éruption, un appareil bilatéral, tel qu'un appareil de Nance ou un arc transpalatin pour les dents supérieures, peut être conçu ainsi qu'un arc lingual pour les molaires inférieures^{1, 2, 5, 7, 10, 12, 13}. D'autre part, l'arc lingual ne peut être effectué qu'une fois que les incisives permanentes inférieures ont fait éruption. Sinon, l'appareil de type bague et boucle devient la meilleure solution.

Types de mainteneurs d'espace

Un des mainteneurs d'espace les plus utilisés est de type bague et boucle (FIGURE 2). Cet appareil est utilisé à la suite de la perte unilatérale ou bilatérale d'une dent primaire. La bague entoure la dent au distal de la dent extraite et la boucle s'étend de la bague à la dent située au mésial de l'espace édenté. Lorsque l'occlusion le permet, un appui peut être soudé à la boucle pour obtenir une meilleure stabilité. Une autre version de l'appareil, de type couronne et boucle, consiste à utiliser une couronne en acier inoxydable à la place d'une

bague, mais l'adaptation est souvent plus difficile, sans compter le besoin de tout changer si l'appareil ou la couronne se brise. Pour cette raison, on peut fréquemment retrouver un appareil de type bague et boucle cimenté sur une couronne en acier inoxydable^{5, 7, 10}.

L'éperon distal est un mainteneur d'espace intra-alvéolaire utilisé à la suite de la perte prématurée de la deuxième molaire primaire avant l'éruption complète de la première molaire permanente adjacente. Le mainteneur d'espace consiste en une bague ou une couronne autour de la dent la plus distale du quadrant, d'une boucle au-dessus de l'espace édenté et d'une extension verticale. Cette extension est insérée dans les tissus mous et l'os alvéolaire pour entrer en contact avec la surface mésiale de la première molaire permanente qui n'a pas encore terminé son éruption. Il est toutefois important de garder en tête les différentes contre-indications mentionnées plus haut et les solutions de rechange à l'éperon distal^{5, 7, 10}.

L'appareil de Nance est utilisé à la suite de la perte prématurée d'une ou deux molaires primaires (FIGURE 3). Les bagues sont posées sur les dernières molaires de l'arcade (habituellement les premières molaires permanentes) et sont connectées par un fil métallique de gros diamètre qui suit le palais dur pour s'ancrer dans un bouton d'acrylique^{5, 7, 10}. Le fil ne doit pas s'étendre à la surface linguale des incisives supérieures, car il pourrait interférer avec l'occlusion. L'avantage de l'appareil de Nance est sa grande stabilité; il peut par contre irriter le palais. L'accumulation de bactéries et de débris alimentaires peut causer l'inflammation du palais, alors que l'hygiène orale inadéquate et la distorsion de l'appareil peuvent causer une hypertrophie du tissu palatin. Il est donc conseillé de décimenter l'appareil périodiquement pour le nettoyer⁴.



FIGURE 2 | Un appareil de type bague et boucle pour la perte prématurée d'une deuxième molaire primaire.



FIGURE 3 | Un appareil de Nance pour la perte prématurée des deuxième molaires primaires.

L'arc transpalatin (ATP) est une solution de rechange à l'appareil de Nance et peut être utilisé dans les mêmes situations. Néanmoins, la stabilité, le succès et l'efficacité de l'ATP comme mainteneur d'espace pour la perte bilatérale des molaires primaires n'ont toujours pas été démontrés⁴. Ce mainteneur d'espace est composé de deux bagues autour des dernières molaires de l'arcade, connectées à un fil horizontal ou transverse qui suit la voûte palatine^{5, 7, 10}. Cet appareil a une boucle oméga au centre du fil palatin, ce qui permet la rotation, l'expansion, la contraction et le torque de l'appareil. Contrairement à l'appareil de Nance, il n'y a pas d'irritation ni d'inflammation du palais, étant donné que le fil n'est pas en contact avec les tissus. Cette situation permet aussi de parer à la controverse liée à l'habileté de l'ATP de maintenir l'espace après la perte bilatérale des molaires primaires⁴.

L'arc lingual est utilisé à la suite de la perte bilatérale des molaires primaires (FIGURE 4) ou de la perte d'au moins une des deuxièmes molaires primaires en présence des premières molaires permanentes. Ce mainteneur d'espace est constitué de bagues posées sur les dernières molaires et d'un fil qui suit le lingual des dents inférieures. Il est important de se rappeler que cet appareil est utilisé seulement lorsque les incisives inférieures permanentes ont fait éruption^{5, 7, 10}.



FIGURE 4 | Un arc lingual pour la perte prématurée des deuxièmes molaires primaires. Noter que l'arc lingual ne devrait pas être utilisé avant l'éruption des incisives permanentes. L'illustration n'est fournie qu'à titre d'exemple sur dentoforme.

Un appareil amovible fabriqué avec de l'acrylique et du métal comprend aussi des dents postiches. Ce type d'appareil requiert davantage de coopération de la part du patient qui doit le porter, ce qui engendre un plus grand risque de perte et de bris. Par contre, l'hygiène est plus facile à maintenir^{5, 7, 10}.

Finalement, il existe aussi certains appareils préfabriqués qui peuvent être utilisés directement au fauteuil. Les appareils décrits précédemment requièrent une adaptation des bagues orthodontiques avant la prise de l'empreinte et l'envoi au laboratoire pour la confection de l'appareil. Ces appareils demandent donc deux rendez-vous. Les appareils directs permettent la confection et l'ajustement de l'appareil en un seul rendez-vous. Différents appareils préfabriqués trouvent des homologues dans les appareils conventionnels : bague et boucle (FIGURES 5a et 5b), couronne et boucle, éperon distal, arc transpalatin et arc lingual¹⁰.



FIGURE 5a | Un mainteneur d'espace préfabriqué est une solution de rechange à l'appareil de type bague et boucle.



FIGURE 5b | La partie mâle est ajustée et adaptée pour ensuite être insérée dans la partie femelle.

Conclusion

Au moment de décider du design de l'appareil à proposer au patient, il est important de considérer la perte unilatérale ou bilatérale des dents et la séquence d'éruption du patient, mais aussi la coopération du patient et des parents. Les mainteneurs d'espace ont pour but commun de préserver l'espace afin de permettre l'éruption normale des dents permanentes et de réduire ainsi les problèmes orthodontiques prévisibles. *

Pour accéder aux références de cet article, consultez le www.odq.qc.ca sous l'onglet Publications/Journal.



ENTRÉE EN VIGUEUR DU PROJET DE LOI 98 (LOI 11)

DE NOUVELLES OBLIGATIONS VOUS CONCERNANT!

Le 8 juin 2017, le projet de loi 98 (loi 11), la Loi modifiant diverses lois concernant principalement l'admission aux professions et la gouvernance du système professionnel, est entré en vigueur. Cette loi constitue une réforme du Code des professions et introduit des dispositions qui concernent directement les membres des ordres professionnels, dont certaines sont en vigueur depuis juin dernier alors que d'autres entreront en vigueur en 2018.

Voici les nouvelles obligations qui vous concernent directement à titre de membre de l'Ordre des dentistes du Québec, lesquelles sont en vigueur depuis juin dernier :

Obligation de fournir une adresse de courrier électronique

L'article 60 du Code des professions impose à tout professionnel l'obligation de faire connaître, au secrétaire de l'ordre dont il est membre, une adresse de courrier électronique **établie à son nom**.

Si ce n'est déjà fait, vous devez donc dès maintenant fournir à l'Ordre une adresse courriel **établie à votre nom**. De même, vous devrez dorénavant informer l'Ordre de tout changement intervenu quant à cette adresse, et ce, dans les 30 jours suivant ledit changement.

Pour fournir une adresse de courrier électronique ou apporter un changement quant à cette adresse, veuillez communiquer avec la responsable du tableau à l'Ordre soit par téléphone au 514 875-8511, poste 2254, ou par courriel à l'adresse tableau@odq.qc.ca.

À titre informatif, prenez note que cette adresse de courrier électronique n'est pas publique. Elle est confidentielle et sert exclusivement aux échanges de l'Ordre avec vous, sauf lorsque l'Ordre sera tenu de remettre la liste des membres et de leurs coordonnées professionnelles aux dentistes se portant candidats à des élections à un poste d'administrateur au conseil d'administration de l'Ordre (liste des membres de la

région concernée) ou à la présidence (liste complète des membres de toutes les régions).

Infractions criminelles

L'article 59.3 du Code des professions exige dorénavant que tout professionnel poursuivi pour une infraction criminelle punissable de cinq (5) ans d'emprisonnement ou plus informe le secrétaire de l'ordre dont il est membre dans les 10 jours à compter de sa connaissance d'une telle poursuite, c'est-à-dire **dans les 10 jours suivant le dépôt de l'accusation** et non plus, comme c'était le cas auparavant, dans les 10 jours suivant la déclaration de culpabilité.

Par ailleurs, l'article 122.0.1 du Code des professions accorde dorénavant au syndic le droit de requérir du conseil de discipline qu'il impose immédiatement à ce professionnel une limitation ou une suspension provisoire de son droit d'exercice ou encore des conditions dans lesquelles il pourra continuer d'exercer sa profession lorsqu'il est d'avis que le type d'infraction dont fait l'objet le professionnel a un lien avec l'exercice de la profession.

Majoration des amendes minimales et maximales

Suivant les amendements apportés au Code des professions, il y a eu majoration des amendes minimales et maximales, et ce, tant en ce qui concerne les infractions disciplinaires que les infractions pénales.

Ainsi, depuis juin dernier, en matière disciplinaire, pour chaque infraction, le seuil de l'amende est passé de 1000 \$ à 2500 \$ et le montant maximal de 12 500 \$ à 62 500 \$.

En matière pénale, pour chaque infraction, le montant minimal de 1500 \$ et le montant maximal de 20 000 \$, pour la personne physique, ont été respectivement haussés à 2500 \$ et à 62 500 \$ alors que pour les autres cas, notamment pour la personne morale, le montant minimal est passé de 3000 \$ à 5000 \$ et le montant maximal de 40 000 \$ à 125 000 \$.

Infractions disciplinaires

Immunité

Comme le prévoit le nouvel article 129.3 du Code des professions, à certaines conditions, lorsqu'une infraction est commise par plusieurs professionnels appartenant à un même ordre, si l'un d'entre eux communique une information le concernant au syndic de l'ordre, ce dernier peut, s'il estime que les circonstances le justifient, accorder au professionnel une immunité contre toute plainte devant le conseil de discipline à l'égard des faits en lien avec l'infraction.

Actes dérogatoires à la dignité de la profession

Inconduite sexuelle – appropriation sans droit ou utilisation de sommes d'argent à d'autres fins

Depuis juin dernier, de nouvelles sanctions sont maintenant prévues pour les cas d'infraction constituant un acte dérogatoire à la dignité de la profession selon l'article 59.1 du Code des professions, à savoir les infractions pour inconduite sexuelle et celles se rapportant à l'appropriation sans droit ou à l'utilisation de sommes d'argent détenues pour le compte de clients à des fins autres que celles pour lesquelles elles avaient été remises au professionnel dans l'exercice de sa profession. Pour ces infractions, l'article 156 du Code des professions prévoit dorénavant l'imposition de sanctions minimales, soit une amende pouvant varier de 2 500 \$ à 62 500 \$ de même qu'une radiation temporaire ou permanente.

Dans les cas d'inconduite sexuelle, la radiation minimale est de cinq (5) ans, sauf si le professionnel convainc le conseil de discipline qu'une radiation moindre serait justifiée dans les circonstances.

Dans la détermination de la sanction, le conseil de discipline tiendra notamment compte :

- de la gravité des faits pour lesquels le professionnel a été déclaré coupable;
- de la conduite de celui-ci pendant l'enquête menée par le syndic et, le cas échéant, lors de l'instruction de la plainte;
- des mesures prises par le professionnel pour permettre sa réintégration à l'exercice de la profession;
- du lien entre l'infraction et ce qui caractérise l'exercice de la profession;
- de l'impact de l'infraction sur la confiance du public envers les membres de l'ordre et la profession elle-même.

Réintégration au tableau des membres de l'ordre à la suite d'une radiation pour un acte dérogatoire à la dignité de la profession

L'article 161.0.1 nouvellement introduit au Code des professions prévoit que pour être à nouveau inscrit au tableau des membres de son ordre, le professionnel ayant fait l'objet d'une radiation pour un acte dérogatoire visé par l'article 59.1 du Code devra, par voie de requête et dans un délai précis, requérir l'avis du conseil de discipline.

Le professionnel devra démontrer qu'il possède le comportement et les attitudes pour être membre de l'ordre, qu'il s'est conformé à la décision finale et exécutoire de son conseil de discipline ou du Tribunal des professions, le cas échéant, et qu'il a pris les mesures nécessaires pour éviter une récidive de la nature de celle ayant mené à sa radiation.

Si la requête est recevable, dans son avis, le conseil de discipline formulera une recommandation appropriée à l'intention du conseil d'administration de l'ordre, laquelle pourra être assortie d'une limitation du droit d'exercice ou d'autres conditions qu'il jugera raisonnables pour assurer la protection du public.

En dernier ressort, il appartiendra au conseil d'administration de décider.

Infractions pénales

Interdiction d'exercer ou de menacer d'exercer des représailles

L'article 182.2 du Code des professions introduit une nouvelle infraction pénale lorsque quiconque, en l'occurrence un professionnel, exerce ou menace d'exercer des mesures de représailles à l'encontre d'une personne, qu'il s'agisse d'un patient, collègue, employé, professionnel ou autre, pour le motif qu'elle a transmis une information à un syndic ou collaboré à une enquête menée par le syndic.

Suivant cette disposition, sont présumés constituer des mesures de représailles la rétrogradation, la suspension, le congédiement ou le déplacement de cette personne ainsi que toute autre mesure disciplinaire ou mesure portant atteinte à son emploi ou à ses conditions de travail.

Le professionnel trouvé coupable d'une telle infraction pénale est passible, pour chaque infraction, d'une amende pouvant varier de 2 500 \$ à 62 500 \$ et, dans les autres cas, s'il s'agit par exemple d'une personne morale, l'amende pourra varier de 5 000 \$ à 125 000 \$ pour chaque infraction. ✱



Donnez !

Soigner et outiller les enfants pour la vie.



fondationdrjulien.org





Trousse et protocoles d'urgence en cabinet dentaire | PRÉCISIONS

De nombreuses questions ont été adressées à l'Ordre depuis la parution des nouvelles exigences concernant le contenu de la trousse d'urgence qui doit faire partie de l'équipement de tout cabinet dentaire. Cet article propose des éléments de réponse à ce sujet.

Par ailleurs, à la suite d'informations et de commentaires reçus de la part de diverses sources compétentes en matière d'urgence médicale, nous avons procédé à une révision des documents qui ont été distribués dans

le numéro précédent du *Journal* (Trousse d'urgence de base, Protocoles – situations d'urgence et Protocoles – dosages et précautions). Nous y avons apporté des modifications importantes de façon à répondre aux normes et aux protocoles les plus actuels en matière d'urgence médicale et à faciliter l'utilisation de ces documents par le dentiste et son personnel.

Une nouvelle version de ces documents sera acheminée prochainement à tous les membres de l'Ordre.



Défibrillateur externe automatisé (DEA)

- Tous les cabinets dentaires doivent être équipés en propre d'un appareil de défibrillation externe automatisé. Les dentistes doivent en avoir le contrôle et la responsabilité. L'appareil doit être accessible en tout temps. Les dentistes sont en outre responsables des vérifications et des mises au point de l'appareil.
- Rappelons que les DEA requièrent des vérifications périodiques, notamment en ce qui concerne les piles, électrodes et autres accessoires.
- Les appareils doivent avoir été homologués par Santé Canada.
- Seuls les dentistes exerçant en milieu hospitalier où des services de réanimation sont fournis par une équipe d'urgence disposant d'un défibrillateur sont exemptés de cette obligation.
- Rappelons que le délai fixé pour faire l'acquisition d'un DEA expire en juillet 2018.

Tensiomètres, sатуromètres, glucomètres, thermomètres

- Ces appareils doivent répondre à des normes de qualité conformes au cadre de l'exercice de la médecine dentaire en cabinet.
- Ils sont requis dans la trousse dès maintenant.

Diphenhydramine (Benadryl)

- La diphenhydramine doit être disponible sous forme de comprimés ou de gélules de 25 mg. Il s'agit du dosage de base pour les adultes et les enfants de plus de 12 ans.
- La formule liquide pour enfants fournit 6,25 mg par 5 ml. Elle est disponible en bouteilles de 100 ml.
- Les trois formulations (comprimés/gélules, liquide et solution pour injection) doivent se trouver dans la trousse d'urgence.

Épinéphrine

- L'auto-injecteur EpiPen est sans contredit la méthode la plus efficace d'administration de l'épinéphrine en situation d'urgence. Il fournit une dose exacte à chaque utilisation.
- L'épinéphrine ayant une durée d'action très courte, le dentiste doit être prêt à faire une autre injection 5 minutes après la première, en fonction de la gravité de la situation d'urgence. Dans les faits, une décision doit être prise toutes les 5 minutes. Une autre injection doit être donnée après 5 minutes s'il y a détérioration de l'état du patient et après 10 minutes s'il n'y a pas d'amélioration. Le protocole se répète après chaque injection.
- Le dentiste doit donc surveiller son patient et se préparer à faire une autre injection au besoin.

- De façon à limiter les risques de délai ou d'erreur dans la préparation d'une injection additionnelle, il est fortement recommandé au dentiste d'avoir plus d'un auto-injecteur EpiPen de chaque formulation (adulte et enfant), ceci n'excluant pas la nécessité de conserver des ampoules pour injection.

Oxygène

- Le format requis pour les cabinets dentaires est le cylindre de type E, qui contient suffisamment d'oxygène pour une administration de 30 minutes et plus à raison de 15 litres par minute. Les dentistes qui ont déjà deux cylindres de type D sont invités

à les échanger pour un cylindre de type E, même si la contenance totale combinée des premiers est supérieure à celle du second lorsque la charge est intacte.

- Les équipements et les cylindres doivent faire l'objet de vérifications périodiques.

Salbutamol (Ventolin)

- Il est recommandé de se procurer un accessoire qui améliore sensiblement l'efficacité de l'inhalateur. Il s'agit d'un réservoir appelé chambre d'inhalation (AeroChamber ou *spacer*) qui s'installe entre l'appareil et la bouche et qui permet à une plus grande quantité de médicament d'atteindre les poumons. ✱

English version available at www.odq.qc.ca.



ÉVALUATION DE PRATIQUES ET D'ACHALANDAGE

NOTRE SPÉCIALITÉ:
ÉVALUER VOTRE PRATIQUE
DENTAIRE ET VOUS **CONSEILLER**



POUR UN ACHAT,
UNE INCORPORATION
OU LA VENTE DE VOTRE
PRATIQUE, FAITES CONFIANCE
À GESCOM CONSEILS :

- Méthodes éprouvées et reconnues
- Connaissance du marché québécois inégalée
- Coaching personnalisé
- Accompagnement pour un transfert de clientèle réussi



Dr Pierre Boyer, DMD

CONTACTEZ-NOUS DÈS MAINTENANT! 450 444-0830 • gescomconseils.com



KRISTEN VOUS REMERCIE DU PLUS PROFOND
DE SA **DYSFONCTION VENTRICULAIRE.**

Grâce à vos dons à la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, des avancées qui sauvent des vies continuent en chirurgie cardiaque. Et des milliers de personnes comme Kristen retournent à la maison. Merci de continuer à donner. Afin que nous puissions continuer à aider. #CreonsDesSurvivants

AIDEZ À CRÉER PLUS DE SURVIVANTS. MERCI DE DONNER MAINTENANT.



FONDATION^{MC}
DES MALADIES
DU CŒUR
ET DE L'AVC

fmcoeur.ca

RÉPERCUSSIONS DE LA SANTÉ ORALE SUR LA DYSPHAGIE

Dans le contexte du vieillissement de la population, le système de santé doit viser le maintien d'une santé optimale pour prévenir l'apparition de maladies et éviter une détérioration physique, et ce, le plus longtemps possible. Plusieurs approches tentent d'atteindre ce but, et une bonne santé

buccodentaire ainsi qu'un apport nutritionnel optimal sont des éléments fondamentaux pour préserver la capacité fonctionnelle et une bonne santé générale.



Édith Dufour, Dt.P.
Nutritionniste clinicienne
CHU de Québec-Université Laval

La dysphagie orale

Les personnes âgées sont une population à haut risque de dysphagie orale. La dysphagie est un trouble de la déglutition lié à la difficulté du passage des aliments de la bouche vers l'estomac. De ce fait, l'alimentation de la personne dysphagique est souvent monotone et peu variée, avec des carences en macronutriments (énergie, protéines, vitamines, etc.) et en micronutriments. Ces carences peuvent avoir des conséquences sur la santé buccodentaire. Aussi, à l'inverse, une des causes fréquentes de la dysphagie chez la personne âgée est une santé dentaire pauvre qui affecte directement la mastication ainsi que les capacités de déglutition, ce qui peut provoquer des déficiences importantes d'apports en énergie et en nutriments¹. D'autres facteurs en lien avec la santé buccodentaire ont aussi un impact sur les choix alimentaires et sur l'état nutritionnel, par exemple les altérations sensorielles, la détérioration des capacités physiologiques ou la polymédication.

Mastication

On définit la mastication comme étant l'action de broyer les aliments à l'aide des dents. Pendant la mastication, les lèvres, les joues et la langue maintiennent les aliments pendant que les dents les écrasent. Ensuite, la langue et les joues regroupent les morceaux et les mélangent avec de la salive, pour constituer le bol alimentaire qui sera avalé. Cette activité masticatoire active la production de la salive qui est indispensable à la constitution d'un bol alimentaire suffisamment cohésif pour être dégluti rapidement et efficacement.

Ainsi, le premier rôle de la mastication consiste à transformer mécaniquement l'aliment en un bol alimentaire pouvant être dégluti sans risque de fausse route. Certaines fausses routes sont imputables à une déficience masticatoire. Pendant la mastication, la fragmentation de l'aliment et son insalivation permettent de potentialiser le rôle des enzymes salivaires en augmentant la surface de contact salive/particules

alimentaires. Le second rôle de la mastication est donc d'amorcer le processus de digestion en augmentant la biodisponibilité des nutriments dans le processus de digestion, donc l'absorption des éléments nutritifs nécessaires au maintien d'une bonne santé.

On rapporte une association entre les problèmes de santé orale et un risque de malnutrition chez la population gériatrique. Par exemple, le manque ou la perte de dentition, la réhabilitation prothétique inadéquate, la sécheresse buccale et les limitations (douleur, inconfort) à la mastication ont des répercussions négatives dans la sélection des aliments, affectant l'état de santé, la qualité de vie et le bien-être².

Conséquences de l'édentation

L'édentation partielle ou complète est directement reliée aux problèmes masticatoires et nutritionnels qui en découlent. Quelques auteurs avancent même qu'il s'agit d'un prédicteur de la mortalité. Aux États-Unis, une étude chez les moins de 65 ans rapporte que le risque de mortalité passe de 10 % à 19 % chez les personnes édentées. De plus, on estime à 22 % la proportion de la population qui est édentée chez les 74 ans et plus. Le problème de l'édentation est accentué lorsque la fonction masticatoire n'est pas rétablie avec les prothèses dentaires. Plusieurs études rapportent qu'un minimum de 20 dents fonctionnelles, y compris leur dent antagoniste, est nécessaire pour garantir une mastication efficace³.

Puisque la perception des qualités organoleptiques des aliments est un déterminant majeur dans le plaisir de manger, on comprend bien que les troubles masticatoires influencent grandement les choix et habitudes alimentaires ainsi que le risque nutritionnel. La consommation de viande, de fruits et de légumes est limitée par l'édentation, avec ou sans prothèses. La littérature rapporte des carences en fibres, en vitamines C et A, en carotène, en acide folique et en protéines, et souvent des apports excessifs en glucides, en cholestérol et en sodium. L'indice de masse corporelle peut aussi être altéré. De plus, la perte de dents est associée à l'apparition du syndrome métabolique, aussi appelé syndrome X. Il y a syndrome métabolique lorsque trois ou plus des facteurs de risque suivants sont présents : embonpoint abdominal, taux élevé de triglycérides, hypertension, glycémie élevée, faible taux de HDL. Le syndrome métabolique accroît le risque de diabète de type 2, de maladies cardiaques et d'AVC. On rapporte



Puisque la perception des qualités organoleptiques des aliments est un déterminant majeur dans le plaisir de manger, on comprend bien que les troubles masticatoires influencent grandement les choix et habitudes alimentaires ainsi que le risque nutritionnel.

jusqu'à 79 % de plus de syndrome métabolique en cas d'édentation et 55 % de plus lorsque 1 à 20 dents sont présentes. Chez les porteurs de prothèses dentaires, on rapporte une augmentation (jusqu'à 10 %) des risques de maladies cardiovasculaires comme l'hypertension et l'infarctus ainsi qu'une détérioration de la santé générale en relation avec une déficience nutritionnelle chronique⁷.

Les gens souffrant de troubles de la mastication sont plus à risque de dénutrition en lien avec un déséquilibre entre les apports (sur le plan de la quantité et de la qualité) et les besoins protéino-énergétiques⁴. En effet, le temps des repas est souvent très allongé, ce qui provoque une fatigue à l'alimentation orale, une satiété précoce et un désintérêt à l'égard des repas et, conséquemment, des apports moindres en quantité mais également en qualité.

Dépister les troubles masticatoires pour une pratique interdisciplinaire

Élaboré il y a plus de 20 ans, le questionnaire GOHAI permet de récolter des informations sur l'état dentaire des personnes âgées et leur perception des fonctions physiques (manger, mastiquer, parler, déglutir), psychosociales (inconfort à manger devant les gens, insatisfaction de la santé orale, etc.) et de la douleur ou de l'inconfort oral. Ce questionnaire fournit une bonne base pour détecter les désordres oraux affectant la qualité de vie et le bien-être⁸.

Un autre questionnaire, le MNA Short Form (Mini Nutritional Assessment)^{9, 10, 11}, est un outil fortement validé et abondamment utilisé qui permet d'évaluer le risque de malnutrition chez la personne âgée et qui ne nécessite pas l'évaluation par une nutritionniste. Cet outil est basé sur certaines mesures anthropométriques, une évaluation globale de l'état général et un questionnaire alimentaire. Les sujets sont catégorisés en trois groupes : état nutritionnel normal, risque de malnutrition ou mauvais état nutritionnel.

Il est démontré que l'association et les résultats de ces deux outils, fréquemment utilisés dans la littérature, permettent d'établir que les gens présentant une faible perception de leur santé orale de même que des difficultés masticatoires accrues ont aussi un risque nutritionnel nettement plus élevé⁶. Ainsi, en cas d'identification de ces problématiques ou en présence de douleurs buccales, de xérostomie ou de problème de déglutition, une vigilance accrue devrait être de



mise pour repérer la malnutrition. Le dépistage de la dénutrition peut très bien se faire par le dentiste ou l'hygiéniste dentaire lors de la visite annuelle ou des suivis.

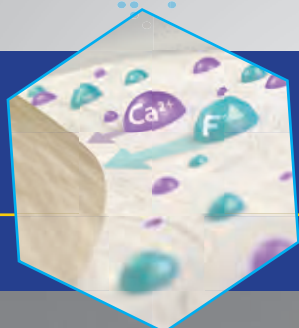
Quand diriger un patient vers une nutritionniste

La sensibilisation de l'équipe dentaire aux rapports entre la condition buccodentaire et la nutrition peut constituer un atout important dans le dépistage de première ligne des déficiences nutritionnelles. La combinaison d'un état de santé orale altéré et d'une atteinte de la capacité masticatoire peut alerter les professionnels de l'équipe dentaire quant à un risque de problème de dysphagie et/ou nutritionnel, particulièrement chez les personnes âgées, une clientèle jugée plus vulnérable⁵. Il serait dans l'intérêt de ces patients d'être invités à consulter un médecin ou une nutritionniste-diététiste afin d'évaluer davantage un problème de dysphagie, de surcroît si une dénutrition est soupçonnée. Une approche complémentaire permettant un diagnostic et une prise en charge nutritionnels pourra donner au patient, en plus d'une santé buccodentaire adéquate, une plus-value en matière de santé globale et de qualité de vie. ✱

Pour accéder aux références de cet article, consultez le www.odq.qc.ca sous l'onglet Publications/Journal.

TheraCemTM

Ciment de résine auto adhésif



LE FUTUR MAINTENANT

avec `UN CIMENT DE PROCHAINE GÉNÉRATION

Libère Calcium et Fluorure ▶

Nettoyage facile

Puissante adhésion à la Zircone

PH Alkaline en quelques minutes



TheraCem à photo polymérisation mixte, libère calcium et fluorure, ciment auto adhésif tout indiqué pour ponts, couronnes, tenons radiculaires, incrustations et incrustations avec recouvrement, tenons radiculaires (préfabriqués, métal/non métallique, titane, or, tenons fibrés).

OFFRE D'INTRODUCTION

Achetez 1, Recevez 1 Gratuitement

Appelez aujourd'hui:

EN: 1-800-667-8811

FR: 1-800-211-1200





Achat en tout temps grâce à la Marge Achat-Équipement RBC®

Quand vous avez besoin d'équipement pour votre clinique, le temps est toujours compté. Vous pouvez maintenant vous procurer ce dont vous avez besoin au moment où vous en avez besoin.

Ouvrez une Marge Achat-Équipement RBC dès aujourd'hui

Pour en savoir davantage sur nos solutions et services conçus pour répondre à vos besoins professionnels et personnels.

Rendez-vous au www.rbcbanqueroyle.com/sante
ou composez le 1 800 80 SANTÉ (1 800 807-2683)



Le Dr Denis Forest reçoit le prix Hommage 2017

Le Dr Barry Dolman et le Dr Denis Forest.



L'Ordre des dentistes du Québec a décerné son prix Hommage 2017 au Dr Denis Forest, en reconnaissance de son engagement soutenu envers la profession et de sa contribution importante à l'avancement des connaissances en médecine dentaire. Le prix lui a été remis à Montréal, le 14 septembre, lors d'un cocktail tenu à l'hôtel Fairmont Le Reine Elizabeth.

Titulaire d'un baccalauréat en biologie-chimie (1961) et d'un doctorat en médecine dentaire (1965) de l'Université de Montréal, le Dr Forest a par la suite obtenu une maîtrise en médecine buccale de l'Université de l'Indiana (1968). Premier dentiste québécois à détenir cette spécialité, il a milité pour la faire reconnaître par les organismes de certification canadiens, permettant ainsi à la population d'avoir accès à des soins de meilleure qualité. Enseignant à l'Université de Montréal de 1965 à 2004, le Dr Forest a joué un rôle déterminant dans la transformation de la Faculté de chirurgie dentaire en Faculté de médecine dentaire.

Ayant collaboré à plusieurs livres et à de nombreux articles scientifiques, le Dr Forest est le coauteur d'un ouvrage de médecine buccale toujours utilisé dans plusieurs facultés de médecine dentaire francophones. Conférencier reconnu à l'échelle internationale, il a également contribué à l'enrichissement des connaissances en médecine dentaire à titre de rédacteur en chef du *Journal de l'Ordre des dentistes*, fonction qu'il a exercée de 1985 à 2008.

Professeur émérite retraité du Département de stomatologie de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal, le Dr Forest est spécialiste en médecine buccale et spécialiste en radiologie buccale et maxillo-faciale.

Depuis 1996, il est le directeur des Journées dentaires internationales du Québec (JDIQ). Cet événement, qui attire chaque année au-delà de 12 000 participants, est l'un des plus importants congrès dentaires en Amérique du Nord. Sa contribution à l'organisation des JDIQ lui a valu d'être reconnu comme Ambassadeur émérite du Palais des congrès de Montréal.

Récipiendaire du prix Ernest-Charron de l'Université de Montréal, du prix Samuel Charles Miller de l'American Academy of Oral Medicine, de la Distinction pour services émérites de l'Association dentaire canadienne, du prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec et de la médaille d'argent de la Ville de Paris, le Dr Forest a reçu un doctorat *honoris causa* en médecine dentaire de l'Université Laval en 2014. Il a aussi été honoré lors du 110^e anniversaire de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal, en 2014. Il est par ailleurs Fellow de l'Académie dentaire du Québec, de l'International College of Dentists et de l'Académie Pierre Fauchard.

Instauré en 2007, le prix Hommage vise à reconnaître l'apport exceptionnel d'un membre de l'Ordre au développement de la profession. À titre de récipiendaire, le Dr Forest a reçu une œuvre d'art qui évoque différents matériaux utilisés en dentisterie, soit l'or, la porcelaine et le titane, et qui symbolise l'avenir et l'excellence. ✨

LA FORMATION CONTINUE

AUTOMNE 2017

TRUCS ET ASTUCES EN THÉRAPIE MUCO-GINGIVALE ET CHIRURGIE PARODONTALE ESTHÉTIQUE

Peaufinez vos connaissances, identifiez les techniques optimales et développez des astuces en thérapie muco-gingivale et en chirurgie parodontale esthétique.

SAMEDI 30 SEPTEMBRE, DE 9 H À 12 H

Dr Simon Lafrenière et
Dre Anne-Sophie Villeneuve

RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE ET DÉFIBRILLATION EXTERNE AUTOMATISÉE (RCR-DEA)

Mettez à jour vos connaissances et exercez-vous en cas de défaillance cardiaque dans votre cabinet dentaire. Formation reconnue par la Croix-Rouge canadienne.

SAMEDI 14 OCTOBRE, DE 9 H À 16 H

Médecin, Croix-Rouge canadienne

LA RETRAITE POUR UN DENTISTE, MAIS ENCORE ?

Vous accumulez des capitaux pour votre après-carrière ou vous envisagez la retraite dans un horizon plus ou moins proche ? Cette formation est conçue pour vous !

SAMEDI 21 OCTOBRE, DE 9 H À 12 H

Pier-Luc Lafontaine, CPA, CMA, MBA

CONTRÔLE DE LA TRANSMISSION DE L'INFECTION EN CABINET DENTAIRE

Trouvez réponses à vos questions à propos du contrôle de la transmission de l'infection en cabinet dentaire, de la désinfection et de la stérilisation.

SAMEDI 28 OCTOBRE, DE 9 H À 12 H

Daniel Grenier, Ph. D.

DENTISTERIE PÉDIATRIQUE : DE LA PRÉVENTION À LA RESTAURATION

Réviser les notions de prévention de la carie chez les enfants et pratiquez votre technique de fabrication et d'adaptation des couronnes en acier inoxydables.

SAMEDI 4 NOVEMBRE, DE 9 H À 16 H

Dre Caroline Quach et
Dre Anne-Sophie Fortin-Pagé

ODONTOLOGIE JUDICIAIRE, POURQUOI PAS ?

Découvrez le quotidien, les procédures et l'expertise d'un dentiste de l'équipe du Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale de Montréal.

SAMEDI 11 NOVEMBRE, 9 H À 12 H

Dr Sylvain Desranleau

TOMOGRAPHIE VOLUMÉTRIQUE À FAISCEAU CONIQUE

Acquérez les connaissances théoriques et pratiques pour utiliser la TVFC en médecine dentaire et apprenez à élaborer des rapports radiologiques complets.

**VENDREDI, SAMEDI ET DIMANCHE,
17-18-19 NOVEMBRE**

Dre Catherine Nolet-Lévesque

APPROCHE CONTEMPORAINE EN ENDODONTIE

Réviser les concepts modernes d'endodontie, obtenez des trucs et des procédures pour faciliter le traitement et réduire au minimum les risques de complications.

SAMEDI 25 NOVEMBRE, DE 9 H À 12 H

Dr Philippe Gauthier

NOUS JOINDRE

418 656-2764, poste 4221 / 1 877 806-1122, poste 4221
formationcontinue@fmd.ulaval.ca

Abonnez-vous à l'infolettre de la formation continue pour connaître les modalités d'inscription :

fmd.ulaval.ca



UNIVERSITÉ
LAVAL

Faculté de médecine dentaire



Le Dr André Martel
et le Dr Barry Dolman.

Le prix Honneur décerné au Dr André Martel

Lors du cocktail tenu le 14 septembre à l'hôtel Fairmont Le Reine Elizabeth, l'Ordre des dentistes a également remis le prix Honneur au Dr André Martel, médecin anesthésiste, reconnu comme un précurseur en matière de collaboration médecin-dentiste.

Rappelons que le prix Honneur vise à honorer de façon ponctuelle des personnes qui ne sont pas membres de l'Ordre des dentistes, des entreprises ou des organismes à but non lucratif qui se sont démarqués en contribuant de façon significative à l'amélioration de la santé des Québécois, compte tenu du lien étroit qui existe entre la santé générale et la santé buccodentaire.

Le Dr Martel est titulaire d'un doctorat en médecine de l'Université Laval et d'une spécialité en anesthésie du Collège Royal du Canada et de l'American Board of Anesthesiology. Tout au long de sa carrière, il a œuvré en milieu hospitalier au sein de divers établissements de santé du Québec, dont l'Hôpital général juif de Montréal et l'Hôpital de Montréal pour enfants. Il a entre autres été chef du Département d'anesthésie de l'hôpital Saint-Eustache.

Dès 1973, pendant sa résidence, le Dr Martel commence à collaborer avec des dentistes généralistes, des dentistes pédiatriques et des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux exerçant en cabinet privé et offrant des soins sous anesthésie générale.

Au début des années 1990, il fonde une clinique d'anesthésie générale réservée strictement aux traitements dentaires où plus de 2 000 patients seront traités chaque année, principalement de jeunes enfants et des patients handicapés. Humaniste, le Dr Martel a notamment travaillé au Cameroun pour l'Agence canadienne de développement international, de 1968 à 1971, et il a participé en 1993 à une mission de Médecins sans frontières au Rwanda.

Retraité depuis peu, il a, au cours de sa carrière, pratiqué l'anesthésie sur plus de 65 000 patients dans le cadre de traitements dentaires et travaillé avec une centaine de dentistes, contribuant ainsi de façon exceptionnelle à la santé dentaire des Québécois en misant sur la collaboration médecin-dentiste.

À titre de récipiendaire du prix Honneur, le Dr Martel a reçu une œuvre d'art en verre soufflé. ✨



Volume 54, numéro 1



Volume 54, numéro 2



Volume 54, numéro 3



Volume 54, numéro 4

Auteur	Vol.	N°	Pages	Rubrique
Al-Dika, Ghassan	54	3	12-15	Prosthodontie
Arpin, Sophie	54	1	25-33	Prévention
Bégin, Stéphanie	54	3	12-15	Prosthodontie
Boisvert, Maryse	54	4	16-22	Endodontie
Boiteau, Véronique	54	1	25-33	Prévention
Caron, Christian	54	3	16-23	Gérodontologie
Clercq, Marcel	54	3	32-36	Diagnostic
Dubé, Marc-André	54	1	25-33	Prévention
Dufour, Édith	54	4	34-36	Nutrition
El-Khoury, Roland	54	4	24-27	Dentisterie pédiatrique
Gagné, Alexandre	54	3	12-15	Prosthodontie
Gagnon, Mélanie	54	3	16-23	Gérodontologie
Galarneau, Chantal	54	1	25-33	Prévention
Hamel, Denis	54	1	25-33	Prévention
Morand, Marianne	54	1	14-22	Parodontie
Nascimento Santos, Juliana	54	4	16-22	Endodontie
Perron, Nancy	54	2	14-19	Chirurgie
Quach, Caroline	54	4	24-27	Dentisterie pédiatrique
Ricard, Daniel	54	2	14-19	Chirurgie
Rouabhia, Mahmoud	54	4	16-22	Endodontie
Roy, Marie-Josée	54	2	29-32	Nutrition
Saucier, Johanne	54	2	14-19	Chirurgie
Shenouda, André	54	1	14-22	Parodontie
Wassef, Nancy	54	1	25-33	Prévention

Titre	Auteurs	Vol.	N°	Pages	Rubrique
L'examen parodontal détaillé : pourquoi, quand et comment le faire?	Marianne Morand André Shenouda	54	1	14-22	Parodontie
La carie et les scellants dentaires chez les élèves québécois du primaire : où en sommes-nous?	Chantal Galarneau Sophie Arpin Véronique Boiteau Marc-André Dubé Denis Hamel Nancy Wassef	54	1	25-33	Prévention
Ostéochondrome « disloquant » du condyle mandibulaire : à propos d'un cas inusité	Daniel Ricard Johanne Saucier Nancy Perron	54	2	14-19	Chirurgie
L'importance de la collaboration entre dentiste et diététiste-nutritionniste dans les cas de sécheresse buccale	Marie-Josée Roy	54	2	29-32	Nutrition
Conception et fabrication assistées par ordinateur : une nouvelle avenue en prothèse partielle amovible	Stéphanie Bégin Alexandre Gagné Ghassan Al-Dika	54	3	12-15	Prosthodontie
Démence et soins dentaires	Mélanie Gagnon Christian Caron	54	3	16-23	Gérodontologie
Lésions à risque et diagnostic précoce	Marcel Clercq	54	3	32-36	Diagnostic
Régénération endodontique : où en sommes-nous?	Maryse Boisvert Juliana Nascimento Santos Mahmoud Rouabhia	54	4	16-22	Endodontie
Les mainteneurs d'espace : où et quand les utiliser	Roland El-Khoury Caroline Quach	54	4	24-27	Dentisterie pédiatrique
Répercussions de la santé orale sur la dysphagie	Édith Dufour	54	4	34-36	Nutrition



NOTRE **REER** COLLECTIF

Beaucoup plus flexible et
plus facile à gérer qu'un RVER!

SI VOTRE CABINET DENTAIRE COMPTE PLUS DE 4 EMPLOYÉS, VOUS ÊTES TOUCHÉ
PAR LA LOI SUR LES RÉGIMES VOLONTAIRES D'ÉPARGNE-RETRAITE (RVER)!

Une nouvelle échéance est prévue en 2017 :
profitez des nombreux avantages que vous procure
le REER collectif de la Financière.

- / Gestion simplifiée des cotisations
- / Aucuns frais d'administration ou de gestion pour votre entreprise
- / Accompagnement personnalisé d'un conseiller pour vous et vos employés
- / Aucune obligation de cotiser au régime

Renseignez-vous dès maintenant auprès de
l'un de nos **conseillers attitrés aux dentistes!**

1 800 361-3794
fprofessionnels.com



ASSOCIATION DES
CHIRURGIENS DENTISTES
DU QUÉBEC

NOTRE ACTIONNAIRE DEPUIS 1981

Financière des professionnels défend les
intérêts des dentistes. Fiez-vous à notre expertise!



Association dentaire française.....	23
Bisco Dental Products Canada inc.....	37
Carestream	14
Centre de micro-endodontie et de parodontie	13
Code Bleu Placement en Santé.....	9
Financière des professionnels.....	43
Fonds de solidarité FTQ	45
Gescom Conseils.....	32
Laboratoire dentaire Lafond Desjardins & Associés.....	6
Patterson dentaire Canada inc.	47
Philips Canada	48
RBC Banque Royale.....	38
ROI Corporation.....	44
Sogedent Assurances inc.	4
Tier Three Brokerage	2
Université de Montréal – Formation dentaire continue ...	10
Université Laval – Faculté de médecine dentaire	40

CONSEIL D'ADMINISTRATION ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

PRÉSIDENT Dr Barry Dolman*

ADMINISTRATEURS

- 1 Bas-Saint-Laurent – Côte-Nord
Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine**
Dr Peter C. White
- 2 Saguenay – Lac-Saint-Jean**
Dr Luc Gravel
- 3 Québec**
Dr Serge-Alexandre Bellavance
Dr Véronique Gagnon*
- 4 Chaudière-Appalaches**
Dr Bruno Ferland, vice-président*
- 5 Mauricie – Bois-Francs**
Dr Mathieu Maurier
- 6 Estrie**
Poste vacant
- 7 Montréal**
Dr Josée Bellefleur
Dr Nelly Chafai
Dr Véronique Deschênes*
Dr Isabelle Fournier
Dr Allan Lisbona
Dr Pierre Tessier
- 8 Laval**
Dr Nancy Beaudoin
- 9A Montérégie – Yamaska**
Dr Éric Normandeau

9B Montérégie – Haut-Saint-Laurent
Dr Jade Pichon-Roy

9C Montérégie – Vallée-du-Richelieu
Dr Marc Robert

10 Lanaudière – Laurentides
Dr Claude Beaulieu

11 Outaouais
Dr Guy Lafrance

**12 Abitibi-Témiscamingue
et Nord-du-Québec**
Dr Denis Beauvais

ADMINISTRATEURS NOMMÉS PAR L'OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC

Dr Paul Desrosiers*
M. Louis Flamand
M^{me} Françoise Rollin
M. Alain Boisvert

DIRECTRICE GÉNÉRALE ET SECRÉTAIRE

M^{re} Caroline Daoust

* Membres du comité exécutif

 **Ordre des dentistes
du Québec**



NOUS FAISONS SOURIRE LES DENTISTES DEPUIS PLUS DE 40 ANS.

Nous connaissons et nous comprenons le domaine de la vente et de l'achat de cabinets dentaires. Étant chef de file au Canada en matière d'évaluation et de vente de cabinets depuis 1974, nos résultats en font la preuve. Grâce à une équipe dévouée offrant des services d'évaluation, de consultation et de courtage, nous sommes là pour vous faire sourire. Prenez contact avec nous au (888) 764-4145, ou avec Dr John Badger au (514) 912-4229, johnbadger@roicorp.com, ou avec Pascale Guillon au (514) 923-9181, pascale@roicorp.com.

  roicorp.com

ROI
CORPORATION
COURTAGE

UN REER+ POUR ÉPARGNER PLUS

LE FONDS DE SOLIDARITÉ FTQ A BEAUCOUP À OFFRIR !

Grâce à votre REER au Fonds, vous bénéficiez **d'économies d'impôt supplémentaires**. Pourquoi ? Parce que le Fonds a l'obligation d'investir la majorité de ses actifs dans l'économie du Québec pour ainsi créer et maintenir des emplois chez nous. Un REER au Fonds est donc un investissement doublement payant !

Profitez-en !

DES ACTIONS HORS REER AVANTAGEUSES

Vous avez atteint votre contribution maximale à un REER et vous souhaitez quand même réduire votre impôt à payer ? Vous pouvez acheter des actions au Fonds sans les enregistrer dans un REER. Ses actions vous donnent aussi droit à des crédits d'impôt sur le montant investi, même si elles ne sont pas enregistrées dans un REER.

PERMETTEZ À VOS EMPLOYÉS DE COTISER À UN REER AU FONDS

La plupart des employeurs doivent maintenant se conformer à la *Loi sur les régimes volontaires d'épargne-retraite* (RVER) et commencer à offrir progressivement à leurs employés une façon d'épargner en vue de la retraite.

Or, une entreprise qui offre à ses employés de cotiser à un REER au Fonds de solidarité FTQ par retenue sur le salaire n'a pas l'obligation de mettre en place un RVER.

Vos employés apprécieront les économies d'impôt supplémentaires dont ils profiteront.

Avec le Fonds, c'est simple et payant ! Pour toute question concernant la solution du Fonds au RVER, consultez le fondsftq.com/rver ou appelez-nous au 1 888 385-3723.

CHOIX ASTUCIEUX

Vos employés pourront épargner de façon simple et efficace grâce à la retenue sur le salaire. Ça vaut le coup de faire le calcul : fondsftq.com/calculz.

Le Fonds de solidarité FTQ, c'est avantageux pour tous !



PRÊT À ÉPARGNER AVEC LE REER+ AU FONDS ?

Plusieurs façons s'offrent à vous :



fondsftq.com



1 800 567-FONDS (3663)



Informez-vous auprès de votre **responsable local** dans votre milieu de travail.



fondsftq.com/bureaux



FondsFTQ



FONDS
de solidarité FTQ

Les crédits d'impôt accordés aux actionnaires du Fonds sont de 15 % au Québec et de 15 % au fédéral. Ils sont limités à 1500 \$ par année fiscale, ce qui correspond à l'achat d'actions du Fonds d'un montant de 5 000 \$.

Veuillez lire le prospectus avant d'acheter des actions du Fonds de solidarité FTQ. On peut se procurer un exemplaire du prospectus sur le site Web fondsftq.com, auprès d'un responsable local ou aux bureaux du Fonds de solidarité FTQ. Les actions du Fonds de solidarité FTQ ne sont pas garanties, leur valeur fluctue et leur rendement passé n'est pas indicatif de leur rendement dans l'avenir.

**28 NOVEMBRE-
2 DÉCEMBRE 2017**

Congrès 2017 de
l'Association dentaire française
Paris, France
www.adfcongres.com

5-6 DÉCEMBRE 2017

**21^{es} Journées annuelles
de santé publique (JASP)**
Centre des congrès de Québec
www.inspq.qc.ca/jasp/accueil

24-28 JANVIER 2018

Yankee Dental Congress
Boston, Massachusetts
www.yankeedental.com

22-24 FÉVRIER 2018

**Midwinter Meeting –
Chicago Dental Society**
Chicago, Illinois
[www.cds.org/meetings-events/
midwinter-meeting](http://www.cds.org/meetings-events/midwinter-meeting)

8-10 MARS 2018

Pacific Dental Conference
Vancouver, Colombie-Britannique
www.pdconf.com/cms2018/

25-29 MAI 2018

**Journées dentaires
internationales
du Québec**

Palais des congrès
de Montréal
Montréal, Québec
www.odq.qc.ca/congres
congres@odq.qc.ca



PROGRAMME DE SUIVI INDIVIDUALISÉ

Pour les dentistes ayant des problèmes
susceptibles d'affecter leur pratique

CONFIDENTIALITÉ ASSURÉE

514 875-8511
1 800 361-4887



Journal

DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

Automne 2017 | Volume 54, numéro 4

**PUBLICATION OFFICIELLE DE L'ORDRE
DES DENTISTES DU QUÉBEC**

Les opinions exprimées dans le *Journal* sont uniquement celles des auteurs. Le fait, pour un annonceur, de présenter ses produits ou ses services dans le *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec* ne signifie pas qu'ils sont endossés par l'Ordre des dentistes du Québec.

Éditeur

Ordre des dentistes du Québec

Rédactrice en chef

Carole Erdelyon

Rédacteur adjoint

Paul Morin

Révisseur

Nataly Rainville

Chargée – publications aux membres

Natalie Séguin

Conception graphique

Sophie Gauthier, Zoom In Design

Impression

Imprimerie F.L. Chicoine

Production

Direction des affaires publiques
et des communications

Tirage

4 000 exemplaires | Publié 4 fois l'an

Abonnement

Taxes incluses

Québec / Canada 75,00 \$

À l'étranger 85,00 \$

Envois de publications canadiennes

Numéro de convention 40064801

ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

800, boul. René-Lévesque Ouest

Bureau 1640

Montréal (Québec) H3B 1X9

Téléphone : 514 875-8511

Télécopieur : 514 875-9049

Courriel : journal@odq.qc.ca

Port de retour garanti

Dépôt légal

Bibliothèque nationale

ISSN : 1718-1569 (Imprimé)

ISSN : 2291-1782 (En ligne)

© Copyright 1981

LA ZIRCON EN UNE VISITE, NOUVELLE RÉALITÉ CEREC.



Montréal : 1.514.745.4040 | 1.800.363.1812

Québec : 1.418.688.6546 | 1.800.463.5199

Ottawa : 1.613.736.0751 | 1.800.267.1366

Distributeur
CEREC A exclusif


PATTERSON
DENTAL/DENTAIRE

The Dental Company

sirona



Pour vous,
**cela représente
une bouche saine.**

Pour vos patients,
**cela représente
la confiance totale.**

De la part des spécialistes en hygiène buccale de Sonicare, Philips Zoom peut dévoiler un sourire sain qui renforce la confiance de vos patients.

- **Efficacité en clinique** – blanchit jusqu'à 8 teintes en 45 minutes¹
- **Des résultats à domicile** – les formules les plus avancées en matière de blanchiment à la maison

Faites connaître à vos patients le traitement de blanchiment sain et fiable de **Philips Zoom**.

innovation ✨ vous



Philips Zoom
WhiteSpeed



Philips Zoom
DayWhite / NiteWhite



Philips Zoom
Whitening Pen



Appelez dès maintenant pour obtenir votre essai gratuit au **(800) 278-8282** ou consultez le site **www.philips.com/ZoomPortfolio**

1 Avec Philips Zoom WhiteSpeed. N'inclut pas le temps de préparation.

PHILIPS
Zoom!