



# SOMMAIRE

Mot de la présidente 02

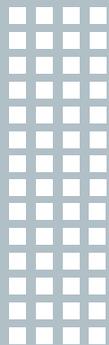
Petites annonces 07

Photos activités scientifiques 2014 08

Calendrier scientifique 2015 09

Salaire ou dividende 13

VOLUME 34 – NO 1



# l'articulé

## Le diastème interincisif médian maxillaire

La présence d'un diastème interincisif maxillaire est perçue comme un problème esthétique par un grand nombre de patients.

Cet article se veut une révision de la littérature, et aborde ainsi la prévalence et l'étiologie du diastème interincisif médian maxillaire, les différents traitements, la frénectomie, la récidence et la rétention.

D<sup>re</sup> HÉLÈNE ENGEL, DMD, M.SC, FRCD(C)  
Orthodontiste

suite de l'article p. 3 →



Julie Pelletier pht, FCAMPT

### VOS CLIENTS ONT DES PROBLÈMES DE MÂCHOIRES ?

Symptômes fréquents : Douleurs à la mâchoire  
Bruits articulaires  
Limitation du mouvement



Notre clinique est l'une des rares au Québec qui soit spécialisée dans le traitement des dysfonctions de la mâchoire. Quelques-unes de nos techniques utilisées depuis 17 ans :

- Thérapie manuelle orthopédique (ATM et cervical)
- Ostéopathie crânienne
- Électrothérapie
- Rééducation musculaire



Contactez-nous dès aujourd'hui  
Téléphone : 418 661-1717

Clinique de physiothérapie Mailloux  
1900, ave Mailloux, local 240, Québec  
www.physiotherapie.ca



FOURNITURES  
ÉQUIPEMENT  
SERVICES  
TECHNOLOGIE



www.henryschein.ca 1.800.263.3621

130-2180 rue Cyrille-Duquet  
Ste-Foy, QC  
G1N 2G3

Nous vous aiderons à réussir



# Le conseil d'administration

## PRÉSIDENTE

D<sup>r</sup> RENÉE GENDRON

## PRÉSIDENT SORTANT

D<sup>r</sup> LUC VEILLEUX

## VICE-PRÉSIDENT

D<sup>r</sup> JEAN ROUTHIER

## TRÉSORIER

D<sup>r</sup> JEAN ROUTHIER

## SECRÉTAIRE

D<sup>r</sup> KARINE JOUBERT

## ACTIVITÉS SCIENTIFIQUES

D<sup>r</sup> FRANÇOIS WILSON

D<sup>r</sup> CARL BOUCHARD

D<sup>r</sup> LUC VEILLEUX

D<sup>r</sup> JEAN-PHILIPPE DION

## ACTIVITÉS SOCIALES

D<sup>r</sup> KARINE JOUBERT

D<sup>r</sup> BENOIT SIMARD

D<sup>r</sup> LISE MUNGER

## BULLETIN

D<sup>r</sup> RENÉE GENDRON

D<sup>r</sup> KATIA SAVIGNAC

D<sup>r</sup> ANNE-SOPHIE VILLENEUVE

## COMITÉ TECHNOLOGIES

D<sup>r</sup> CHARLES-ANTOINE HUDON

D<sup>r</sup> SERGE-ALEXANDRE BELLAVANCE

D<sup>r</sup> SIMON LAFRENIÈRE

## SECRÉTAIRE ADMINISTRATIVE

ANNA BILODEAU

## SOCIÉTÉ DENTAIRE DE QUÉBEC

3291, chemin Sainte-Foy, bureau 252

Québec (Québec) G1X 3V2

Tél.: 418 656-6060

Fax : 418 656-1939

Courriel : [info@sdq.ca](mailto:info@sdq.ca)

Pour joindre le bureau de la Société Dentaire de Québec, vous pouvez contacter M<sup>me</sup> Anna Bilodeau tous les jeudis, entre 9h et 12h.

## CONCEPTION ET MONTAGE GRAPHIQUE

**Lynda Dionne** infographiste

Tél.: 418 455.3247

Fax : 418 623.6043

[ld@mediom.com](mailto:ld@mediom.com)



Dans le présent document, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination.

## Le mot de la présidente



Chers collègues,

Cet automne, j'ai eu le plaisir de participer à une réunion regroupant plusieurs sociétés dentaires québécoises. Cette rencontre, chapeauté par l'Ordre des Dentistes du Québec, nous a permis d'échanger sur différents aspects de la gestion d'une société dentaire. L'implication bénévole de tous ces dentistes dévoués à l'éducation continue était inspirante.

Je vous invite vous aussi à participer au développement de votre société dentaire et de votre profession en nous donnant vos commentaires sur les conférences, bulletins et activités proposés.

La Société dentaire vous offre encore de nombreuses conférences et activités jusqu'au mois de juin. Il est important de confirmer votre présence au moins deux semaines avant la conférence.

À tous, santé et bonheur pour l'année 2015!

D<sup>re</sup> RENÉE GENDRON  
Présidente SDQ

sdq Société  
Dentaire  
de Québec

# l'articulé

## Le diastème interincisif médian maxillaire

### INTRODUCTION

Des préoccupations d'ordre esthétique conduisent de nombreux patients à consulter en orthodontie, dans le but d'obtenir le sourire dont ils rêvent.

La présence de diastèmes antérieurs, en particulier d'un diastème interincisif médian maxillaire, est ainsi un problème fréquemment évoqué par les patients<sup>(1)</sup>. Souvent jugé inesthétique, compromettant l'harmonie dentofaciale, il peut aussi faire partie d'une malocclusion plus complexe<sup>(2)</sup>.

### PRÉVALENCE

En dentition primaire, la présence de diastèmes entre les incisives maxillaires est considérée comme faisant partie d'un phénomène développemental normal et favorable, qui va permettre, avec les espaces des primates au mésial des canines primaires maxillaires, l'alignement des incisives permanentes par la suite.

Un diastème entre les incisives centrales maxillaires est relativement commun en dentition mixte : il est ainsi noté chez 50 % des enfants de 6 à 8 ans<sup>(3)</sup> (FIGURE 1). Sa prévalence va ensuite diminuer avec l'âge, tout comme sa largeur<sup>(3)</sup>.



FIGURE 1 -  
Diastème interincisif médian maxillaire.

Ainsi, un diastème de plus de 2mm est noté chez 26 % des enfants de 8 à 11 ans, incidence qui diminue de façon importante pour être seulement de 6 % chez les jeunes de 12 à 17 ans et les adultes<sup>(4)</sup>. Ceci montre bien la tendance qu'a le diastème interincisif maxillaire à se fermer souvent spontanément.

Il a également été constaté que la prévalence du diastème de plus de 2mm varie selon les ethnies : elle est ainsi plus importante chez les noirs (18,9 %) que chez les blancs (7 %) et les hispaniques (6,7 %) <sup>(4)</sup>.

suite p. 4 →



**CLINIQUE  
AUDET**

**Alain Audet DMD, MD**  
Chirurgien buccal  
et maxillo-facial  
Médecin omnipraticien

**Chirurgie buccale et maxillo-faciale**  
Chirurgie dento-alvéolaire  
Ablation de dents incluses  
Sédation

**Médecine esthétique du visage**  
Correction du sourire gingival  
Augmentation du volume des lèvres  
Soins anti-âge

**clinique-audet.com**  
2750, Chemin Sainte-Foy, bureau 143, Québec (Québec)  
418 380-0600

## ÉTIOLOGIE

L'étiologie d'un diastème est multifactorielle. Des facteurs environnementaux et génétiques ont été mis en évidence, même s'il est clair que la présence d'un diastème entre les incisives centrales maxillaires est commune en dentition primaire et mixte <sup>(5)(6)(7)</sup>.

De nombreux auteurs se sont penchés sur l'étiologie du diastème interincisif médian maxillaire. Huang a ainsi classifié les différents facteurs étiologiques possibles en six catégories <sup>(3)</sup> :

- Diastème associé à une croissance et un développement normaux (en dentition primaire, mixte, ainsi que dans le cas d'une tendance familiale, ethnique)
- Mauvaises habitudes (changement de l'équilibre des forces, dû par exemple à une succion du pouce qui peut engendrer une buccalisation des incisives maxillaires avec la création de diastèmes)
- Déséquilibre des forces musculaires dans la région orale (force de la langue)
- Obstacle physique (dent surnuméraire (mésiodens), dent primaire retenue, kyste, fibrome)
- Arcade maxillaire anormale au niveau de sa structure (suture en forme de V, perte de support osseux causée par une maladie parodontale ou systémique...)
- Anomalies dentaires et autres malocclusions (dents manquantes, rotations, anomalies de forme (incisive en grain de riz), malocclusions, surplomb horizontal, surplomb vertical).

Il est donc essentiel d'établir en premier lieu l'étiologie du diastème grâce à un examen clinique complet, une révision de l'histoire médicale, dentaire, familiale du patient ainsi que de ses habitudes et la prise de radiographies. Une radiographie périapicale ou occlusale maxillaire est nécessaire dans le cas d'un diastème de plus de 2mm, afin d'éliminer la possibilité de dent surnuméraire ou de lésion osseuse <sup>(3)(4)</sup>. Une agénésie des incisives latérales peut également être liée à la présence d'un diastème entre les incisives centrales, et sera visible sur une radiographie panoramique.

## DÉVELOPPEMENT

Les incisives centrales permanentes font souvent éruption de façon naturelle avec un espace entre elles. Généralement, ce diastème a tendance à diminuer et peut même se fermer avec l'éruption des latérales. Il peut toutefois persister, surtout si les incisives sont buccalées, si le

surplomb vertical est augmenté ou bien si les canines primaires ont été perdues de façon prématurée <sup>(4)</sup>.

Dans certains cas plus extrêmes, des diastèmes sont présents également entre les incisives centrales et latérales, avec une inclinaison distale des couronnes (FIGURES 2A ET 2B). Cela peut être assez inesthétique, ce qui a donné lieu à l'appellation « ugly duckling » stage pour cette condition. Elle s'explique par la pression mésiale exercée sur les racines des incisives par les bourgeons des canines permanentes <sup>(3)(4)(8)</sup>. La possibilité d'inclusion des canines maxillaires est alors augmentée <sup>(4)</sup>.



FIGURES 2A et 2B - Diastèmes interincisifs multiples au maxillaire.

Lors de l'éruption des canines maxillaires, la pression mésiale toujours exercée sur les incisives va modifier leur position <sup>(3)</sup>. Les diastèmes interincisifs, dont le diastème central, vont alors avoir tendance à diminuer en largeur. Plus l'espace est petit, et plus il aura tendance à se fermer spontanément. Un diastème de plus de 2mm est très peu susceptible de disparaître naturellement <sup>(4)</sup>.

## TRAITEMENTS

La présence d'un diastème entre les incisives centrales maxillaires pendant l'enfance n'est pas nécessairement une indication de traitement orthodontique. Un diagnostic précis est nécessaire avant tout début de traitement, afin de déterminer si une intervention précoce s'impose.

Si une mauvaise habitude telle qu'une succion digitale est en cause, elle doit être éliminée avant tout. Si le diastème est physiologique, il y a consensus pour dire qu'il faut attendre l'éruption des canines permanentes maxillaires, afin de voir si le diastème se ferme ou non spontanément <sup>(4)(9)</sup>.

Dans certains cas de large diastème avec une malposition sévère ou un problème majeur associé, un traitement peut alors être indiqué de façon plus précoce <sup>(4)</sup>.

Le fait de fermer un diastème présent entre les incisives centrales maxillaires permet de donner plus d'espace pour l'éruption des incisives latérales et des canines <sup>(4)(10)</sup>. Dans le cas d'agénésie des latérales, cela donne la possibilité aux canines de migrer plus mésialement et de faire éruption

dans la position des incisives latérales. Cela est intéressant même si le traitement futur vise à remplacer de façon prothétique les incisives latérales, car cela permet de conserver l'os alvéolaire à cet endroit, en attendant le début du traitement orthodontique et la réouverture de l'espace <sup>(4)</sup>.

Si une intervention précoce est nécessaire en dentition mixte, un petit diastème (de moins de 2mm de large) peut être fermé facilement grâce à un appareil amovible, par un mouvement de bascule des dents. La fermeture d'un diastème de plus de 2mm nécessite par contre l'utilisation d'appareillages fixes orthodontiques pour pouvoir réaliser une translation des dents et contrôler ainsi la position des racines. Cela peut être réalisé grâce à deux boîtiers positionnés au niveau des incisives centrales ou bien par un 2x4 (boîtiers sur les quatre incisives ainsi que sur les premières molaires supérieures).

La fermeture d'un diastème interincisif maxillaire est plus prévisible s'il y a uniquement un mouvement mésiodistal à réaliser. Un traitement orthodontique complet peut être requis dans les cas plus complexes.

### FRÉNECTOMIE

Quand la largeur du diastème interincisif médian maxillaire est importante, on peut constater le développement d'une petite fente osseuse en forme de V dans l'os alvéolaire entre les deux incisives centrales permanentes (FIGURE 3). Un attachement anormal du frein en résulte habituellement <sup>(3)(4)</sup>.



FIGURE 3 - Présence d'une fente en forme de V dans l'os alvéolaire entre 11 et 21.

Le diagnostic d'un frein anormal se fait en appliquant une tension sur le frein afin de voir s'il y a un mouvement de la pointe de la papille ou un blanchiment dans cette région, produit par l'ischémie <sup>(11)</sup> (FIGURE 4A ET 4B).



FIGURES 4A et 4B - Frein labial associé à la présence d'un diastème interincisif médian maxillaire.

Dans le passé, le recours à la frénectomie était fréquent chez les jeunes enfants en présence d'un diastème interincisif médian maxillaire, basé sur la croyance que le frein était la cause du diastème, empêchant les incisives de migrer mésialement. Cela était réalisé avant un éventuel traitement orthodontique, dans l'idée que cela allait aider à fermer plus facilement le diastème par la suite <sup>(10)</sup>.

Il est clair désormais que la présence d'un diastème antérieur maxillaire avant l'éruption des canines fait

suite p. 6 →



**CONSTRUCTION  
BDM**



**TÉMOIGNAGE DE CLIENTS SATISFAITS :**  
 Rénovation & agrandissement, hiver 2014, Centre de parodontie et d'implantologie de Québec : Bélanger, Villeneuve, Lafrenière.  
 2480, chemin Ste-Foy, suite 220, Québec.

Nous sommes extrêmement satisfaits du résultat de l'agrandissement de notre clinique de parodontie réalisé par Construction BDM. Dès le début, nous avons été enchanté du service exceptionnel, nos attentes ont été bien évaluées et les délais ont été respectés rigoureusement. Compte tenu de la qualité hors pair des travaux réalisés, nous recommandons Construction BDM à tous ceux qui souhaitent des rénovations sans tracas et dans les délais !

**CONSTRUCTION | GESTION | RESPECT DES ÉCHÉANCIERS**  
**418 877-1193**  
[constructionbdm.com](http://constructionbdm.com)  
 info@constructionbdm.com Entrepreneur général  
 1000, rang St-Denis, Qc. G2G 0E9 RBQ : 8245-3499-54

souvent partie du développement normal, et de nombreux auteurs s'accordent pour dire que faire une frénectomie de façon précoce et sans traitement orthodontique concomitant n'est pas indiqué <sup>(3)(4)(10)</sup>.

Bergström a ainsi montré qu'à court terme la frénectomie sans traitement orthodontique permet effectivement de réduire plus rapidement la largeur du diastème, mais qu'à long terme (10 ans post-frénectomie), il n'y a aucune différence au niveau de la fermeture spontanée du diastème entre les patients qui ont eu et ceux qui n'ont pas eu de frénectomie <sup>(12)</sup>. Le frein peut être une résistance passive à la fermeture d'un diastème, mais il n'est donc pas un facteur étiologique majeur du diastème interincisif maxillaire <sup>(3)</sup>.

De plus, faire une frénectomie de façon précoce, avant tout traitement orthodontique, conduit à la formation de tissu cicatriciel entre les incisives, alors qu'il demeure encore un espace entre ces dents. La présence de ce tissu compliquera alors la fermeture du diastème par traitement orthodontique <sup>(4)(8)</sup>.

Une approche multidisciplinaire est donc importante lors de la fermeture d'un diastème interincisif maxillaire associé à un frein anormal <sup>(10)(13)</sup>, et il est indiqué de procéder au traitement orthodontique en premier lieu, en rapprochant les incisives l'une de l'autre <sup>(4)(8)(10)</sup>.

Habituellement, il est possible de fermer le diastème complètement s'il est relativement peu large. La décision de faire ou non une frénectomie sera prise par la suite, un remodelage spontané ayant lieu suite à cette fermeture <sup>(6)(8)</sup>.

Si le diastème est large et le frein épais, ou bien si le tissu gingival est douloureux ou traumatisé, il peut parfois être impossible de fermer complètement l'espace orthodontiquement avant la chirurgie <sup>(4)(10)</sup>. Il convient alors de fermer l'espace restant orthodontiquement immédiatement après la frénectomie, afin que la cicatrisation puisse se faire avec les incisives en contact. Le tissu cicatriciel stabilisera alors les dents dans leur position finale <sup>(4)</sup>.

## RÉCIDIVE ET RÉTENTION

Il a été montré que la fermeture d'un diastème interincisif médian maxillaire a un impact positif sur la qualité de vie

des patients <sup>(14)</sup>. Ceux-ci désirent donc évidemment que ce résultat soit stable à long terme. Un diastème interincisif maxillaire médian est cependant très susceptible de récidiver.

Morais a ainsi démontré récemment qu'un diastème médian maxillaire récidive dans 60 % des cas, de façon statistiquement significative <sup>(1)</sup>. Son étude portait sur une période moyenne post-rétention de 5.6 ans, avec un minimum de 1.8 ans. Le diastème est cependant significativement moins large qu'initialement <sup>(1)</sup>. Cela est en accord avec les résultats d'études précédentes : la récidive est donc partielle <sup>(6)(15)(16)</sup>.

Un frein anormal initialement n'est pas un facteur de risque de récidive du diastème selon Shashua <sup>(6)</sup>. C'est pourquoi la décision de faire une frénectomie ne doit être prise qu'après la fermeture du diastème orthodontiquement, et pour une raison autre que l'augmentation de la stabilité <sup>(4)(6)</sup>.

La largeur initiale du diastème est une des variables prétraitement qui est significativement associée à la récidive <sup>(1)(6)(16)</sup>. Ceci peut s'expliquer par une déficience du réseau de fibres gardant normalement les dents en contact <sup>(4)</sup>. Dans les cas de diastèmes importants, il y a en effet un échec de prolifération des fibres transeptales au niveau de la ligne médiane <sup>(3)</sup>.

Une rétention à vie est donc nécessaire chez tout patient présentant initialement un diastème interincisif médian maxillaire, particulièrement si l'espace était large.

Un appareil de rétention amovible n'est pas le meilleur choix pour une rétention prolongée suite à une fermeture de diastème, ce dernier ayant tendance à s'ouvrir de nouveau dès que l'appareil n'est plus en bouche. De plus, si le diastème interincisif médian a été fermé en dentition mixte, l'appareil nécessite des modifications fréquentes, au fur et à mesure de l'éruption des dents permanentes.

Une rétention fixe permanente est donc nécessaire. Un fil collé au lingual des dents maxillaires est l'idéal, si cela est possible avec le surplomb vertical existant, permettant une mobilité physiologique des dents tout en assurant une excellente rétention.

## CONCLUSION

La présence d'un diastème interincisif médian maxillaire requiert un diagnostic précis en premier lieu, afin de déterminer si un traitement est nécessaire et si le moment est le plus approprié pour le faire. Une prise en charge multidisciplinaire peut être requise.

D<sup>re</sup> HÉLÈNE ENGEL, DMD, M.SC, FRCD(C)  
Orthodontiste

## BIBLIOGRAPHIE

1. Morais JF de, Freitas MR de, Freitas KMS de, Janson G, Castello Branco N. Postretention stability after orthodontic closure of maxillary interincisor diastemas. *J Appl Oral Sci.* 2014 Sept-Oct; 22(5): 409-415.
2. Witt M, Flores-Mir C. Laypeople's preferences regarding frontal dentofacial esthetics: tooth-related factors. *J Am Dent Assoc.* 2011 Jun; 142 (6): 635-45.
3. Huang WJ, Creath CJ. The midline diastema: a review of its etiology and treatment. *Pediatr Dent.* 1995 May-Jun; 17 (3):171-9.
4. Proffit WR, Fields Jr HW, Sarver DM. *Contemporary Orthodontics.* Mosby Elsevier; 2007.
5. Gass JR, Valiathan M, Tiwari HK, Hans MG, Elston RC. Familial correlations and heritability of maxillary midline diastema. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2003; 123: 35-9.
6. Shashua D, Artun J. Relapse after orthodontic correction of maxillary median diastema: a follow-up evaluation of consecutive cases. *Angle Orthod.* 1999; 69:257-263.
7. Gkantidis N, Kolokitha OE, Topouzelis N. Management of maxillary midline diastema with emphasis on etiology. *J Clin Pediatr Dent.* 2008 Summer; 32 (4): 265-72.
8. Ceremello PJ. The superior labial frenum and the midline diastema and their relation to growth and development of the oral structures. *Am J Orthod.* 1953 Feb; 39 (2):120-139.
9. Koora K, Muthu MS, Rathna PV. Spontaneous closure of midline diastema following frenectomy. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2007;25: 23-6.
10. Graber LW, Vanarsdall Jr RL, Vig KWL. *Orthodontics. Current Principles and Techniques.* Mosby Elsevier; 2012.
11. Devishree, Gujjari SK, Shubhashini PV. Frenectomy: A review with the Reports of Surgical Techniques. *J Clin Diagn Res.* 2012 Nov; 6 (9): 1587-1592.
12. Bergström K, Jensen R, Martensson B. The effect of superior labial frenectomy in cases with midline diastema. *Am J Orthod.* 1973 Jun; 63 (6): 633-8.
13. Suter VG, Heinzmann AE, Grossen J, Sculean A, Bornstein MM. Does the maxillary midline diastema close after frenectomy? *Quintessence Int.* 2014 Jan; 45 (1):57-66.
14. Nagalakshmi S, Sathish R, Priya K, Dhayanithi D. Changes in quality of life during orthodontic correction of midline diastema. *J Pharm Bioallied Sci.* 2014 Jul; 6 (Suppl 1): S162-S164.
15. Sullivan TC, Turpin DL, Artun J. A postretention study of patients presenting with a maxillary median diastema. *Angle Orthod.* 1996; 66 (2):131-8.
16. Surbeck BT, Artun J, Hawkins NR, Leroux B. Associations between initial, posttreatment, and postretention alignment of maxillary anterior teeth. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1998; 113: 186-195.

## Petites annonces

Recherche dentiste pour remplacement de congé de maternité : De mi-juin à décembre 2015, 11 heures/semaine, mardi de 14h00 à 19h00 et jeudi 13h30 à 17h00 et 17h30 à 20h00. Communiquer avec Lucie Pagé au 418-656-6018 poste 2 ou au 418-802-3519.

Recherche dentiste à pourcentage ou à loyer; possibilité d'association. Contactez D<sup>re</sup> Denise Sutzescu au : 418-650-9039.

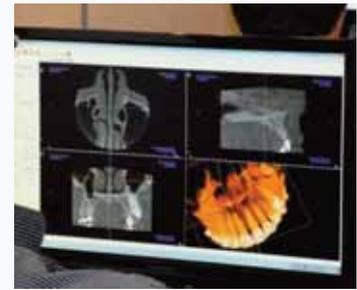
# La Société dentaire de Québec

vous invite à nous faire part de vos commentaires ou suggestions pouvant nous aider à améliorer le contenu de cette brochure.

Nous sommes à votre écoute!



La conférencière, D<sup>re</sup> Manon Paquette, D<sup>re</sup> Renée Gendron, présidente de la SDQ, en compagnie du D<sup>r</sup> Jean-Philippe Dion, organisateur de cette formation.



**FORMATION EN TOMODENSITOMÉTRIE**  
7-8-9 novembre 2014

Nous tenons à remercier la formidable commandite de TI technologies qui nous a fourni les ordinateurs sans frais durant toute la formation.



**CONFÉRENCE DU 14 NOVEMBRE 2014**

Nos deux conférencières, les docteurs Anne-Marie Barussaud et Renée Gendron, en compagnie de notre trésorier le docteur Jean Routhier



**RCR**  
DU 29 NOVEMBRE 2014



## SVP

Confirmez au moins deux semaines à l'avance votre présence afin de faciliter l'organisation des activités et nous aider à maintenir les faibles coûts.

## FÉVRIER

### Conférence SDQ

Vendredi 20 février 2015  
8h30 à 16h00

Les traitements orthodontie-chirurgie; évolution et impacts humains

D<sup>rs</sup> Louis Dorval, Luc Veilleux et Robert Paquin

Hôtel Plaza  
3031, boul. Laurier, Québec

Gratuit pour les dentistes membres de la SDQ  
Dentistes non membres : 165 \$  
Auxiliaires : 85 \$

## MARS

### Conférence SDQ

Judi 19 mars 2015  
17h30 à 21h00

Mieux connaître et gérer les vecteurs de transmission d'infections en cabinet dentaire  
D<sup>r</sup> Daniel Grenier

Hôtel Plaza  
3031, boul. Laurier, Québec

Gratuit pour les dentistes membres de la SDQ  
Dentistes non membres : 165 \$  
Auxiliaires : 85 \$

## AVRIL

### Conférence ODQ

Vendredi 24 avril 2015  
8h30 à 16h00

Dentisterie numérique  
D<sup>r</sup> Berge Wazirian

Hôtel Plaza  
3031, boul. Laurier, Québec

Gratuit pour les dentistes membres de la SDQ  
Dentistes non membres : 165 \$  
Auxiliaires : 85 \$

### PRODUIT :

PRODUIT DES VENTES	
Cotisations	105 268,80
Revenus - Non membres	21 985,00
Revenus de publicité	13 323,92
Revenus de publicité ODQ	-
Souper de clôture	(4 237,00)
Activité La Ferme	(2 516,14)
Activité sociale	3 675,00
Autres	
Remboursements	
VENTES NETTES	<u>137 499,58</u>
Autre produit	
Revenu d'intérêts	0,00
Produit divers	0,00
TOTAL - AUTRE PRODUIT	<u>0,00</u>
<b>TOTAL PRODUIT</b>	<b><u>137 499,58</u></b>

### CHARGES :

CHARGES SALARIALES	
Salaires	18 153,15
Charge de A-E	349,84
Charge du RQAP	144,63
Charge du RRC	-
Charge CSST	217,34
Charge du RRQ	756,08
Charge du FSSQ	499,49
Charge de CNT	15,60
Jour férié	508,00
Avantages sociaux	-
TOTAL DES CHARGES SALARIALES	<u>20 644,13</u>
FRAIS GÉNÉRAUX D'ADMINISTRATION	
Frais comptables & judiciaires	250,00
Frais de publicité	-
Frais de publicité ODQ	-
Frais pour le bulletin	13 659,04
Frais courrier & frais postaux	6 628,20
Frais Pay-Pal	2 241,24
Frais souper conférence	76 361,26
Frais de congrès	-
Frais du party de Noel	-
Frais de conférenciers	16 497,29
Frais de cadeaux et prix	625,69
Frais du C.A.	4 143,85
Frais de souper de clôture	200,00
Frais d'activités sociales	3 528,07
Frais d'intérêt & frais bancaires	-
Frais de fournitures de bureau	5 259,07
Assurances	-
Frais divers	-
Frais de loyer	4 554,72
Frais de télécommunication	9 878,84
Frais site Internet	-
TOTAL - FRAIS GÉNÉRAUX D'ADMINISTRATION	<u>143 827,27</u>
<b>TOTAL CHARGES</b>	<b><u>164 471,40</u></b>
<b>BÉNÉFICE NET</b>	<b><u>(26 971,82)</u></b>

# Parodontistes à Québec et maintenant à Lévis!



**Dr Marc André Bélanger**  
parodontiste

**Dre Anne-Sophie Villeneuve**  
parodontiste

**Dr Simon Lafrenière**  
parodontiste

- Traitements parodontaux
- Traitements muco-gingivaux
- Implantologie
- Radiographie 3D
- Service de sédation consciente intraveineuse

[www.parodontie.ca](http://www.parodontie.ca)



Centre de parodontie  
et d'implantologie de Québec  
Bélanger | Villeneuve | Lafrenière



À l'intersection du chemin Sainte-Foy et  
de l'autoroute Robert-Bourassa



(418) 659-7779



[cliniquedeparodontie@parodontie.ca](mailto:cliniquedeparodontie@parodontie.ca)



Centre de parodontie  
et d'implantologie de la Rive-Sud  
Bélanger | Villeneuve | Lafrenière



Au-dessus du restaurant Le Cosmos,  
annexé au Centre des Congrès de Lévis



(418) 603-3756



[levis@parodontie.ca](mailto:levis@parodontie.ca)

## STAGE AU GUATEMALA - ÉTÉ 2015

étudiants 3<sup>e</sup> année Faculté médecine dentaire



Recherche dons d'équipements non utilisés tels que  
Cavitrons, amalgamateurs, succions portables,  
lampes à photopolymériser, etc.

Point de contact : D<sup>r</sup> Gilbert Grenier, professeur  
responsable stages internationaux  
[gilbert.grenier@fmd.ulaval.ca](mailto:gilbert.grenier@fmd.ulaval.ca)



FINANCIÈRE DES  
PROFESSIONNELS

# UN VENT DE CHANGEMENT SOUFFLE SUR LA FINANCIÈRE

Nous avons bonifié notre offre de service  
et renouvelé notre identité à votre image :  
professionnelle et raffinée.

Nous faisons plus que de la gestion de patrimoine.  
Nous gérons les valeurs qui vous sont chères.

## GESTION DE VALEURS

**Apprenez-en plus : [fprofessionnels.com](http://fprofessionnels.com)**



ASSOCIATION DES  
CHIRURGIENS DENTISTES  
DU QUÉBEC

Actionnaire de Financière des professionnels  
depuis 1981.



Financière des professionnels inc. détient la propriété exclusive de Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. et de Financière des professionnels – Gestion privée inc. Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. est un gestionnaire de portefeuille et un gestionnaire de fonds d'investissement, qui gère les fonds de sa famille de fonds et offre des services-conseils en planification financière. Financière des professionnels – Gestion privée inc. est un courtier en placement, membre de l'Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières (OCRCVM) et du Fonds canadien de protection des épargnants (FCPE), qui offre des services de gestion de portefeuille.

# Salaire ou dividende : un choix complexe

## LE PRINCIPE D'INTÉGRATION

Un dentiste qui a une pratique incorporée a la possibilité de se rémunérer soit par un salaire, soit par un versement de dividende. Avant d'examiner les différences entre ces deux options, il est intéressant de mentionner que :

Il y a un principe en fiscalité qui veut qu'un particulier qui gagne un revenu par l'intermédiaire d'une société devrait se retrouver dans la même situation fiscale que s'il avait gagné directement le revenu.

Source :

<http://www.ey.com/CA/fr/Services/Tax/Questionsfiscales-Juillet2013-Le-point-sur-lintegration>

Or, dans son budget de mars 2013, le gouvernement fédéral a décidé de modifier l'imposition sur le dividende ordinaire en réduisant la majoration ainsi que le crédit d'impôt sur les dividendes ordinaires pour les dividendes versés à partir de 2014. Ce changement avait pour but d'assurer une intégration parfaite des revenus. Cependant, les spécialistes sont d'avis que les règles d'intégration étaient déjà respectées au Québec. Voici un tableau résumant ces changements.

	Revenu de la société en deça de 500 000 \$	Versement de dividende*	TOTAL	Taux d'imposition d'un particulier*	Écart
Impôt société et particulier (2013)	19%	38,54%	50,22%	49,97%	0,25%
Impôt société et particulier (2014)	19%	39,78%	51,22%	49,97%	1,25%

Tel que mentionné, nous pouvons remarquer que, au Québec, le principe d'intégration était déjà bien respecté avec un écart d'environ 0,25 %. Cependant, à la suite des changements au budget fédéral, l'écart est maintenant de 1,25 %. Il s'agit d'une augmentation réelle de 1 %, en considérant une rémunération sous forme de dividende.

## UN CHOIX DIFFICILE

En tenant compte de ces changements, il devient intéressant de se demander s'il ne serait pas plus intéressant de se verser une rémunération sous forme de salaire, plutôt que de dividende ?

À première vue, vous remarquerez un léger avantage pour la rémunération sous forme de dividende de 1 896 \$ (117 844 \$ - 115 948 \$). Il est cependant important de mesurer la valeur actuelle et future des charges sociales auxquelles vous contribuez lorsque la rémunération est basée sur le salaire.

Approche salaire		Approche dividende	
Revenu de la société	200 000 \$	Revenu de la société	200 000 \$
- salaire	191 593 \$	- salaire	- \$
- charges sociales	8 407 \$	- charges sociales	- \$
- impôt	- \$	- impôt	38 000 \$
= sommes disponibles pour dividendes	- \$	= sommes disponibles pour dividendes	162 000 \$
Revenu personnel (salaire)	191 593 \$	Revenu personnel (salaire)	162 000 \$
- charges sociales	3 022 \$	- charges sociales	1 000 \$
- impôts	72 624 \$	- impôts	43 156 \$
Revenu disponible	115 948 \$	Revenu disponible	117 844 \$

Par exemple, les montants versés à la Régie des rentes (RRQ) vous permettront de recevoir une rente de retraite. À titre informatif, la rente maximale pour une personne de 65 ans est de 12 780 \$ (2015). Cette rente est inexistante dans le cas d'une rémunération sous forme de dividende. Il est donc justifiable de se demander si la valeur globale de la rente n'est pas plus élevée que l'écart annuel de 1 896 \$ en faveur de la rémunération sous forme de dividende.

De plus, une rémunération sous forme de salaire permet de bénéficier d'une prestation lors d'un congé parental (RQAP) ou même de pouvoir bénéficier d'une déduction des frais de garde au fédéral, deux mesures auxquelles vous n'avez pas accès lorsque vous recevez un dividende.

## CONTRIBUTIONS AU REER

Un autre aspect déterminant à considérer est le fait que le salaire donne le droit de contribuer à un REER, alors que le dividende, non. L'avantage net entre épargner dans un REER ou par le biais d'un compte de compagnie n'est pas non plus tranché : dans certains cas, le REER sera à privilégier, alors que dans d'autres, ce sera l'inverse. C'est donc dire que la décision de se verser un salaire ou un dividende aura un impact à long terme, voire à très long terme, sur les finances d'un individu.

## UNE SOLUTION PERSONNALISÉE POUR CHACUN

Chaque situation est un cas d'espèce et c'est ce qui donne tout son sens à notre expertise de planificateur financier. Chacune doit être analysée pour trouver la meilleure stratégie. Souvent, le salaire est bénéfique jusqu'à un certain niveau et, par la suite, le dividende peut devenir plus intéressant.

Ce que vous devez garder en tête, c'est que, chez Financière des professionnels, nous avons des outils pour évaluer les différents scénarios qui peuvent se présenter et trouver la solution la plus avantageuse pour vous. N'hésitez pas à communiquer avec nous !

MATHIEU HUOT, M. FISC., PL. FIN.  
Fiscaliste et planificateur financier

# LA CLINIQUE DE LA MÂCHOIRE

Traitements spécifiques des dysfonctions de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)



Les troubles de l'ATM nécessitent une approche particulière. Julie Préfontaine, physiothérapeute, et son équipe détiennent une expertise spécialisée de la zone cervicale et crânienne. Ils utilisent des techniques spécifiques et efficaces qui permettent de soulager les douleurs et améliorer la fonction articulaire. Bénéficiez de cette expertise incomparable dans le domaine !

## PCN ST-SACREMENT

1000, chemin Sainte-Foy, bureau 412, Québec, QC G1S 2L6  
418-683-6715 • pcnstsacrement@pcnphysio.com • www.pcnphysio.com



## NOUVEAU SERVICE

Un tout nouveau service est offert dans nos locaux, l'évaluation diagnostique de l'apnée du sommeil. Notre équipe d'inhalothérapeutes spécialistes en sommeil installent un appareil simple que le patient apporte à son domicile. Par la suite, un pneumologue interprète les résultats pour donner un diagnostic et un plan de traitement par ventilateur à pression positive ou par orthèse d'avancée mandibulaire.

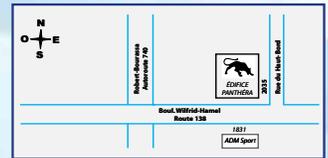


Dr Jacques Houde  
Bacc. Sc., D.M.D.



Polygraphie ambulatoire avec Alice-PDx de Philips

Vous pouvez nous référer directement vos patients ronfleurs qui désirent savoir si ils font de l'apnée du sommeil, la plupart des compagnies d'assurance couvrent ce test diagnostique.



Pour rendez-vous:

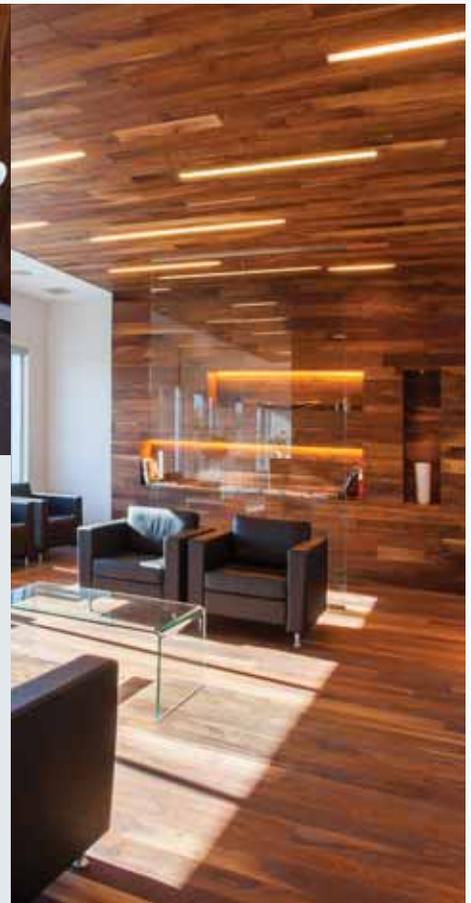
Tél: 418 266-6676

Adresse: 2035 du Haut-Bord, local 220, dans l'édifice PANTHERA

Courriel: admin@cliniquedusommeilnorm.com

## Daloro Rochette

DESIGN | GESTION | CONSTRUCTION



Fière partenaire de votre succès en 2015.

418 628-0600  
dalarorochette.com

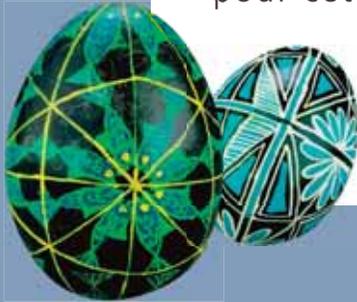
# URGENCE DE PÂQUES

info

## D<sup>r</sup> Steve Smith

sera disponible pour la période du  
**3 au 6 avril 2015** inclus.

Avis aux dentistes intéressés à référer leurs patients  
pour cette période seulement.



T. 418 838-9188

F. 418 838-2449



## CLINIQUE DE RÉHABILITATION PROSTHODONTIQUE DE QUÉBEC

Téléphone : 418 624-7333

[www.prosthodontie.ca](http://www.prosthodontie.ca)

### La clinique offre les services complets en prosthodontie

Réhabilitation Prosthodontique  
Prothèses Maxillo-Faciales et cas de Fentes Labio-Palatines  
Prothèses Complètes  
Prothèses Partielles Fixes et Amovibles  
Dentisterie Esthétique  
Prothèses Implanto-portées  
Technique All-on-4™  
Facettes et Incrustations  
Empreinte numérique iTero™



D<sup>r</sup> PHILIPPE GIRARD / D<sup>re</sup> MARIE-LOU LANDRY  
PROSTHODONTISTES

## MAILHOT ROULEAU

CPA - SENC

Pierre Mailhot, CPA auditeur, CA  
Nathaly Chabot, CPA auditeur, CA  
J.-Gabriel Drolet, CPA auditeur, CA

305, rue de l'Église  
Saint-Romuald (Québec)  
G6W 3H7

téléphone : (418) 839-8293  
Pierre poste 104  
Nathaly poste 205  
J.-Gabriel poste 206  
télécopieur : (418) 839-7156  
pmailhot@mrca.qc.ca  
nchabot@mrca.qc.ca  
jgdrolet@mrca.qc.ca

JACQUES  
CHÊNEVERT  
D.M.D., C.C.I.

418 564-4428

Services professionnels  
en toute confidentialité

- Démarchage
- Achat et vente
- Rapport d'évaluation
- « Coaching » réorganisationnel
- Lecture de documents
- Accompagnement dans les prises de décisions

### CONSULTANT DENTAIRE

Gestion J.A.C.K. 2000 inc.  
226, de la Chaudière, Lévis (Québec) G7A 2S5  
[jacques.chenevert@videotron.ca](mailto:jacques.chenevert@videotron.ca)

# l'articulé

février 2015

