

L'Articulé

Journal de la Société Dentaire de Québec



Sommaire

Février 2018

02 Mot de la présidente
par D^{re} Anne-Sophie Villeneuve

03 Rôle et efficacité de la physiothérapie
par M^{me} Julie Pelletier

08 Profession dentiste
par D^{re} Mélanie Gagnon

09 Calendrier des activités scientifiques
2018

12 Chronique Pratico-Pratique
par D^{res} Ryma Kabir, Julie St-Onge, Renée Gendron

15 L'incorporation : une valeur à considérer
par Financière des professionnels



3291, chemin Sainte-Foy, bureau 252
Québec (Québec) G1X 3V2
Téléphone : 418 656-6060
Télécopieur : 418 656-1939
Courriel : info@sdq.ca
Site internet : sdq.ca

Pour joindre le bureau de la Société Dentaire de Québec, vous pouvez contacter M^{me} Anna Bilodeau tous les jeudis, entre 9h et 12h.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Présidente
D^{re} ANNE-SOPHIE VILLENEUVE

Président sortant
D^r CARL BOUCHARD

Vice-président
D^r SIMON LAFRENIÈRE

Trésorerie
D^r JEAN ROUTHIER
D^r JULIEN MARCEAU

Secrétaire
D^{re} ANNE-SOPHIE VILLENEUVE

Activités scientifiques
D^r CARL BOUCHARD
D^r JEAN-PHILIPPE DION
D^{re} LISE MUNGER
D^r JULIEN MARCEAU

Activités sociales
D^r BENOIT SIMARD
D^{re} LISE MUNGER
D^{re} MÉLINDA PARIS

Bulletin
D^{re} RENÉE GENDRON
D^{re} KATIA SAVIGNAC
D^{re} ANNE-SOPHIE VILLENEUVE
D^{re} JULIE SYLVAIN
D^{re} MÉLINDA PARIS

Comité technologies
D^r SERGE-ALEXANDRE BELLAVANCE
D^r SIMON LAFRENIÈRE
D^r JEAN-PHILIPPE DION

Secrétaire administrative
M^{me} ANNA BILODEAU

CHERS MEMBRES

Je prends un moment en ce début d'année pour vous remercier. Depuis plusieurs années, nous ressentons votre dynamisme. Vous êtes toujours présents en grand nombre à chacune de nos conférences. L'intérêt que vous portez aux différents sujets abordés et aux activités proposées par notre comité scientifique et notre comité social justifie le dévouement des membres du C.A.

Nous formons une communauté ouverte au changement. Votre ouverture nous a permis de mettre sur pied une gestion simplifiée via notre site Internet. Nous vous remercions de nous avoir suivi dans cette aventure.

Chaque année, le C.A. reçoit des demandes de dentistes désirant s'impliquer au sein de notre Société Dentaire. Ces initiatives témoignent encore une fois du dynamisme de nos membres.

Encore une fois « MERCI »!

Je vous souhaite la santé et le succès tout au long de l'année 2018!



D^{re} Anne-Sophie Villeneuve
PRÉSIDENTE, SOCIÉTÉ DENTAIRE DE QUÉBEC

DÉMYSTIFIER LE RÔLE ET L'EFFICACITÉ DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DES DÉSORDRES TEMPORO-MANDIBULAIRES

par M^{me} Julie Pelletier

PHYSIOTHÉRAPEUTE, PDG DU GROUPE AXO PHYSIO

Le désordre temporo-mandibulaire (DTM) est un terme général regroupant les douleurs et pathologies en lien avec l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) et la musculature s'y rapportant. Cette symptomatologie a une prévalence très variable selon les auteurs, allant de 5 à 60 % de la population en raison des critères d'inclusion assez variables¹, mais toucherait pour la majorité les femmes âgées entre 20 et 40 ans². Les symptômes les plus souvent rapportés sont de la douleur à la région de l'articulation temporo-mandibulaire, des craquements, une déviation à l'ouverture ainsi qu'une sensation de raideur à l'ouverture de la bouche^{3,4,5}, mais la condition peut s'accompagner de douleurs au visage, à la tête, à l'oreille ou au cou. Selon Hara et al. (2016), il y aurait une corrélation rapportée entre les maux de tête et les DTM⁶. Voyons donc l'implication de la physiothérapie dans le traitement des DTM.

LES CAUSES DES DÉSORDRES TEMPORO-MANDIBULAIRES

Les causes des DTM sont multiples et les facteurs y contribuant le sont tout autant. Parmi les causes possibles, notons les étiologies articulaires, myofasciales, posturales, cervicales, crâniennes, dentaires, structurelles et psychologiques. On parle souvent de causes multifactorielles et de plus en plus, l'utilisation des modèles intégrant les facteurs biopsychosociaux est recommandée dans l'évaluation et le traitement des DTM, particulièrement avec les conditions chroniques².

Il peut parfois s'avérer nécessaire de référer les clients souffrant de DTM à d'autres professionnels. À ce sujet, une étude de Gauer et Semidey (2015) recommande une référence en chirurgie maxillo-faciale si le client a une histoire de traumatisme ou de fracture, de la douleur sévère, ou une DTM qui ne répond pas au traitement conventionnel⁷. Une autre étude de Toledo, Silvia et Salgado (2012) concluait de la grande importance du travail interdisciplinaire entre les physiothérapeutes et les dentistes dans le traitement des DTM⁸.

Plusieurs facteurs peuvent prédisposer une personne à développer une dysfonction temporo-mandibulaire et à rendre cette dysfonction symptomatique⁹. Ces facteurs incluent l'âge, la morphologie, le stress ou l'anxiété, les problèmes d'occlusion, une mauvaise posture, une hyperlaxité, les maladies rhumatismales, une surutilisation, de mauvaises habitudes (se ronger les ongles, fumer, grincer des dents, etc.) et les problèmes cervicaux. Par ailleurs, certains facteurs peuvent quant à eux précipiter l'apparition des symptômes associés aux DTM, tels que les traumatismes et les micro-traumatismes, la malocclusion, les dysfonctions crâniennes et cervicales.

UNE ARTICULATION COMPLEXE

L'articulation temporo-mandibulaire est une articulation très complexe⁹. La mandibule inférieure en forme de fer à cheval se termine de chaque côté du visage par un condyle qui s'articule dans l'os temporal. Cette particularité fait en sorte que le mouvement de l'une des articulations de la mâchoire est intimement lié au mouvement de l'autre articulation. De plus, l'articulation est divisée en deux sections par un disque articulaire, formé de fibrocartilage, qui change la mécanique de l'articulation et qui est souvent une cause de douleur et/ou de limitation. Les principaux muscles de la mastication sont le temporal, le masséter, le ptérygoidien médial et le ptérygoidien latéral. L'harmonie entre la tension, la force et le contrôle de ces muscles est essentielle à une mécanique adéquate de l'ATM.

RAISONS DE CONSULTATION EN PHYSIOTHÉRAPIE

La formation du physiothérapeute lui permet d'évaluer et de traiter les conditions neuro-musculo-squelettiques de tout le corps humain. Cependant, la complexité de l'ATM, nécessitant une connaissance approfondie de toutes les sphères qui influencent cette articulation, a fait naître des formations plus avancées permettant de mieux la comprendre et d'intervenir adéquatement dans le traitement des DTM.

Le physiothérapeute peut donc intervenir dans le traitement d'une DTM associée à une hypomobilité, à une hypermobilité, à une condition systémique (arthrite), à des séquelles postfractures ou postchirurgie, à de l'arthrose, et plus encore. Parmi les raisons de consultation les plus fréquentes en physiothérapie, il y a notamment les dérangements internes, ou plus spécifiquement la luxation discale, qui peut être soit réductible ou non réductible.

On parle d'une luxation discale lorsque la relation entre le disque et la surface articulaire du condyle mandibulaire est perturbée; ceci fait en sorte que le disque est antériorisé par rapport au condyle, et parfois aussi médialisé ou latéralisé. De ce fait, lorsque la bouche s'ouvre, il y a alors une restriction du mouvement qui fait dévier la mandibule ou même bloquer son déplacement antérieur et donc, son ouverture complète.

La plupart du temps, les premiers symptômes de déplacement antérieur du disque sont l'apparition d'un craquement à l'ouverture et/ou aux déviations latérales. Lorsque la condition se détériore, il y a généralement une apparition de douleur et de restriction de



DÉMYSTIFIER LE RÔLE ET L'EFFICACITÉ DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DES DÉSORDRES TEMPORO-MANDIBULAIRES

par M^{me} Julie Pelletier

PHYSIOTHÉRAPEUTE, PDG DU GROUPE AXO PHYSIO

mouvement. L'apparition d'épisodes de blocages temporaires (difficulté à ouvrir la bouche) évoluant vers un blocage permanent est un processus souvent décrit par les clients. Il arrive cependant que la personne puisse avoir un épisode de blocage soudain sans avoir eu de craquements ou d'antécédent de blocage temporaire.

Voici une liste non exhaustive des principales raisons qui causent un déplacement antérieur du disque : un muscle ptérygoïdien latéral hypertonique, l'étirement des tissus rétro-discaux (lamelles postérieures), l'hypertonie des autres muscles de l'ATM (réduisant l'espace articulaire et poussant le disque en antérieur), une malocclusion dentaire, une asymétrie osseuse structurelle ou une dysfonction de la mécanique crânienne, une dysfonction cervicale ayant un impact sur la musculature de l'ATM et sur la position du condyle, un port de tête antérieur, un trauma direct ou indirect ou encore un microtrauma.

La présentation clinique habituelle des différents cas de luxation discale ressemble à ceci :

• Signes et symptômes cliniques du déplacement discal réductible :

- Craquement à l'ouverture et à la fermeture (lorsque le condyle se relocalise sous le disque).
- Déviation en C ou S, avec ou sans limitation à l'ouverture.
- Pas de limitation du glissement antérieur ipsilatéral.
- Douleur ipsilatérale et/ou contralatérale possible.
- Blocage intermittent possible.

• Signes et symptômes cliniques du déplacement discal non réductible :

- Diminution d'amplitude d'ouverture (en aigu).
- Possibilité de ne pas avoir de limitation en phase chronique.
- Histoire antérieure de « clic » ou de craquement/plus de craquement depuis le blocage.
- Limitation du glissement antérieur ipsilatérale et de la déviation latérale contralatérale.
- Déviation latérale ipsilatérale lors de l'ouverture.
- Trauma ou microtrauma.

MÉTHODES DE TRAITEMENT EN PHYSIOTHÉRAPIE

Les approches récentes d'intervention préconisées dans le traitement des DTM tendent à combiner les modalités visant la diminution des symptômes (diminuer la douleur, améliorer la mobilité, diminuer les tensions musculaires et relocaliser le disque) aux interventions ciblant les causes ou les facteurs de risque (parafunctions, dyspraxie, obstruction nasale, troubles posturaux)⁹. C'est pourquoi un travail en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé tels que les dentistes, les chirurgiens maxillo-faciaux, les ORL et les orthophonistes est essentiel afin d'atteindre une récupération optimale.

La prise en charge des traitements des DTM par le physiothérapeute inclut différentes interventions qui seront adaptées en fonction de l'irritabilité de la condition. On retrouve notamment la thérapie manuelle (mobilisations articulaires), les manœuvres de détente des tissus mous, les aiguilles sous le derme (puncture physiothérapique avec aiguilles sèches), les exercices thérapeutiques, les enseignements et conseils, les modalités électro-thérapeutiques, les interventions cervicales, la rééducation posturale et la rééducation du mouvement de l'ATM (équilibre musculaire et articulaire).

LES MOBILISATIONS ARTICULAIRES

La thérapie manuelle incluant les mobilisations articulaires est l'une des interventions les plus utilisées en physiothérapie. Ces mobilisations visent à diminuer la douleur, à améliorer la mobilité, à diminuer les spasmes musculaires et à améliorer la fonction. On utilise entre autres des tractions et des glissements articulaires dans différentes directions et à différents degrés d'ouverture de la bouche, selon des grades ou une force variant avec l'irritabilité et les réponses obtenues. Les mesures d'amplitudes et la cotation de la douleur nous permettent de confirmer l'efficacité de la technique et d'ajuster celle-ci en fonction du résultat obtenu²⁴.

LES MANŒUVRES DE RELÂCHEMENT DES TISSUS MOUS (MUSCLES ET FASCIAS)

Parmi les techniques de relaxation musculaire et fasciale, on retrouve les *trigger points*, les frictions transverses, les étirements, les massages et les techniques de mobilisation myofasciale. Bien que peu d'études démontrent l'efficacité de ces techniques utilisées de façon isolée dans le traitement des DTM (la plupart des études utilisent des approches multimodales), certaines études démontrent leur efficacité dans le traitement d'autres conditions musculo-squelettiques²⁴.

DÉMYSTIFIER LE RÔLE ET L'EFFICACITÉ DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DES DÉSORDRES TEMPORO-MANDIBULAIRES

par M^{me} Julie Pelletier

PHYSIOTHÉRAPEUTE, PDG DU GROUPE AXO PHYSIO

De plus, malgré que certains intervenants étaient septiques quant à la possibilité d'atteindre le muscle ptérygoïdien latéral, une étude démontre la palpabilité de celui-ci¹⁷. Une autre façon de détendre la musculature et ainsi réduire les symptômes est l'utilisation des aiguilles sous le derme (puncture physiothérapeutique avec aiguille sèche) qu'offre maintenant certains physiothérapeutes ayant suivi la formation nécessaire pour utiliser cette approche. La revue de littérature de Cho et Whang en 2010²⁵ démontre d'ailleurs une évidence modérée que l'acupuncture aide à la réduction des symptômes des DTM.

LES EXERCICES THÉRAPEUTIQUES

Il existe plusieurs approches d'exercices thérapeutiques pour traiter les DTM, dont deux plus connues et régulièrement utilisées, soit celle de Rocabado (programme 6x6)²¹ et celle de Kraus¹⁴. Cependant, aucune étude n'a clairement démontré quels exercices seraient les plus efficaces pour traiter ces dysfonctions. Les recommandations tendent toutefois à aller vers un choix d'exercices personnalisés en fonction de la condition spécifique et individuelle plutôt qu'une « recette » qui s'appliquerait à tous les cas, et qui peut être adaptée en fonction des résultats.

LES CONSEILS ET L'ENSEIGNEMENT

Les interventions auprès de notre client ne sauraient être efficaces sans les conseils de base pour éviter l'aggravation des symptômes et maintenir les gains acquis en traitement. Le physiothérapeute offrira ainsi des conseils pour diminuer les stress mécaniques sur l'ATM, des conseils concernant la gestion de la douleur, du stress et de l'anxiété, ainsi que des enseignements portant sur l'importance d'adopter une bonne posture et de diminuer les para-fonctions de l'ATM. De plus, l'enseignement des mouvements adéquats de la mâchoire fait également partie intégrante du travail du physiothérapeute qui traite les DTM.

LES MODALITÉS ÉLECTROPHYSIQUES

Les stimulations électriques telles que le TENS (stimulation électrique transcutanée) ou les courants interférentiels servent à diminuer les symptômes douloureux à court terme et ainsi aider à gagner de l'amplitude. Ils sont utiles principalement pour les conditions plus irritables. Le *biofeedback* tend à aider à diminuer l'activité musculaire qui est souvent en cause dans les DTM. Les autres modalités telles que les ultrasons et l'iontophorèse n'ont pour l'instant que peu d'évidence scientifique dans le traitement des DTM et sont par conséquent peu utilisées pour ce type de condition.

LES INTERVENTIONS AU NIVEAU DE LA COLONNE CERVICALE

Plusieurs études tendent à démontrer l'importance de rétablir une bonne mobilité et un bon équilibre musculaire de la colonne cervicale afin d'obtenir des résultats optimaux et de ne pas limiter le potentiel de réadaptation des DTM. Le but des interventions sera de retrouver une bonne mobilité articulaire, de diminuer les tensions musculaires excessives et de rétablir un patron de mouvement adéquat ainsi qu'une posture satisfaisante.

Dans l'article de Stanko, Holly et Halmova (2017)¹⁵, il est mentionné que la combinaison des interventions de la colonne cervicale et du système myofascial entourant les muscles masticateurs est plus efficace dans la diminution des symptômes de douleur que ces thérapies appliquées de façon individuelle.

De plus, selon Armijo et Magee (2013), il y a une très grande corrélation entre les dysfonctions de la colonne cervicale et les désordres temporo-mandibulaires et ils soulignent l'importance de corriger les dysfonctions à ce niveau pour être plus efficace dans le traitement des DTM²².

05

 HENRY SCHEIN® 

*Votre partenaire de confiance
pour le développement et la
croissance de votre entreprise!*

technologie



équipement



développement
des affaires



marchandise



www.henryschein.ca
1 800 668-5558

Fiez-vous sur nous

DÉMYSTIFIER LE RÔLE ET L'EFFICACITÉ DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DES DÉSORDRES TEMPORO-MANDIBULAIRES

par M^{me} Julie Pelletier

PHYSIOTHÉRAPEUTE, PDG DU GROUPE AXO PHYSIO

EFFICACITÉ DES SOINS DE PHYSIOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DES DTM

Plusieurs études ont démontré l'efficacité des soins de physiothérapie dans le traitement des DTM^{12,13,14,19} et plus particulièrement dans la récupération de l'amplitude et la réduction de l'ankylose¹⁶. Selon une revue systématique de Paco, Peleteiro, Duarte et Pinho (2016) concernant l'efficacité de la physiothérapie dans le traitement des désordres temporo-mandibulaires, la physiothérapie tend à diminuer la douleur et à améliorer les amplitudes¹⁰. Une autre étude de Jiang¹ et al. (2016), conclut que les techniques de mobilisation de la mandibule, combinées à des exercices et au port d'une plaque occlusale, sont utiles dans le traitement des déplacements de disques¹¹.

CONCLUSION

La physiothérapie est donc une approche à préconiser dans le traitement des dysfonctions temporo-mandibulaires. Cependant, la nature complexe de l'ATM fait que le travail interdisciplinaire avec les intervenants en médecine dentaire est essentiel afin d'atteindre des résultats optimaux pour l'ensemble de nos clients.

RÉFÉRENCES :

1. Al-Jundi MA, John MT, Setz JM, Szentpétery A, Kuss O. Meta-analysis of treatment need for temporomandibular disorders in adult nonpatients. *J Orofac Pain*. 2008;22:97–107. [PubMed].
2. Thomas List, Rigmor Højland Jensen Temporomandibular disorders: Old ideas and new concepts. First Published January 9, 2017 Review Article.
3. Sidebottom A, Shahme F, Cascarini L. Current management of temporomandibular joint (TMJ) disease. *J Arthritis*. 2014;3:138.
4. Gonçalves DA, Dal Fabbro AL, Campos JA, Bigal ME, Speciali JG. Symptoms of temporomandibular disorders in the population: An epidemiological study. *J Orofac Pain*. 2010;24:270–8.
5. Ryalat S, Baqain ZH, Amin WM, Sawair F, Samara O, Badran DH. Prevalence of temporomandibular joint disorders among students of the university of Jordan. *J Clin Med Res*. 2009;1:158–64.

6. Hara K1, Shinozaki T, Okada-Ogawa A, Matsukawa Y, Dezawa K, Nakaya Y, Chen JY, Noma N, Oka S, Iwata K, Imamura Y. Headache attributed to temporomandibular disorders and masticatory myofascial pain. *J Oral Sci*. 2016;58(2):195-204. doi: 10.2334/josn.15-0491.
7. Gauer RL1, Semidey MJ1. Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. *Am Fam Physician*. 2015 Mar 15;91(6):378-86.
8. de Toledo EG Jr1, Silva DP, de Toledo JA, Salgado IO. The interrelationship between dentistry and physiotherapy in the treatment of temporomandibular disorders. *J Contemp Dent Pract*. 2012 Sep 1;13(5):579-83.
9. Shaffer SM1, Brismée JM1, Sizer PS1, Courtney CA2. Temporomandibular disorders. Part 1: anatomy and examination/diagnosis. *J Man Manip Ther*. 2014 Feb;22(1):2-12. doi: 10.1179/2042618613Y.0000000060.
10. Paço M, Peleteiro B, Duarte J, Pinho T. The Effectiveness of Physiotherapy in the Management of Temporomandibular Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Oral Facial Pain Headache*. Summer 2016;30(3):210-20. doi: 10.11607/ofph.1661.
11. Jiang X¹, Fan S, Cai B, Fang ZY, Xu LL, Liu LK..[Mandibular manipulation technique followed by exercise therapy and occlusal splint for treatment of acute anterior TMJ disk displacement without reduction]. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue*. 2016 Oct;25(5):570-573.
12. Tuncer AB1, Ergun N, Tuncer AH, Karahan S. Effectiveness of manual therapy and home physical therapy in patients with temporomandibular disorders: A randomized controlled trial.
13. Wieckiewicz M¹, Boening K², Wiland P³, Shiao YY⁴, Paradowska-Stolarz A⁵. Reported concepts for the treatment modalities and pain management of temporomandibular disorders. *J Headache Pain*. 2015;16:106. doi: 10.1186/s10194-015-0586-5. Epub 2015 Dec 7.
14. Kraus SL¹. Characteristics of 511 patients with temporomandibular disorders referred for physical therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2014 Oct;118(4):432-9. doi: 10.1016/j.oooo.2014.06.005. Epub 2014 Jul 2.

DÉMYSTIFIER LE RÔLE ET L'EFFICACITÉ DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DES DÉSORDRES TEMPORO-MANDIBULAIRES

par M^{me} Julie Pelletier

PHYSIOTHÉRAPEUTE, PDG DU GROUPE AXO PHYSIO

15. K. Halmova, D. Holly, P. Stanko. The influence of cranio-cervical rehabilitation in patients with myofascial temporomandibular pain disorders. Bratislava Medical Journal Vol.118, No.11, p.710-713, 2017.
16. Thomas List, Rigmor Højland Jensen. Temporomandibular disorders: Old ideas and new concepts. First Published January 9, 2017 Review Article.
17. Stelzenmueller W1, Umstadt H2, Weber D3, Goenner-Oezkan V4, Kopp S5, Lisson J6. Evidence - The intraoral palpability of the lateral pterygoid muscle - A prospective study. Ann Anat. 2016 Jul;206:89-95. doi: 10.1016/j.aanat.2015.10.006. Epub 2015 Dec 17.
18. Robert J. van Grootel,¹ Rob Buchner,² Daniël Wismeijer,³ and Hilbert W. van der Glas^{4,5}. Towards an optimal therapy strategy for myogenous TMD, physiotherapy compared with occlusal splint therapy in an RCT with therapy-and-patient-specific treatment durations. BMC Musculoskelet Disord. 2017 Feb 10;18(1):76. doi: 10.1186/s12891-017-1404-9.
19. Steven Kraus , PT & Janey Prodoehl , PT, PhD. Outcomes and patient satisfaction following individualized physical therapy treatment for patients diagnosed with temporomandibular disc displacement without reduction with limited opening: A cross-sectional study. Physical Therapy Pages 1-8 | Published online: 04 Oct 2017.
20. Breton-Torres S, Trichot B, Yachouha P, Jammata. Dysfonction de l'appareil manducateur : approches rééducatrice et posturale. Temporomandibular joint disorders: Physiotherapy and postural approaches. Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale; Volume 117, Issue 4, September 2016, Pages 217-222.
21. Rocabado M, Iglarsh ZA. Musculoskeletal approach to maxillofacial pain Philadelphia, PA: JB Lippincott; 1991. p. 187-92.
22. Armijo-Olivo S1, Magee D2. Cervical musculoskeletal impairments and temporomandibular disorders. J Oral Maxillofac Res. 2013 Jan 1;3(4):e4. doi: 10.5037/jomr.2012.3404. eCollection 2013.
23. Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. [Physical therapy for temporomandibular joint anterior disc displacement without reduction]. 2017 Mar 9;52(3):166-170. doi: 10.3760/cma.j.issn.1002-0098.2017.03.008.
24. Stephen M Shaffer,¹ Jean-Michel Brismée,¹ Phillip S Sizer,¹ and Carol A Courtney². Temporomandibular disorders. Part 2: conservative management. J Man Manip Ther. 2014 Feb; 22(1): 13-23. doi: 10.1179/2042618613Y.0000000061.
25. Cho SH¹, Whang WW. Acupuncture for temporomandibular disorders: a systematic review. J Orofac Pain. 2010 Spring;24(2):152-62.

ÉVALUATION EN SOMMEIL

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

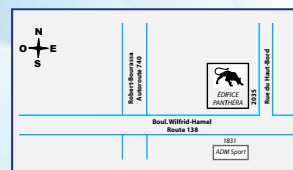


Dr Jacques Houde
B.Sc., M.D.



Polygraphie cardio-respiratoire du sommeil à domicile avec Alice-PDx de Philips

Veuillez prendre note que vous devez fournir à votre patient une prescription mentionnant que c'est pour rencontrer un pneumologue en sommeil avec notre équipe d'inhalothérapeutes.



Pour rendez-vous:

Tél: 418 266-6676

Courriel: admin@cliniqueos.com

Adresse: 2035 du Haut-Bord, bureau 220, G1N4R7 dans l'édifice PANTHERA

LE DENTISTE GÉNÉRALISTE : ACTEUR PRIMORDIAL DE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DES AÎNÉS

par D^{re} Mélanie Gagnon, DMD

DENTISTE GÉNÉRALISTE AYANT COMPLÉTÉ UNE FORMATION SPÉCIALISÉE EN GÉRODONTOLOGIE

Le vieillissement de la population est un phénomène démographique connu qui mérite qu'on y porte une attention particulière. Ce phénomène est entre autre explicable par l'avancée en âge des *baby-boomers*, dont la proportion augmentera au cours des prochaines années jusqu'à atteindre 25 % de la population québécoise en 2031. Bien que la majorité des personnes âgées demeure à domicile, la proportion d'entre elles résidant en centre d'hébergement augmente avec l'âge et les incapacités fonctionnelles qui s'accumulent.⁽¹⁾ En effet, les résidents de centres d'hébergement présentent souvent plusieurs comorbidités, des listes de médicaments très longues et la moitié d'entre eux présente un déficit cognitif.⁽²⁾ Il a été démontré que la majorité des patients en centre d'hébergement public au Québec doit être transférée en clinique dentaire privée afin de recevoir des soins buccodentaires lorsque le besoin est présent.⁽³⁾ Ainsi, bien que la clinique dentaire privée ne soit pas l'endroit idéal pour traiter des patients en perte d'autonomie ayant une coopération limitée, les dentistes généralistes sont

actuellement les acteurs principaux dans le maintien de la santé buccodentaire de leurs patients vieillissants. Ils ne doivent pas négliger le rôle primordial qu'ils jouent dans la qualité de vie et la santé générale de leurs patients âgés. En effet, les conséquences d'un mauvais état buccodentaire sont d'autant plus importantes chez les aînés fragiles; douleur, agitation, confusion, malnutrition, troubles d'élocution, de mastication, d'estime de soi, etc.⁽⁴⁻⁵⁾ Considérant que la proportion de personnes âgées est appelée à augmenter au cours des prochaines années, les dentistes généralistes doivent se former adéquatement afin de connaître les impacts du vieillissement sur la santé buccodentaire et la santé générale et être à l'aise de traiter des patients médicalement compromis ou cognitivement déficients. Ils seront ainsi en mesure d'adapter leur plan de traitement en fonction des besoins particuliers de cette population afin que leurs patients vieillissants profitent d'une bonne santé buccodentaire jusqu'à leurs derniers jours.

08

RÉFÉRENCES :

- (1) Le bilan démographique du Québec. Édition 2015 - bilan2015.pdf [En ligne]. Adresse URL : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2015.pdf>.
- (2) CORBEIL P., BRODEUR J.-M., ARPIN S., AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE, AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX MONTÉRÉGIE & DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. *Étude exploratoire des problèmes de santé buccodentaire des personnes âgées hébergées en CHSLD en Montérégie, à Montréal et à Québec* [En ligne]. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2006. Adresse URL : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/67447>.
- (3) GAGNON M. *L'évaluation de l'offre et de l'accès aux soins buccodentaires fournis aux personnes âgées du Québec et du Canada qui résident dans les établissements de soins de longue durée publics*.
- (4) Centre d'excellence pour la santé buccodentaire et le vieillissement - brochure-mandat-et-mecanisme.pdf [En ligne]. Adresse URL : <http://www.cesbv.ulaval.ca/files/516bf731632e669645b416e42b6f50df/brochure-mandat-et-mecanisme.pdf>.
- (5) PETERSEN P. E., BOURGEOIS D., OGAWA H., ESTUPINAN-DAY S. & NDIAYE C. « The global burden of oral diseases and risks to oral health ». *Bulletin of the World Health Organization* (2005). Vol. 83, n°9, p. 661-669. Identifiant DOI : /S0042-96862005000900011.

ACTIVITÉ SCIENTIFIQUE

Notre conférencier,
monsieur Stéphane Simard,
lors de la conférence « Leadership & Influence »
tenue le 16 novembre dernier à l'Hôtel Plaza.



Conférence SDQ

Vendredi 23 février 2018

L'occlusion et la réhabilitation prosthodontique :
une alliance compliquée ?

Docteurs Yves Gagnon et Nicholas Audy

Hôtel Plaza

3031, boul. Laurier, Québec

8h30 à 16h00

Dentistes membres SDQ : Gratuit

Dentistes non membres : 210,00 \$

Auxiliaires : 100,00 \$

MARS 2018

Conférence ACDQ

Vendredi 9 mars 2018

La gestion des ressources humaines : un facteur clé
pour la réussite de votre cabinet

Madame Stéphanie Boucher

Hôtel Plaza

3031, boul. Laurier, Québec

8h30 à 16h00

Dentistes membres SDQ : Gratuit

Dentistes non membres : 210,00 \$

Auxiliaires : 100,00 \$

Conférence SDQ

Jedi 22 mars 2018

Odontologie judiciaire

Docteure Corinne D'Anjou

Hôtel Plaza

3031, boul. Laurier, Québec

17h30 à 21h00

Dentistes membres SDQ : Gratuit

Dentistes non membres : 210,00 \$

Auxiliaires : 100,00 \$

AVRIL 2018

Conférence SDQ

Samedi 14 avril 2018

Panel sur l'apnée du sommeil

Différents spécialistes :

- Maxillo
- ORL
- Dentiste
- Orthodontiste
- Pneumologue

Hôtel Plaza

3031, boul. Laurier, Québec

8h30 à 16h00

Dentistes membres SDQ : Gratuit

Dentistes non membres : 210,00 \$

Auxiliaires : 100,00 \$

Venez assister à ce panel des
plus intéressants sur l'apnée
du sommeil.

Nous vous attendons en grand
nombre!

Le comité scientifique

SVP

Veuillez confirmer à l'avance
votre présence afin de faciliter
l'organisation des activités
et nous aider à maintenir les
faibles coûts.

DALARO
DESIGN ARCHITECTURAL

418.871.2828
info@dalaro.ca
dalaro.ca



ORTHODONTISTES QUÉBEC DORVAL ET VEILLEUX

ROCHETTE
GESTION DE PROJET | CONSTRUCTION

418.842.9292
rochette@constructionrochette.com
constructionrochette.com
RBQ:1636-0406-57



CLINIQUE DENTAIRE DES CHUTES

Fiers partenaires
de votre succès!



MAXILLO | QUÉBEC (LÉVIS)

10



un éventail de services

Forte de son équipe de 10 spécialistes et de ses deux cliniques ultra-modernes, Maxillo|Québec offre à vos patients un éventail de services.

De l'intervention la plus simple à la plus complexe, Maxillo|Québec est la référence pour collaborer promptement avec vous et vos patients.

- Extractions
- Chirurgies implantaires
- Plusieurs modalités d'anesthésie et de sédation
- Chirurgie orthognathique
- Blessures iatrogéniques du trijumeau
- Traumatismes du visage
- Infections oro-faciales
- DTM et douleurs faciales
- Fentes labio-palatines et malformations faciales congénitales
- Pathologies de la bouche et des maxillaires
- Interventions cosmétiques faciales
- Apnée obstructive du sommeil

la différence
Maxillo|Québec

chirurgie buccale et maxillo-faciale

1125, boul. Lebourgneuf, bureau 200
Québec (Québec) G2K 0J2

1200, boul. Guillaume-Couture, bureau 302
Lévis (Québec) G6W 5M6

T 418.624.0088 W www.maxilloquebec.com

MALLETTE

Société de
comptables professionnels agréés

501-1200 boulevard Guillaume-Couture
Lévis QC G6W 5M6

418 839-7531

mallette.ca



Pierre Mailhot

CPA auditeur, CA
@ pierre.mailhot@mallette.ca

Nathaly Chabot

CPA auditrice, CA
@ nathaly.chabot@mallette.ca

Jean-Gabriel Drolet

CPA auditeur, CA
@ jean-gabriel.drolet@mallette.ca

VOS COMMENTAIRES SONT APPRÉCIÉS
N'HÉSITEZ PAS À NOUS EN FAIRE PART

LA SOCIÉTÉ DENTAIRE DE QUÉBEC



BABIN CONSULTANTS
Service d'évaluation d'entreprise

Ariane Babin D.M.D., M.B.A.
Candidate au titre E.E.E.

UNE ÉQUIPE PROFESSIONNELLE À VOTRE SERVICE

**SERVICE D'ÉVALUATION D'ENTREPRISE
SPÉCIALISÉ POUR LES CLINIQUES DENTAIRES**

*Surveillez notre page Facebook pour connaître nos prochaines
conférences afin de bien préparer la vente de votre cabinet!*

**T 581 307-0650 • info@babinconsultants.com
BABINCONSULTANTS.COM**

11



URGENCE DE PÂQUES info

Dr Steve Smith

sera disponible pour la période
du **30 mars au 02 avril 2018** inclus.

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

Joyeuses Pâques!

Tél.: 418 838-9188

Fax: 418 838-2449

**PROCHAINE
GARDE**

PÉRIODE ESTIVALE dates à confirmer dans le bulletin de mai

PETITE ANNONCE

Panorex à vendre

Ortophos+ Siemens 1991, avec capteur Schick 1pan, donc numérique, 5000 \$, disponible maintenant, clinique dentaire Ville de Québec

Pour infos : gcote@cote-beauregard.com

CHRONIQUE PRATICO-PRATIQUE

Diagnostic et gestion des atteintes de furcation

D^{re} RYMA KABIR, RÉSIDENTE EN PARODONTIE, UNIVERSITÉ LAVAL

D^{re} JULIE ST-ONGE, RÉSIDENTE EN PARODONTIE, UNIVERSITÉ LAVAL

D^{re} RENÉE GENDRON, PARODONTISTE

La progression de la maladie parodontale au niveau des dents multiradiculées peut entraîner une perte osseuse dans la région où les racines divergent, c'est-à-dire la furcation. Les atteintes de furcation représentent un défi dans le traitement des maladies parodontales, puisque ces défauts sont associés à un risque de la progression future de la maladie. Cela dit, il est important de les diagnostiquer rapidement afin de déterminer la prise en charge adéquate et ainsi limiter la progression de la perte d'attache.¹

MORPHOLOGIE RADICULAIRE

Bien souvent, les atteintes de furcation sont associées à une diminution de l'efficacité des thérapies parodontales.¹ En effet, la morphologie radiculaire des molaires complexifie l'instrumentation mécanique, puisque la dimension de l'entrée des furcations est de $\leq 0,75$ mm dans 58 % des cas, ce qui représente une largeur moindre que la majorité des curettes utilisées pour la thérapie parodontale.² De plus, il ne faut pas négliger la présence de concavités radiculaires qui peuvent tout autant compliquer l'instrumentation. Par exemple, les premières molaires mandibulaires présentent dans 100 % des cas une concavité radiculaire au niveau de la racine mésiale et dans 99 % des cas au niveau de la racine distale.³

CLASSIFICATION

La classification de Hamp et de ses collaborateurs⁴ est la plus utilisée en clinique, mais également dans les études. Cette classification décrit la destruction parodontale horizontale au niveau des furcations (Tableau I).

Tableau I : Classification de Hamp et coll., 1975⁴

Classe	Définition
I	Perte parodontale horizontale ≤ 3 mm
II	Perte parodontale horizontale > 3 mm
III	Destruction des tissus parodontaux de « bord-en-bord » de la furcation

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des atteintes de furcation s'effectue cliniquement et radiologiquement.⁵ Pour le diagnostic clinique, il est important d'utiliser une sonde courbée, mieux connue sous le nom de la sonde Nabers (Figure 1), puisque l'utilisation d'une sonde parodontale droite sous-estime la

détection d'une atteinte de furcation.⁶ Il est d'ailleurs intéressant de noter que les atteintes de furcation de classe III sont seulement détectées dans 32 % des cas par un sondage clinique.⁷ Le diagnostic radiologique s'effectue, quant à lui, avec une radiographie périapicale.¹ L'apparence radiologique d'une atteinte de furcation au niveau des molaires maxillaires est décrite comme étant une « flèche de furcation » (Figure 2). Ces flèches de furcation, lorsqu'elles sont présentes sur les radiographies, permettent de prédire une atteinte de furcation clinique dans environ 70 % des cas. Cependant, lorsqu'une atteinte de furcation est réellement présente, elle est détectée au niveau de la radiographie dans moins de 40 % des cas. Ceci suggère un usage seul limité des flèches de furcation dans le diagnostic des atteintes de furcations.⁸

TRAITEMENTS

La prise en charge des atteintes de furcation est influencée par le degré de perte d'attache, mais dépend également de plusieurs facteurs anatomiques locaux, tels que la longueur du tronc radiculaire, la divergence radiculaire, la hauteur osseuse interproximale, ainsi que la localisation du défaut.⁹ Par exemple, certains traitements ne sont pas indiqués en présence d'un faible espace interradiculaire. Le clinicien se doit donc de faire une analyse adéquate de la situation clinique afin de sélectionner le meilleur traitement possible (Tableau II).

PRONOSTIC

Il a été démontré que la thérapie parodontale, en plus d'une hygiène adéquate et des suivis réguliers, permet de stabiliser la condition parodontale au niveau de la zone de la furcation sur une période de 5 ans.⁴ Les molaires avec une atteinte de furcation, même celle de classe III, répondent bien à la thérapie parodontale. En effet, seulement 30 % de ces molaires atteintes sévèrement ont été perdues sur une période de 5 à 15 ans.¹¹

CONCLUSION

Pour conclure, les atteintes de furcation représentent un défi dans la prise en charge parodontale. Cependant, avec un diagnostic adéquat, un plan de traitement adapté à la situation clinique, ainsi qu'une phase de maintien rigoureuse, il est possible d'obtenir de bons résultats à long terme.

Tableau I : Différents traitements selon la situation clinique (Adapté de DeSanctis et Murphy, 2000)⁹

Traitements	Perte d'attache horizontale	Perte d'attache verticale	Divergence radiculaire	Longueur du tronc radiculaire	Position de la furcation par rapport à la hauteur osseuse interproximale	Arcade dentaire de préférence
Surfaçage	Classe I (minimale)	Minimale	Non significative	Modéré	Non significative	Maxillaire / mandibule
Régénération tissulaire guidée*	Classe II ou moins	Modérée	Faible à modérée	Long (> 4 mm)	Os interproximal haut	Mandibule (surface buccale)
Réssection ou séparation radiculaire*	Classe II ou III	Modérée	Bien évidente	Court à modéré	Même hauteur	Maxillaire
Tunnelisation †	Classe III	Modérée	Bien évidente	Court	Même hauteur	Mandibule

+ Procédure chirurgicale qui tente de régénérer la structure parodontale perdue¹⁰

* Retrait chirurgical d'une racine ou séparation chirurgicale des racines¹⁰

† Procédure chirurgicale qui consiste à exposer complètement la furcation afin de créer un « tunnel » permettant de faciliter l'accès pour le nettoyage¹⁰

Figure 1. Sonde Nabers

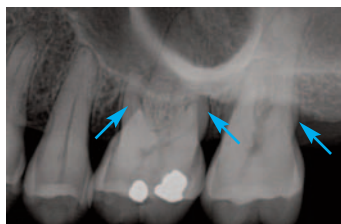


Figure 2. Flèches de furcation

Bibliographie

1. Sanz M, Jepsen K, Eickholz P, Jepsen S. Clinical concepts for regenerative therapy in furcations. *Periodontol* 2000. 2015 Jun;68(1):308–32.
2. Bower RC. Furcation morphology relative to periodontal treatment. Furcation entrance architecture. *J Periodontol*. 1979 Jan;50(1):23–7.
3. Bower RC. Furcation morphology relative to periodontal treatment. Furcation root surface anatomy. *J Periodontol*. 1979 Jul;50(7):366–74.
4. Hamp SE, Nyman S, Lindhe J. Periodontal treatment of multirooted teeth. Results after 5 years. *J Clin Periodontol*. 1975 Aug;2(3):126–35.
5. Müller HP, Eger T. Furcation diagnosis. *J Clin Periodontol*. 1999 Aug;26(8):485–98.
6. Eickholz P, Kim TS. Reproducibility and validity of the assessment of clinical furcation parameters as related to different probes. *J Periodontol*. 1998 Mar;69(3):328–36.
7. Graetz C, Plaumann A, Wiebe J-F, Springer C, Sälzer S, Dörfer CE. Periodontal probing versus radiographs for the diagnosis of furcation involvement. *J Periodontol*. Oct 2014;85(10):1371–9.
8. Deas DE, Moritz AJ, Mealey BL, McDonnell HT, Powell CA. Clinical Reliability of the "Furcation Arrow" as a Diagnostic Marker. *J Periodontol*. 22 juill 2006;77(8):1436–41.
9. DeSanctis M, Murphy KG. The role of resective periodontal surgery in the treatment of furcation defects. *Periodontol* 2000. 2000 Feb;22:154–68.
10. Glossary of Periodontal Terms - AAP Connect [Internet]. [cité 14 nov 2017]. Disponible à : <https://members.perio.org/libraries/glossary?ssopc=1>
11. Nibali L, Zavattini A, Nagata K, Di Iorio A, Lin G-H, Needleman I, et al. Tooth loss in molars with and without furcation involvement - a systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2016 Feb;43(2):156–66.

AXO PHYSIO
Santé & Réadaptation

**TOUJOURS
EN ACTION!**

La mâchoire
de vos clients
craque, bloque
ou les fait
souffrir?

Depuis plus de 22 ans,
notre équipe utilise
diverses techniques
avec succès, dont :

- La thérapie manuelle orthopédique
- L'électrothérapie
- L'ostéopathie crânienne
- La rééducation musculaire



**Clinique de
la mâchoire**

Faites confiance à l'une des rares cliniques
du Québec ayant une expertise dans le
traitement des dysfonctions de la mâchoire!

MAILLOUX

1900, av. Mailloux
Bureau 240
Québec QC G1J 5B9

418 661-1717
axophysio.com

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

1200, rue des Soeurs du Bon Pasteur, bureau 320, Québec, QC G1S 0B1
418-914-3516 • pcnstsacrement@pcnphysio.com • www.pcnphysio.com

PCN Physiothérapie
et médecine du sport



ATTEINT DE PULPITE FINANCIÈRE?

NOS CONSEILLERS RECOMMANDENT UN
TRAITEMENT ENDODONTIQUE DE VOS FINANCES.

CONSULTEZ DES EXPERTS QUI VOUS COMPRENNENT.

1 844 866-7257

fprofessionnels.com



ASSOCIATION DES
CHIRURGIENS DENTISTES
DU QUÉBEC

Actionnaire de
Financière des professionnels
depuis 1981

GESTION DE VALEURS



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 gamme 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.

L'INCORPORATION : TOUJOURS UNE VALEUR À CONSIDÉRER

Les changements dans les pratiques fiscales relatives aux sociétés privées en vigueur depuis le début de 2018 ont semé le doute chez de nombreux dentistes, qui se questionnent sur l'avenir de leur incorporation. L'impact de ces changements sera ressenti de façon variable, selon la nature de vos activités professionnelles et selon les raisons qui ont motivé la mise sur pied de votre société par actions. Une chose est certaine : vous serez appelé à évaluer la valeur réelle que représente l'incorporation dans votre situation.

QUELQUES FAITS

Tout d'abord, il faut savoir que certains motifs d'incorporation auparavant tout à fait valables, tels que le **fractionnement de revenu avec les membres de votre famille** ou le **report d'impôt réalisé sur les revenus de placements passifs**, ne comporteront plus les mêmes avantages.

Pour vous, dentiste, il peut cependant être encore pertinent de s'incorporer pour l'achat d'une clinique dentaire, entre autres.

À titre d'exemple, examinons deux scénarios d'acquisition de clinique.

ACHAT D'UNE CLINIQUE DENTAIRE		
Valeur de la clinique : 500 000 \$		
	Achat personnel	Achat par une société par actions
Revenus bruts requis avant impôts	1 070 000 \$	610 000 \$
Taux d'imposition	53,31 %	18,00 %
Revenu net après impôts	500 000 \$	500 000 \$
Avantage		460 000 \$

SCÉNARIO 1 : ACHAT PERSONNEL

L'achat de la clinique effectué personnellement pourrait s'avérer très dispendieux.

- Pour accumuler 500 000 \$ personnellement, un dentiste doit gagner des revenus bruts qui peuvent atteindre **1 070 000 \$**.
- Ce niveau de revenus est imposé au taux individuel maximal de **53,31 %**, ce qui produira un revenu après impôt de **500 000 \$**.

SCÉNARIO 2 : ACHAT PAR UNE SOCIÉTÉ PAR ACTIONS

Si l'acquisition de la clinique se fait par la société par actions, les revenus bruts requis seront moindres.

- Pour accumuler 500 000 \$ par l'entremise d'une société par actions, celle-ci doit gagner des revenus bruts d'environ **610 000 \$**.
- Le taux d'imposition sur les premiers dollars gagnés par une société par actions est de **18,00 %**, ce qui produira un revenu après impôt de **500 000 \$**.

Dans notre exemple, l'**avantage financier** d'acheter une clinique dentaire par l'entremise d'une société par actions se chiffre à environ **460 000 \$**.

Même si l'achat de la clinique est financé par un prêt, le résultat reste le même puisque le prêt devra être remboursé avec des sommes nettes d'impôt.

VENDRE LES ACTIFS OU LES ACTIONS?

Le fait pour un dentiste d'acheter sa clinique par l'entremise de sa société par actions n'a aucune incidence pour le vendeur. Si celui-ci est incorporé, il peut vendre aussi bien les actifs que les actions de sa clinique.

Dans le cas d'une vente d'actions, la société par actions du dentiste acheteur deviendra propriétaire d'une seconde société par actions qui détient les actifs de la clinique. Si une telle situation survient, il est souvent conseillé de fusionner les deux sociétés.

QUAND L'INCORPORATION POSE PROBLÈME

Même s'il est généralement souhaitable d'acheter sa clinique dentaire avec une société par actions, il existe cependant des situations où une autre approche serait préférable.

Si la valeur de la clinique est peu élevée, les **frais juridiques et comptables** exigés pour l'incorporation et le maintien de la société par actions pourraient réduire considérablement la pertinence de cette stratégie.

Il pourrait être intéressant de ne pas s'incorporer pour utiliser plutôt une stratégie connue sous le nom de **mise à part de l'argent**, qui n'est disponible qu'aux professionnels non incorporés. Pour l'expliquer simplement, cette stratégie vise à convertir des dettes personnelles en dettes d'affaires dont les intérêts sont déductibles d'impôt. Elle n'est pertinente que si vos dettes personnelles totalisent une somme importante. Une fois cette conversion effectuée, vous pourrez reconsidérer la pertinence de vous incorporer.

QUESTION DE JUGEMENT

Nous voulons attirer votre attention sur le fait que l'utilisation d'une société par actions pour l'achat d'une clinique dentaire reste une option intéressante à considérer. Selon votre situation, les sommes épargnées pourraient être considérables, ce qui vous accorderait une marge de manœuvre accrue pour couvrir les autres dépenses impliquées dans cet achat.

Si vous considérez l'achat d'une clinique, discutez avec l'un des conseillers de l'équipe de la Financière qui est attirée aux dentistes. Nous connaissons les enjeux et les défis de votre profession parce que nous sommes au service des dentistes depuis 1981. Vous pouvez vous fier à notre expertise.

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.

Les informations contenues aux présentes proviennent de sources que nous jugeons fiables; toutefois, nous n'offrons aucune garantie à l'égard de ces informations et elles pourraient s'avérer incomplètes. Les opinions exprimées sont basées sur notre analyse et interprétation de ces renseignements et ne devraient en aucun cas être considérées comme une recommandation. Les stratégies fiscales traitées dans le présent article peuvent ne pas s'appliquer dans tous les cas. Pour toutes questions, n'hésitez pas à communiquer avec votre conseiller en gestion de patrimoine ou votre spécialiste en matière fiscale, comptable ou juridique.

Benoit Chaurette, M. Fisc., Pl. Fin.
Fiscaliste et planificateur financier

Société dentaire de Québec

