

L'Articulé

Journal de la Société Dentaire de Québec



Sommaire

Novembre 2018

02 Mot de la présidente
par D^e Katia Savignac

03 L'ABC des DTM
par D^e Mathilde Sarlabous

08 Calendrier scientifique
2018-2019

12 Chronique Pratico Pratique
par D^e Anne-Sophie Villeneuve

15 Stratégies fiscales de fin d'année
par Financière des professionnels



3291, chemin Sainte-Foy, bureau 252
Québec (Québec) G1X 3V2
Téléphone : 418 656-6060
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} KATIA SAVIGNAC

Présidente sortante
D^{re} ANNE-SOPHIE VILLENEUVE

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^r JULIEN MARCEAU

Activités sociales
D^r BENOIT SIMARD
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

02

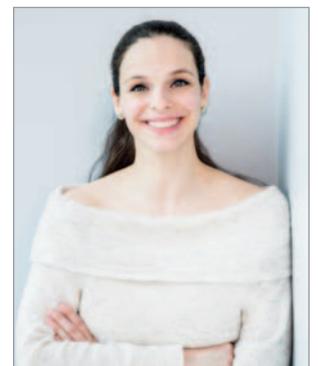
CHERS COLLÈGUES

À chaque année, le comité tente de vous proposer une activité hors série permettant de joindre une formation continue pertinente à une activité sociale. Il me fait plaisir de vous annoncer que cette activité aura lieu sur le site enchanteur du Manoir Richelieu la fin de semaine du 7-8 et 9 juin 2019. Le D^r Adrien Pollini, prosthodontiste, viendra nous entretenir d'implantologie. Vous pourrez également profiter des nombreuses activités disponibles dans la région : golf, casino, marche pédestre et gastronomie. Notez bien la date à vos calendriers, l'inscription pourra se faire sous peu.

Je profite de cette occasion pour souligner le travail extraordinaire d'une toute nouvelle retraitée du conseil d'administration, D^{re} Lise Munger. Cette dernière a siégé plus de vingt ans sur le conseil d'administration et elle en a été la présidente au cours de l'année 1998-1999. Avec son énergie contagieuse et ses multiples idées novatrices, elle a su insuffler une énergie positive au sein de notre groupe et a grandement contribué à l'avènement de nombreuses conférences et activités sociales d'importance. Au nom de tous les membres du conseil d'administration, merci beaucoup Lise pour ton dévouement exceptionnel.

Également de la part de toute notre équipe, je vous souhaite une merveilleuse période des Fêtes. Profitez de ce moment de repos bien mérité. On se retrouve en 2019 pour d'autres conférences!

D^{re} Katia Savignac
PRÉSIDENTE, SOCIÉTÉ DENTAIRE DE QUÉBEC



Le traitement des désordres temporo-mandibulaires (DTM) en cabinet dentaire est source de défi diagnostique et thérapeutique pouvant conduire à beaucoup de frustration pour le patient mais aussi pour le soignant. Cet article se veut un petit guide résumé de la prise en charge du patient souffrant de DTM.

DÉFINITION

Le terme DTM englobe un ensemble de conditions affectant les muscles masticateurs et/ou l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) (NIH 1996). Les DTM sont caractérisés par un ensemble de signes et symptômes non spécifiques :

- Limitation de la fonction mandibulaire (amplitude de mouvement)
- Bruits articulaires
- Douleur musculaire (muscles masticateurs, cervicaux, faciaux)
- Douleur localisée à l'ATM
- Céphalées, otalgie

Leur prévalence est très variable selon les études mais toutes s'accordent pour dire que les DTM sont un réel problème de santé publique. 60-70 % de la population générale présente au moins un signe de DTM. Seuls 25 % rapportent des symptômes et seulement 5 % de ces 25 % vont nécessiter une prise en charge⁽¹⁾.

CLASSIFICATION DES DTM

Les 3 DTM les plus fréquents sont :

- **Douleur myofasciale**⁽²⁾ : douleur localisée aux muscles de la mastication

- **Dérangements internes** : dysfonction dans la relation disque/condyle (luxation discale) ou encore dommages aux structures internes de l'articulation⁽³⁾ (ex : synovite ou inflammation de la membrane synoviale qui tapisse la face interne de l'ATM).

La Figure 1 présente un schéma décrivant la position du disque en situation normale, de luxation réductible et non-réductible.

- **Pathologie arthro-dégénérative ou arthrose**. Celle-ci est souvent classée parmi les dérangements internes de l'ATM.

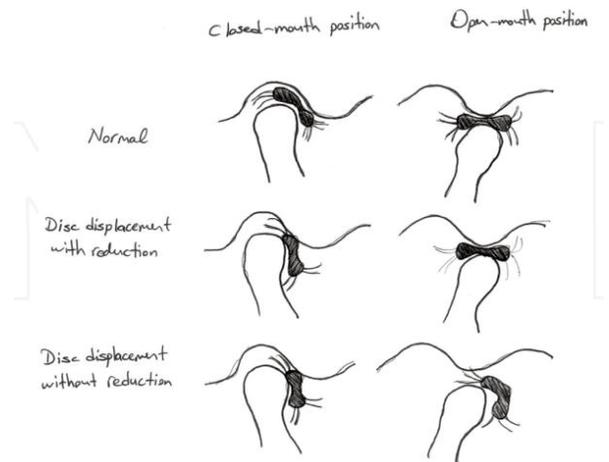


Figure 1 : Schéma représentant la position du disque en position bouche fermée (à gauche) et bouche ouverte (à droite) dans 3 situations : fonction ATM normale (en haut), luxation discale réductible (au milieu) et luxation non-réductible (en bas)⁽³⁾

Une multitude de classifications des DTM existe. Ceci peut parfois compliquer le diagnostic et la prise en charge du patient. Le DC/TMD (*Diagnostic Criteria for TMDs*) en est un bon exemple⁽⁴⁾. Pour simplifier les choses, le Tableau 1 ci-dessous présente une façon simple de classer les DTM en deux grandes catégories : les désordres structurels (qui nécessitent souvent une intervention chirurgicale) et les désordres fonctionnels (souvent contrôlés par une prise en charge conservatrice).

Désordres structurels	Désordres fonctionnels
Anomalie congénitale Trouble du développement ou de la croissance Ankylose Traumatisme (fractures) Tumeur (maligne ou bénigne) Arthropathies inflammatoires Résorption condylienne idiopathique	Douleurs myofasciales Dérangements internes <ul style="list-style-type: none"> • Arthrose • Trouble de la relation disque/condyle (luxation discale réductible ou non réductible) • Synovite (inflammation synoviale) Subluxation/Dislocation condylienne

Tableau 1 : Classification simplifiée des DTM



L'ABC DES DTM

par D^{re} Mathilde Sarlabous DMD; M.Sc; FRCD(C)

ÉTILOGIE DES DTM ^(3,5)

L'étiologie des DTM est multifactorielle. Il est primordial durant la consultation d'identifier les facteurs déclenchant ou aggravant un DTM. Parmi ceux-ci, les plus fréquents sont :

- Traumatisme
 - Macro-trauma (ex : fracture condylienne)
 - Micro-trauma (ex : parafonctions telles que le bruxisme, le clenching)
- Arthropathies inflammatoires systémiques (ex : polyarthrite rhumatoïde)
- Arthropathie dégénérative (arthrose)
- Fausse arthropathie : phénomène **extra-articulaire** mimant un trouble de l'ATM (ex : hématome, infection, tumeur)
- Arthropathie atypique localisée : non causée par une surcharge articulaire (ex : ostéochondrome, chondromatose synoviale, kyste...)

PATHOPHYSIOLOGIE DES DTM ⁽³⁾

La pathophysiologie des DTM est complexe et mal connue. La [Figure 2](#) résume certains mécanismes impliqués dans les

dérangements internes de l'ATM. Ces mécanismes peuvent être expliqués au patient. Ceci permettra de renforcer sa compréhension de la pathologie et sa compliance au traitement.

FACTEURS DE RISQUE

Les principaux facteurs de risque ayant été mis en évidence dans la littérature sont :

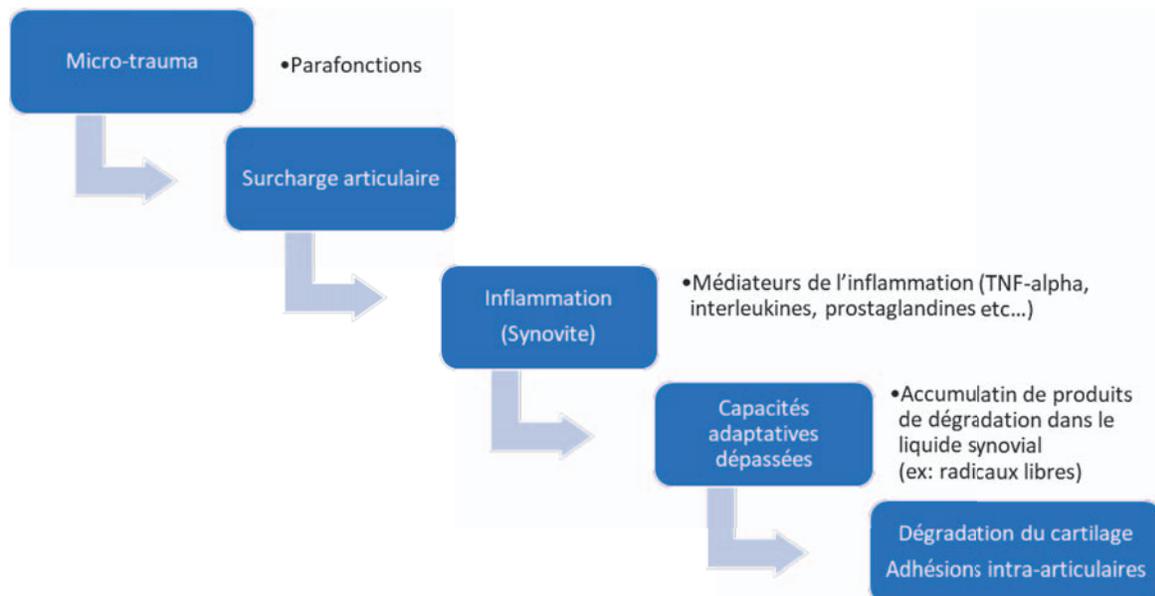
- Sexe : rapport femme/homme de 4:1 ⁽¹⁾. Il existe tout un débat autour du rôle potentiel des œstrogènes dans le développement de DTM.
- Facteurs génétiques⁽⁶⁾ : pas moins de 112 gènes identifiés pourraient être reliés aux DTM.

Il est important de noter la présence de certaines **comorbidités** pouvant être associées aux DTM⁽⁶⁾. Parmi les plus importantes on peut citer l'anxiété et la dépression, la fibromyalgie, les troubles du sommeil, la dépendance (alcool, drogues), la fatigue chronique, le syndrome du côlon irritable.

Il existe un éternel débat relatif à la relation entre les troubles de l'occlusion et la présence de DTM. La littérature est inconsistante sur le sujet et le niveau d'évidence des études souvent faible. Néanmoins, il n'y aurait pas de lien direct entre le type d'occlusion

Figure 2 : Pathophysiologie des dérangements internes de l'ATM

La pathophysiologie des DTM est complexe et mal connue. Cette figure résume certains mécanismes impliqués dans les dérangements internes de l'ATM. Ces mécanismes peuvent être expliqués au patient. Ceci permettra de renforcer sa compréhension de la pathologie et sa compliance au traitement.



dentaire et la présence de DTM^(7,8). De la même manière, il n'existe pas d'évidence pour supporter ou réfuter un traitement orthodontique en prévention ou en modalité thérapeutique d'un DTM⁽⁹⁾.

HISTOIRE, EXAMEN CLINIQUE ET INVESTIGATIONS

Histoire

C'est l'élément le plus important pour la pose du diagnostic.

Les 3 signes principaux d'un DTM sont⁽¹⁾ :

- Douleur (articulaire vs musculaire)
- Bruits articulaires
- Limitation de la fonction (plus ou moins prononcée)

Le questionnaire devra donc comprendre certains **éléments clés** tels que :

- L'évaluation détaillée du type de douleur et son caractère (début, intensité, localisation précise, durée, facteurs aggravants et soulageants)
- La présence de symptômes non spécifiques (tinnitus, céphalées, migraines)
- Le type de bruits articulaires associés et leur durée
- La présence d'une plainte de limitation d'ouverture buccale (soudaine, progressive, résolue)
- L'histoire d'un traumatisme
- La présence de parafunctions
- Des facteurs associés comme l'anxiété, le stress

EXAMEN CLINIQUE

Il devra inclure :

- La palpation des ATM (pré-auriculaire) et celle de muscles de la mastication et du cou
- L'évaluation de la mobilité mandibulaire et son trajet (ouverture entre 35-45mm, latéralité et protrusion entre 6-8mm)
- Auscultation éventuelle des ATM (bruits articulaires)

INVESTIGATIONS

Elles ont pour but de confirmer le diagnostic et d'éliminer tout autre processus pouvant mimer un DTM (douleur dentaire, pathologie sinusale, pathologie des glandes salivaires).

L'examen de base reste la radiographie panoramique, facilement réalisable en cabinet dentaire. Le *gold standard* pour l'examen de la position du disque articulaire est l'IRM. D'ailleurs, le haut taux de déplacement discal observé à l'IRM chez des patients asymptomatiques (32-38 %) a considérablement influencé la prise en charge des patients⁽⁵⁾. Il n'est plus d'actualité de traiter un déplacement discal asymptomatique.

Un scanner de grade médical pourra être réalisé en cas de suspicion de pathologie osseuse (arthrose avancée, tumeur, kyste).

Référer son patient chez son médecin de famille en cas de suspicion d'arthrite systémique est avisé. Ce dernier pourra prescrire les bilans sanguins en conséquence.

DIAGNOSTIC

La prise en charge adéquate repose sur un diagnostic précis. Le [Tableau 2](#) présente les éléments permettant de faire le différentiel entre une douleur myofasciale et un dérangement interne de l'ATM. Parfois, les deux problèmes peuvent être associés.

Les dérangements internes les plus souvent rencontrés en cabinet dentaire sont : l'arthrose de l'ATM, la luxation discale réductible, la luxation discale non réductible et la synovite (inflammation de la membrane synoviale).

Douleur myofasciale	Dérangement interne
<ul style="list-style-type: none"> • Douleur diffuse, cyclique • Localisée aux muscles masticateurs • Douleur exacerbée le matin (bruxisme, serrement dents) et durant les repas • Stress, troubles du sommeil • Intra-oral : facettes d'usure • Trouble ouverture buccale intermittent 	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur souvent continue • Localisée à l'ATM • Aggravée lors de la fonction • Bruits articulaires • Diminution d'amplitude des mouvements • Déviation mandibule en ouverture

Tableau 2 : Diagnostic différentiel entre une douleur myofasciale et un dérangement interne de l'ATM

L'ABC DES DTM

par D^{re} Mathilde Sarlabous DMD; M.Sc; FRCD(C)

Le Tableau 3 (voir ce tableau en page 7) résume les éléments permettant de faire un diagnostic différentiel entre les différents types de dérangements internes. Il faudra garder en tête que certaines pathologies peuvent être combinées. Par exemple il n'est pas rare d'avoir une composante de synovite accompagnant un déplacement discal.

TRAITEMENT

Les points les plus importants dans la prise en charge du patient souffrant de DTM sont les suivants ^(3,10,11) :

- Importance du diagnostic : mène à un traitement bien spécifique
- 1^{re} ligne de traitement pour un désordre fonctionnel : conservateur, non-invasif
- **90 % des patients peuvent être traités avec un traitement conservateur**
- Contrôler certains facteurs de risque/ étiologies (parafonctions, maladies systémiques)
- Pas de place à l'équilibration occlusale pour résoudre un dérangement interne
- **Prise en charge multidisciplinaire et réévaluation fréquente**
- **Ne pas sous-estimer l'effet placebo**
- Référer au besoin (si échec du traitement conservateur après 3-6 mois, si désordre structurel)
- Énoncer et fixer des buts clairs avec le patient

Les buts du traitement d'un désordre intra-articulaire qui peuvent être discutés avec le patient sont les suivants :

- Établir un diagnostic et trouver la cause
- Identifier et contrôler les facteurs de risque
- Restaurer forme et fonction avant tout
- Réduire la surcharge articulaire
- Diminution de l'inflammation et de la douleur

TRAITEMENT CONSERVATEUR

C'est souvent la première ligne de traitement chez un patient avec DTM. Ci-dessous sont listés les moyens de prise en charge qui ont montré une certaine efficacité dans la littérature⁽¹²⁾ :

- Éducation du patient : ajustement de la diète (molle), hygiène de vie (sommeil), contrôle des parafonctions
- Plaque occlusale : en acrylique rigide, avec surface plane, maxillaire ou mandibulaire mais à recouvrement complet et en

position de relation centrée

- Physiothérapie, massages
- Médication (AINS, relaxant musculaire)
- Psychothérapie
- Autres (acupuncture, thérapie, LASER)

Une des questions qui revient souvent concerne la prise en charge d'un patient qui se présente en luxation discale aigüe (*closed-lock*). Une série d'AINS, de relaxant musculaire et des séances intensives de physiothérapie s'avèrent en général efficaces. La clé du traitement réside dans le diagnostic rapide et une prise en charge précoce.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical peut s'avérer être la première ligne de traitement dans le cas d'un désordre structurel tel qu'une tumeur de l'ATM ou encore une fracture. Il peut aussi être justifié comme traitement primaire dans le cas d'une synovite où le patient se présente avec une douleur intolérable secondaire à l'inflammation synoviale. Dans ce cas précis, l'arthrocentèse (lavage articulaire) sera plus efficace que des AINS par voie orale.

L'injection de Botox (toxine botulinique) dans les muscles de la mastication (masséters et temporaux) est une alternative intéressante pour traiter des douleurs myofasciales chez un patient qui ne répond pas aux AINS et aux relaxants musculaires.

Le traitement chirurgical sera considéré comme deuxième ligne de traitement d'un dérangement interne en cas d'échec du traitement conservateur (ex : luxation discale réductible ou non réductible avec douleur persistante et/ou mobilité mandibulaire réduite). Dans ce cas-là, l'arthroscopie de l'ATM (lavage articulaire avec exploration visuelle avec caméra) est une technique minimalement invasive à bon taux de succès (65-85 % environ selon les études)⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Les chirurgies plus invasives comme le remplacement articulaire de l'ATM seront réservées à des pathologies avancées et/ou destructrices. Ces techniques sont néanmoins devenues très fiables et leur utilisation de plus en plus fréquentes^(16, 17).

CONCLUSION

Traiter des DTM est chronophage et complexe mais peut aussi s'avérer très valorisant. L'arsenal thérapeutique à disposition permet la prise en charge adéquate de la majorité des patients. Quant à ceux qui souffrent de douleur chronique et/ou neuropathique, l'élément clé reste la prise en charge multidisciplinaire pour tenter de cibler les différents mécanismes complexes en jeu.



Tableau 3 : Éléments permettant de faire un diagnostic différentiel entre les différents types de dérangements internes de l'ATM

	Arthrose	Luxation discale réductible	Luxation discale non réductible	Synovite
Douleur	De minimale à sévère selon le stade	De minimale à sévère	De minimale à sévère	Aigüe. Palpation des ATM très douloureuse
Bruit articulaire	Crépitus (sensation classique de sable dans l'ATM)	« Clic » réciproque (en ouverture puis fermeture)	Histoire de « clic » dans le passé	Absent
Fonction mandibulaire	De normale à très réduite selon l'avancée de la destruction articulaire	En générale normale une fois que le disque est recapté en position bouche ouverte	Classiquement limitée lorsque le disque est luxé (phase aigüe) puis retour progressif à la normale (phase chronique)	Limitée (secondaire à la douleur plus qu'à l'obstacle mécanique)
Trouvailles radiologiques et chirurgicales	Panoramique : érosions parfois visibles TDM (mieux que IRM dans ce cas) : érosions, perte d'espace articulaire, ostéophytes... Arthroscopie : arthrose de la fosse condylienne, disque parfois déplacé, parfois perforé, fibrillation ++ dans les cas avancés	Panoramique : aucune IRM : disque déplacé antérieurement en bouche fermée et recapté en position normale lors de l'ouverture Arthroscopie : disque déplacé en antérieur et réductible lors de la manipulation de l'ATM en ouverture. Niveau de synovite variable	Panoramique : aucune IRM : disque déplacé antérieurement en tout temps Arthroscopie : disque déplacé en antérieur, non réductible par manipulation. Niveau de synovite variable.	Panoramique : aucune IRM : inflammation (parfois) Arthroscopie : inflammation de la membrane synoviale

BIBLIOGRAPHIE

- Dimitroulis G. Management of temporomandibular joint disorders: A surgeon's perspective. *Aust Dent J*. 2018 Mar;63:579–90.
- Castroflorio T, Bergellini A, Deregibus A, Svensson P. Masticatory Muscle Pain and Disorders. In: Farah CS, Balasubramaniam R, McCullough MJ, editors. *Contemporary Oral Medicine: A Comprehensive Approach to Clinical Practice* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2018 [cited 2018 Oct 6]. p. 1–38. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-28100-1_30-1
- Machon UT and V. Internal Derangements of the Temporomandibular Joint: Diagnosis and Management. *Temporomandibular Jt Pathol - Curr Approaches Underst* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jul 17]; Available from: <https://www.intechopen.com/books/temporomandibular-joint-pathology-current-approaches-and-understanding/internal-derangements-of-the-temporomandibular-joint-diagnosis-and-management>
- Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group†. *J Oral Facial Pain Headache*. 2014;28(1):6–27.
- Israel HA. Internal Derangement of the Temporomandibular Joint: New Perspectives on an Old Problem. *Oral Maxillofac Surg Clin N Am*. 2016 Aug;28(3):313–33.
- Mercuri LG. Temporomandibular Joint Disorder Management in Oral and Maxillofacial Surgery. *J Oral Maxillofac Surg*. 2017 May 1;75(5):927–30.
- Gesch D, Bernhardt O, Kirbschus A. Association of malocclusion and functional occlusion with temporomandibular disorders (TMD) in adults: a systematic review of population-based studies. *Quintessence Int Berl Ger* 1985. 2004 Mar;35(3):211–21.
- Temporomandibular disorders and dental occlusion. A systematic review of association studies: end of an era? [Internet]. ResearchGate. [cited 2018 Jul 17]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/317533693_Temporomandibular_disorders_and_dental_occlusion_A_systematic_review_of_association_studies_end_of_an_era
- Luther F, Layton S, McDonald F. Orthodontics for treating temporomandibular joint (TMJ) disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jul 7;(7):CD006541.
- Sidebottom AJ. Current thinking in temporomandibular joint management. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2009 Mar;47(2):91–4.
- Reid KI, Greene CS. Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders: an ethical analysis of current practices. *J Oral Rehabil*. 2013 Jul;40(7):546–61.
- Daniel M, Laskin J, Charles S, Greene W, William L, Hylander T. *TMDs. An evidence-based approach to Diagnosis and Treatment*. Quintessence Books. 2006.
- Breik O, Devrukhkar V, Dimitroulis G. Temporomandibular joint (TMJ) arthroscopic lysis and lavage: Outcomes and rate of progression to open surgery. *J Cranio-Maxillo-fac Surg Off Publ Eur Assoc Cranio-Maxillo-fac Surg*. 2016 Dec;44(12):1988–95.
- Murakami K. Japanese Experience: Surgical Techniques and Long-Term Results. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007 Sep 1;65(9):11.
- Murakami K, Segami N, Okamoto M, Yamamura I, Takahashi K, Tsuboi Y. Outcome of arthroscopic surgery for internal derangement of the temporomandibular joint: long-term results covering 10 years. *J Cranio-Maxillo-fac Surg Off Publ Eur Assoc Cranio-Maxillo-fac Surg*. 2000 Oct;28(5):264–71.
- Wolford LM, Mercuri LG, Schneiderman ED, Movahed R, Allen W. Twenty-Year Follow-up Study on a Patient-Fitted Temporomandibular Joint Prosthesis: The Techmedica/TMJ Concepts Device. *J Oral Maxillofac Surg*. 2015 May;73(5):952–60.
- Leandro LFL, Ono HY, Loureiro CC de S, Marinho K, Guevara HAG. A ten-year experience and follow-up of three hundred patients fitted with the Biomet/Lorenz Microfixation TMJ replacement system. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2013 Aug;42(8):1007–13.

HENRY SCHEIN 

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

technologie



développement des affaires

équipement



marchandise



www.henryschein.ca
1 800 668-5558

Fiez-vous sur nous

CALENDRIER SCIENTIFIQUE

2018-2019

NOVEMBRE 2018

Conférence SDQ

Jeudi 15 novembre 2018

Mêle-toi de tes affaires

Monsieur Sylvain Boudreau

Hôtel Plaza

3031, boul. Laurier, Québec

17h30 à 21h00

Gratuit pour les dentistes membres de la SDQ

Dentistes non membres : 225,00 \$

Auxiliaires : 130,00 \$

Conférence ACDQ

Vendredi 23 novembre 2018

Le guide des tarifs : pour une meilleure communication avec vos patients

Docteure Marie-Ève Boucher

Hôtel Plaza

3031, boul. Laurier, Québec

8h30 à 16h00

Gratuit pour les dentistes membres de la SDQ

Dentistes non membres : 225,00 \$

Auxiliaires : 130,00 \$

Conférence SDQ

Samedi 24 novembre 2018 (Conférence hors-série)

RCR

Hôtel Plaza

3031, boul. Laurier, Québec

8h30 à 16h00

Dentistes membres et auxiliaires : 120,00 \$ par personne (dîner inclus)

Dentistes non membres et auxiliaires : 195,00 \$ par personne (dîner inclus)

JANVIER 2019

Conférence SDQ

Vendredi 25 janvier 2019

Hypnose et programmation neuro-linguistique

Messieurs Emmanuel Sabouret et Nicolas Beffort

Hôtel Plaza

3031, boul. Laurier, Québec

8h30 à 16h00

Gratuit pour les dentistes membres de la SDQ

Dentistes non membres : 225,00 \$

Auxiliaires : 130,00 \$

08

SVP

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

CALENDRIER SCIENTIFIQUE

2018-2019

FÉVRIER 2019

Conférence SDQ

Vendredi 22 février 2019

Reliable Endodontic Outcomes

Les dernières techniques pour améliorer votre pratique

Docteur Stephen Niemcsyk

Hôtel Plaza

3031, boul. Laurier, Québec

8h30 à 16h00

Gratuit pour les dentistes membres de la SDQ

Dentistes non membres : 225,00 \$

Auxiliaires : 130,00 \$

Conférence SDQ

Samedi 23 février 2019

Hand's on

Hôtel Plaza

3031, boul. Laurier, Québec

8h30 à midi

Dentistes membres : 220,00 \$

Dentistes non membres : 550,00 \$

Maximum de 50 inscriptions

IMPORTANT : Pour participer au *Hand's on*, vous **DEVEZ** avoir été présent à la conférence du vendredi 22 février 2019



Notre conférencier, M^e François Sénécal lors de la conférence du 5 octobre 2018.

MARS 2019

Conférence SDQ

Jeudi 21 mars 2019

Se réapproprier la prothèse amovible

Docteur Jean Routhier

Hôtel Plaza

3031, boul. Laurier, Québec

17h30 à 21h00

Gratuit pour les dentistes membres de la SDQ

Dentistes non membres : 225,00 \$

Auxiliaires : 130,00 \$

AVRIL

Conférence SDQ

Vendredi 19 avril 2019

Leadership partagé

Monsieur Pierre Cournoyer

Hôtel Plaza

3031, boul. Laurier, Québec

8h30 à 16h00

Gratuit pour les dentistes membres de la SDQ

Dentistes non membres : 225,00 \$

Auxiliaires : 130,00 \$

09



Conférence de l'ODQ
D^r Benoît Simard, M^e Isabelle Maheu et D^{re} Véronic Deschênes de la Fondation de l'ODQ, M^e François Sénécal, conférencier.

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)

AXOPHYSIO

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 • pcnstacsacrement@pcnphysio.com • www.pcnphysio.com

PCN Physiothérapie
et médecine du sport

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

LA SOCIÉTÉ DENTAIRE DE QUÉBEC

MALLETTE

Société de
comptables professionnels agréés



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

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

418 839-7531

mallette.ca



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 DU TEMPS DES FÊTES **info**

Dr Steve Smith
sera disponible pour la période du
21 décembre 2018 au 6 janvier 2019 inclus.

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

Joyeuses Fêtes à tous!  **Tél.: 418 838-9188**
Fax: 418 838-2449 

**PROCHAINE
GARDE**

PÂQUES du 19 au 22 avril 2019 inclusivement

PRATICO PRATIQUE

par D^{re} Anne-Sophie Villeneuve, parodontiste

Une nouvelle classification des conditions et des maladies parodontales et péri-implantaires a été établie lors du *World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions 2017*. Cette classification inclut dans le diagnostic de parodontite un stade et un grade. Le stade décrit la sévérité et l'étendue de la destruction parodontale secondaire à la parodontite. Le grade indique le taux de progression de la parodontite, la réponse aux traitements et le potentiel impact systémique sur la santé. Les tableaux ci-dessous ont été adaptés de l'article de Tonetti, Greenwell et Kornman paru en 2018 dans le *Journal of Periodontology*.

Le stade de la parodontite

Le stade classe la sévérité et l'étendue de la maladie en se basant sur la destruction parodontale secondaire à la parodontite. Le stade inclut des facteurs spécifiques qui peuvent influencer le contrôle à long terme de la maladie. Le stade initial devrait être déterminé en utilisant la perte d'attache clinique. Si la perte d'attache clinique n'est pas disponible, la perte osseuse radiologique devrait être utilisée. Le nombre de dents perdues à cause de la parodontite peut modifier le stade. Un ou plusieurs facteurs de complexité peuvent également modifier le stade.

	Parodontite	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
Sévérité	Perte d'attache clinique (au site le plus sévère)	1 - 2 mm	3 - 4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Perte osseuse radiologique	Tiers coronaire de la racine (< 15%)	Tiers coronaire (15% - 33%)	S'étend au tiers moyen ou au tiers apical de la racine	S'étend au tiers moyen ou au tiers apical de la racine
	Dents extraites (à cause de la parodontite)	Aucune dent extraite	Aucune dent extraite	≤ 4 dents	≥ 5 dents
Complexité	Locale	<ul style="list-style-type: none"> Profondeur de poche maximale ≤ 4 mm Majoritairement une perte osseuse horizontale 	<ul style="list-style-type: none"> Profondeur de poche maximale ≤ 5 mm Majoritairement une perte osseuse horizontale 	En addition au Stade II : <ul style="list-style-type: none"> Profondeur de poche ≥ 6 mm Perte osseuse verticale ≥ 3 mm Atteinte de furcation de classe II ou III Défauts modérés de la crête alvéolaire 	En addition au Stade III : <ul style="list-style-type: none"> Nécessite une réhabilitation complexe due à : <ul style="list-style-type: none"> Dysfonction masticatoire Traumatisme occlusal secondaire (mobilité dentaire ≥ 2) Défaut sévère de la crête alvéolaire Malpositions dentaires < 20 dents restantes (10 paires de dents antagonistes)
Étendue et distribution	S'ajoute au stade	Description de l'étendue pour chaque stade : <ul style="list-style-type: none"> Localisée (< 30% des dents sont atteintes) Généralisée Patron atteignant les molaires et les incisives 			

12

Le Grade de la parodontite

Le grade de la parodontite indique le taux de progression de la maladie, la réponse aux traitements et le potentiel impact systémique sur la santé. Le clinicien devrait attribuer un grade B d'emblée et rechercher les facteurs de risque des grades A et B et changer le stade au besoin.

	Progression	Grade A Progression lente	Grade B Progression modérée	Grade C Progression rapide	
Critère primaire	Évidence directe de progression	Perte osseuse radiologique ou perte d'attache clinique	Pas de perte osseuse durant 5 ans	< 2 mm sur 5 ans	≥ 2 mm sur 5 ans
Les évidences directes doivent être utilisées lorsqu'elles sont disponibles	Évidence indirecte de progression	% de perte osseuse / âge	< 0.25	0.25 à 1.0	> 1.0
	Phénotype	Peu de destruction malgré la présence importante de biofilm	Destruction en corrélation avec la quantité de biofilm	Destruction importante par rapport à la quantité de biofilm ; le patron clinique spécifique suggère des période sde progression rapide et/ou une destruction en bas âge	
Peuvent modifier le grade	Facteurs de risque	Tabagisme	Non-fumeur	< 10 cigarettes / jour	≥ 10 cigarettes / jour
		Diabète	Glycémie normale / pas de diagnostic de diabète	Patient diabétique : HbA1c < 7.0%	Patient diabétique : HbA1c ≥ 7.0%



► [Visitez parodontie.ca](http://visitez.parodontie.ca)

- Traitements parodontaux
- Traitements muco-gingivaux
- Traitements péri-implantaires
- Implantologie
- Greffe osseuse
- Radiographie 3D
- Sédation consciente intraveineuse

Dr Marc André Bélanger
parodontiste

Dre Anne-Sophie Villeneuve
parodontiste

Dr Simon Lafrenière
parodontiste



Centre de parodontie
et d'implantologie



**ACTIVITÉ AU MANOIR RICHELIEU
LES 7-8 ET 9 JUIN 2019**

SUJET DE CONFÉRENCE : LES IMPLANTS.

**LES INSCRIPTIONS SERONT DISPONIBLES
BIENTÔT SUR NOTRE SITE INTERNET.**



L'INDÉPENDANCE* FAIT NOTRE FORCE!

Créée par des professionnels afin de répondre à leurs besoins spécifiques, Financière des professionnels est une société indépendante* qui se consacre à la gestion de votre patrimoine.

Chaque jour, nous guidons des milliers de dentistes vers le meilleur choix de placements et de produits financiers en fonction de leurs objectifs, et ce, en toute impartialité.

**NOUS TRAVAILLONS À FAIRE FRUCTIFIER
VOTRE PATRIMOINE. POINT À LA LIGNE.**

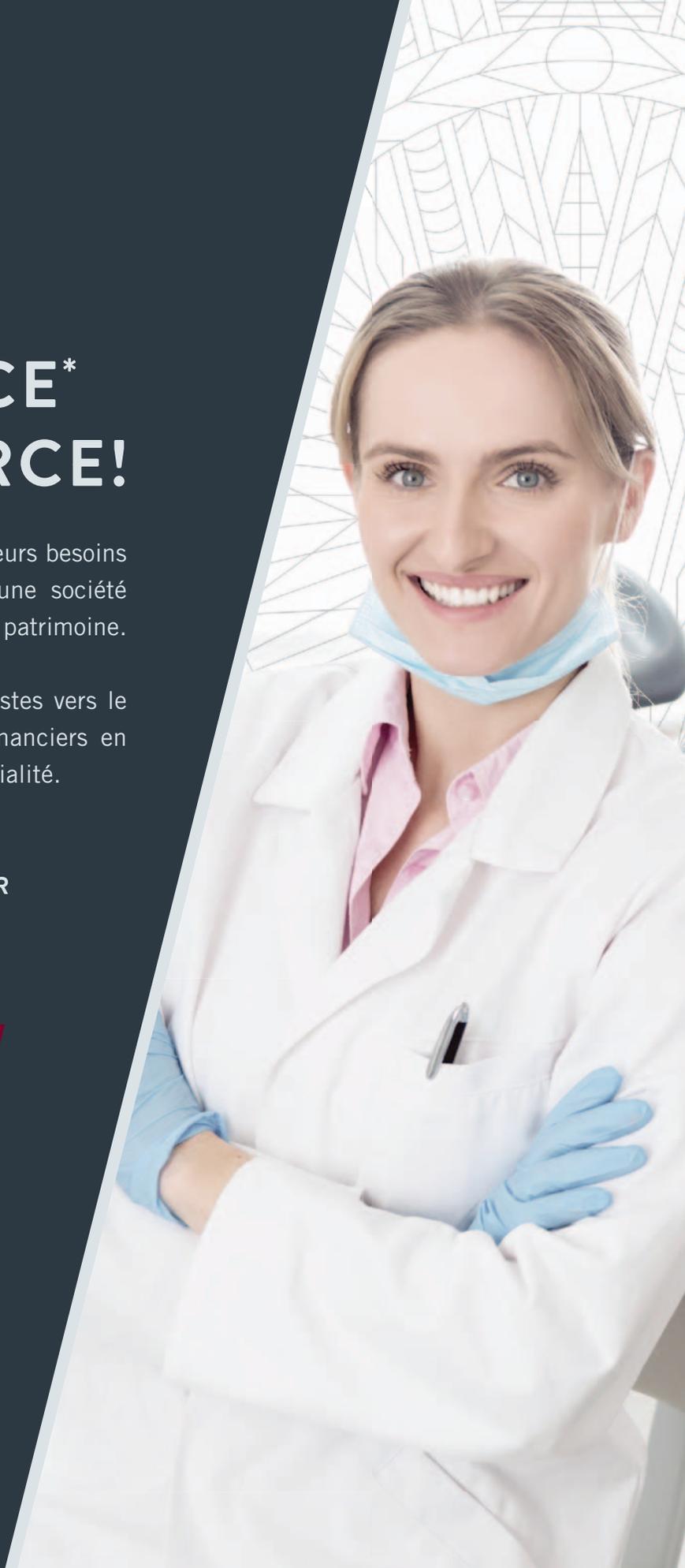
ENVIE D'EN SAVOIR PLUS?

**COMMUNIQUEZ AVEC
L'UN DE NOS CONSEILLERS.**
1 844 866-7257
fprofessionnels.com



Actionnaire de
Financière des professionnels
depuis 1981

* Créée par des médecins spécialistes et gérée par cinq associations actionnaires,
Financière des professionnels est la seule société indépendante d'une institution bancaire.



Avec la fin de l'année arrive le moment des bilans financiers. Si vous êtes dentiste, vous pouvez optimiser votre situation financière, personnelle ou professionnelle, en suivant nos recommandations. Voici un survol des mesures à prendre dès maintenant.

VOS RÉGIMES D'ÉPARGNE ENREGISTRÉS

Votre régime enregistré d'épargnes-études (REEE) : date limite pour bénéficier des subventions gouvernementales disponibles en 2018 → **31 décembre 2018**

Votre régime enregistré d'épargne-retraite (REER) : date limite pour les cotisations déductibles en 2018 → **1^{er} mars 2019**.

Si vous avez atteint l'âge de 71 ans en 2018 et gagné un revenu d'emploi de profession ou de location, vous pouvez verser une dernière cotisation à votre REER en décembre, basée sur votre revenu de 2018. Cette cotisation excédentaire sera assujettie à une **pénalité de 1 % par mois** à compter de la date du versement, d'où l'importance de l'effectuer **en décembre**.

Par contre, si votre conjointe ou conjoint est **plus jeune**, vous pouvez toujours cotiser à son REER si vous avez gagné un revenu dans l'année, même si vous avez plus de 71 ans.

VOTRE PORTEFEUILLE DE PLACEMENT

Vous pourriez utiliser les pertes encourues lors de la **vente des titres peu performants** de vos comptes de placement non enregistrés et de votre compte de placement d'entreprise pour réduire l'impôt sur un gain en capital réalisé cette année (ou au cours des trois dernières années, ou à être réalisé ultérieurement). Si vous désirez quand même conserver ces titres dans votre portefeuille, vous pourrez toujours les racheter 30 jours après leur cession.

Vous avez peut-être l'intention d'**acheter des fonds communs de placement en fin d'année**. Soyez prudents. Certains fonds versent des distributions imposables pour l'année en cours qui peuvent entraîner un impôt substantiel pour une courte période de détention. Renseignez-vous et attendez plutôt au début de 2019 pour faire l'achat des titres comportant un coût fiscal élevé.

Êtes-vous incorporé? Les stratégies suivantes vous aideront à boucler votre année financière sans tracas!

VOS PRÊTS OU AVANCES

Votre société par actions vous a peut-être consenti un prêt ou une avance en 2018. N'oubliez pas de rembourser cette somme dans un délai d'un an suivant la fin de l'exercice financier au cours duquel le prêt ou l'avance a été versé. Sinon, sa valeur sera ajoutée à votre déclaration de revenus et vous serez imposé en conséquence.

VOTRE INCORPORATION

Certaines mesures fiscales fédérales relatives aux sociétés privées adoptées au cours de la dernière année entreront en vigueur pour les **années financières débutant après le 31 décembre 2018**.

Si vous avez des placements dans votre société par actions, ou dans l'une de vos sociétés de gestion, et que la valeur de ces placements est matérielle, ou encore que les revenus de ces placements pourraient excéder 50 000 \$ durant la prochaine année, l'impôt exigible sur vos revenus d'entreprise pourrait alors augmenter significativement. Précisons :

- Actuellement, les revenus d'entreprise gagnés qui ne dépassent pas le plafond des affaires (habituellement de **500 000 \$**) sont imposés à un **taux plus faible**.
- Pour les années financières qui débutent après le 31 décembre 2018, le plafond des affaires de 500 000 \$ sera réduit si les revenus de placements de la société par actions ou de l'une de vos sociétés de gestion sont supérieurs à 50 000 \$.
- Selon le cas, une planification adaptative pourrait limiter les **répercussions fiscales** sur votre société.

Les facteurs suivants pourraient être reconsidérés :

- Votre méthode de rémunération
- Vos types de placements
- Vos assurances

Vous seriez avisé d'obtenir une évaluation plus personnalisée de votre situation en communiquant avec un conseiller de la Financière qui est attiré à votre profession dans votre région. Avec notre équipe de spécialistes, il pourra répondre à vos questions et vous faire des recommandations pour améliorer votre mieux-être et celui de vos proches.



Shan-Shan Chua, CPA, CGA, DESS Fisc., Pl. Fin.
Fiscaliste et planificatrice financière

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.

Société dentaire de Québec

