

L'articulé

SOMMAIRE


Mot du président 02


Chronique PRATICO-PRATIQUE 06


Testament et mandat d'inaptitude 13


Albums photos 7-8-9-14


Petites annonces 15

VOLUME 33 – NO 2

Péri-implantite : étiologie, diagnostic et traitement

Une révision de la littérature

La péri-implantite est une infection localisée qui provoque un processus inflammatoire au niveau des tissus gingivaux et une perte osseuse autour d'un implant ostéointégré fonctionnel. L'échec de l'implant a été classiquement attribué à des infections bactériennes, une surcharge occlusale, un traumatisme chirurgical, une planification incorrecte de la prothèse et/ou une mise en place chirurgicale inadéquate.

Le traitement de la péri-implantite doit être centré à la fois sur le contrôle de l'infection, la détoxification de la surface de l'implant et la régénération des tissus. L'option de traitement peut être chirurgicale ou non chirurgicale; cependant, cette dernière option demeure imprévisible. L'utilisation d'antibiotiques locaux ou systémiques semble réduire le saignement au sondage et les profondeurs de sondage. Les thérapies régénératrices peuvent être appliquées en conjonction avec les procédures anti-infectieuses. L'objectif de cet article est d'examiner la littérature sur la péri-implantite et d'identifier certains protocoles qui peuvent aider à sa gestion clinique.

Dr REGINALDO GONÇALVES, DDS, MSD, PHD, FRCD(C)
 Parodontiste

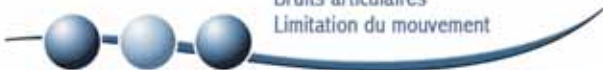
[suite de l'article p. 3 →](#)



Julie Pelletier pht, FRCMP

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

Tél.: 418 661-1717

1900, ave Mailloux
Local 240, Québec



Clinique de
 physiothérapie Mailloux
www.physiotherapie.ca


HENRY SCHEIN® 

FOURNITURES
 EQUIPEMENT
 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

PRÉSIDENT

D^r LUC VEILLEUX

PRÉSIDENT SORTANT

D^r SERGE-ALEXANDRE BELLAVANCE

TRÉSORIER

D^r PIERRE MACCABÉE

SECRÉTAIRE

D^r KARINE JOUBERT

ACTIVITÉS SCIENTIFIQUES

D^r FRANÇOIS WILSON

D^r LISE MUNGER

D^r CARL BOUCHARD

D^r LUC VEILLEUX

D^r JEAN-PHILIPPE DION

ACTIVITÉS SOCIALES

D^r KARINE JOUBERT

D^r BENOIT SIMARD

CONSULTANT EN SANTÉ PUBLIQUE

D^r ROGER BÉLANGER

BULLETIN

D^r RENÉE GENDRON

D^r KATIA SAVIGNAC

D^r ANNE-SOPHIE VILLENEUVE

COMITÉ TECHNOLOGIES

D^r CHARLES-ANTOINE HUDON

D^r SERGE-ALEXANDRE BELLAVANCE

D^r JEAN ROUTHIER

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

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

CONCEPTION GRAPHIQUE
CORRECTION D'ÉPREUVES

Lynda Dionne infographiste

Tél.: 418 455.3247

Fax : 418 623.6043

info@lyndadionne.ca

ld@mediom.com



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

Le mot du président



Bonjour à toutes et à tous,

J'introduis mon dernier mot du président sur le même sujet que mon premier. Je suis fier de « mon » conseil d'administration. Nous avons eu une belle année où chacun a mis l'épaule à la roue pour vous donner un calendrier des plus remplis encore cette année. Il est facile de présider un si beau groupe, merci à chacun de vous.

Mon petit côté éditorialiste, mon message de sortie. Chacun de nous doit avoir soif d'apprendre encore et encore, malgré nos beaux diplômes et nos années d'expérience. La dentisterie, tout comme le marché mondial, change si rapidement qu'on ne peut se laisser aller sur nos connaissances acquises il y a 5, 10 ou 15 ans. Nos pratiques sont différentes d'il y a dix ans, elles le seront encore plus dans 10 ans. Si on se laisse dépasser par la nouveauté, le rattrapage sera beaucoup plus pénible que les efforts moindres mais constants que nous aurions pu donner au fil des années. Soyons curieux! Allons voir cette conférence qui ne nous dit rien! Écoutons les dentistes plus âgés, mais aussi les finissants. Eh oui, soyons un peu plus près de notre entreprise, un peu plus gestionnaires en ressources humaines, car l'énergie mise au fil des mois sera finalement récompensée, c'est certain. Allons voir ce qui se passe dans la SDQ, intégrons les nouveaux gradués dans nos événements et restons éveillés aux innovations en dentisterie, tout en restant scientifiques dans notre jugement!

Pour le souper du président du 13 juin prochain, je vous invite au restaurant Initiale qui a un côté plus classique mais tout aussi savoureux. Leur réputation n'est plus à faire d'ailleurs. La salle sera réservée pour nous seuls, un accord mets-vins recherché saura vous satisfaire. Il n'y a que 60 places, réservez rapidement.

Bon été, bonne chance au prochain président, restez curieux !

D^r LUC VEILLEUX
Président SDQ

sdq Société
Dentaire
de Québec

l'articulé

Péri-implantite : étiologie, diagnostic et traitement

Une révision de la littérature

INTRODUCTION

La réhabilitation de patients partiellement ou totalement édentés avec des implants, supportant des prothèses fixes ou amovibles, est devenue une pratique commune, avec des résultats prévisibles à long terme. Malgré leur taux de succès et de survie élevé, les échecs sont possibles et les prothèses implanto-portées peuvent nécessiter des traitements péri-implantaires et prothétiques substantiels à travers le temps⁽¹⁾. La littérature suggère que sur une période de 10 ans, environ 1 implant sur 20 est perdu. De plus, le risque de complications techniques⁽²⁾ ou d'une condition inflammatoire des tissus péri-implantaires⁽³⁾ augmente le risque d'échec des implants.

Les échecs implantaires ont été traditionnellement décrits comme précoces ou tardifs. Les complications précoces surviennent avant la mise en charge de l'implant et pourraient être causées par des facteurs chirurgicaux, des facteurs reliés à l'hôte ou à l'implant en tant que tel. Les échecs tardifs, pour leur part, surviennent après la réhabilitation prothétique et résultent d'une péri-implantite ou d'une surcharge biomécanique⁽⁴⁾. Les désordres péri-implantaires pourraient être le résultat d'une perte osseuse autour de l'implant ainsi que de la perte subséquente de l'ostéointégration.

La perturbation de l'équilibre entre la charge microbienne et la réponse de l'hôte peut résulter en une infection péri-implantaire. Une infection limitée à la muqueuse péri-implantaire est appelée mucosite péri-implantaire. D'autre part, la péri-implantite est définie comme un processus inflammatoire qui affecte les tissus autour d'un implant ostéointégré et en fonction, entraînant la perte de l'os de support. Elle est souvent associée à des saignements, suppurations, augmentation de la profondeur de sondage, mobilité et évidence radiologique de perte osseuse⁽⁵⁾.

Un estimé de la prévalence réelle des problèmes péri-implantaires est toutefois controversé. De plus, des données contradictoires ont été publiées en regard de l'ampleur et des conséquences à long terme de ce type de problème. La mucosite péri-implantaire est rapportée comme étant associée à environ 42 % des implants⁽⁶⁾. Pour ce qui est de la péri-implantite, sa prévalence varie considérablement

d'une étude à l'autre. Une méta-analyse récente⁽⁷⁾ a estimé que 18,8 % des patients et 9,6 % des implants sont affectés. Zitzmann⁽⁵⁾ a montré qu'après 5 ans, 12 à 43 % des implants ont été atteints. On doit noter que ces données sont basées sur un nombre restreint d'études présentant une large variation quant à leur design, les patients/implants étudiés et les paramètres utilisés pour diagnostiquer la péri-implantite. Il n'existe pas d'information valide portant sur la prévalence de la péri-implantite au Québec et au Canada.

suite p. 4 →



Vous êtes professionnel.

▣ Nous sommes vos techniciens.

Le laboratoire dentaire Morisset vous fait économiser temps, argent et énergie en fournissant une expertise et des produits d'une qualité et d'une finesse digne de l'art.

Nous avons les techniciens qualifiés que vous recherchez! Nous assurons le service conseil d'une entreprise bien établie.



Morisset
LABORATOIRE DENTAIRE

Maître de son art depuis 1939.

Tél. : 418 529-9219
S-F: 1 800 463-7208
Télec. : 418 529-4351
info@labmorisset.com
www.labmorisset.com

La colonisation bactérienne du pilier transmuqueux et les réactions inflammatoires des tissus péri-implantaires sont analogues aux événements liés à la pathogenèse de la parodontite. La péri-implantite est une infection polymicrobienne anaérobie et la composition du biofilm dans une poche péri-implantaire semble comparable à celle observée dans la parodontite⁽⁸⁾. Par conséquent, les traitements proposés pour la maladie péri-implantaire ont été basés sur cette similitude microbienne avec la parodontite.

La susceptibilité infectieuse serait donc un facteur potentiellement important dans la péri-implantite. De cette façon, il semble logique qu'une histoire de parodontite soit liée à un risque plus élevé de développer une péri-implantite. Les individus étant atteints d'une parodontite active sembleraient avoir plus de chance de développer une péri-implantite⁽⁹⁾. Une méta-analyse a révélé que les chances de survie d'un implant sont significativement plus élevées chez les sujets sans histoire de problèmes parodontaux⁽¹⁰⁾. Par ailleurs, Karoussis et al⁽¹¹⁾ ont comparé les taux d'échecs et de complications chez les patients ayant perdu leurs dents suite à une parodontite à ceux les ayant perdues pour d'autres raisons. Leurs résultats ont démontré, pour le groupe possédant une histoire de parodontite chronique, une incidence significativement plus élevée de péri-implantite (28,6 %) comparé au groupe sans histoire de parodontite (5,8 %).

Plusieurs études associent le tabagisme à un risque plus élevé de péri-implantite⁽⁸⁾. Le tabagisme, combiné à une mauvaise hygiène buccale et à une mauvaise coopération au traitement, pourrait d'ailleurs en accentuer le risque⁽¹²⁾. Le succès clinique de l'implant dépend d'une hygiène orale parfaite; par contre, ceci peut être difficile à atteindre pour certains patients. L'absence de suivi préventif serait aussi associée à une incidence élevée de péri-implantite. Il a même été rapporté que le maintien d'une bonne santé parodontale, plutôt qu'une histoire passée de parodontite, serait l'indice critique d'un risque augmenté de péri-implantite⁽¹³⁾. L'efficacité du suivi de maintien, afin de contrôler la réinfection et limiter les complications biologiques, a été démontré particulièrement pour les sujets affectés de parodontite⁽¹⁴⁾.

L'information quant à l'association entre la péri-implantite et des désordres systémiques communs est plutôt limitée. Quelques revues de littérature suggèrent que les individus atteints de diabète soient à risque de péri-implantite. Il n'y a, toutefois, aucune étude pouvant confirmer cette

association, qui semble être dictée par des études sur l'association entre la parodontite et le diabète⁽¹⁵⁾.

MANIFESTATION CLINIQUE DE LA PÉRI-IMPLANTITE

Un facteur qui peut influencer la détection de la péri-implantite est le dogme historique voulant que le sondage autour des implants doit être évité. Les lésions péri-implantaires sont souvent asymptomatiques et généralement détectées dans un suivi de routine. Un sondage minutieux autour des implants devrait être inclus dans les procédures de routine. Une augmentation de la profondeur de sondage, souvent accompagnée de saignements et parfois de suppurations (FIGURE 1), est un indicateur de pathologie dans les tissus péri-implantaires.



Figure 1 - Sondage péri-implantaire, accompagné de saignement et de suppuration.

Un problème clinique commun, en ce qui concerne le sondage des implants, est l'accessibilité (par exemple, la prothèse peut interférer avec le sondage). Les défauts péri-implantaires englobent normalement toute la circonférence de l'implant. Par conséquent, il peut être suffisant de sonder un site unique quand il y a une obstruction. Basée sur les

résultats de l'examen clinique, une radiographie peut être proposée. Radiologiquement, le défaut osseux a souvent la forme d'une soucoupe (FIGURE 2), et la lésion s'étend sur toute la circonférence de l'implant⁽⁸⁾.



Figure 2 - Radiographie montrant la perte osseuse autour de l'implant.

Le traitement non chirurgical semble efficace dans la gestion de la mucosite péri-implantaire, mais les résultats ne sont pas prévisibles pour la péri-implantite. Diverses méthodes chirurgicales ont montré des résultats prometteurs pour le traitement de la péri-implantite; par contre, aucun étude clinique comparative ou essai clinique randomisé ne sont disponibles. Il n'existe donc aucune preuve en faveur d'un protocole de traitement définitif.

Les techniques chirurgicales utilisées pour le traitement des lésions péri-implantaires sont essentiellement des versions modifiées de techniques qui ont été utilisées pendant de nombreuses années pour traiter les défauts osseux autour des dents naturelles. La chirurgie d'accès, l'enlèvement du tissu de granulation et la décontamination de la surface de l'implant sont des dénominateurs communs avant toute utilisation des matériaux régénératifs.

La thérapie chirurgicale est souvent accompagnée par une antibiothérapie systémique, avant ou après l'intervention chirurgicale. Comme il n'existe pas d'étude démontrant l'avantage d'utiliser des antibiotiques, il n'existe aucune preuve scientifique pour soutenir une approche plutôt qu'une autre. La décontamination au laser, l'utilisation de dispositifs abrasifs ou implantoplastie de la partie exposée de la surface de l'implant, comme compléments aux thérapies chirurgicales résectives ou régénératives, peut conduire à de meilleurs résultats cliniques que le traitement conventionnel seul. Toutefois, ces améliorations cliniques sont limitées et l'évidence scientifique est encore faible.

Malgré ses limitations, les données disponibles indiquent qu'il est possible d'obtenir le comblement du défaut péri-implantaire après les traitements chirurgicaux avec placement concomitant d'os ou de substituts osseux, et que les résultats obtenus peuvent être maintenus. Il semble que

le traitement chirurgical de la péri-implantite est une méthode prévisible pour contrôler la progression de la maladie péri-implantaire à court terme. Toutefois, l'efficacité à long terme de ces traitements est toujours discutable en raison de l'absence d'études cliniques⁽¹⁶⁾.

CONCLUSION

La péri-implantite est un processus inflammatoire qui affecte les tissus autour de l'implant ostéointégré, ce qui entraîne la perte de l'os de support. Les microorganismes jouent un rôle majeur dans cette maladie, en particulier les bactéries anaérobies. Plusieurs modalités de traitement sont actuellement en cours d'évaluation, mais les évidences scientifiques ne permettent pas de déterminer quel est le traitement idéal. Pour le moment, il semble raisonnable d'intercepter la destruction péri-implantaire le plus tôt possible et d'arrêter sa progression par l'élimination des dépôts bactériens.

D^r REGINALDO GONÇALVES, DDS, MSD, PHD, FRCD(C)
Parodontiste

BIBLIOGRAPHIE

1. Pjetursson BE, Bragger U, Lang NP, Zwahlen M. Comparison of survival and complication rates of tooth-supported fixed dental prostheses and implant-supported FDPs and single crowns. *Clin Oral Implants Res* 2007; 18:97-113.
2. Pjetursson BE, Tan K, Lang NP, Bragger U, Egger M, Zwahlen M. A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures after an observation period of at least 5 years. *Clin Oral Implants Res* 2004; 15:625-642.
3. Mombelli A, Muller N, Cionca N. The epidemiology of peri-implantitis. *Clin Oral Implants Res* 2012; 23:67-76.
4. Esposito M, Hirsch JM, Lekholm U, Thomsen P. Biological factors contributing to failures of osseointegrated oral implants. (II). Etiopathogenesis. *Eur J Oral Sci* 1998; 106:721-764.
5. Zitzmann NU, Berglundh T. Definition and prevalence of peri-implant diseases. *J Clin Periodontol* 2008; 35:286-291.
6. Roos-Jansaker AM, Lindahl C, Renvert S. Nine- to fourteen-year follow-up of implant treatment. Part II: presence of peri-implant lesions. *J Clin Periodontol* 2006; 33:290-295.
7. Atieh MA, Alsabeeha NH, Faggion CM Jr, Duncan WJ. The Frequency of Peri-Implant Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Periodontol* 2013; 84:1586-1598.
8. Klinge B, Hultin M, Berglundh T. Peri-implantitis. *Dent Clin N Am* 2005; 49:661-676.
9. Marrone A, Lasserre J, Bercy P and Brex MC. Prevalence and risk factors for periimplant disease in Belgian adults. *Clin Oral Implants Res* 2013; 24:934-940.
10. Safii SH, Palmer RM, Wilson RF. Risk of implant failure and marginal bone loss in subjects with a history of periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Implant Dent Relat Res* 2010; 12:165-174.
11. Karoussis IK, Salvi GE, Heitz-Mayfield LJA, et al. Long-term implant prognosis in patients with and without a history of chronic periodontitis: a 10 year prospective cohort study of the ITI dental implant system. *Clin Oral Impl Res* 2003; 14:129-139.
12. Rinke S, Ohl S, Ziebolz D, Lange K, Eickholz P. Prevalence of periimplant disease in partially edentulous patients: a practice-based cross-sectional study. *Clin Oral Implants Res* 2011; 22:826-833.
13. Costa FO, Takenaka-Martinez S, Cota LO, Ferreira SD, Silva GL, Costa JE. Peri-implant disease in subjects with and without preventive maintenance: a 5-year follow-up. *J Clin Periodontol* 2012; 39:173-181.
14. Rocuzzo M, De Angelis N, Bonino L, Aglietta M. Ten-year results of a three-arm prospective cohort study on implants in periodontally compromised patients. Part 1: implant loss and radiographic bone loss. *Clin Oral Impl Res* 2010; 21:490-496.
15. Renvert S, Aghazadeh A, Hallstrom H, Persson GR. Factors related to peri-implantitis—a retrospective study. *Clin Oral Impl Res* 2014; 25:522-529.
16. Renvert S, Polyzois I, Claffey N. Surgical therapy for the control of peri-implantitis. *Clin. Oral Implants Res* 2012; 23:84-94.

Le fil lingual *qu'est qu'on fait ?*

IL Y A TROIS BUTS À CETTE CHRONIQUE :

- Pourquoi le fil lingual ?
- Comment le vérifier chez nos patients ?
- Comment le réparer ?

POURQUOI LE FIL LINGUAL ?

Depuis aussi loin que les années '80, Dr Zachrisson a démontré à quel point « les dents bougent toute notre vie ». Un atout majeur est le fil de rétention lingual collé. La question de son potentiel néfaste sur le parodonte ou sur l'incidence à la carie a été écartée depuis plus d'une décennie. Il est maintenant reconnu qu'il s'agit d'un élément important pour assurer la stabilité des traitements orthodontiques. Le fil lingual est recommandé à vie, pour ceux qui veulent éviter toute récurrence. Il a une durée de vie de 8 à 12 ans, il décolle plus souvent au maxillaire en lien avec l'occlusion. Il peut être réparé plusieurs fois avant d'avoir à le refaire.

COMMENT LE VÉRIFIER ?

Il n'y a pas de méthode reconnue. En voici une efficace et rapide qui peut être faite par le dentiste ou son hygiéniste à chaque rendez-vous de contrôle.

IMAGE 1



Inspection visuelle : y a-t-il un point de colle sur chacune des dents ? Un point de colle décoloré est souvent décollé (image 1). Le fil est-il cassé ?

Inspection tactile : comme vous voyez sur l'image 2, on applique doucement la pointe de l'explorateur sous le fil, par l'occlusal, entre chaque point de colle. On observe de chaque côté si le fil ou le point de colle bouge. On peut ainsi éviter que le patient ait un décollement inaperçu avec un déplacement dentaire subséquent.

IMAGE 2



COMMENT LE RÉPARER ?

Enlever la colle sans abimer le fil. Le point le plus important est de **s'assurer de la passivité du fil**. Le fil doit être bien placé et collé sans y inclure de mouvement. Une déflexion, aussi petite soit-elle, finira, à court terme (quelques mois) ou à moyen terme (1-2-3 ans), par causer un mouvement dentaire. Ça arrive vraiment!!

Vous préférez éviter cette « responsabilité de rétention » ; référez à l'orthodontiste traitant. Le seul fait de signaler le fil décollé aide déjà beaucoup à maintenir la stabilité du traitement de votre patient.

D^r LUC VEILLEUX
Orthodontiste



Nos conférenciers lors du panel du 27 et du 28 février dernier, les docteurs Pierre Boudrias, Mireille Faucher et Michel Couture.



Un gros merci à nos trois compagnies commanditaires de l'événement, Nobel Biocare, Straumann et Dentsply Implants.



Nos conférenciers, les docteurs Duy-Dat Vu et Marie-Ève Asselin, le 13 mars dernier.

Conférence du 13 mars 2014

Panel du 27 et du 28 février dernier

Album photos

RCR du 8 février dernier





RCR du 8 février dernier

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.

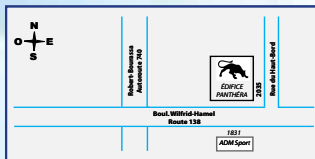


Dr Jacques Houde
Bacc. Sc., D.M.D.



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



Julie Préfontaine
Pht, B.Sc., MOPPO

Louis Lachance
Pht, D.O.

Clinique de la mâchoire de Québec

Traitements spécifiques des dysfonctions de l'ATM

À votre service, une équipe de professionnels dynamiques

Physiothérapie générale et sportive | Rééducation périnéale et pelvienne

Rééducation posturale globale | Ostéopathie | Kinésiologie

Soins cicatriciels | Soins à domicile | Service d'orthèse



Polyclinique
**Physiothérapie
St-Sacrement**

Spécialisée de la tête aux pieds



1000, chemin Sainte-Foy, bureau 404, Québec
418-683-6715 • www.monphysio.net

DALARO ROCHETTE

DESIGN | GESTION | CONSTRUCTION



WWW.DALAROROCHETTE.COM



Dr
Patrick
Giroux



EXODONTIE • CHIRURGIE • IMPLANTOLOGIE

- Accompagnement prothétique individualisé et sur mesure
- Implantologie
- Chirurgie maxillo-faciale
- Extraction de dents de sagesse
- Sédation consciente intraveineuse

POUR NOUS RÉFÉRER UN PATIENT : reference@drgirouxmaxillo.com

POUR NOUS CONTACTER :

CLINIQUE PRIVÉE

1305, Lebourgneuf, Suite 306
Québec, QC G2K 2E4

T. 418 717.6865 F. 418 614-1273

HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS

1401, 18e Rue, Québec, QC G1J 1Z4

Centrale des rendez-vous : 418 649.5560



info

PÉRIODE
ESTIVALE

Dr Steve Smith

sera disponible selon l'horaire normal
du **2 juillet** au **31 juillet 2014** inclus.

Bonnes vacances à tous!

Tél. : 418 838-9188

Fax : 418 838-2449

PROCHAINE
GARDE

ACTION DE GRÂCE

10-11-12-13 octobre 2014

Recommandé par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec.

Le service
d'accompagnement à
l'incorporation
de la Financière des
professionnels

- Permet le fractionnement de revenu
- Optimise le report d'impôt
- Favorise plusieurs stratégies fiscales avantageuses

En tant que professionnel en pratique privée, vous pourriez obtenir de réels avantages en vous incorporant. Et si vous êtes déjà incorporé, savez-vous que plusieurs aspects ont évolué avec le temps?

Votre association est actionnaire de la Financière des professionnels depuis plus de 33 ans. Nos conseillers sont vos partenaires privilégiés pour constituer votre société par actions ou vous aider à l'optimiser. Ils connaissent précisément votre réalité professionnelle.

Appelez l'un de nos conseillers pour en profiter.



ASSOCIATION DES
CHIRURGIENS DENTISTES
DU QUÉBEC

Actionnaire de la Financière
des professionnels depuis 1981

www.fprofessionnels.com

Montréal 1 800 361-3794

Québec 1 888 705-1112

Sherbrooke 1 866 564-0909

Financière des
professionnels 
Gestionnaire de patrimoine

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 ainsi qu'un courtier en épargne collective inscrits auprès de l'Autorité des marchés financiers (AMF) qui gère et distribue les fonds de sa gamme de Fonds, et qui offre des services-conseils en fonds d'investissement et 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. Des services de planification financière sont offerts par l'intermédiaire de Financière des professionnels inc.

**FORMULE
COMPLÈTE**

Adieu les maux
de tête !



Des outils indispensables :

le testament et le mandat d'inaptitude

VOTRE TESTAMENT

Avez-vous déjà réalisé que si vous décédez sans testament (ab intestat), cela peut entraîner de graves conséquences, notamment si vous avez un conjoint de fait ou des enfants mineurs ? En effet, peu importe le nombre d'années de vie commune, le conjoint de fait n'est pas considéré comme un héritier au sens du Code civil, même s'il est reconnu par de nombreuses lois au Québec. En ce qui concerne les enfants mineurs, des procédures impliquant le Curateur public pourraient être requises. Faire un testament est la seule façon de vous assurer que vos biens seront légués aux personnes que vous avez choisies, selon vos volontés; c'est aussi l'unique moyen de désigner le liquidateur de votre succession.

Le testament notarié est rédigé devant notaire, assisté d'un témoin. Il n'a pas besoin d'être vérifié par le tribunal lors du décès, et il est inscrit au Registre des dispositions testamentaires et des mandats de la Chambre des notaires du Québec, ce qui permet de le retracer en tout temps.

Le testament sert également à prévoir la nomination d'un tuteur pour les enfants mineurs, ou la mise sur pied d'une fiducie testamentaire pour une famille reconstituée ou pour protéger un héritier vulnérable (conjoint/enfant handicapé, toxicomane, mauvais administrateur) et assurer l'insaisissabilité des actifs légués aux héritiers. Lorsque les actifs de la succession sont importants, la création de fiducies testamentaires pour le bénéfice des héritiers peut s'avérer très avantageuse sur le plan fiscal. En effet, les fiducies sont des outils de fractionnement de revenu et elles accordent des économies d'impôt annuelles à leurs bénéficiaires. Les biens peuvent s'accumuler dans la fiducie, tout en autorisant le retrait du capital et la distribution de revenus, à la discrétion du fiduciaire.

Le fait de rédiger votre testament vous permet également d'effectuer un bilan de votre situation financière et de prendre certaines décisions (besoins en assurance vie) afin que vos proches ne manquent de rien.

VOTRE MANDAT D'INAPTITUDE

Considérant le vieillissement de la population et les statistiques alarmantes concernant l'augmentation des cas de maladie d'Alzheimer, la planification de l'inaptitude devrait être aussi essentielle que celle du décès. La rédaction d'un mandat d'inaptitude, de préférence notarié, sert à nommer une ou plusieurs personnes à titre de mandataires. Le ou les mandataires auront la responsabilité de prendre soin de votre personne et d'administrer vos biens, au cas où vous ne seriez plus apte à le faire vous-même. Vous pouvez aussi prévoir une assistance financière pour vos personnes à charge (conjoint, enfants aux études) et inclure votre testament biologique. Même s'il est notarié, le mandat devra cependant être homologué par le tribunal, lors de la survenance de l'inaptitude, avant d'être exécutoire. Si vous devenez inapte et n'avez aucun mandat d'inaptitude, il sera nécessaire d'ouvrir un régime de protection, qui sera soit une curatelle, soit une tutelle, selon votre degré d'inaptitude. Le conjoint ne devient pas automatiquement le représentant légal de la personne inapte; il y aura convocation d'une assemblée de parents et d'amis, et c'est à eux que reviendra la responsabilité de nommer le tuteur ou curateur.

La Financière des professionnels vous offre un service d'accompagnement dans l'élaboration de votre testament et de votre mandat d'inaptitude: parlez-en à votre conseiller!

MARIE-JOSÉE HOUDE, LL.B., D.D.N.
Notaire – Québec
Financière des professionnels



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

L'activité qui a eu lieu à l'hôtel La Ferme, la fin de semaine du 25 et du 26 janvier dernier



En ordre, de gauche à droite, D^{re} Lise Munger, en compagnie de nos conférenciers, D^{re} Joannie Faucher, D^{re} Audrey Bellerive et D^r Denis Robert.



Souper du président

Le vendredi 13 juin 2014 à 18 h 00

Restaurant Initiale
54 rue Saint-Pierre
Québec, QC G1K 3Z9

Inscription uniquement sur le site sdq.ca

*Réservez tôt!
Places limitées*



RECHERCHÉ :

- **Emploi à Québec** comme hygiéniste dentaire. Contactez-moi au 418 934-3634
- **Dentiste à pourcentage à Lévis**, 2 à 3 jours par semaine incluant 2 soirs. Poste disponible dès le 1^{er} juin 2014. Clientèle bien établie depuis 21 ans. Secteurs résidentiels à proximité, près d'un centre hospitalier et du Mouvement Desjardins. Ambiance de travail agréable. Pour plus de renseignements, appelez au 418 837-0633

Cap-Rouge, congé de maternité
Clinique solo, 3 salles

Horaire temps plein bien rempli

Lundi: 9 h à 18 h 30

Mardi: 13 h à 20 h 30

Mercredi: 11 h à 19 h 00

Jeudi: 9 h à 16 h 00

Vendredi: congé!

Discutable pour la durée
Début: semaine du 10 août

Contactez
Christine Pagé St-Cyr 418 653-1040



CLINIQUE DE RÉHABILITATION PROSTHODONTIQUE DE QUÉBEC

Toujours située au 1145 boulevard Lebourgneuf, bureau 100

Vous pouvez désormais rejoindre notre équipe au nouveau numéro de téléphone suivant **418 624-7333**

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^r PHILIPPE GIRARD / D^{re} MARIE-LOU LANDRY
PROSTHODONTISTES



Intérieurs d'auto & Bateaux
Toiles de Bateaux
Dodgers, Bâches, etc.

Guy Lagacé
(418) 655-3441

[capitaine rembourrage.com](http://capitainerembourrage.com)

MAILHOT ROULEAU

CPA - SENC

Pierre Mailhot, CPA auditeur, CA
Serge Rouleau, 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
Serge poste 204
Nathaly poste 205
J.-Gabriel poste 206
télécopieur : 418 839-7156
pmailhot@mrca.qc.ca
srouleau@mrca.qc.ca
nchabot@mrca.qc.ca
jgdrolet@mrca.qc.ca

l'articulé

mai 2014

