

# JOURNAL

DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

VOL. 55 N°1 / HIVER 2018



*Dans ce numéro*

**P**ARODONTIE

**G**ÉRODONTOLOGIE

**E**XERCICE  
EN CABINET

**S**ERTIH



**Coeur+AVC**<sup>MC</sup>

# Apprenez les signes de l'AVC

## **V**isage

Est-il affaissé?

## **I**ncapacité

Pouvez-vous lever les deux bras normalement?

## **T**rouble de la parole

Trouble de prononciation?

## **E**xtrême urgence

Composez le 9-1-1.

Apprenez à reconnaître les signes

Plus **VITE** vous réagissez,

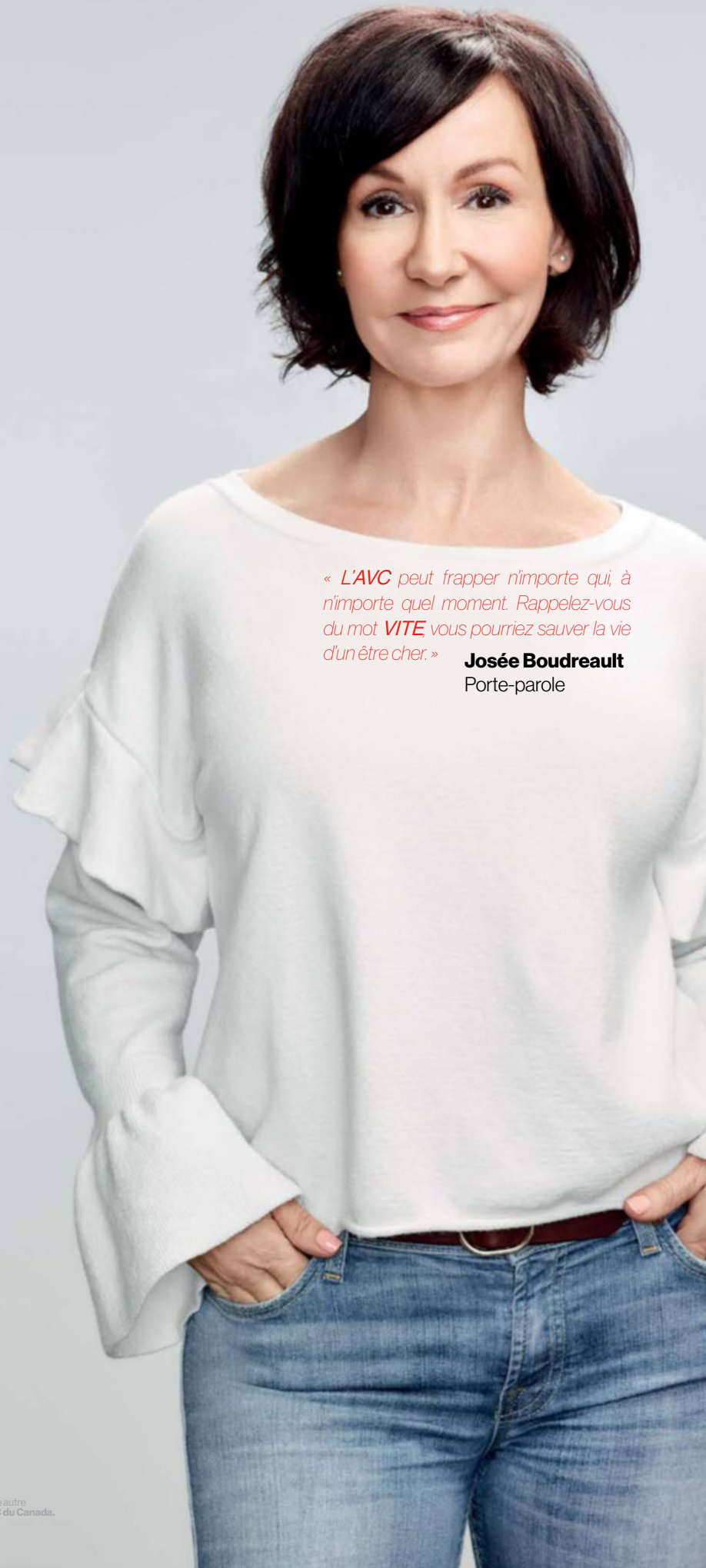
plus **VITE** vous sauvez

la personne.

[coeuretavc.ca/VITE](http://coeuretavc.ca/VITE)

Avec la participation de

Québec 



« L'AVC peut frapper n'importe qui, à n'importe quel moment. Rappelez-vous du mot **VITE** vous pourriez sauver la vie d'un être cher. »

**Josée Boudreault**  
Porte-parole

# SOMMAIRE



28

4 MOT DU PRÉSIDENT

10 MOT DE LA  
DIRECTRICE  
GÉNÉRALE

28 IN MEMORIAM  
Dr Jean-Paul Lussier

34 À L'AGENDA

*Février  
est le mois  
du cœur!*

## PARODONTIE

La correction chirurgicale  
du sourire gingival  
Présentation d'un  
cas clinique

12



18

## GÉRODONTOLOGIE

L'inclusion du xylitol dans  
le contrôle de la carie :  
une pratique à considérer  
pour une population en  
perte d'autonomie

## EXERCICE EN CABINET

Le tabagisme et  
la santé buccodentaire

24



30

## SERTIH

Un service d'évaluation et  
d'accompagnement pour  
les dentistes porteurs d'une  
infection hématogène



# Enthousiasme et tristesse



Nous vivons bientôt d'importants changements et nous pouvons nous attendre à ce que les changements se multiplient à un rythme appelé à s'accélérer.

**D**un point de vue organisationnel, la gouvernance de votre ordre professionnel sera considérablement transformée en 2018. Parmi les changements à prévoir, notons une modification de la composition du conseil d'administration (CA) et des pouvoirs dévolus au président. De nouvelles règles régiront le Fonds d'assurance-responsabilité professionnelle de l'Ordre des dentistes du Québec et réduiront les obstacles au partage d'informations entre le Fonds et l'Ordre.

À l'automne 2018, des élections auront lieu pour la première fois à la grandeur de la province en vue d'élire les membres du CA de l'Ordre, dont la taille sera réduite. Des régions seront fusionnées, ce qui fera passer le nombre d'administrateurs de 24 à 15 (membres élus et administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec compris). De plus, le CA devra comprendre un membre élu comptant moins de 10 ans de pratique.

Deux nouveaux comités (communications et planification stratégique) s'ajoutent au comité de vérification et aux autres comités existants, tandis que le CA est maintenant tenu de se réunir six fois par année. Cela pourrait mener à l'abolition du comité exécutif.

Mettant de côté toute considération politique, les membres du CA ont convenu de limiter la durée du mandat du président et de celui des administrateurs. Bien qu'il soit facultatif, le principe selon lequel le poste de vice-président du CA est confié chaque année à un nouveau membre continue d'être observé. Ce principe de rotation, adopté à ma suggestion il y a cinq ans et soutenu par des membres du CA proactifs, a permis d'accroître la synergie ainsi que d'assurer une meilleure compréhension de nos décisions et un soutien accru aux directeurs de l'Ordre et à leurs équipes.



Les défis que nous avons à relever en matière de protection du public sont sans cesse croissants. Des phénomènes comme l'omniprésence des technologies, l'innovation radicale et l'avènement de l'intelligence artificielle sont susceptibles de changer non seulement notre pratique professionnelle, mais aussi, il faut bien le dire, tous les services que nous utilisons au quotidien.

Nous ne pouvons freiner ce mouvement, mais nous pouvons espérer en gérer les impacts. Il faudrait cependant que les autorités en place reconnaissent la nécessité de procéder à une vaste réorganisation du domaine de la santé en vue de créer un nouveau modèle sectoriel. Cela permettrait d'alléger la structure actuelle, engluée dans un modèle législatif qui, à l'évidence, ne permet pas au gouvernement de répondre en temps opportun aux nouveaux défis et aux innovations en santé.

Si cet enjeu n'est pas résolu, je prédis que les organismes de réglementation en santé verront leur capacité de protéger le public décliner encore plus, au point de n'avoir plus de raison d'être.

Le dilemme, c'est que les organismes de réglementation du secteur de la santé passent le plus clair de leur temps à faire du rattrapage plutôt qu'à mettre leur expertise au service du gouvernement pour résoudre les enjeux liés à la prestation des soins de santé.

Au cours des mois à venir, nous serons à nouveau appelés à défendre notre expertise devant les élus. Il n'est pas question d'adopter une attitude protectionniste, mais plutôt de défendre les intérêts de la population en adoptant des lignes directrices qui guideront la prestation des soins de santé, plutôt que des formulations qui prêtent à interprétation. Étonnamment, ces représentations sont nécessaires pour nous permettre de remplir la mission pour laquelle le gouvernement lui-même a créé l'Ordre! Sur une note positive, l'Ordre des dentistes et la Direction de santé publique ont poursuivi leurs réunions statutaires afin d'explorer des solutions et de trouver des pistes de collaboration innovatrices. L'objectif consiste à favoriser de nouvelles initiatives allant d'outils de formation aux soins offerts aux citoyens les

plus vulnérables en passant par une campagne visant à promouvoir la réduction de la consommation de sucre au sein de la population.

Je suis très emballé par cette collaboration; je souhaite qu'en travaillant en amont, et non après-coup, nous soyons en mesure de concevoir des programmes qui auront une réelle incidence sur la santé et qui permettront d'éviter des interventions coûteuses.

Je suis convaincu de l'absolue nécessité de créer un forum réunissant les organismes de réglementation du domaine de la santé et ayant un accès direct au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Il suffit d'observer les avancées technologiques des 15 dernières années et le retard qu'accuse souvent la législation sur la réalité pour comprendre ce qui entrave notre capacité d'assurer l'accès aux soins. Un exemple éloquent est l'interdiction de recourir à la radiologie mobile en médecine dentaire, une technologie qui, pourtant, s'appuie sur la miniaturisation et émet de faibles taux de radiation.

Récemment, j'ai eu le privilège de côtoyer durant une journée la ministre française des Solidarités et de la Santé de même qu'un représentant de la Commission européenne dans le cadre d'une réunion organisée par la Fédération des autorités compétentes et régulateurs dentaires européens. Je me suis réjoui de leur volonté de mieux comprendre l'incidence de la santé bucco-dentaire et les enjeux complexes liés aux écarts observés entre les pays en matière de formation, de délivrance des permis et de mobilité. Il est devenu plus clair que jamais à mes yeux que si la santé buccodentaire au Québec pouvait bénéficier du même niveau d'intérêt et du même esprit de collaboration, nous pourrions faire les progrès nécessaires pour conserver une longueur d'avance, plutôt que d'être constamment en mode rattrapage.

**Barry Dolman, DMD**

Président

[president@odq.qc.ca](mailto:president@odq.qc.ca)

# Excitement and Sadness



There are major changes at our doorstep and they are accelerating at a pace that is becoming exponential.

**F**rom an organizational perspective, 2018 will mark a major transformation in the governance of our Order. This includes a new configuration of our Board, modified powers of the president and new regulations governing the FARPODQ, including lowering the barriers to share information with the ODQ.

For the first time, there will be elections all across the province in the fall of 2018 to elect a smaller board of directors. Some regions will be merged, resulting in 15 directors rather than 24 (dentists and members appointed to represent the public) and an obligation will be introduced to have one member who has been practising for less than 10 years.

New statutory committees for communications and strategic planning will join the audit committee and other existing committees with the new requirement that the Board hold six meetings per year. This may eventually lead to the elimination of the Executive Committee.

The Board has finally agreed to become less political, by accepting term mandates for both the president and the directors. We are continuing the optional but successful program of rotating new members to hold the position of vice president each year. This rotation, at my suggestion five years ago, supported by proactive members of the Board, has led to greater synergy and understanding of our decisions and support for our directors and their teams.

Challenges that we face in public protection are constantly increasing. Technology, disruptive innovation and the emergence of artificial intelligence are poised to change not only our professional world but quite frankly access to all services that affect our daily lives.

We are powerless to arrest this phenomenon but we can hopefully mitigate its impact.

That would, however, involve a recognition by those in power of the need for a decisive reorganization, a new and responsive sectorial model of all healthcare regulators that would unglue the current structure—one mired in a legislative model that to date has clearly shown that government is unable to respond in a timely manner to both the new challenges and innovation in healthcare.

If this is not specifically addressed, I predict that healthcare regulators will see their ability to protect the public decline even further, and eventually become irrelevant.

The present dilemma is that healthcare regulators spend most of their time and energy playing catch-up with legislation rather than actually partnering as experts with government to solve healthcare issues.

Over the coming months, we will be called upon once again under the umbrella of public protection to debate our own expertise in front of elected officials. This is not a matter of protectionism, but of public interest, concerning important criteria in the delivery of healthcare that require specific guidelines rather than interpretive nomenclature, surprisingly to fulfill the original mandate that government created us to uphold!

On a very positive note, the ODQ and public health officials have been pursuing statutory meetings to explore innovative solutions and cooperation. The goal is to facilitate a number of new initiatives ranging from uniform educational tools to quality care for our most vulnerable citizens and a campaign to reduce sugar intake.

I am very excited and hope that by working together, rather than after the fact, we can develop programs which will have major health benefits and reduce the fallout from costly intervention.

I am convinced of the absolute need to create a statutory healthcare regulators forum with direct access to the Minister of Health and Social Services.

You only have to examine a flow chart of advances in technology over the past 15 years and the frequent disconnect in matching legislation that continues to hinder our ability to guarantee care over the same period. The absence of mobile radiology in dentistry today despite digital technology, miniaturization, and the vast reduction in the dosage required is only one classic example of antiquated legislation.

I had the privilege recently of spending a day with France's Minister of Health and a representative of the EU Commission at a meeting of the Federation of European Dental Competent Authorities and Regulators. It was refreshing to witness their interest in understanding the impact of oral health and the complex issues of cross-border disparities in education, mobility and licensure. It became more apparent than ever to me that if oral care in Quebec could enjoy the same type of direct liaison and partnership, we might be able to make the strides required to ensure that we are ahead of the curve rather than continually trying to catch up.

**Barry Dolman, DMD**

President  
[president@odq.qc.ca](mailto:president@odq.qc.ca)





## PROTECTION BREVETÉE CONTRE L'ÉROSION CAUSÉE PAR LES ACIDES ALIMENTAIRES



L'ÉMAIL COMMENCE À S'AFFAIBLIR À UN pH DE 4,0.  
CREST® PRO-SANTÉ AVEC FLUORURE STANNEUX PROCURE UNE PROTECTION CONSIDÉRABLEMENT ACCRUE CONTRE LA PERTE DE CALCIUM PROVOQUÉE PAR L'ÉROSION DE L'ÉMAIL CAUSÉE PAR LES ACIDES ALIMENTAIRES VS LE FLUORURE DE SODIUM AVEC UN pH PLUS BAS.



### NOUVELLE FORMULE AMÉLIORÉE!\*

- Goût épatant et lisse\*
- Doux et sans perles
- Non abrasif que le dentifrice ordinaire
- Formule qui ne tache pas



\* formule plus lisse vs les dentifrices Crest® Pro-Santé Avancé

## DES PROFESSIONNELS DE CONFIANCE

Adressez-vous en toute quiétude à l'un de nos conseillers qui saura vous informer, analyser vos besoins et vous proposer des garanties adaptées à votre situation et à vos objectifs financiers.

Parce que notre expertise vous concerne.  
Parce que nous sommes de bon conseil.

VOUS ÊTES  
ESSENTIELS  
VOTRE EXPERTISE  
FAIT LA NÔTRE

Sogedent  Assurances<sup>inc.</sup>

Cabinet de services financiers

Une filiale de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec

1.800.361.3794 / 514.282.1425 / [sogedent.qc.ca](http://sogedent.qc.ca)



# Le changement s'opère

La loi 11, entrée en vigueur le 8 juin 2017, a amené plusieurs changements dans la gouvernance de l'Ordre. Je désire attirer votre attention sur certains de ces changements, car ils vous concernent particulièrement à titre de membres de l'Ordre des dentistes pour exercer vos droits.

## ÉLECTION DES ADMINISTRATEURS (2018) ET DU PRÉSIDENT (2019)



**A**insi, dès l'automne 2018, vous serez appelés à élire les 11 dentistes qui formeront, avec le président et les quatre administrateurs nommés par l'Office des professions, le nouveau conseil d'administration de l'Ordre. Cette élection se déroulera selon une nouvelle représentation territoriale, telle que déterminée par le conseil d'administration actuel. À la suite de la révision des limites des régions administratives du Québec, voici la nouvelle représentation par région :

- Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Chaudière-Appalaches : **1 administrateur**
- Capitale-Nationale : **1 administrateur**
- Mauricie, Centre-du-Québec et Estrie : **1 administrateur**
- Montréal : **3 administrateurs**
- Outaouais, Abitibi-Témiscamingue et Nord-du-Québec : **1 administrateur**
- Laval : **1 administrateur**
- Lanaudière et Laurentides : **1 administrateur**
- Montérégie (MRC d'Acton, de La Haute-Yamaska, de Brome-Missisquoi, de Pierre-De Saurel, des Maskoutains, de Rouville, du Haut-Richelieu, de Vaudreuil-Soulanges, de Beauharnois-Salaberry, du Haut-Saint-Laurent, de Roussillon et des Jardins-de-Napierville) : **1 administrateur**
- Montérégie (MRC de Marguerite-D'Youville et de La Vallée-du-Richelieu) : **1 administrateur**



Le mandat de tous les administrateurs, sauf celui du président, prendra donc fin le 21 novembre 2018. Il sera permis aux administrateurs dentistes de se présenter à nouveau pour un dernier mandat de quatre ans. Par la suite et selon un calendrier permettant l'alternance des régions en élection, les candidats élus au poste d'administrateur pourront exécuter un maximum de deux mandats consécutifs de quatre ans chacun.

L'élection au poste de président se tiendra à l'automne 2019. Les modifications législatives attribuent dorénavant au conseil d'administration le choix du mode électoral du président. Aussi le conseil d'administration a fixé le mode d'élection du président pour 2019 au suffrage universel des membres. La personne élue pourra briguer un second et dernier mandat. Le mandat de président demeure pour une période de quatre ans. À retenir parmi les critères d'éligibilité, celui d'avoir siégé comme administrateur pendant une période minimale de deux années consécutives au cours des 10 années précédant la mise en candidature.

Les administrateurs nommés par l'Office pourraient être désignés en fonction des besoins particuliers exprimés de temps à autre par l'Ordre.

Le législateur a pris la peine de préciser que toute nomination d'un administrateur au sein du conseil d'administration doit tendre à une parité entre les hommes et les femmes et à ce que l'identité culturelle de l'ensemble des administrateurs reflète les différentes composantes de la société québécoise. Cette règle s'inscrit dans les tendances modernes de gouvernance et se veut un reflet de la société.

## L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DES MEMBRES – NOUVEAUX POUVOIRS ET CHANGEMENT DE DATE

La loi 11 oblige maintenant les ordres à faire parvenir aux membres, 30 jours avant l'assemblée, notamment le rapport annuel, lequel inclut les états financiers vérifiés.

Les délais imposés par ces nouvelles dispositions obligent l'Ordre à repousser la date de son assemblée générale annuelle, qui est donc reportée au 22 novembre 2018 à 18 h à un endroit à déterminer. Ainsi, l'assemblée générale ne sera plus tenue pendant le congrès de l'Ordre qui se tient usuellement à la fin du mois de mai chaque année.

Au cours des prochains mois, plusieurs informations vous seront acheminées et publiées sur notre site Web.

L'Ordre entreprend une gouvernance renouvelée, mais sa mission demeure.

Lisez nos communications à venir pour en savoir plus.

**M<sup>e</sup> Caroline Daoust**

Directrice générale  
[dirgen@odq.qc.ca](mailto:dirgen@odq.qc.ca)

# LA CORRECTION CHIRURGICALE DU SOURIRE GINGIVAL

## PRÉSENTATION D'UN CAS CLINIQUE

Le sourire gingival est une caractéristique rencontrée fréquemment dans la population. Il est rapporté qu'un dégageant excédant 2 mm est jugé hors de la norme esthétique. Cette particularité serait perceptible chez environ 20 % des adultes.

---

**Fanny Morin-Roy, DMD**  
Résidente au programme de formation  
en dentisterie multidisciplinaire  
Faculté de médecine dentaire  
Université Laval

**Simon Lafrenière, DMD,**  
Cert. Perio., FRCD(C)  
Parodontiste  
Faculté de médecine dentaire  
Université Laval

La correction de ce défaut peut être réalisée pour des raisons esthétiques ou fonctionnelles, représentant ainsi un défi pour les dentistes.

Cinq facteurs pouvant causer un excès gingival ont été identifiés. Il s'agit de l'usure dentaire avec extrusion compensatoire, de l'éruption passive altérée, de l'hyperplasie gingivale, de l'excès vertical du maxillaire supérieur et de l'hypermobilité de la lèvre supérieure.

Le choix du traitement repose sur un diagnostic précis du dentiste, car les traitements varient énormément selon l'étiologie, allant d'une gingivectomie simple à une chirurgie orthognatique ou encore à une réhabilitation prothétique complexe.

Le rapport de cas suivant présente la correction chirurgicale du sourire gingival par repositionnement chirurgical de la lèvre supérieure chez une patiente présentant une hypermobilité de la lèvre supérieure. Ce cas illustre l'importance du diagnostic.



## LA CORRECTION CHIRURGICALE DU SOURIRE GINGIVAL PRÉSENTATION D'UN CAS CLINIQUE

La correction ou l'amélioration du sourire gingival est un défi pour les dentistes. Un sourire ayant une exposition gingivale de 1 à 2 mm est considéré comme étant esthétique<sup>1</sup>. Par conséquent, un dégagement excédant 2 mm est jugé comme inesthétique<sup>2,3</sup>. La prévalence du sourire gingival varie entre 10,5 %<sup>4</sup> et 29 %<sup>5</sup>, et les femmes seraient deux fois plus atteintes que les hommes<sup>4</sup>. Bien que le diagnostic du sourire gingival est facile à poser, la difficulté réside dans l'identification du facteur étiologique, puisque le traitement varie grandement en fonction de celui-ci.

Cinq facteurs étiologiques ont été identifiés, soit une usure dentaire avec extrusion dentaire compensatoire, une éruption dentaire passive altérée, une excroissance gingivale, un excès vertical osseux du maxillaire ou encore une hypermobilité de la lèvre supérieure.

Si la cause est dentaire, l'architecture osseuse doit être analysée, puisqu'une extrusion dentaire ou une éruption passive altérée peut mener à un excès de gencive sur la surface de l'émail<sup>1,6</sup>. Le traitement de choix est l'élongation coronaire chirurgicale avec ou sans traitement prosthodontique<sup>7</sup>.

L'excroissance gingivale peut être causée par une réaction inflammatoire, une condition systémique, une médication ou une néoplasie. Dans ces situations, la cause sous-jacente doit être traitée; toutefois, une gingivectomie avec gingivoplastie peut être nécessaire pour corriger le défaut<sup>8</sup>.

Un excès vertical du maxillaire peut être diagnostiqué visuellement par un excès du tiers moyen du visage ou au moyen d'un examen céphalométrique<sup>9</sup>. Dans ces cas, la procédure de choix est la chirurgie orthognathique<sup>10</sup>.

Finalement, lors d'une hypermobilité de la lèvre supérieure sans augmentation de tiers moyen ni d'hyperplasie gingivale et avec une longueur dentaire adéquate, les patients peuvent être traités par un repositionnement de la lèvre supérieure (RLS). Cette procédure est peu invasive et permet de corriger le sourire gingival.

Le RLS, décrit par Rubinstein et Kostianovsky en 1973, est une chirurgie esthétique qui vise à limiter la rétraction de la lèvre supérieure et ainsi l'exposition gingivale au sourire chez les patients ayant une lèvre supérieure hypermobile<sup>11</sup>. Cette chirurgie

L'excroissance gingivale peut être causée par une réaction inflammatoire, une condition systémique, une médication ou une néoplasie.



consiste à éliminer une bande de muqueuse du vestibule et à suturer coronairement la muqueuse labiale pour limiter l'action des muscles éleveurs (p. ex. *zygomaticus minor*, *levator anguli, orbicularis oris et levator labii superioris*)<sup>12, 13</sup>.

Pour être admissible à cette procédure, le patient doit présenter une hypermobilité de la lèvre supérieure de 8 mm au minimum (entre une lèvre

au repos et le sourire forcé)<sup>11</sup>, aucune éruption dentaire passive, aucune disproportion osseuse, une croissance terminée<sup>2, 10, 14</sup> et un dégagement gingival d'au moins 4 mm au sourire<sup>13</sup>.

Le rapport de cas suivant présente la correction chirurgicale du sourire gingival dans le cas d'une hypermobilité de la lèvre supérieure et illustre l'importance d'un diagnostic judicieux.

## PRÉSENTATION DE CAS

Une patiente de 20 ans, en bonne santé et non fumeuse, s'est présentée afin d'améliorer son sourire gingival et de corriger son frein labial proéminent. La patiente est suivie par un orthodontiste et est en fin de traitement.

Lors de l'examen extraoral, une exposition gingivale au sourire de 6 mm a été notée et mesurée de la jonction dento-gingivale au rebord inférieur du vermillon supérieur (FIGURE 1). La longueur de la lèvre supérieure au repos était de 20 mm et dans les normes, mesurée du point subnasal au rebord inférieur du vermillon supérieur<sup>14</sup>.

Un examen parodontal complet a été effectué et celui-ci se situait dans les limites de la normalité (FIGURE 2). La dimension des dents antérieures supérieures a été évaluée en lien avec le niveau osseux et une légère éruption passive altérée des dents antérieures a été diagnostiquée.

L'analgésie préemptive a été donnée (ibuprofène 600 mg 1 cp [Advil®, Pfizer, Kings Mountain, Caroline du Nord, États-Unis]) ainsi qu'un rinçage de gluconate de chlorhexidine 0,12 % (Peridex<sup>MC</sup>, Saint Paul, Minnesota, États-Unis) pendant une minute. Des infiltrations buccales de la première molaire du quadrant 1 (16) à la première molaire du quadrant 2 (26) ont été faites avec de la lidocaïne 2 % avec épinéphrine 1 : 50 000 (Lignospan® Forte, Septodont, Lancaster, Pennsylvanie, États-Unis)<sup>13</sup>. Puis, la région où les incisions devront être faites est marquée avec un crayon stérile<sup>1</sup>. Il est également possible de marquer la muqueuse avec une diode laser<sup>15</sup> (FIGURE 3).

La première incision, d'épaisseur partielle, se fait à l'aide d'une lame 15 (Bard-Parker®, Aspen Surgical, Nashville, Tennessee, États-Unis) sur manche à bistouri, 1 mm coronairement à la jonction muco-gingivale de la 16 à la 26. La deuxième incision horizontale, d'épaisseur partielle, est faite 12 mm apicalement à la première (FIGURE 4). Cette mesure est calculée comme étant le double de l'exposition gingivale à corriger<sup>14</sup>. Il n'est



Fig. 1. **Évaluation du sourire préopératoire**  
Dégagement au sourire : 6 mm



Fig. 2. **Évaluation du TK et de la muqueuse**



Fig. 3. **Bande de muqueuse à exciser : 12 mm**

pas conseillé de faire une surcorrection puisqu'avec l'âge, la lèvre supérieure a tendance à allonger<sup>3</sup>. Cette incision est faite en forme d'ellipse; elle est située à 12 mm en région du frein et canine. Elle rejoint la région 16-26 en bout à bout avec la première incision.

Si une frénectomie est nécessaire, le frein est excisé lors de ces incisions; sinon, il est possible de le laisser intact, ce qui facilite les sutures et assure la symétrie du sourire<sup>1</sup>.

Le lambeau d'épaisseur partielle est retiré, exposant ainsi le tissu conjonctif. Un fil de suture de type *plain gut* 4-0 aiguille C-6 (ETHICON®, Somerville, New Jersey, États-Unis) a été utilisé afin de réaliser les sutures. La région médiane a d'abord été suturée, avec un point simple, pour assurer la symétrie du sourire. Les berges de la muqueuse labiale ont été suturées coronairement avec le tissu kératinisé (TK), avec une combinaison de points simples et de points continus (FIGURE 5). Une hémostase adéquate a été obtenue en effectuant une pression sur le site à l'aide de coton pendant trois à cinq minutes.

La patiente a reçu une prescription de Peridex<sup>MC</sup> 0,12 % (Peridex<sup>MC</sup>, Saint Paul, Minnesota, États-Unis) pour 14 jours et une prescription d'ibuprofène 600 mg (Advil®, Pfizer, Kings Mountain, Caroline du Nord, États-Unis) pour trois jours. Les conseils postopératoires ont été fournis à la patiente. Trois contrôles ont été faits respectivement une semaine, quatre semaines et huit semaines après l'intervention (FIGURES 6 et 7). Un contrôle final a été réalisé six mois après la chirurgie, lorsque la patiente a terminé son traitement orthodontique. À ce moment, un blanchiment dentaire a également été réalisé (FIGURE 8).

Après la chirurgie, la patiente a ressenti un inconfort dû à la tension des points et une légère enflure; toutefois, elle était globalement satisfaite de la procédure.



Fig. 4. **Lambeau suprapériosté**



Fig. 5. **Sutures**



Fig. 6. **Cicatrisation trois mois après l'intervention**



Fig. 7. **Sourire après l'intervention**



Fig. 8. **Sourire six mois après l'intervention**



## DISCUSSION

La présentation de ce cas clinique met de l'avant l'importance d'identifier le facteur étiologique causant le sourire gingival. La patiente présentait une lèvre hypermobile qui entraînait un sourire gingival, sans excès vertical du maxillaire. La chirurgie de RLS était donc le traitement de choix pour obtenir un résultat prévisible. Lors de l'examen, il a été noté que la patiente présentait une légère extrusion passive altérée des incisives. Celle-ci a été avisée qu'il était possible de corriger ce défaut avec une seconde chirurgie (élongation coronaire) pour améliorer le résultat final, mais la patiente a refusé l'intervention. Elle a donc été informée que les dents resteraient courtes et qu'une légère exposition gingivale au sourire persisterait.

Avant d'entamer la chirurgie, il est intéressant de pouvoir proposer aux patients une phase test temporaire. Celle-ci consiste à suturer la muqueuse labiale plus coronairement à l'aide de quatre ou cinq points de suture simples, sans effectuer d'incisions (FIGURE 9). La phase test est généralement réalisée sans donner trop d'anesthésie. De cette façon, lorsque l'effet de l'anesthésie se dissipe, la patiente peut estimer le résultat final, sans avoir eu recours à l'intervention chirurgicale. Ainsi, lors de la chirurgie, le design des incisions peut être ajusté en fonction des commentaires du patient. La phase test peut être réalisée la journée même ou la veille de la chirurgie.

Lors de l'examen parodontal, il est important d'évaluer la quantité de TK. Le manque de TK n'est pas une contre-indication absolue à la chirurgie. Toutefois, une quantité insuffisante pourrait causer des difficultés lors de l'élévation du lambeau et de la réalisation des sutures. Cela pourrait entraîner des récives ou même créer un vestibule peu profond, ce qui nuirait au maintien d'une hygiène dentaire adéquate<sup>12, 16</sup>.

Bien que cette chirurgie présente peu de complications per et postopératoires, certaines précautions doivent être prises. Lors de la chirurgie, il est important de retirer les glandes salivaires qui sont endommagées pour éviter la formation de mucocèles<sup>17</sup>. Après la chirurgie, une sensibilité, une enflure et une tension dans la lèvre supérieure peuvent être ressenties par le patient<sup>16</sup>. Il est important d'aviser les patients d'une possible cicatrice à la ligne de suture; celle-ci n'est toutefois pas visible au sourire<sup>16</sup>. Plus rarement, une paresthésie ou une paralysie transitoire est possible<sup>12</sup>.

Le RLS permet une réduction d'environ 80 % de l'exposition gingivale au sourire<sup>13</sup>. Les résultats rapportés dans la littérature démontrent une bonne stabilité de six mois à un an après l'intervention<sup>3, 14</sup>. Pour déterminer la stabilité, trois mesures sont prises : la longueur de la lèvre supérieure, la longueur



Fig. 9. Phase test pour l'évaluation du sourire

du vermillon supérieur et le dégagement gingival au sourire. Les récives peuvent être causées par la contraction de la cicatrice ou des muscles de la lèvre supérieure, principalement chez les patients ayant un biotype mince<sup>14</sup>. Toutefois, les résultats à long terme restent à être démontrés. Certains traitements alternatifs ont été étudiés pour la correction d'une lèvre hypermobile, tels que le détachement musculaire fait conjointement avec le RLS<sup>18</sup>, le placement d'un espaceur entre le septum nasal et les fibres partiellement sectionnées des muscles élévateurs de la lèvre supérieure<sup>7, 19</sup> ou même l'injection de toxine botulique de type A au niveau de la lèvre supérieure<sup>14, 20</sup>. Toutes ces chirurgies présentent des limitations et des complications qui peuvent être plus importantes que le RLS seul.

## CONCLUSION

Lors de l'évaluation d'un patient ayant un sourire gingival, il est primordial d'identifier le ou les facteurs étiologiques. En effet, un diagnostic erroné peut mener à un traitement inapproprié irréversible ou à un traitement ne corrigeant pas le défaut. Chez les patients ayant une lèvre hypermobile, sans disproportion osseuse ni dentaire, le RLS peut s'avérer le traitement de choix. Il s'agit d'un traitement peu invasif qui présente de bons résultats à court et à moyen terme. Toutefois, il est important d'aviser les patients que les résultats à long terme et que l'impact de l'allongement de la lèvre supérieure avec le vieillissement ne sont pas démontrés. ■



ACCÉDER AUX RÉFÉRENCES  
DE CET ARTICLE





# NOTRE SPÉCIALITÉ, ÉVALUER VOTRE PRATIQUE DENTAIRE ET VOUS CONSEILLER

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

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



Dr Pierre Boyer, DMD

CONTACTEZ-NOUS DÈS MAINTENANT!

450 444-0830 • [gescomconseils.com](http://gescomconseils.com)



## L'INCLUSION DU **XYLITOL** DANS LE CONTRÔLE DE LA CARIE : UNE PRATIQUE À CONSIDÉRER POUR UNE POPULATION EN PERTE D'AUTONOMIE

---

### **Olga Mourog**

Résidente au programme de  
spécialisation en gérodentologie,  
étudiante au programme de maîtrise  
en sciences dentaires

Faculté de médecine dentaire  
Université Laval

### **Christian Caron**

DMD, LL. B., D. Sc. Méd.  
Professeur titulaire

Faculté de médecine dentaire  
Université Laval

Les personnes âgées en perte d'autonomie cognitive et physique hébergées en CHSLD ont souvent une hygiène dentaire déplorable et un taux de caries très élevé<sup>1</sup>. La perte d'autonomie ainsi que les maladies concomitantes entraînent une hygiène dentaire insuffisante, ce qui mène au développement accru de caries dentaires et de maladies parodontales qui peuvent évoluer en abcès dentaires ou parodontaux. Les pathologies buccodentaires peuvent conduire à des problèmes de santé générale, comme les maladies cardiovasculaires ou pulmonaires, le cancer oropharyngien, la dénutrition et l'aggravation du diabète<sup>2</sup>.

**L**e traitement dentaire des patients en perte d'autonomie est difficile, car ces patients collaborent peu aux traitements alors que leurs déplacements vers la clinique dentaire sont compliqués. Compte tenu du vieillissement de la population, du niveau d'hygiène dentaire insuffisant et de la prévalence élevée de carie dentaire dans ce groupe de la population, la prévention est un moyen essentiel afin de diminuer le risque pour les aînés de développer de nouvelles caries dentaires<sup>3</sup> et d'atténuer les conséquences sur leur santé.

Étant donné que l'enlèvement mécanique de la plaque dentaire chez cette population peut être difficile, il faut donc déterminer des méthodes alternatives afin de pallier la difficulté d'exécution des soins d'hygiène dentaire.

Notre recherche a eu pour but de vérifier l'efficacité chimiothérapeutique de produits destinés à contrer le développement de caries dentaires, ce qui se veut un complément à l'enlèvement mécanique de la plaque dentaire par brossage.

## DONNÉES STATISTIQUES ET PERSPECTIVES DÉMOGRAPHIQUES

Selon les données de Statistique Canada, au cours des 90 dernières années, le nombre de personnes âgées (65 ans et plus) au pays est passé de 420 000 en 1921 à cinq millions en 2011<sup>4</sup>. Aujourd'hui, la proportion des personnes âgées au Canada représente environ 15,7 % de la population; dans 50 ans, ce pourcentage augmentera pour se situer entre 24 % et 28 %<sup>5</sup>. En 2014, pour la première fois dans l'histoire canadienne, la population âgée a surpassé en nombre la population du groupe des 15-24 ans, soit 4,7 millions de personnes âgées contre 4,6 millions de jeunes adultes (15-24 ans)<sup>5</sup>. Ce changement démographique touche plusieurs provinces canadiennes, et particulièrement le Québec. En 2011, les personnes âgées composaient 16 % de la population québécoise. Au milieu du XXI<sup>e</sup> siècle, une personne sur trois sera âgée de plus de 65 ans au Québec<sup>4</sup>. Le vieillissement touchera particulièrement le groupe des 85 ans et plus.

La croissance du groupe des plus de 65 ans laisse envisager une demande élevée pour des soins de longue durée dans les institutions de santé. Au Québec, le nombre de personnes âgées ayant des besoins en soins de longue durée aura plus que doublé de 2006 à 2031, passant de 90 000 à 200 000<sup>6</sup>.

**Dans quelques années, une grande proportion des baby-boomers feront partie du groupe des personnes âgées. Le nombre d'aînés doublera, ce qui aura un impact à la hausse sur le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie.**

Les baby-boomers ont reçu une éducation où l'on accorde beaucoup d'attention à l'importance de garder une bouche en santé toute la vie durant. Par conséquent, ils conservent un nombre plus important de dents en bouche que la génération qui les a précédés. Cet accroissement du nombre de dents en bouche (environ 27 %) fera exploser les besoins et la demande en soins dentaires au sein de cette population. Selon des données provenant de l'Ordre des dentistes du Québec, on assistera à une augmentation spectaculaire des besoins en soins dentaires, « cette augmentation [s'établissant] à 150 % au-delà de la situation de 2006 »<sup>2</sup>.

## SANTÉ BUCCODENTAIRE DES PERSONNES ÂGÉES HÉBERGÉES EN CHSLD

La santé buccodentaire des personnes âgées demeure inquiétante au Québec. Même si des études récentes témoignent de certaines améliorations de l'état de santé dentaire de nos aînés depuis 1980<sup>2</sup>, la situation reste alarmante chez les aînés en perte d'autonomie<sup>7</sup>. Selon l'étude de Corbeil, Brodeur et Arpin (2006), près d'un résident sur deux ayant des dents naturelles a des caries dentaires, et ces caries sont en général la principale cause des extractions dentaires<sup>1</sup>. À l'heure actuelle, au Québec, les quelque 20 367 personnes hébergées en CHSLD auraient 45 000 dents cariées alors que les 92 198 personnes de 65 ans et plus hors institution auraient 76 524 dents cariées à traiter<sup>7</sup>.

**La santé buccodentaire des personnes âgées demeure inquiétante au Québec.**



La xérostomie  
chez les aînés  
hébergés  
en CHSLD  
aggrave les  
pathologies  
buccodentaires  
existantes.

Chez les personnes ayant des déficits cognitifs, la douleur et les inconforts reliés aux maladies buccodentaires peuvent conduire à des états de confusion et d'agitation<sup>7</sup>. L'édentation et la douleur buccodentaire peuvent mener à la dénutrition en diminuant la capacité et le plaisir de s'alimenter. La dénutrition augmente le risque de chutes et de fractures qui y sont associées. De plus, elle diminue la capacité de défense du système immunitaire, ce qui accroît le risque d'infections graves et de mortalité<sup>8</sup>.

Les études ont démontré que de 20 % à 60 % des aînés souffrent de sécheresse buccale<sup>9</sup>. Il existe trois principaux facteurs à l'origine de la sécheresse buccale : la radiothérapie, certaines maladies systémiques et la prise de médicaments. Selon diverses estimations, de nombreux médicaments (plus de 400) auraient la capacité d'induire la xérostomie médicamenteuse<sup>9</sup>. Environ 74 % des personnes âgées hébergées en CHSLD prennent au moins un médicament qui peut causer la xérostomie<sup>10</sup>. Il s'agit souvent de médicaments qui ont des effets anticholinergiques, soit les antipsychotiques, les sédatifs et les antidépresseurs. Il est connu que l'acétylcholine, qui représente le principal médiateur de la production aqueuse et ionique de la salive, est affectée par l'usage de ces médicaments<sup>9</sup>. La xérostomie chez les aînés hébergés en CHSLD aggrave les pathologies buccodentaires existantes. Elle est aussi une des causes d'halitose, laquelle peut conduire à l'isolement social. Les études épidémiologiques démontrent des liens entre les activités sociales et la santé. Une vie sociale satisfaisante peut stimuler une personne âgée et l'inciter à faire de l'activité physique ou à éviter les comportements nuisibles (consommation d'alcool, usage du tabac). Grâce aux liens sociaux, une personne peut trouver un sens à sa vie et retrouver un sentiment de valeur personnelle. En conséquence, cela mène à l'amélioration de la santé générale et de la qualité de vie<sup>11</sup>. La santé buccodentaire est donc reliée directement à la santé générale et au vécu social d'un individu. En conséquence, il est très important de maintenir et d'améliorer la santé buccodentaire chez les aînés et de contribuer ainsi à l'amélioration de la qualité de vie de ces derniers.

## EFFICACITÉ DU FLUOR ET DU XYLITOL DANS LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DE LA CARIE

Souvent, les personnes âgées ont des caries qui se trouvent au niveau de la racine de la dent. Cette localisation particulière s'explique par des changements physiologiques durant le vieillissement : une diminution sensible des cellules gingivales, ainsi que de celles de l'os alvéolaire et du cément, mène à la récession gingivale et à l'exposition des racines des dents aux conditions et à l'environnement de la cavité buccale<sup>12</sup>. La xérostomie, qui est souvent associée à la prise de médicaments, ainsi qu'une diète riche en sucre et la diminution de la qualité du brossage dentaire accéléreront le développement de caries de racine chez cette population<sup>13</sup>. La racine de la dent exposée est plus sensible aux changements du pH salivaire. Un pH entre 6,2 et 6,7 constitue une limite critique qui précède le début de la déminéralisation de la dentine dans un milieu acide. La déminéralisation de l'émail s'amorce à un pH inférieur à celui de la dentine (pH de 5,5)<sup>14</sup>. En conséquence, les racines dentaires sont plus à risque lors de la diminution du pH salivaire<sup>13, 14</sup>. Plusieurs études ont prouvé l'efficacité du fluor en haute concentration pour la reminéralisation des racines dentaires<sup>15, 16, 17</sup>.

Pour sa part, le xylitol est un sucre non fermentescible qui possède des propriétés anticariogènes. Cela peut être représenté de la façon suivante : le xylitol n'est pas métabolisé par les bactéries orales, ce qui les rend incapables de produire de l'acide à partir de sucres. En conséquence, les bactéries ne peuvent pas l'utiliser pour produire l'énergie nécessaire à leurs activités, dont la division fait partie. Cette incapacité diminue la possibilité de croissance et de multiplication bactérienne, ce qui mène à la réduction de la quantité de plaque dentaire<sup>14</sup>.

La prévention par le contrôle chimiothérapeutique de la plaque dentaire chez les personnes âgées hébergées en CHSLD est une mesure complémentaire intéressante à l'enlèvement mécanique de la plaque par brossage. L'étude de Caron et de Gargouri (2012), intitulée « Impact du brossage dentaire au fluorure de sodium chez les personnes âgées en perte d'autonomie vivant dans des centres d'accueil », a démontré l'efficacité de l'utilisation du gel fluoré à la base neutre NaF 2 % chez des aînés en perte d'autonomie.



# xylitol 10 %

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les résultats de cette étude démontrent que l'utilisation du gel NaF 2 % a diminué de façon statistiquement significative la proportion de surfaces cariées actives au bout de six mois, alors qu'au sein du groupe ayant reçu un dentifrice usuel, une augmentation significative de la proportion de surfaces cariées a été constatée<sup>18</sup>. Nous pouvons en déduire que la carie est une maladie réversible et que les ingrédients actifs peuvent transformer une carie active en carie arrêtée ou prévenir le développement des caries dentaires.

Or, il est apparu que le dentifrice à haute teneur de fluorure utilisé contenait du xylitol à 10 %, ce dont la première étude ne tenait pas compte dans ses conclusions. Cette distinction n'affectait en rien la validité de la recherche, qui voulait mesurer l'efficacité, dans un contexte difficile, d'une technique de brossage appliquée régulièrement, d'une part, avec un dentifrice conventionnel et, d'autre part, avec un dentifrice à haute teneur en fluorures. L'intérêt principal était fonction de la teneur en fluorures du dentifrice, combinée au maintien d'un brossage régulier.

Nous avons voulu, dans un second temps, mesurer l'apport individuel du xylitol dans les résultats d'un programme de brossage de même nature, notamment en regard du fait que la plaque ne pouvait être éliminée entièrement et compte tenu des propriétés bien connues du xylitol.

Notre étude a visé à vérifier l'efficacité de chacun des produits utilisés dans l'étude de Caron et Gargouri (2012) séparément (fluorure de sodium 2 % et xylitol 10 %) et à la comparer à celle de l'utilisation des deux produits combinés. Notre étude a été comparable à l'étude de Caron et Gargouri (2012), car elle a été effectuée auprès de la même population et pendant la même période de temps dans des centres hébergement au Québec avec une seule différence : le brossage dentaire a été fait le matin.

Notre étude a été effectuée auprès de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie cognitive modérée et/ou sévère, ayant au moins une dent naturelle et résidant dans six centres d'accueil de Québec, soit le centre d'hébergement Christ-Roi, le centre d'hébergement de Limoilou, le centre d'hébergement Hôpital général de Québec, le centre d'hébergement Sacré-Cœur, le centre d'hébergement Notre-Dame-de-Lourdes et le centre d'hébergement Saint-Antoine, et dans un établissement de Lévis, soit le centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis. Les critères d'exclusion ont été les suivants : aucune perte d'autonomie; personnes âgées totalement édentées; participants avec des prothèses valvulaires et/ou avec endocardite en anamnèse; patients ayant eu une greffe cardiaque et ayant développé une valvulopathie cardiaque; personnes âgées incapables de participer à la recherche en raison de leur état de santé précaire.

Afin de réaliser l'étude, nous avons décidé de former trois groupes dans chaque unité de chaque centre d'hébergement :

**Groupe 1 – brossage dentaire avec gel au fluorure de sodium 2 % et xylitol 10 %**

**Groupe 2 – brossage dentaire avec gel au fluorure de sodium 2 % seul**

**Groupe 3 – brossage dentaire avec gel au xylitol 10 % seul**

Ces trois groupes ont été formés au hasard au moyen d'un tirage aléatoire. Chaque groupe se composait du même nombre de participants. Le brossage dentaire avec les produits a été effectué pendant six mois.

Pour chaque participant, deux examens buccodentaires ont eu lieu : un avant l'étude et un après, soit six mois plus tard. Pour assurer la standardisation des données, deux examinateurs ont suivi une formation. Les examinateurs ont effectué les examens dentaires dans la chambre des participants et mesuré toutes les variables de la recherche : taux de caries par 100 surfaces à risque, indice de plaque, indice de saignement et pH de la salive.



## RÉSULTATS ET DISCUSSIONS

Pour s'assurer que les résultats de la recherche sont attribuables à l'utilisation des produits de brossage, le brossage dentaire a été effectué de façon comparable dans les trois groupes de l'étude dans tous les centres d'hébergement et les variables confusionnelles liées à l'hygiène bucco-dentaire ont été contrôlées tout au long de l'étude. De plus, il a été démontré que pour les variables explicatives, comme l'âge, le sexe, le MMSE (Mini Mental State Examination) et d'autres variables (la quantité de salive en bouche, la brosse à dents utilisée, le temps de brossage dentaire, la quantité de brossages dentaires par jour, l'aptitude à consentir), les trois groupes sont restés comparables jusqu'à la fin du projet.

Après avoir analysé les résultats des examens, nous avons observé une augmentation du nombre de **caries arrêtées** :

**NaF 2 % et xylitol 10 %** Ont diminué la proportion des surfaces cariées de 2,35 % (de 2,35 par 100 surfaces à risque) au bout de six mois.

**NaF 2 %** A diminué la proportion des surfaces cariées de 2,33 % (de 2,33 par 100 surfaces à risque) au bout de six mois.

**Xylitol 10 %** A diminué la proportion des surfaces cariées de 3,56 % (de 3,56 par 100 surfaces à risque) au bout de six mois.

Le nombre de **récidives de caries** a été presque identique dans tous les groupes avant et après l'étude. Une diminution légère du nombre de récidives de caries de 0,32 a été observée pour le gel NaF 2 % et xylitol 10 %, et pour le gel au xylitol 10 %. Il n'y a presque pas eu de changement quant au nombre de récidives de caries (0,15) pour le gel NaF 2 %.

De plus, le nombre de **caries actives** a diminué de :

- 1,29 % (1,29 par 100 surfaces à risque) pour le gel au NaF 2 % et xylitol 10 % au bout de six mois;
- 0,74 % (0,74 par 100 surfaces à risque) pour le gel au NaF 2 % seul au bout de six mois;
- 1,24 % (1,24 par 100 surfaces à risque) pour le gel au xylitol 10 % seul au bout de six mois.

Globalement, les trois produits ont diminué la quantité de caries actives. L'étude de Caron et Gargouri (2012) a démontré une augmentation de la proportion de surfaces cariées de 3,15 % après l'utilisation du **dentifrice usuel**. Si nous comparons nos résultats avec les résultats obtenus avec le dentifrice usuel, nous observons un résultat net de :

- 4,44 caries par 100 surfaces à risque avec NaF 2 % et xylitol 10 % et dentifrice usuel;
- 3,89 caries par 100 surfaces à risque avec NaF 2 % seul et dentifrice usuel;
- 4,39 caries par 100 surfaces à risque avec xylitol 10 % seul et dentifrice usuel.

Le brossage des dents avec les produits à l'étude n'a pas eu pour effet de diminuer statistiquement ni cliniquement la quantité de plaque, mais il a semblé en modifier la qualité vers une plaque dentaire moins pathogène et acidogène pour la dent, puisqu'on a observé une diminution globale de caries actives et une augmentation de caries arrêtées.

Le pH de la salive a été mesuré chez tous les participants à quatre reprises : une semaine avant le début de l'étude, une semaine après le début de l'étude, trois mois suivant le début de l'étude et à la fin de l'étude, soit six mois plus tard pour vérifier l'efficacité des produits. Nous avons effectué l'analyse du pH au plus tard 20 minutes après la consommation d'aliments pour voir si les produits à l'étude peuvent maintenir le milieu d'acidité non cariogène dans la bouche.

# NaF 2 %

Après avoir effectué et analysé les quatre tests salivaires, nous n'avons pas observé de changements significatifs du pH salivaire. Le pH moyen pour les trois groupes s'est situé entre 6,1 et 6,3. Ce pH salivaire cause la déminéralisation de la dentine, qui est souvent exposée au niveau radiculaire chez les personnes âgées. Nous pouvons conclure que le test du pH salivaire, effectué selon les standards (pas plus de 20 minutes après la consommation d'aliments), n'est pas optimal pour détecter la variation du pH. En effet, dans notre recherche, une diminution des caries actives et une augmentation des caries arrêtées ont été observées. Pour mieux comprendre l'efficacité des produits, il peut être plus intéressant de mesurer le pH de la plaque dentaire. Il est possible que la variation du pH de la plaque ne soit pas suffisante pour varier le pH salivaire ou qu'une petite variation du pH salivaire puisse signifier qu'il existe une grande variation du pH dans la plaque dentaire.



## CONCLUSION

En effectuant ce projet de recherche, nous avons voulu comprendre l'importance de chacun des composants actifs dans la réduction de la carie dentaire chez les personnes âgées en perte d'autonomie cognitive hébergées en CHSLD dans le cadre de leur utilisation lors du brossage dentaire quotidien.

À la fin de l'étude, le nombre moyen de caries actives et de récurrences de caries par 100 surfaces à risque a globalement diminué et le nombre de caries arrêtées a augmenté, ce qui est une grande victoire dans une si courte période de temps (six mois), surtout chez une population âgée vulnérable et dont la collaboration est souvent difficile à obtenir.

En comparant les trois produits, on a observé une tendance clinique. On a constaté que le xylitol 10 % était un ingrédient important. Le gel NaF 2 % et xylitol 10 % et le gel xylitol 10 % seul ont démontré une efficacité très semblable; NaF 2 % seul a donné des résultats moins intéressants.

L'efficacité des gels NaF 2 % et xylitol 10 %, xylitol 10 % seul et NaF 2 % seul dans notre étude peut être aussi expliquée par le fait que le brossage dentaire a été fait une seule fois par jour, le matin avant le déjeuner, tandis que, selon les recommandations, le brossage dentaire doit être fait minimum deux fois par jour, le matin et le soir. Les résultats de notre recherche démontrent la pertinence de l'utilisation du xylitol, qui a des propriétés anticariogènes. On conclut que même un contact peu prolongé avec des produits actifs mène à une réduction des caries. L'utilisation de ces produits actifs (toujours en combinaison avec le xylitol) est très intéressante en gériatrie, plus précisément chez les personnes âgées en perte d'autonomie hébergées en CHSLD, car il est très difficile de déplacer ces personnes et de leur fournir des traitements dentaires étant donné leurs conditions médicales. En conclusion, notre projet de recherche démontre la pertinence et l'importance d'ajouter le xylitol à l'arsenal thérapeutique. ■



ACCÉDER AUX RÉFÉRENCES  
DE CET ARTICLE



# LE TABAGISME ET LA SANTÉ BUCCODENTAIRE

*Dans la foulée de la Semaine pour un Québec sans tabac, le Journal reproduit une adaptation d'un article paru dans ses pages en 2005, mais qui demeure d'actualité, notamment en regard des immenses services que peuvent rendre les dentistes dans la sensibilisation de leur clientèle aux effets néfastes du tabac.*

Bien connu pour ses méfaits sur la santé générale, le tabagisme est tout aussi redoutable pour la santé buccodentaire des fumeurs. Il représente un facteur de risque important de plusieurs affections buccales.

**A**u Québec, environ 60 % de la population fréquente les cabinets dentaires. Le dentiste et son équipe sont donc bien placés pour sensibiliser les patients fumeurs aux problèmes de santé buccodentaire liés à la consommation de tabac.

## Cancer buccal

La forme la plus commune de cancer buccal est le carcinome épidermoïde, ou carcinome spino-cellulaire. L'incidence du carcinome épidermoïde s'accroît avec l'âge, le pic se situant entre 60 et 69 ans. Le tabagisme et l'alcoolisme sont reconnus comme les facteurs de risque les plus importants du carcinome épidermoïde.

L'action carcinogénique des produits du tabac – soit la cigarette, le cigare, la pipe et le tabac à chiquer – sur la muqueuse buccale est bien connue. Elle est liée à la quantité de tabac consommée et à la durée de la consommation. Selon l'importance de ces facteurs, les fumeurs courent un risque de deux à vingt fois plus élevé d'avoir un cancer buccal que les personnes qui ne consomment pas de tabac.

Par ailleurs, l'alcool augmente le risque de carcinome épidermoïde chez le fumeur. L'effet cancérigène du tabac est donc multiplié par la consommation simultanée d'alcool.

## Leucoplasie

La leucoplasie est la lésion précancéreuse la plus courante de la muqueuse buccale. Elle peut se transformer en cancer buccal. Elle en présente d'ailleurs les mêmes facteurs étiologiques. La leucoplasie est la lésion buccale que l'on associe le plus souvent à l'usage du tabac. Elle est six fois plus fréquente chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Le risque de dégénérescence maligne d'une lésion varie selon le type de leucoplasie, le site atteint, le degré de dysplasie épithéliale observé à l'histologie ainsi que l'âge et le sexe du patient. Plusieurs études ont démontré que la prévalence de la leucoplasie diminue à la suite de l'abandon du tabac.

## Parodonto- pathies

Des études longitudinales et transversales ont indiqué clairement que le tabagisme est un facteur de risque significatif d'affections parodontales, une fois contrôlées des variables telles que l'âge, le sexe, la race et les facteurs socioéconomiques. Plus de la moitié des cas de parodontite chronique pourrait être attribuée à la consommation de produits du tabac. Il y a une corrélation positive entre le nombre de cigarettes fumées par jour et le risque de développer une parodontopathie. Les recherches montrent aussi que la perte osseuse progresse plus rapidement chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.

Plusieurs auteurs ont confirmé l'association entre le tabagisme et la gravité des parodontites. De fait, les fumeurs présentent une plus grande perte de l'os alvéolaire que les non-fumeurs, ainsi que des poches parodontales plus profondes et une perte de l'attachement épithélial plus prononcée. Non seulement le tabagisme favorise le développement d'affections parodontales, mais il nuit au succès de leur traitement, chirurgical ou non. Les fumeurs qui subissent une chirurgie parodontale de reconstitution ont un taux de succès inférieur à celui des non-fumeurs, et ils sont très nombreux à ne pas répondre favorablement à la thérapie parodontale.

Plus de la moitié des cas de parodontite chronique pourrait être attribuée à la consommation de produits du tabac.

# canco

## Implants dentaires

Il a été clairement démontré que le tabagisme réduit les chances de succès des implants dentaires à court et à long terme. Le tabac est le principal facteur susceptible de causer l'échec de la mise en place d'implants.

Des études révèlent que les fumeurs ayant des implants ostéo-intégrés présentent un indice de saignement significativement plus élevé que les non-fumeurs, des poches péri-implantaires plus profondes, une inflammation péri-implantaire plus marquée et une perte osseuse mésiale et distale visible à la radiographie.

## Guérison des plaies

Le tabac est considéré comme un facteur de complication dans la guérison des plaies chirurgicales, notamment celles qui sont dues au détartrage ou curetage parodontal ou encore à une chirurgie du parodonte. Même la guérison des plaies consécutives aux extractions dentaires serait retardée chez les fumeurs.

## Mélanose du fumeur

Le tabagisme peut causer des lésions pigmentées ou accentuer les pigmentations déjà existantes sur la muqueuse buccale. Les substances chimiques dans la fumée du tabac entraînent une production excessive de mélanine, surtout sur la gencive attachée dans la région antérieure. L'intensité du pigment est liée à la quantité de tabac consommée et à la durée de la consommation. La mélanose du fumeur est asymptomatique et réversible. Toutefois, la disparition des lésions peut prendre plusieurs années après que la personne a cessé de fumer.

## Candidose buccale

Le tabagisme, seul ou associé à d'autres facteurs, est un important facteur prédisposant à la candidose buccale. Tous les patients qui continuent à fumer après l'arrêt d'une thérapie antifongique présentent une récurrence. En revanche, l'expérience clinique montre que ce type d'infection peut disparaître sans traitement après l'abandon du tabac. La candidose buccale est une affection qui requiert une intervention diligente de la part du dentiste. Le traitement peut parfois s'avérer difficile. Si la candidose est liée à la présence d'une maladie généralisée, il peut être recommandé de diriger le patient vers un médecin.

## Stomatite nicotinique

La stomatite nicotinique se manifeste souvent sur le palais des gros fumeurs et, en particulier, des fumeurs de pipe. Elle est asymptomatique et ne constitue pas une lésion précancéreuse. Elle disparaît rapidement après l'abandon du tabac.

asymptomatique

Stomatite  
nicotinique

dentiste

Implants dentaires  
Guérison des plaies

goût

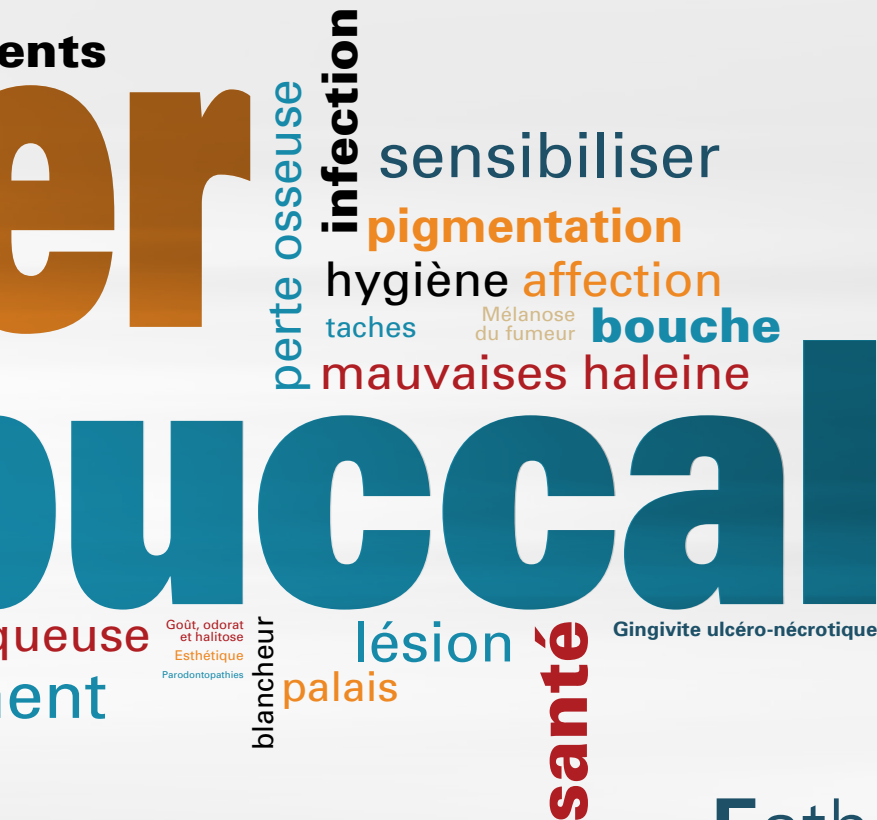
Leucoplasie

examen

Candidose buccale

traitem





## Gingivite ulcéro-nécrotique

La gingivite ulcéro-nécrotique est une affection aiguë qui évolue avec des récidives et des rémissions, et les exacerbations provoquent la destruction progressive de la gencive et des tissus de soutien profonds, le plus souvent sans formation de poches.

La prévalence de cette maladie serait plus élevée chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.

## Esthétique

L'usage du tabac cause une coloration des dents, des obturations ou des prothèses plus prononcée que celle produite par le thé ou le café. À l'examen clinique, le dentiste peut observer des taches noires ou brunâtres, au collet des dents, qui sont dues à la combustion du goudron et des autres substances contenues dans les produits du tabac. Par ailleurs, il est fréquent que des brûlures ou des taches se manifestent sur les lèvres à l'endroit d'appui de la cigarette ou du cigare.

## Goût, odorat et halitose

Plusieurs études corroborent que le tabagisme réduirait l'acuité du goût et de l'odorat. L'usage de produits de tabac est aussi un facteur important de mauvaise haleine, ou halitose.



La version originale de ce texte peut être consultée sur le site de l'Ordre, dans la section Publications – *Journal de l'Ordre* – Suppléments – Intervenir auprès des patients fumeurs. Lisez également le supplément *Le dépistage précoce du cancer buccal*, dans la même section.

# À la mémoire du Dr Jean-Paul Lussier (1917-2017)

Le 7 décembre, à l'âge de 100 ans, s'est éteint le Dr Jean-Paul Lussier.

Doyen de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal pendant 17 ans et professeur émérite, le Dr Lussier a consacré l'essentiel de sa carrière échelonnée sur près de six décennies à l'enseignement de la médecine dentaire et à l'évolution continue de la profession de dentiste.

Jean-Paul Lussier a obtenu un doctorat en chirurgie dentaire en 1942 et une maîtrise ès sciences en 1952 de l'Université de Montréal, ainsi qu'un doctorat de l'Université de la Californie (1959). Diplômé de la Harvard Business School (1974), il était également titulaire d'un doctorat *honoris causa* de l'Université McGill (1972) et de l'Université Laval (1995).

Le Dr Lussier a consacré plus de la moitié de sa longue carrière à des fonctions d'enseignement et d'administration à l'Université de Montréal, où il a été notamment professeur adjoint au Département de physiologie de la Faculté de médecine (1946-1952), professeur agrégé (1954-1958), vice-doyen et directeur des études de la Faculté de chirurgie dentaire (1957-1962), professeur titulaire (1958-1983), directeur du Département de dentisterie préventive et communautaire de la Faculté de chirurgie dentaire (1965-1975) ainsi que doyen de la Faculté de chirurgie dentaire (1962-1979). Il a également présidé la Commission des sciences de la santé de 1979 à 1983. Le Dr Lussier a par ailleurs été actif au sein de plus de 50 comités universitaires en tant que président ou membre. Ce visionnaire a participé à plusieurs démarches de révision de programmes d'études.

Parallèlement à ses activités universitaires, le Dr Lussier a assumé la présidence de nombreux organismes à vocation scientifique, dont le comité de recherche dentaire du Conseil national de recherches du Canada, l'Association des facultés dentaires du Canada et l'Académie dentaire du Québec. Il a aussi siégé au conseil d'enseignement de l'Association dentaire canadienne, au Conseil de la recherche médicale du Canada, au Conseil de la recherche en santé du Québec, à l'Organisation mondiale de la santé et à l'International Association of Dental Research.

Par ailleurs, le Dr Lussier a été cofondateur et président de l'Association des facultés dentaires du Canada, de l'Académie dentaire du Québec et du Comité aviseur du réseau thématique de recherche en santé buccodentaire du Fonds de la recherche en santé du Québec. Il a de plus été gouverneur du Collège des chirurgiens dentistes de la province de Québec et chargé, par l'Ordre des dentistes du Québec, de l'organisation des États généraux de la profession dentaire du Québec en 1991.

À la fin des années 1990, il a été membre de la Table de concertation sur la planification de l'effectif en médecine dentaire du Québec et chargé d'enquête sur l'effectif professionnel de la spécialité de chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec.

Jean-Paul Lussier était titulaire de cinq fellowships d'organismes nationaux et internationaux. Il a reçu des mentions d'honneur de sept associations, instituts et académies de même que le Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec en 1996 et le prix Hommage de l'Ordre des dentistes du Québec en 2010.

Le Dr Lussier a été un proche collaborateur de l'Ordre des dentistes, et ce, pendant de nombreuses années; il a collaboré à une foule de dossiers auxquels il a apporté son expertise inestimable. L'Ordre tient à saluer son engagement de tous les instants à l'égard de la formation des dentistes ainsi que sa contribution exceptionnelle à la profession. ■



Le Dr Lussier a été actif au sein de plus de 50 comités universitaires en tant que président ou membre.



# SUIVEZ L'ÉVOLUTION DE VOS DOSSIERS EN TEMPS RÉEL AVEC



L'APPLICATION  
GRATUITE  
dédiée aux  
professionnels  
dentaires!

INFORMEZ-VOUS  
450 669-9221 | 1 800 361-2145



ÉCRIVEZ-NOUS POUR EN SAVOIR PLUS.

un produit exclusif de



LAFOND DESJARDINS  
LABORATOIRE DENTAIRE



# UN SERVICE d'évaluation et d'accompagnement pour les dentistes porteurs d'une infection hématogène

Le **Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH)** permet aux dentistes porteurs d'une infection hématogène (VIH, VHB, VHC) d'obtenir des recommandations pour limiter le risque de transmission de leur infection à leurs patients et ainsi de prodiguer des soins tout en respectant leurs obligations professionnelles et déontologiques.

---

**Annick Trudelle**

Conseillère scientifique  
Institut national de santé  
publique du Québec (INSPQ)

**Anne Kimpton**

Chef d'unité scientifique  
INSPQ

**Geneviève Germain**

Conseillère en communications  
INSPQ

**E**n 2004, le cas très médiatisé d'une chirurgienne ayant opéré des centaines d'enfants alors qu'elle était porteuse du VIH a créé une onde de choc dans le réseau de la santé. Les mesures universelles sont-elles suffisantes pour éviter la transmission d'infections hématogènes des professionnels aux patients? Et si un professionnel porteur d'une infection hématogène venait à se blesser et à saigner pendant qu'il prodigue des soins, quels mécanismes devrait-on mettre en place?

C'est à la suite de cet événement que l'Institut national de santé publique du Québec a reçu le mandat du ministère de la Santé et des Services sociaux de créer un programme d'évaluation des professionnels porteurs d'une infection hématogène afin de prévenir la transmission de leur infection aux patients.

## RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

La responsabilité d'encadrer ou de restreindre la pratique des professionnels dont l'état de santé constitue un risque pour la clientèle est assumée entre autres par les professionnels eux-mêmes, leur code de déontologie indiquant que ces derniers doivent s'abstenir d'exercer dans des états susceptibles de compromettre la qualité de leurs actes. De plus, le Code des professions et la Loi sur les services de santé et les services sociaux accordent le droit de contrôler la qualité de pratique des professionnels à d'autres instances, dont les ordres professionnels. Le SERTIH s'inscrit en complément de ces mécanismes de protection du public.

Les recommandations du SERTIH n'ont pas de statut juridique. Elles ne prennent effet que sur approbation de l'ordre professionnel ou de l'établissement d'enseignement, afin de permettre au professionnel **de prodiguer des soins sécuritaires pour ses patients, en tout respect de ses obligations professionnelles et déontologiques.**

## ACTES PROPICES À LA TRANSMISSION

L'examen des dossiers des professionnels porteurs d'une infection hématogène repose sur la définition d'un acte à risque de transmission, soit un acte où peut se produire un contact entre le sang du professionnel infecté et le sang ou la muqueuse du patient.

Dans le cas de la pratique professionnelle des dentistes, les actes **CONSIDÉRÉS À RISQUE** de transmission sont les suivants :

- Chirurgies buccales, dentaires, parodontales et endodontiques
- Pose d'implants dentaires
- Détartrage supra-gingival et sous-gingival, curetage et surfaçage

Les actes liés aux domaines suivants ne sont **PAS CONSIDÉRÉS** comme étant à risque de transmission, puisqu'ils sont associés à un risque négligeable de contamination des patients par le sang du soignant infecté :

- Examen et diagnostic
- Endodontie (sauf chirurgie apicale)
- Dentisterie opératoire
- Prothèse amovible
- Prothèse partielle fixe
- Orthodontie
- Apnée du sommeil
- Occlusion et traitement de l'articulation temporo-mandibulaire

## PROCESSUS D'ÉVALUATION

À la réception d'une demande, un comité d'experts évalue de façon non nominative le risque de transmission d'infections hématogènes en fonction de l'état de santé du professionnel porteur d'une infection hématogène et de la nature des actes qu'il pose dans sa pratique. Le comité formule ensuite des recommandations portant sur la pratique du professionnel et, s'il y a lieu, sur le suivi médical lié à son infection de manière à limiter le risque de transmission en deçà d'un seuil jugé sécuritaire.

## OFFRIR DES SOINS SÉCURITAIRES ET DE QUALITÉ

Au Québec, il est possible de prodiguer des soins dentaires tout en étant porteur d'une infection hématogène, à la condition de se faire évaluer par le SERTIH et de suivre ses recommandations.

Si vous êtes porteur d'une infection hématogène, communiquez sans tarder avec le SERTIH, lequel sera en mesure de vous conseiller. Chaque professionnel de la santé a le devoir d'agir avec transparence et intégrité afin d'offrir des soins sécuritaires et de qualité. ■



**LIGNE SANS FRAIS ET CONFIDENTIELLE :**

**1 866 680-1856**

(du mardi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h)

Pour en savoir plus sur le **SERTIH**,

visitez le [www.inspq.qc.ca/sertih](http://www.inspq.qc.ca/sertih).

FONDATION MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC	2
GESCOM CONSEILS	17
LABORATOIRE DENTAIRE LAFOND DESJARDINS & ASSOCIÉS	29
PROCTER & GAMBLE (CREST)	8
PROCTER & GAMBLE (ORAL-B)	33
RBC BANQUE ROYALE	36
ROI CORPORATION	32
SOGEDENT ASSURANCES INC.	9
TIER THREE BROKERAGE	35



## PRÉSIDENT

D<sup>r</sup> Barry Dolman\*

## ADMINISTRATEURS

**1 Bas-Saint-Laurent – Côte-Nord  
Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine**  
D<sup>r</sup> Peter C. White

**2 Saguenay – Lac-Saint-Jean**  
D<sup>r</sup> Luc Gravel

**3 Québec**  
D<sup>r</sup> Serge-Alexandre Bellavance  
D<sup>re</sup> Véronique Gagnon\*, vice-présidente

**4 Chaudière-Appalaches**  
D<sup>r</sup> Bruno Ferland

**5 Mauricie – Bois-Francs**  
D<sup>r</sup> Mathieu Maurier

**6 Estrie**  
D<sup>r</sup> Mathieu Faubert

**7 Montréal**  
D<sup>re</sup> Josée Bellefleur  
D<sup>re</sup> Nelly Chafai  
D<sup>re</sup> Véronique Deschênes\*  
D<sup>re</sup> Isabelle Fournier  
D<sup>r</sup> Allan Lisbona  
D<sup>r</sup> Pierre Tessier

**8 Laval**  
D<sup>re</sup> Nancy Beaudoin

**9A Montérégie – Yamaska**  
D<sup>r</sup> Éric Normandeau\*

**9B Montérégie – Haut-Saint-Laurent**  
D<sup>re</sup> Jade Pichon-Roy

**9C Montérégie – Vallée-du-Richelieu**  
D<sup>r</sup> Marc Robert

**10 Lanaudière – Laurentides**  
D<sup>r</sup> Claude Beaulieu

**11 Outaouais**  
D<sup>r</sup> Guy Lafrance

**12 Abitibi-Témiscamingue  
et Nord-du-Québec**  
D<sup>r</sup> Denis Beauvais

## ADMINISTRATEURS NOMMÉS PAR L'OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC

D<sup>r</sup> Paul Desrosiers  
M. Louis Flamand\*  
M<sup>me</sup> Françoise Rollin  
M. Alain Boisvert

## DIRECTRICE GÉNÉRALE ET SECRÉTAIRE

M<sup>re</sup> Caroline Daoust

\* Membres du comité exécutif



# NOUS FAISONS SOURIRE LES DENTISTES DEPUIS PLUS DE 40 ANS.

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

  roicorp.com





# VOICI POURQUOI ELLE EST RONDE

## Brossette ronde CrossAction unique

Contrairement aux brosettes rectangulaires, la brosette ronde ORAL-B® inspirée des outils prophylactiques procure un nettoyage sur trois côtés afin d'atteindre toutes les surfaces de chaque dent.

La brosse à dents Oral-B® GENIUS™ CrossAction nettoie mieux que la brosse à dents Sonicare DiamondClean\*



L'action de pulsation oscillo-rotative de Oral-B® Pro CrossAction



Mouvements latéraux de Sonicare DiamondClean

Parlez de Oral-B® GENIUS™ à vos patients afin qu'ils ne négligent aucune surface.

## Système de suivi de la pression du brossage

Seul Oral-B® offre un système de contrôle de la pression triple afin de détecter un brossage excessif et procure au patient une alerte visuelle de l'anneau intelligent 360°.

## Innovation : Détection de la position

L'application pour téléphone intelligent aide le patient à améliorer sa technique de brossage en lui montrant les surfaces qu'il néglige.



Bluetooth®

**Oral-B**

GENIUS

\* Selon des études cliniques portant sur plusieurs semaines. Sonicare est une marque déposée de Koninklijke Philips N.V.

**22-24 février 2018**

Chicago Dental Society –  
Midwinter Meeting  
Chicago, Illinois

**8-10 mars 2018**

Pacific Dental Conference  
Vancouver, Colombie-Britannique

**16-19 mai 2018**

American Dental Association –  
Center for Evidence-Based Dentistry  
Chicago, Illinois



Journées dentaires  
internationales  
du Québec

**25-29 mai 2018**

Journées dentaires internationales  
du Québec

Palais des congrès de Montréal  
Montréal, Québec

[congres@odq.qc.ca](mailto:congres@odq.qc.ca)

**5-8 septembre 2018**

FDI Annual World Dental Congress  
Buenos Aires, Argentine

**18-22 octobre 2018**

American Dental Association –  
Annual Session  
Honolulu, Hawaii

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

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

**Éditeur**

Ordre des dentistes du Québec

**Rédactrice en chef**

Carole Erdelyon

**Rédacteur adjoint**

D<sup>r</sup> Paul Morin

**Révisseur**

Nataly Rainville

**Chargée – publications aux membres**

Natalie Séguin

**Conception graphique**

Toucan Services Marketing

**Production**

Direction des affaires publiques  
et des communications

**Publication**

Publié 4 fois l'an en version numérique

**ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC**

800, boul. René-Lévesque Ouest  
Bureau 1640

Montréal (Québec) H3B 1X9  
514 875-8511

[journal@odq.qc.ca](mailto:journal@odq.qc.ca)

[odq.qc.ca](http://odq.qc.ca)

**Dépôt légal**

Bibliothèque nationale  
ISSN : 2291-1782 (En ligne)  
© Copyright 1981

## PROGRAMME DE SUIVI INDIVIDUALISÉ

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

**CONFIDENTIALITÉ ASSURÉE**

514 875-8511  
1 800 361-4887



 Ordre des dentistes  
du Québec



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



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



## GRATUITS

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

Visitez notre site web



MAINTENANT  
À TRAVERS  
LE CANADA

Nous avons révolutionné le domaine  
des évaluations de cliniques à  
travers le Canada en utilisant  
un concept tout simple :  
Vos patients représentent  
votre atout le plus précieux.  
Comment pouvons-nous vous aider ?  
[tierthree.ca](http://tierthree.ca)





# RÉCHAUFFEZ VOTRE HIVER GRÂCE À VOS POINTS.



LA COMPAGNIE AÉRIENNE, LE DÉPART  
ET LE VOL DE VOTRE CHOIX.  
LES VOYAGEURS<sup>MC</sup> ONT LE CHOIX.

*Vivez l'Expérience Voyages<sup>MC</sup> dès aujourd'hui  
grâce à 15 000 points en prime à l'adhésion<sup>†</sup>.  
Allez à [rbc.com/voyages](http://rbc.com/voyages) pour présenter  
une demande.*

Photo prise au Jardin botanique de Montréal

Sous réserve des disponibilités. Certaines restrictions peuvent s'appliquer. Pour consulter toutes les conditions, allez à [rbc.com/primessvoyages](http://rbc.com/primessvoyages). <sup>†</sup> Pour que vous receviez la prime de 15 000 points RBC Récompenses, nous devons avoir approuvé votre demande. Les 15 000 points RBC Récompenses offerts en prime à l'adhésion figureront sur votre premier relevé mensuel. Cette offre ne peut être combinée à aucune autre offre. La Banque Royale du Canada se réserve le droit de retirer cette offre à tout moment, même après que vous l'avez acceptée. © / <sup>MC</sup> Marque(s) de commerce de Banque Royale du Canada. RBC et Banque Royale sont des marques déposées de Banque Royale du Canada. Toutes les autres marques de commerce appartiennent à leur propriétaire respectif.