

# Journal

DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

Volume 54, numéro 3

Été 2017

## TROUSSE D'URGENCE EN CABINET DENTAIRE

### ÉQUIPEMENT ET MATÉRIEL

- Défibrillateur externe automatisé (DEA)
- Oxygène – Cylindre de type E
- 2 masques: 1 pour adulte et 1 pour enfant

- Saturomètre
- Glucomètre
- Seringues
- Tensiomètre
- Thermomètre 1 ml et 3 ml avec aiguilles, jauge, 20 à 25°C
- 2 masques RCR: 1 pour adulte et 1 pour enfant\*

### MÉDICAMENTS

- EpiPen
- 1 pour...

## Dans ce numéro

PROSTHODONTIE

GÉRODONTOLOGIE

EXERCICE EN CABINET

DIAGNOSTIC

POUR UNE  
**DURÉE  
LIMITÉE<sup>1</sup>**



# RABAIS HYPOTHÉCAIRE AUX EMPLOYÉS

Économisez comme  
un employé de RBC<sup>®2</sup>.

**LE VOICI DE RETOUR !** Obtenez le même taux avantageux que nos employés et profitez de la souplesse de nos options de remboursement anticipé. Nos conseillers en prêts hypothécaires peuvent vous rencontrer partout et en tout temps, y compris les soirs et les fins de semaine.

Pour en savoir plus, allez à votre succursale  
**RBC Banque Royale<sup>®</sup>**



Réalisons  
les moments  
qui comptent<sup>™</sup>

<sup>1</sup> Pour être admissibles, les demandes d'hypothèque doivent être présentées entre le 6 février 2017 et le 7 juillet 2017, inclusivement. La garantie de taux est valable pour une période maximale de 120 jours suivant la date de la demande, après quoi le taux d'intérêt garanti prend fin.<sup>2</sup> L'offre est limitée aux propriétés situées au Québec et aux demandeurs admissibles. L'offre est limitée aux nouvelles hypothèques résidentielles à taux fixe et à échéance fixe et à taux variable et à échéance fixe de 1 à 10 ans seulement. Cette offre ne s'applique pas aux hypothèques avec avances progressives à la construction ni à la modification d'un prêt hypothécaire actuel de Banque Royale du Canada, notamment une opération de transport, un décaissement de fonds supplémentaires, un renouvellement, un nouveau segment hypothécaire dans le cadre d'une Marge Proprio RBC<sup>®</sup> ou un transfert d'une hypothèque de Banque Royale du Canada à une Marge Proprio RBC. D'autres conditions peuvent s'appliquer. Les taux réservés aux employés représentent des taux réduits et non pas les taux affichés de Banque Royale du Canada. Cette offre et les taux réservés aux employés de RBC peuvent être modifiés, retirés ou prolongés à tout moment sans préavis. Cette offre ne peut être jumelée qu'à certaines autres offres de Banque Royale du Canada. Consultez votre conseiller en prêts hypothécaires pour de plus amples détails. Par « taux publié », il faut entendre le taux d'intérêt publié par Banque Royale du Canada pour ses hypothèques résidentielles.

® / <sup>™</sup> Marque(s) de commerce de Banque Royale du Canada. RBC et Banque Royale sont des marques déposées de Banque Royale du Canada.

Les produits de financement personnel et les hypothèques résidentielles sont offerts par Banque Royale du Canada sous réserve de ses critères de prêt standard.

VP597898

109483 (02/2017)



16



12



37

# Journal

DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

## À LIRE CE MOIS-CI

- 4 MOT DU PRÉSIDENT
- 9 MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE
- 28 LA FONDATION
- 31 FORMATION DENTAIRE CONTINUE
- 37 PRIX ET RECONNAISSANCE
- 38 JOURNÉES DENTAIRES 2017
- 42 AU TABLEAU
- 46 À L'AGENDA

### PROSTHODONTIE

- 12 Conception et fabrication assistées par ordinateur : une nouvelle avenue en prothèse partielle amovible

### GÉRODONTOLOGIE

- 16 Démence et soins dentaires

### EXERCICE EN CABINET

- 24 Trousse d'urgence de base en cabinet dentaire – Mise à jour

### DIAGNOSTIC

- 32 Lésions à risque et diagnostic précoce



## EN ENCART DANS CE NUMÉRO :

- Trousse d'urgence de base en cabinet dentaire
- Protocoles – situations d'urgence





**Barry Dolman, DMD**  
Président  
president@odq.qc.ca

## La santé buccodentaire, une composante « accessoire » de la santé globale? **Bizarre...**

Vous connaissez le monde Bizarro? Il s'agit d'un univers fictif décrit dans une bande dessinée américaine publiée par DC Comics dans les années 1960. Là, tout est inversé. La planète est en forme de cube, et non de sphère, le soleil est bleu plutôt que jaune et les habitants visent l'imperfection au lieu de la perfection.

Parfois, l'univers dans lequel nous évoluons ressemble étrangement au monde Bizarro.

**I**l est normal que l'instance même qui a créé l'Ordre des dentistes et qui lui a conféré un mandat de protection du public ne tienne pas compte de son expertise.

*Lorsqu'il est question de réforme liée à l'accès aux soins de santé, l'Ordre des dentistes est souvent la dernière organisation à être consultée. Et parfois, l'Ordre est carrément ignoré.*

**Il est normal de ne pas faire évoluer la législation rapidement, même lorsqu'il y a consensus.**

*Un délai de dix ans semble être la norme quand vient le temps d'apporter des modifications pourtant nécessaires aux lois.*

*Ajoutons à cela que les pharmaciens ne sont toujours pas habilités à renouveler nos ordonnances.*

**Il est normal de fonder les décisions sur des impératifs politiques plutôt que sur des preuves scientifiques.**

*Prise il y a quelques années, la décision de permettre la pose de prothèses amovibles sans un diagnostic préalable, bien que mal avisée, ne peut être remise en question sous prétexte que cela constituerait un pas en arrière.*

**Il est normal de concevoir une politique en réponse aux pressions politiques plutôt qu'en fonction des besoins des patients.**

*Il ne va pas dans l'intérêt du public de réduire les exigences en matière de qualifications professionnelles pour faciliter la mobilité dans des régions ciblées pour des raisons politiques.*

**Il est normal de ne pas voir plus loin que la durée de son mandat pour choisir d'intervenir ou non dans un dossier.**

*Bien que la fluoration de l'eau soit une mesure de prévention sans danger et peu coûteuse tout indiquée dans une province connue pour son incidence élevée de carie, elle s'avère impopulaire en temps d'élection.*

**Il est normal de ne jamais accorder de valeur au point de vue opposé, peu importe s'il est fondé ou non.**

*Tous les partis d'opposition appuient la position conjointe du Collège des médecins et de l'Ordre des pharmaciens qui exhortent le gouvernement à donner accès aux dentistes au Dossier Santé Québec, et ce, sans tarder.*

**Il est normal de croire qu'on sait mieux que ses commettants ce qui est bon pour eux.**

Au cours des derniers mois, j'ai eu le privilège d'assister aux cérémonies d'assermentation des trois facultés de médecine dentaire du Québec.

Promis à un brillant avenir, ces diplômés enthousiastes et dynamiques sont prêts à entreprendre leur carrière. Ils auront à relever les défis associés au traitement d'une population sans cesse vieillissante et médicalement compromise. Ils s'appuieront pour ce faire sur la technologie et contribueront sans doute aux avancées en matière de soins et de prévention des maladies buccodentaires, des percées que nous avons peine à imaginer aujourd'hui.

Dans ce contexte, nos élus doivent faire preuve d'audace et prendre des décisions qui tiennent compte des enjeux réels liés à la santé et à l'accès aux soins.

---

**Les élus doivent comprendre que les membres de l'Ordre sont des fournisseurs de soins de première ligne. Ils posent des diagnostics, prescrivent des médicaments et réalisent des interventions invasives. Soumis à des standards rigoureux, les dentistes collaborent avec les membres du Collège des médecins et de l'Ordre des pharmaciens. Malheureusement, lorsque vient le temps de légiférer, ils ne sont pas traités au même titre que les médecins et les pharmaciens. Bizarre!**

---



**Barry Dolman, DMD**  
President  
president@odq.qc.ca

## Oral healthcare is seen merely as an “accessory” of healthcare by government

Bizarro World was a fictional planet depicted in American Comic Books published by DC Comics in the 1960s, a place where society was regulated to do all things opposite to normal.

The planet was a cube rather than a sphere; the sun was blue rather than yellow; its inhabitants strived for imperfection rather than perfection.

**A**t the Ordre, normal is being ignored as experts with a legislative mandate, by the same body that created us.

*The ODQ is often the last organization to be consulted on reforms or access to care, and sometimes not consulted at all.*

**Normal is not being able to move legislation rapidly forward even when there is a consensus.**

*Ten years is often the norm required to amend pertinent legislation.*

*Pharmacists still cannot renew our prescriptions.*

**Normal, are decisions grounded in politics rather than in scientific evidence.**

*Given a poor decision to ignore a diagnosis prior to treatment for removable dentures, we cannot even consider a reassessment, as that would be considered a step backwards.*

**Normal is articulating policy based upon external political forces rather than on patients' needs.**

*Lowering the bar for professional accreditation to facilitate mobility based upon politically targeted regions does not serve the public interest.*

**Normal is looking no further than the next election when considering intervention.**

*Water fluoridation is the logical solution for a province with an abnormal level of caries. It is safe, inexpensive and with a proven track record – but it might be unpopular at ballot time.*

**Normal is never giving credit to the opposing viewpoint, even when it is deemed a better option.**

*All opposition parties support the consensus position of the Collège des médecins and the Ordre des pharmaciens to immediately give all dentists access to the DSQ.*

**Normal is believing you know better than your constituents what's good for them right now.**

Over the past months I have had the privilege of participating in the swearing-in ceremonies at Quebec's three faculties of dentistry. These new graduates, fresh and energetic, are ready and prepared for the future. They will certainly face the challenges of an aging and increasingly medically compromised population. They will be embracing technology and making major advances in ongoing treatment and prevention of oral disease, some of which we cannot even contemplate today.

The future for these graduates appears bright. There will be much to do, given the constant inaction and skewed perception that often drives decisions.

Elected officials with the capacity and the duty to look forward are more often content to remain in their bubble, ignoring the realities and issues looming beyond the next election.

---

**Members of the Ordre graduate as doctors, and are first-line providers who diagnose, prescribe and perform invasive therapy. They are held to the highest standards and collaborate with the Collège des médecins and the Ordre des pharmaciens, but still are not treated as equals when legislation is contemplated or written..... Bizarre!**

---

# LA FORMATION CONTINUE À L'UNIVERSITÉ LAVAL

AUTONNE 2017

## Trucs et astuces en thérapie muco-gingivale et chirurgie parodontale esthétique

Samedi 30 septembre, de 9 h à 12 h

- Dr Simon Lafrenière et Dre Anne-Sophie Villeneuve

## Réanimation cardiorespiratoire et défibrillation externe automatisée (RCR-DEA)

Samedi 14 octobre, de 9 h à 16 h

- Médecin, Croix-Rouge canadienne

## La retraite pour un dentiste... mais encore ?

Samedi 21 octobre, de 9 h à 12 h

- Pier-Luc Lafontaine, CPA, CMA, MBA

## Contrôle de la transmission de l'infection en cabinet dentaire

Samedi 28 octobre, de 9 h à 12 h

- Daniel Grenier, Ph. D.

## Dentisterie pédiatrique; de la prévention à la restauration (théorie et pratique)

Samedi 4 novembre, de 9 h à 16 h

- Dre Caroline Quach et Dre Anne-Sophie Fortin-Pagé

## Odontologie judiciaire, pourquoi pas ?

Samedi 11 novembre, 9 h à 12 h

- Dr Sylvain Desranleau

## Tomographie volumétrique à faisceau conique

Vendredi, samedi et dimanche, 17-18-19 novembre

- Dre Catherine Nolet-Lévesque

## Approche contemporaine en endodontie

Samedi 25 novembre, de 9 h à 12 h

- Dr Philippe Gauthier

HIVER 2018

## 35<sup>e</sup> Journée scientifique : Nouvelle formule!

### Thèmes et activités à confirmer

Vendredi 9 février, 8 h 30 à 16 h

- Pavillon de Médecine dentaire

## La prothèse amovible sur implants de A à Z (théorie et pratique)

Samedi 17 février, 9 h à 16 h

- Dre Annik Pelletier et Dr Ghassan Al Dika

## Pharmacothérapie en médecine dentaire; plus qu'une question de prescription!

Samedi 17 mars, 9 h à 12 h

- Martin Darisse, pharmacien

## Le patient âgé en cabinet : trucs et astuces

Samedi 24 mars, 9 h à 12 h

- Dre Christine Girard

## Stratégies financières pour l'incorporation du dentiste

Samedi 14 avril, 9 h à 12 h

- Pier-Luc Lafontaine, CPA, CMA, MBA

## Réanimation cardiorespiratoire et défibrillation externe automatisée (RCR-DEA)

Samedi 21 avril, 9 h à 16 h

- Médecin, Croix-Rouge canadienne

## Cimentation : choisir les bons matériaux et appliquer les bons protocoles

Samedi 28 avril, de 9 h à 12 h

- Dre Cathia Bergeron

## Atelier-résidence en chirurgie dento-alvéolaire

Samedi 5 mai et du lundi au mercredi 7-8-9 mai

- Dre Annie-Claude Valcourt

Abonnez-vous à l'infolettre de la formation continue pour connaître les modalités d'inscription:

**fmd.ulaval.ca**

## Nous joindre

418 656-2764, poste 4221 / 1 877 806-1122, poste 4221  
formationcontinue@fmd.ulaval.ca



UNIVERSITÉ  
**LAVAL**

Faculté de médecine dentaire





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

Caroline.Daoust@odq.qc.ca

## Sanction du projet de loi modifiant diverses lois concernant principalement l'admission aux professions et la gouvernance du système professionnel : quelques faits saillants

Dans la foulée du rapport de la commission Charbonneau, les instances gouvernementales ont tenu à ce que l'éthique et la gouvernance au sein des ordres professionnels fassent l'objet de modifications en profondeur. Ces modifications s'inscrivent dans la loi en titre, sanctionnée le 8 juin dernier, laquelle prévoit des pouvoirs accrus donnés à l'Office des professions pour contrôler et vérifier les ordres professionnels.

**P**armi les règles prévues, certaines constituent des principes de gestion déjà largement reconnus. Ainsi, le conseil d'administration d'un ordre professionnel devra s'assurer de voir à l'intégrité des règles de contrôle interne de même qu'à la viabilité et à la pérennité de l'institution. Il devra également s'assurer que la direction générale adopte de saines pratiques de gestion.

D'autres règles sont de nature plus innovatrice, comme imposer aux administrateurs l'obligation de suivre une formation sur le rôle d'un conseil d'administration, notamment en matière d'égalité entre les femmes et les hommes, et une formation en gestion de la diversité culturelle. Aussi, toute nomination d'un administrateur au sein du conseil devra tendre à une parité entre les femmes et les hommes et à ce que l'identité culturelle des administrateurs reflète les différentes composantes de la société québécoise.

Le conseil devra aussi veiller à ce que des formations soient offertes aux administrateurs en lien avec l'exercice de leurs fonctions. Ces formations devront entre autres porter sur les actes dérogatoires de nature sexuelle.

Comme expliqué dans un numéro précédent du *Journal*, la structure du conseil de l'Ordre des dentistes sera revue. Le nombre d'administrateurs diminuera et la proportion de membres nommés par l'Office augmentera. Le législateur se montre ainsi soucieux d'un usage efficient des ressources humaines et accorde une importance accrue aux membres du public dans un système où le mandat premier est la protection du public. Le mandat du président de l'Ordre pourra être renouvelé deux fois. Celui des administrateurs suivra le principe élaboré dans un règlement dont les balises seront fixées par l'Ordre et approuvées par l'Office des professions.

En ce qui a trait à la cotisation annuelle, le conseil en établira le montant après avoir consulté les membres réunis en assemblée générale et considéré le résultat de cette consultation. Cette nouvelle procédure obligera le conseil à expliquer sa décision, mais elle lui permettra également de ne pas être lié par une objection majoritaire des membres. L'assemblée annuelle sera toutefois le forum où sera approuvée la rémunération des administrateurs élus, dont celle du président.

Divers règlements devront être adoptés par le conseil, dont un relatif à son éthique et à sa déontologie. L'Ordre s'étant doté d'un code d'éthique et de déontologie pour ses administrateurs et membres de comités il y a plusieurs années, il pourra largement s'en inspirer.

**Le conseil devra s'assurer par ailleurs que des cours ou des stages de formation continue en éthique et en déontologie sont offerts aux dentistes. Il devra aussi vérifier que la formation à ce sujet contenue dans le cursus universitaire est adéquate.**

Les actes dérogatoires de nature sexuelle reçoivent une attention soutenue par l'établissement de sanctions particulières et la sensibilisation de tous les acteurs au problème.

Dans un autre registre, le Commissaire aux plaintes en matière de reconnaissance des compétences professionnelles devient le Commissaire à l'admission. Il acquiert ainsi des pouvoirs élargis qui englobent tous les tenants et aboutissants de l'admission à un ordre.

Le système professionnel évolue et y apporter des changements exige du temps. La bonne nouvelle, c'est que ces changements permettent d'actualiser nos pratiques et de démontrer à la population notre engagement à toujours faire mieux dans le but de les protéger.

D'autres réformes sont à venir, souhaitons qu'elles se fassent rapidement. ✱

ÉVALUATION DE PRATIQUES ET D'ACHALANDAGE

PROFITEZ DE  
NOTRE EXPERTISE  
AFIN DE FACILITER UNE  
**TRANSACTION  
IMPORTANTE**  
DE VOTRE CARRIÈRE



# 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)

# CONCEPTION ET FABRICATION ASSISTÉES PAR ORDINATEUR : UNE NOUVELLE AVENUE EN PROTHÈSE PARTIELLE AMOVIBLE

## RÉSUMÉ

L'essor de la technologie de conception et fabrication assistées par ordinateur (CFAO ou CAD-CAM) dans le domaine dentaire a permis aux divers intervenants d'offrir des soins d'une qualité et d'une précision inégalées en matière de restaurations fixes et, depuis peu, de restaurations amovibles. Cette nouvelle approche permet d'offrir des soins aux résultats des plus optimaux tout en assurant une constance dans la production.

La numérisation des modèles de pierre (primaires et finaux), l'analyse du parallélisme numérique ainsi que la conception virtuelle jumelée à la fabrication des squelettes métalliques par frittage par laser de l'alliage chrome-cobalt permettent d'offrir des pièces de partiel d'un confort et d'une solidité nettement accrus.

En apparence complexe, le processus de conception sera présenté sous forme de comparatif entre la méthode conventionnelle et la méthode entièrement numérique (CFAO). Suivront une analyse des diverses propriétés chimiques, mécaniques et physiques de l'alliage obtenu par frittage par laser et, pour conclure, un résumé des avantages et inconvénients des techniques afin de guider les praticiens dans les avenues de traitement à favoriser dans le futur.

## MOTS CLÉS

CFAO

PROTHÈSES PARTIELLES  
AMOVIBLES

NUMÉRISATION

CONCEPTION VIRTUELLE

FRITTAGE SÉLECTIF PAR LASER  
DU CHROME-COBALT

### Stéphanie Bégin

Résidente multidisciplinaire  
Faculté de médecine dentaire  
Université Laval

### Alexandre Gagné, DMD

Professeur assistant en prosthodontie  
Faculté de médecine dentaire  
Université Laval

### Ghassan Al-Dika, DMD, M. Sc.

Prosthodontiste, professeur adjoint  
en prosthodontie  
Faculté de médecine dentaire  
Université Laval

L'utilisation de la CFAO a fait couler beaucoup d'encre dans la dernière décennie. Cet article se veut donc un survol de cette nouvelle technologie afin de guider le praticien dans les avenues de traitement à favoriser en prothèse dentaire amovible.

### Procédé de fabrication des châssis métalliques : CFAO ou technique conventionnelle

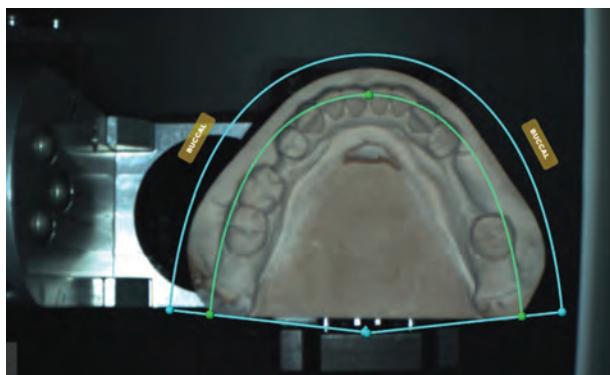
Lorsque comparées d'un point de vue clinique, les étapes menant à la confection d'armatures métalliques qui s'appuient sur les techniques conventionnelles et celles qui reposent sur les techniques de CFAO sont très semblables<sup>3, 4</sup>. Examen complet de la bouche (clinique et radiologique), empreinte primaire, analyse du modèle primaire au paralléliseur (numérique ou conventionnel), modification et préparation des dents piliers, empreinte finale puis fabrication du modèle maître sont les étapes préalables nécessaires à la phase de conception au laboratoire, et ce, tant avec la technique conventionnelle que numérique<sup>5</sup>. C'est toutefois à l'étape de la phase laboratoire qu'une différence apparaît lors de la fabrication des châssis métalliques<sup>6</sup>. Comparée à la technique conventionnelle, qui comporte plusieurs étapes afin d'obtenir un squelette de partiel, la technique de fabrication de CFAO en comprend trois principales : l'acquisition du modèle maître, la conception numérique du châssis métallique et la fabrication du châssis proprement dit<sup>7, 8</sup>.



FIGURE 1 | Scanneur de table de 3DRPD : Dental Wings.

#### Acquisition du modèle maître

Dans un premier temps, le modèle maître fourni par le dentiste doit être numérisé au laboratoire à l'aide d'un scanneur tridimensionnel<sup>8, 9</sup>. Plusieurs types de scanners sont actuellement offerts sur le marché; ils doivent toutefois être de type « ouvert » et les fichiers produits, en format STL. Comme on peut le constater, le scanneur utilisé par la compagnie 3DRPD illustré ci-haut est le modèle de table Dental Wings (voir FIGURE 1).



Acquisition du modèle final sous forme de données stéréolithographiques avec le scanneur de table.



Modèle final acquis sous forme de données stéréolithographiques.

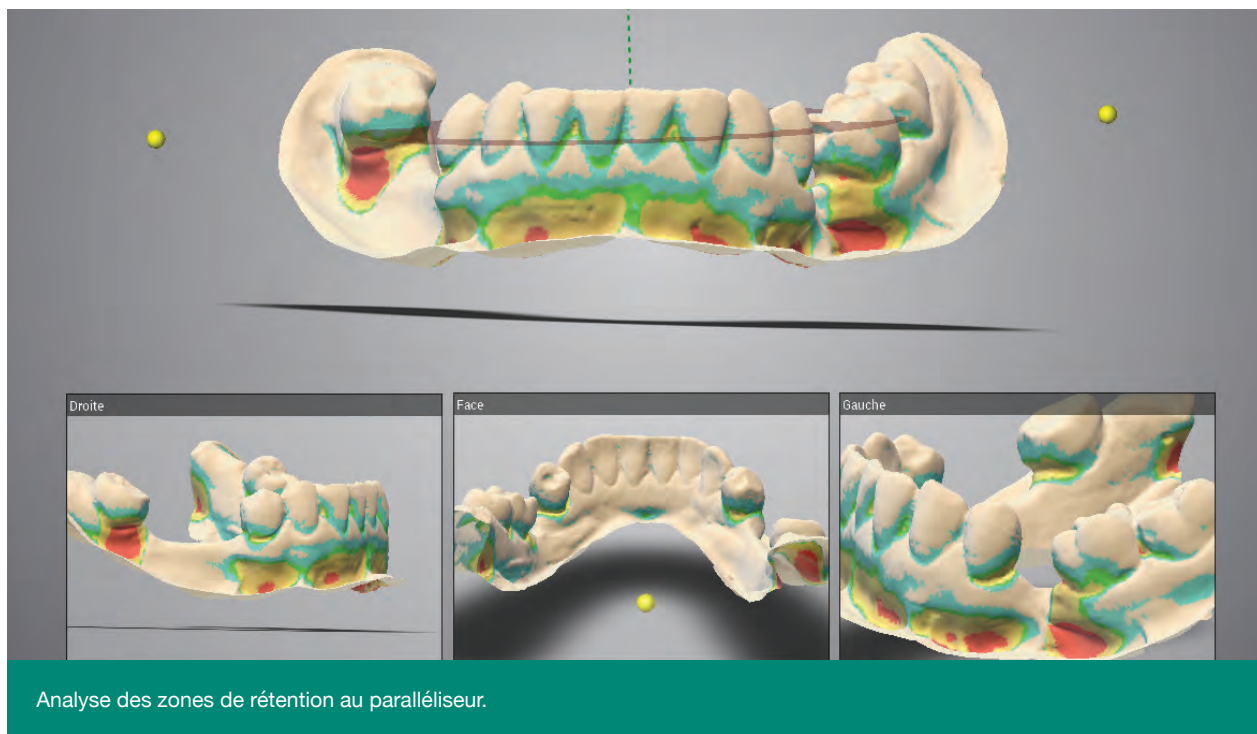


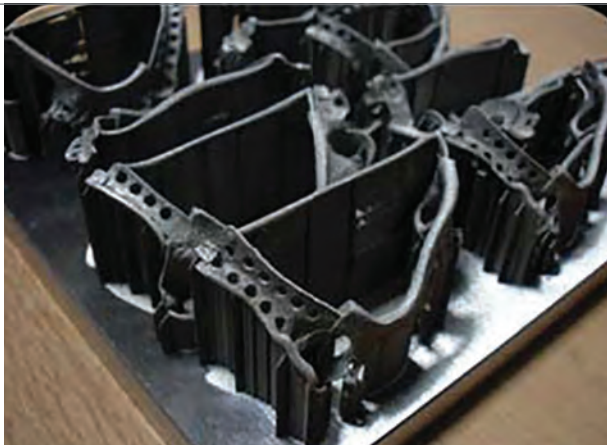
### Conception numérique du châssis métallique

Après l'analyse numérique du parallélisme vient l'étape de la conception numérique, au cours de laquelle le gabarit virtuel de l'armature est conçu. Les appuis, les plans guides, les grands et petits connecteurs ainsi que les rétenteurs directs et indirects sont tous créés selon des gabarits de volume et d'épaisseur prédéterminés<sup>8</sup>.

### Fabrication du châssis métallique

Finalement, le châssis métallique est réellement fabriqué par frittage sélectif par laser de l'alliage chrome-cobalt à partir de la maquette informatique conçue lors de la phase précédente. Le squelette de partiel est ensuite débarrassé des supports d'impression et poli, comme le châssis conventionnel<sup>8,10,11,12</sup>.





Châssis métallique obtenu par frittage sélectif par laser de l'alliage chrome-cobalt. On note que le châssis métallique est toujours sur ses supports d'impression; il devra être retiré et poli par la suite.

### Propriétés des alliages chrome-cobalt : techniques de CFAO ou conventionnelles

Comparés d'un point de vue chimique, physique et mécanique, les alliages chrome-cobalt obtenus par frittage sélectif par laser se montrent supérieurs à divers plans<sup>10</sup>. En effet, d'un point de vue chimique, les alliages chrome-cobalt issus des deux techniques démontrent une biocompatibilité, une résistance à la corrosion ainsi qu'une libération d'ions minime et quasi identique en milieu acide<sup>13, 14</sup>. Par contre, d'un point de vue physique, les alliages chrome-cobalt obtenus par frittage par laser présentent une microstructure plus homogène, c'est-à-dire avec de plus petites porosités à l'intérieur même de leur structure. Bien que quelques études s'opposent quant à la quantité de porosités générées par la méthode de CFAO, toutes s'entendent pour dire que les porosités créées sont plus petites que celles retrouvées dans les alliages métalliques obtenus par la technique conventionnelle<sup>16</sup>. La rigidité des alliages est aussi augmentée par rapport à la technique conventionnelle, ce qui leur confère un net avantage<sup>15</sup>. Mécaniquement, ces alliages démontrent en outre une plus grande résistance à la fatigue et à la fracture, procurant ainsi aux squelettes de partiel une plus grande durabilité. Finalement, pour ce qui est de la force en flexion, cette dernière demeure similaire, peu importe la technique de fabrication utilisée<sup>17</sup>.

### Avantages et limites de la CFAO

Adoptée déjà par plusieurs praticiens, la technique de CFAO présente plusieurs avantages. Dans un premier temps, on note une augmentation de la précision des pièces grâce à l'acquisition d'un modèle numérique non altérable

précis au cinquième de micron (de 5 à 15 microns selon la littérature)<sup>1</sup>. De plus, la diminution des manipulations en vue de la confection contribue à réduire grandement les erreurs d'origine humaine : l'élimination du paralléliseur conventionnel, du modèle réfractaire et du cirage manuel du squelette de partiel ainsi que l'absence de mise en revêtement, et des changements dimensionnels y étant associés, et de coulé de métal en fusion (porosités) n'en sont que quelques exemples<sup>5</sup>. Une constance accrue dans la fabrication des châssis métalliques au chapitre de l'épaisseur, de la forme et du volume est ainsi obtenue, en plus d'une amélioration des propriétés mécaniques et physiques. De surcroît, une plus grande appréciation des patients quant à l'épaisseur et au confort est notable<sup>17</sup>. Par ailleurs, si un problème survient, il est facile de reprendre les pièces de prothèse, puisque les données numérisées sont enregistrées et conservées dans un fichier de format STL. Il est également possible de valider les différents paramètres (épaisseur requise, dureté, etc.) du squelette de partiel en fabrication à l'aide d'un scanner de table.

Bien que cette technique de fabrication offre une multitude d'avantages, elle présente cependant quelques limites. En effet, il est faux de croire qu'avec cette technique de fabrication, l'utilisation des matériaux à empreinte est complètement éliminée. Des modèles primaires et finaux doivent encore être acquis, et ce, à l'aide de matériaux standards comme un hydrocolloïde réversible et le polyvinylsiloxane<sup>1</sup>. Il n'est toutefois pas illusoire de croire que d'ici quelques années, ces modèles ne seront plus nécessaires à la confection des prothèses dentaires amovibles ou fixes<sup>2</sup>. Une autre limite, cette fois-ci du côté conceptuel, est aussi observée. En effet, les recouvrements linguaux et occlusaux ne peuvent être obtenus avec cette technique ou alors difficilement, puisque l'occlusion avec les dents antagonistes ne peut être encore clairement reproduite lorsque les modèles sont numérisés. Il est préférable, à l'heure actuelle, de procéder à leur fabrication par la technique conventionnelle<sup>3</sup>.

### Conclusion

Évoluer avec les nouvelles technologies demande souvent d'accepter de sortir de sa zone de confort afin d'intégrer de nouveaux processus; il s'agit là d'un défi de taille. Appliquée à la prothèse dentaire amovible, la technologie de CFAO nous permet d'offrir des soins dont les résultats sont des plus optimaux tout en assurant une constance dans la production. ✱

Pour accéder aux références de cet article, consultez le [www.odq.qc.ca](http://www.odq.qc.ca) sous l'onglet Publications/Journal.



## DÉMENCE ET SOINS DENTAIRES

### MOTS CLÉS

AÎNÉ

DÉMENCE

DENTISTERIE

TRAITEMENTS<sup>1</sup>

---

#### **Mélanie Gagnon**, DMD

Résidente au programme de spécialisation en gérodontologie, 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

---



## RÉSUMÉ

En raison du nombre croissant de personnes âgées qui demeurent à domicile et qui souhaitent préserver leurs dents naturelles, les dentistes québécois seront appelés à traiter de plus en plus ces patients, dont plusieurs souffrent de troubles cognitifs. Bien que le déficit cognitif le plus répandu soit la maladie d'Alzheimer, diverses autres causes de démence existent à fréquences moindres. Actuellement, plusieurs médicaments sont prescrits dans le traitement symptomatique et comportemental de la démence. Il est donc important que les dentistes reconnaissent les manifestations buccales de ces médicaments dans le but de conseiller et de traiter de façon optimale leurs patients souffrant de démence. En effet, ces patients nécessitent une attention particulière lors des traitements dentaires afin de s'assurer d'une bonne coopération de leur part. L'environnement et la communication avec ces patients doivent être adaptés, et le plan de traitement doit être modifié selon les besoins et les capacités de chaque patient. Cet article a pour but de réviser la littérature disponible en vue de guider les dentistes dans le traitement de leurs patients souffrant de démence.

La proportion de personnes âgées est en forte croissance au Québec et devrait atteindre 25 % de la population totale en 2031, selon l'Institut de la statistique du Québec<sup>1</sup>. Le processus de vieillissement s'accompagne de plusieurs changements physiologiques ou pathologiques, comme les troubles cognitifs. Ces derniers sont fréquemment rencontrés. En effet, le ministère de la Santé et des Services sociaux a évalué à 115 195 le nombre de personnes atteintes de démence au Québec en 2015<sup>2,5</sup>. En raison de la croissance du nombre de dents naturelles conservées en bouche chez les aînés<sup>4,5</sup> et de l'augmentation de l'espérance de vie, il est inévitable que les dentistes aient à traiter de plus en plus de patients présentant un déficit cognitif dans leur clinique<sup>6</sup>. Ils deviendront alors des acteurs

importants pour maintenir la qualité de vie et la santé globale de leurs patients atteints de démence.

### Maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer (MA) est une maladie neuro-dégénérative progressive et fatale caractérisée par la perte des fonctions intellectuelles, comme la mémoire, le langage, les fonctions visuospatiales et les capacités de résolution de problème<sup>7</sup>. C'est la forme de démence la plus fréquente, comptant pour 60 % à 70 % de toutes celles qui sont diagnostiquées<sup>8</sup>. On prévoit que sa prévalence triplera d'ici 2050<sup>9</sup>.

La prévalence et la sévérité de la maladie augmentent avec l'âge<sup>9</sup>. En effet, selon les travaux de Smetanin et collab. cités par Voyer, sa prévalence est de 7 % pour les personnes de 65 ans et plus, et elle atteint 49 % chez les plus de 90 ans<sup>10</sup>. Les femmes sont plus touchées par la MA que les hommes, ce qui s'explique en partie par leur espérance de vie supérieure<sup>11</sup>. La MA se présente sous deux formes : la forme habituelle, plus fréquente, et la forme familiale. Seulement 5 % des MA sont d'incidence familiale et présentent un patron autosomal dominant<sup>11,12</sup>. La forme familiale de la MA se présente plus tôt en âge, habituellement vers 50 ans, tandis que la forme habituelle est normalement diagnostiquée après 60 ans<sup>10-12</sup>.

Les premiers symptômes de la MA sont souvent des déficits subtils et intermittents dans la mémoire à court terme, puis dans la mémoire à long terme dans les stades plus avancés de la maladie<sup>10</sup>. On note une diminution des capacités à apprendre de nouvelles informations et à accomplir les tâches de la vie quotidienne, ainsi qu'une désorientation dans le temps et dans l'espace, ce qui mène à une perte d'autonomie<sup>13</sup>. Un changement de personnalité est présent chez 70 % des personnes atteintes de la MA et se manifeste comme une apathie, une humeur dépressive ou de l'anxiété<sup>11,14</sup>. Avec la progression de la maladie, les troubles de comportement peuvent se transformer en agressivité physique et verbale chez 20 % à 50 % des patients<sup>7,15</sup>. Plus tardivement dans la maladie, les personnes atteintes présentent une incontinence, une dysphagie et une détérioration motrice qui se manifeste sous forme de contractures et qui modifie la démarche et l'équilibre de la personne atteinte<sup>10,11,16</sup>. Dans la MA, l'espérance de vie est en moyenne de 8 à 10 ans, mais on retrouve souvent les symptômes bien avant que le diagnostic soit posé<sup>7,17</sup>.

La MA est un désordre multifactoriel complexe dont l'étiologie précise est toujours inconnue. Plusieurs

facteurs de risque et changements microscopiques au niveau cérébral ont cependant été identifiés. Les deux mécanismes pathologiques les plus acceptés actuellement sont la présence de plaques amyloïdes et la présence de dégénérescences neurofibrillaires dans le cerveau. Ces dépôts entraînent une dysfonction neuronale et, ultimement, la mort neuronale, responsable du déficit cognitif. Par ailleurs, à ce jour, un seul facteur génétique a été identifié dans la forme habituelle de la MA. Il s'agit de l'apolipoprotéine E4, située sur le chromosome 19<sup>7</sup>. Son mécanisme exact est encore inconnu, mais elle accentuerait l'accumulation de bêta-amyloïde dans le cerveau<sup>7,18</sup>.

L'âge, le sexe, la scolarité, les antécédents familiaux, les facteurs génétiques, une histoire de traumatismes crâniens, les facteurs vasculaires et les habitudes de vie (obésité, tabagisme, inactivité physique) augmentent tous le risque d'être atteint d'un trouble cognitif<sup>9</sup>. Selon les travaux de Braak et Braak cités par Friedlander, Norman, Mahler et collab., pour la majorité des démences, le diagnostic exact ne peut se faire qu'au décès du patient, lorsque l'autopsie est pratiquée<sup>7</sup>. Avant cela, le diagnostic se fait à l'aide de signes cliniques, d'examens de laboratoire et d'évaluations neurologiques et physiques complètes<sup>17, 19</sup>. Les signes cliniques permettant d'établir le diagnostic des démences est détaillé dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), le manuel de référence pour les troubles mentaux.

À ce jour, aucun traitement ne permet de guérir la MA<sup>6, 11, 13</sup>. Les traitements disponibles ne traitent pas la cause, mais ont pour but de stabiliser et de minimiser l'apparition des symptômes<sup>6, 7, 11</sup>. Présentement, les inhibiteurs de la cholinestérase sont utilisés en première ligne dans le traitement de la MA. Ils sont efficaces pour diminuer la progression du déficit cognitif dans les démences légères ou modérées<sup>6,7,20</sup>. Dans les cas de MA au stade modéré à avancé, la mémantine, dont l'utilisation est approuvée, peut être utilisée seule ou en combinaison avec les inhibiteurs de l'acétylcholine pour diminuer la progression du déficit cognitif<sup>7, 20</sup>. Avec la progression de la démence, les symptômes comportementaux et les troubles de l'humeur peuvent devenir plus difficiles à gérer seulement avec des inhibiteurs de la cholinestérase. C'est pourquoi d'autres médicaments comme les antidépresseurs, les antipsychotiques, les anticonvulsivants et les anxiolytiques sont utilisés pour traiter les symptômes non cognitifs de la démence<sup>6, 7, 11, 21, 22</sup>.

Plusieurs médicaments sont présentement à l'étude ou testés dans le but de guérir ou du moins de minimiser

la progression de la démence. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, un extrait de *Ginkgo biloba* et le remplacement hormonal ont été testés. Ils ont démontré une certaine efficacité dans le traitement de la MA<sup>6</sup>. De plus, une nouvelle avenue de traitement est explorée, impliquant quatre catégories de médicaments anti-amyloïdes. Lors de tests, ceux-ci ont démontré une efficacité dans la prévention et le traitement de la MA<sup>6,18</sup>.

La MA se divise en trois stades : léger, modéré et sévère. Au stade léger, la personne atteinte présente des déficits cognitifs légers qui ne l'empêchent habituellement pas de fonctionner normalement. On note entre autres une difficulté à se rappeler les événements récents, une attention de courte durée, une concentration difficile et un mauvais jugement. Au stade modéré, les fonctions cognitives diminuent considérablement et la personne atteinte a besoin d'une aide plus soutenue pour effectuer ses tâches quotidiennes. La mémoire devient de plus en plus altérée et on note un début de difficulté dans le langage, une confusion temporelle et conceptuelle, une apathie et des troubles de comportement (agitation, hostilité, agressivité). La personne atteinte peut avoir conservé un certain état de conscience et se rappeler certains détails de sa vie personnelle. Au stade sévère, la personne a besoin d'aide constante et ne peut plus communiquer. Des symptômes psychiatriques et comportementaux importants (illusions sensorielles, paranoïa) sont présents ainsi que des changements de personnalité (passivité et/ou agressivité)<sup>23</sup>. La personne atteinte a de la difficulté à reconnaître les visages et est très désorientée.

Lorsque la personne atteinte de la MA approche de la mort, elle présente une émergence des réflexes primaires et une rigidité musculaire. Une incontinence double et un mutisme accompagnent les symptômes moteurs<sup>17, 24, 25</sup>. Le décès des personnes atteintes de démence est rarement causé par la démence directement, mais plutôt par des comorbidités en lien avec celle-ci qui les prédisposent à des complications médicales telles qu'une malnutrition, une surinfection d'une plaie de pression ou une pneumonie d'aspiration. Il a par ailleurs été démontré que les gens souffrant de la MA sont plus nombreux à décéder d'une pneumonie ou d'une bronchite que les non-déments<sup>26</sup>.

Plusieurs autres causes de démences existent et chacune a des particularités qui la distinguent. Parmi les démences dégénératives, notons la démence à corps de Lewy, la démence frontotemporale, la paralysie supranucléaire progressive, la maladie de Huntington,



la maladie de Parkinson et la dégénérescence cortico-basale. Des causes de démences non dégénératives existent aussi, telles que la démence vasculaire, les démences infectieuses (maladie de Creutzfeldt-Jakob ou SIDA) et les démences toxiques et métaboliques (déficience en vitamine B12 ou en folates, démence hypothyroïdienne ou alcoolisme chronique)<sup>10, 27</sup>. Les probabilités que le dentiste ait à traiter un patient atteint de l'une ou l'autre de ces démences sont plus faibles, mais les précautions à prendre seraient globalement les mêmes que dans le cas d'un patient atteint d'une démence plus commune.

### Manifestations buccales

Plusieurs médicaments utilisés dans le traitement symptomatique de la démence présentent des interactions

avec les médicaments utilisés en médecine dentaire. Le dentiste se doit donc d'effectuer une vérification préopératoire minutieuse de la liste de médicaments de son patient dément afin d'éviter des interactions dangereuses pour celui-ci. Plusieurs médicaments induisent également des changements buccaux qui peuvent être reconnus et possiblement traités par le dentiste; ils sont énumérés au tableau I.

La démence, par sa nature, a des répercussions dans toutes les sphères de la vie de la personne atteinte, y compris au niveau de la bouche. En effet, il a été observé que les personnes atteintes de la MA ont un débit salivaire réduit, moins de dents, plus de caries et une moins bonne hygiène buccodentaire, celle-ci diminuant avec la progression de la démence<sup>28-31</sup>. Ce dernier problème peut s'expliquer par le fait qu'avec l'atteinte progressive des

**TABLEAU 1** | Effets secondaires des médicaments les plus utilisés dans le traitement symptomatique de la démence

Médicament	Manifestations buccales	Autres effets secondaires
<b>Inhibiteurs de cholinestérase</b> Donézépil Galantamine Rivastigmine	Sialorrhée Xérostomie Glossite	<b>GI</b> : nausées, vomissements, anorexie, diarrhée, douleurs abdominales <b>SNC</b> : insomnie, étourdissements, maux de tête
<b>Antagonistes des récepteurs NMDA</b> Mémantine		<b>GI</b> : constipation, vomissements, toux <b>SNC</b> : étourdissements, confusion, maux de tête <b>CV</b> : hypertension
<b>Antipsychotiques</b> Halopéridol	Dyskinésie tardive Xérostomie	<b>SNC</b> : effets anticholinergiques, sédation, hypotension orthostatique <b>MS</b> : symptômes extrapyramidaux
<b>Antipsychotiques atypiques</b> Risperidone Olanzapine Quétiapine	Xérostomie Douleur dentaire	<b>GI</b> : vomissements, constipation <b>SNC</b> : somnolence, insomnie, agitation, anxiété, maux de tête, hypotension orthostatique <b>MS</b> : parkinsonisme, akathisie
<b>Antidépresseurs tricycliques</b> Désipramine Nortriptyline Amitriptyline	Xérostomie Stomatite Dysgueusie Langue chevelue	<b>GI</b> : constipation, nausées <b>SNC</b> : fatigue, somnolence, faiblesse, vision trouble, anxiété, hallucinations <b>CV</b> : hypotension, hypertension, tachycardie, infarctus du myocarde
<b>Inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine</b> Citalopram Fluoxétine Paroxétine Sertraline	Xérostomie Dysgueusie Bruxisme	<b>GI</b> : nausées, diarrhée, anorexie <b>SNC</b> : somnolence, insomnie, maux de tête, anxiété, fatigue <b>CV</b> : diminution de l'agrégation plaquettaire possible <b>Autres</b> : augmentation de la sudation
<b>Benzodiazépines</b> Lorazépam Oxazépam Témazépam	Xérostomie	<b>GI</b> : diarrhée <b>SNC</b> : confusion, sédation, étourdissements, vertiges, somnolence

**GI** : gastro-intestinal, **SNC** : système nerveux central, **CV** : cardiovasculaire, **MS** : musculo-squelettique



**FIGURE 1** | État de santé buccodentaire négligé et non fonctionnel chez un patient souffrant de démence. Patient résidant en centre d'hébergement. Gracieuseté d'Olga Mouroug.

**FIGURE 2** | Dégradation de la qualité de l'hygiène dentaire chez un patient souffrant de démence. Patient résidant en centre d'hébergement. Gracieuseté d'Olga Mouroug.

fonctions cognitives, la personne démente oublie de se brosser les dents ou ne se souvient plus comment le faire.

La dysphagie est un autre problème fréquemment rencontré au cours de la démence. En effet, 45 % des aînés déments souffrent de dysphagie, ce qui peut mener à des pneumonies d'aspiration et possiblement à la mort. Lorsque la dysphagie s'accompagne de xérostomie, le risque de souffrir d'une pneumonie d'aspiration est encore plus grand. En effet, l'effet protecteur de la salive étant diminué, lorsqu'il y a aspiration de bactéries buccales, celles-ci peuvent coloniser les voies respiratoires et mener à une pneumonie d'aspiration, parfois fatale<sup>7</sup>. Considérant qu'un des facteurs de risque principal de la pneumonie d'aspiration est la pauvre hygiène dentaire, les dentistes peuvent contribuer de façon importante à prévenir ce problème et ainsi améliorer la qualité de vie de leurs patients déments en les aidant à maintenir une bonne hygiène buccodentaire<sup>7</sup>. Une hygiène dentaire optimale diminuera la quantité de plaque dentaire et de micro-organismes qui peuvent se retrouver dans les voies respiratoires inférieures lors de l'aspiration, ce qui diminuera ainsi la possibilité d'infections pulmonaires.

### Soins dentaires

Lorsque vient le temps de traiter un patient cognitivement déficient, plusieurs facteurs entrent en ligne de compte dans le processus décisionnel du dentiste. Il doit considérer l'état médical de son patient, son degré de déficit cognitif, son aptitude à coopérer, les traitements requis, ses attentes ainsi que celles de sa famille. Cette réflexion permet au dentiste d'évaluer le meilleur choix de traitement dans l'intérêt de son patient. Il se peut que la meilleure décision soit de ne pas traiter, de traiter de façon minimale ou d'effectuer des traitements complexes. Cette décision doit être prise de façon conjointe avec le patient et sa famille<sup>19, 21</sup>.

Les soins préventifs débutent par un suivi qui comprend des nettoyages faits tous les trois mois, à la suite desquels le dentiste applique un gel de fluor à une

concentration d'au moins 1,1%. Il profite également de ces visites trimestrielles pour faire un rappel des instructions d'hygiène<sup>7, 17, 21, 32</sup>. En effet, dès que le diagnostic de démence est posé, il est impératif d'intégrer les soins d'hygiène buccodentaire quotidiens à la routine du patient afin qu'il ne se sente pas confus ou en danger lorsque ces soins lui seront fournis à un stade plus avancé de la maladie<sup>9</sup>. Il faut également encourager le patient à effectuer lui-même son hygiène buccale quotidienne; les aide-mémoires (pictogrammes, photos, listes d'instructions, aides audio) peuvent l'aider grandement à conserver son indépendance<sup>11, 17</sup>. Même si le patient peut toujours effectuer lui-même ses soins d'hygiène buccodentaire, il faut, dès que le diagnostic est établi, éduquer les aidants à donner les soins et leur en expliquer l'importance, car l'hygiène buccodentaire peut ne pas être la priorité dans la longue liste de soins qu'ils ont à dispenser quotidiennement<sup>7, 17</sup>. Il peut aussi être utile et apprécié de leur fournir des instructions écrites, en plus des explications verbales, car leur présence pour donner les soins buccodentaires quotidiens s'accroîtra avec la progression de la maladie<sup>7</sup>. Les instructions doivent être claires et adaptées au niveau de connaissance de la personne atteinte de démence et de son aidant. Comme plusieurs personnes ignorent les signes indiquant la présence de carie ou d'une maladie parodontale, il revient au dentiste de les renseigner afin qu'elles recherchent des soins lorsque le besoin se fait sentir<sup>3</sup>. Finalement, il faut rappeler aux accompagnateurs et aux patients d'éviter les rince-bouches en cas de dysphagie; il est préférable d'utiliser des produits ayant une texture plus consistante, comme les gels et les vernis, pour éviter l'étouffement et l'aspiration. Il est également très important d'aviser les aidants de ne pas mettre leurs doigts entre les dents du patient lorsqu'ils dispensent les soins d'hygiène buccodentaire, car celui-ci pourrait les mordre involontairement<sup>33</sup>. Selon les travaux de Moody cités par Kocaelli et collab., les membres de la famille ou les accompagnateurs se sentent rassurés si le dentiste connaît et explique les conséquences de la démence et la ligne de conduite à suivre<sup>21</sup>.

### Communication et environnement

Lorsque le patient arrive dans la salle de traitement du cabinet, le dentiste doit entreprendre la conversation en s'identifiant afin d'orienter la personne et de la rassurer<sup>7</sup>. Ensuite, puisque la capacité de compréhension du patient peut être diminuée, le dentiste et son équipe doivent utiliser un langage simple et des phrases courtes lorsqu'ils s'adressent à lui et expliquer clairement ce qui sera fait<sup>7, 11, 33</sup>. La capacité du patient dément de

retenir l'information peut être diminuée au point où ce dernier oublie rapidement ce qui lui a été dit. Il faut donc répéter fréquemment les instructions en utilisant les mêmes mots, sans reformuler les phrases, dans le but que le patient comprenne ce qui se passe tout au long du traitement<sup>7, 33</sup>. Le dentiste et son assistante doivent parler doucement et lentement. Ils doivent aussi porter une attention particulière au langage non verbal : sourire, toucher légèrement la main, le bras ou l'épaule du patient et minimiser le port du masque lors des conversations afin de favoriser un environnement rassurant<sup>7, 33</sup>. Le dentiste ne doit pas sous-estimer l'importance de maintenir un contact visuel direct avec le patient lorsqu'il lui parle<sup>7, 17, 33</sup>. Cette mesure simple captera l'attention limitée du patient et les instructions seront beaucoup mieux comprises. Lorsque le dentiste pose des questions à son patient, il doit s'adresser directement à lui, lui poser une question à la fois, en priorisant les questions auxquelles on répond par oui ou par non, et lui donner le temps nécessaire pour répondre, même s'il est plus rapide de s'adresser à l'accompagnateur<sup>7, 33</sup>. Ce dernier doit toujours être présent dans la salle de traitement lorsque des décisions sont prises, même si le patient peut toujours décider par lui-même, car des oublis ou des incompréhensions sont chose fréquente<sup>33</sup>. Finalement, même si ce n'est pas ce qu'il fait habituellement, le dentiste peut parfois appeler le patient par son prénom ou son surnom. Le patient pourrait ainsi ressentir une plus grande proximité avec son dentiste, ce qui pourrait le rendre plus calme ou plus réceptif. Le dentiste peut s'enquérir de l'efficacité de cette stratégie avec le patient auprès de l'accompagnateur<sup>33</sup>.

Selon les travaux de Henry et collab. cités par Friedlander et collab., les patients déments peuvent devenir agressifs lorsqu'ils sont confrontés à des situations inconnues ou à des questions qu'ils ne comprennent pas<sup>7</sup>. C'est pourquoi les situations nouvelles et les sources d'incompréhension doivent être minimisées afin de s'assurer d'une coopération optimale. Dans cet ordre d'idées, si le dentiste travaille dans une clinique avec plusieurs autres dentistes, il serait préférable que le même dentiste et la même hygiéniste traitent le patient à chacune de ses visites dans le but de minimiser les situations nouvelles et de faciliter la coopération de ce dernier<sup>11</sup>. De plus, l'accompagnateur devrait être assis près du patient pour qu'il ait des repères en vue de diminuer son stress, le distraire et lui tenir les mains au besoin<sup>11, 17, 19</sup>. Par ailleurs, le dentiste doit s'assurer de favoriser un environnement calme en diminuant le plus possible les distractions et les bruits pour éviter l'agitation et la désorientation du patient et conserver son attention<sup>7, 33</sup>. Si une situation

problématique survient, le dentiste doit attirer l'attention du patient sur autre chose, en lui donnant une serviette ou une peluche à tenir par exemple<sup>7, 19</sup>. Le dentiste et son équipe doivent demeurer attentifs aux besoins du patient et être empathiques<sup>7</sup>. En effet, il est important de garder à l'esprit que le patient atteint de démence est une personne qui souffre d'une maladie progressive fatale, et donc d'éviter de le considérer comme un enfant qui n'a pas d'autonomie ni d'habileté<sup>33</sup>.

Si des mesures de contention sont utilisées, cela doit être uniquement dans un but thérapeutique, et non pour accélérer le traitement. Le patient doit avoir fait l'objet d'une évaluation clinique initiale et les mesures de contention doivent être mises en place seulement après avoir obtenu l'autorisation du mandataire légal. Ces dernières doivent être utilisées dans des situations exceptionnelles et toujours dans l'intérêt du patient. Le dentiste doit obtenir le consentement éclairé du patient ou de la personne qui l'accompagne et inscrire au dossier, de façon précise, le « diagnostic lié à la prise de décision, l'indication de la mesure prescrite en fonction du comportement, la description de la situation, le type de contention utilisé, la date, l'heure et la durée de son utilisation, le consentement obtenu, l'explication fournie des risques associés, les observations pertinentes (dont la condition respiratoire), les paramètres de surveillance requis (dont le saturomètre) et les contrôles exercés »<sup>34</sup>.

---

#### Modifications durant le traitement

---

Tout d'abord, le dentiste doit déterminer si le patient est apte à donner lui-même son consentement éclairé<sup>33</sup>. Si ce n'est pas le cas, il doit s'adresser à l'accompagnateur ou au membre de la famille qui est le représentant légal du patient afin d'obtenir un consentement éclairé et de vérifier s'il détient un régime de protection (curatelle, tutelle, mandat)<sup>7</sup>. Il doit conserver cette information au dossier avec une copie des documents légaux si possible<sup>11</sup>.

Comme pour tous les patients, mais particulièrement pour les patients déments, il est indispensable de mettre la liste de médicaments à jour et de noter les changements médicaux<sup>21, 32</sup>. En effet, puisque la démence est une maladie progressive, les médicaments et les comorbidités peuvent avoir changé depuis le dernier rendez-vous; ces informations renseigneront le dentiste sur le degré de détérioration ou la stabilité de l'état cognitif de son patient et la coopération qu'il peut espérer de sa part.

Afin de s'assurer d'une coopération maximale, le dentiste peut vérifier auprès de l'accompagnateur ou

de la famille quel est le moment de la journée où les soins d'hygiène sont les plus faciles à dispenser pour faire coïncider le rendez-vous à la clinique avec cette période<sup>11</sup>. Puisque la capacité d'adaptation diminue à mesure que la maladie progresse, le simple fait de se déplacer jusqu'à la clinique dentaire peut constituer un défi de taille pour ces patients. Le fait de minimiser le temps passé en salle d'attente et de privilégier des rendez-vous courts (45 minutes) sont des éléments qui peuvent contribuer à diminuer le stress du patient, lui permettant ainsi d'être plus calme et coopératif lors du traitement dentaire<sup>7, 11, 17</sup>. De plus, puisque plusieurs patients déments ont une mobilité réduite et se déplacent en fauteuil roulant, il est prudent de s'assurer que le patient est allé à la toilette avant le début du rendez-vous afin d'éviter d'allonger inutilement le temps de traitement<sup>7</sup>. Il est possible, malgré la prise de toutes ces mesures, que le patient dément ne coopère pas. Le dentiste doit être conscient que les personnes démentes ont, pour la plupart, de bonnes et de mauvaises journées<sup>17</sup>. Si le manque de coopération empêche le dentiste d'effectuer les traitements prévus de façon adéquate ou sécuritaire, il peut reporter le rendez-vous à une autre journée ou modifier l'heure du rendez-vous.

Le plan de traitement devrait être établi en ayant pour but de dispenser en début de maladie les traitements les plus complexes et ceux assurant une plus grande stabilité de la santé dentaire, et ce, afin que la personne atteinte de démence ait un minimum de problèmes lorsque les traitements deviendront impossibles ou très difficiles à réaliser<sup>21</sup>. De plus, le dentiste doit garder en tête que les patients souffrant de démence ont un niveau d'anxiété et de stress élevé dû à leur confusion et à leur incompréhension de multiples situations de la vie courante. Les mesures pour augmenter leur coopération pendant les traitements dentaires ont donc pour but de les mettre en confiance et ainsi de diminuer leur anxiété. Tous les efforts de l'équipe dentaire doivent aller dans ce sens. D'un côté plus pratique, les prothèses doivent être conçues pour être faciles à enlever et à mettre en bouche. Les petits appareils, qui pourraient être avalés, devraient être évités pour minimiser les risques d'étouffement<sup>11</sup>. Puisque l'hygiène buccale n'est souvent pas optimale chez les patients déments, les restaurations doivent être facilement nettoyables et les textures à la surface des prothèses dentaires doivent être évitées en vue de minimiser l'accumulation de plaque dentaire. De plus, les matériaux utilisés lors des restaurations doivent être choisis pour leur durabilité et leur facilité d'entretien et prendre en compte la coopération du patient<sup>11, 33</sup>. Chez un patient présentant de la dysphagie, le dentiste doit tourner la tête

du patient sur le côté ou rentrer le menton du patient vers sa poitrine lors des traitements afin d'éviter qu'il s'étouffe lorsqu'il tente d'avaler. Il est préférable de mettre le patient en position assise plutôt que couchée pour éviter qu'il s'étouffe ou aspire<sup>7</sup>. La position du patient avec un angle de 45 degrés par rapport au plancher est la pire, positionnant les voies respiratoires à grand risque d'aspiration de débris, de salive, de plaque dentaire et d'eau provenant des traitements. Lors des extractions chez un patient dysphagique, le dentiste doit assurer une fermeture primaire de la plaie afin d'éviter que le patient s'étouffe avec du sang<sup>35</sup>.

Il est utile pour le dentiste de savoir quand le diagnostic de démence a été posé, car cela lui permet d'évaluer à quel stade se trouve son patient et d'adapter ses soins à sa capacité de les recevoir<sup>19</sup>.

Au stade léger, la prévention doit être faite de façon rigoureuse pour éviter la progression de la carie ou de la maladie parodontale<sup>11, 17, 31, 32, 36</sup>. Les suivis d'hygiène doivent être faits aux trois mois et les aidants doivent être renseignés sur l'importance des soins d'hygiène quotidiens et sur la façon de les dispenser<sup>11, 19, 21</sup>. Au début de la maladie, le dentiste doit réaliser les traitements de restauration le plus tôt possible, car la coopération est appelée à diminuer avec la perte des fonctions cognitives<sup>7</sup>. Même les caries débutantes devraient être traitées. Le dentiste ne devrait pas reporter le traitement à plus tard, car la coopération du patient lors du prochain rendez-vous n'est pas assurée<sup>7</sup>. Les changements buccaux doivent être minimaux et les réhabilitations complètes devraient être évitées, étant donné la capacité d'adaptation réduite des patients atteints de démence<sup>32</sup>. Dans la même optique, il est préférable de réparer ou de regarnir la prothèse dentaire en place plutôt que d'en faire une nouvelle<sup>36</sup>. Si la fabrication d'une nouvelle prothèse est indispensable, le dentiste doit se baser le plus possible sur l'ancienne prothèse afin de minimiser les changements auxquels le patient devra s'adapter<sup>11</sup>. Dans ce cas, le patient et son représentant légal doivent comprendre que l'adaptation à la nouvelle prothèse peut être impossible et que le pronostic est incertain. S'ils en comprennent bien les risques courus et les coûts engendrés, la nouvelle prothèse peut être faite<sup>33</sup>. Il est important d'identifier la prothèse au nom du patient pour réduire les risques de perte, particulièrement si ce dernier réside dans un centre d'hébergement ou s'il prévoit devoir y habiter<sup>7, 11</sup>. De plus, comme les risques d'un séjour impromptu à l'hôpital s'accroissent en raison de la dégradation potentielle des conditions de santé ou encore de chutes, les patients ont de plus fortes chances de perdre leurs prothèses dentaires.

Au stade modéré, le patient est encore relativement en bonne santé physique, mais il est considérablement affaibli cognitivement. À ce point, l'accent doit être mis sur le maintien de l'état de santé buccal du moment<sup>19</sup>. Les traitements doivent être dispensés dans le but d'éliminer toute source de douleur ou d'infection et de maintenir un apport nutritionnel adéquat<sup>7, 32</sup>. Ainsi, le contrôle de la carie et les suivis d'hygiène doivent être poursuivis de façon régulière et soutenue. Le patient peut aussi avoir des comportements agressifs envers le personnel et le dentiste. On devrait alors avoir recours aux mesures qui diminuent le stress et la confusion et qui favorisent un environnement calme.

Au stade avancé, le patient ne peut plus communiquer sa douleur et la coopération peut être plus difficile; le dentiste doit donc établir son diagnostic par d'autres moyens. Il a été démontré que l'analyse des expressions faciales est la façon la plus efficace et la plus juste pour déceler la douleur, et ce, tant chez les patients présentant un déficit cognitif que chez ceux cognitivement sains<sup>37</sup>. Le dentiste doit donc y être attentif et questionner l'accompagnateur sur les signes possibles de manifestation de la douleur, tels que des grognements ou des cris, des grimaces, des touchers constants au niveau du visage ou des joues, la mise de la main devant la bouche lors du brossage des dents ou de l'ingestion de nourriture froide ou dure<sup>7, 17</sup>, un refus de manger ses aliments favoris, des troubles du sommeil ou une agressivité au moment des soins<sup>19</sup>. Le test de percussion des dents est très efficace pour détecter la présence de dents problématiques causant des douleurs à ce stade. Il peut aider le dentiste à déterminer la présence d'un abcès dentaire lorsque la prise de radiographie est difficile, voire impossible. Par ailleurs, à ce stade, les traitements sont principalement des traitements d'urgence. Les procédures doivent demeurer simples, car la coopération du patient peut être difficile ou de courte durée<sup>19</sup>. Les avantages et les inconvénients des traitements doivent donc être évalués. Il serait acceptable, par exemple, de laisser des racines résiduelles non symptomatiques en bouche<sup>17</sup>. Finalement, à cause de réflexes ou d'hallucinations, le patient peut tenter d'attraper des objets proches de lui. Il faut donc éloigner tout ce qui pourrait potentiellement être coupant, contondant ou dangereux pour lui ou l'équipe dentaire<sup>33</sup>.

La sédation orale peut être envisagée lorsque le patient présente des comportements agressifs ou lorsque la coopération est difficile malgré les mesures non pharmacologiques et que les traitements dentaires sont indispensables à la qualité de vie du patient<sup>19</sup>. Il faut

cependant demeurer prudent avec l'utilisation des benzodiazépines chez les personnes âgées, car leurs effets anticholinergiques importants, auxquels s'ajoutent les changements physiologiques liés à l'âge, peuvent entraîner chez ces patients une sédation plus longue et plus profonde, ce qui pourrait possiblement mener à des troubles cognitifs, moteurs et comportementaux. Les personnes âgées doivent donc être supervisées attentivement à la suite d'une sédation orale<sup>32, 38</sup>. Par ailleurs, si le patient a déjà des anxiolytiques prescrits à son profil pharmacologique, il est préférable de faire coïncider le rendez-vous chez le dentiste avec l'heure de prise du médicament et son début d'action, plutôt que d'ajouter une médication supplémentaire<sup>7, 11</sup>. Finalement, le protoxyde d'azote n'est pas indiqué chez les patients souffrant de démence, car la capacité de compréhension et de coopération de ces derniers est diminuée et rendrait la sédation inefficace<sup>33</sup>.

Selon les travaux de Ferrell cités par Friedlander et collab., lors de la prescription d'analgésiques post-extraction, il est recommandé de privilégier la prise régulière plutôt qu'au besoin, car le patient peut ne plus avoir la capacité d'exprimer la douleur ou l'inconfort ressenti durant la procédure<sup>7</sup>. La prise régulière d'analgésiques évitera donc que le patient vive des épisodes de douleur qui pourraient le rendre agité ou agressif.

En conclusion, les patients souffrant de démence occuperont une place de plus en plus grande dans le bassin de patients des dentistes généralistes. Ces derniers peuvent améliorer considérablement la qualité de vie de ces patients en prenant le temps d'adapter leurs traitements à leur condition, et ce, en ne faisant que quelques modifications mineures à leur démarche habituelle. Ils doivent élaborer leur plan de traitement en gardant en tête l'importance des suivis d'hygiène réguliers et des traitements durables en début de maladie. La prise en compte des recommandations mentionnées dans le présent article rendra les traitements dentaires chez ces patients plus agréables et plus efficaces, et permettra à plusieurs patients souffrant de démence de conserver un état de santé buccodentaire fonctionnel et confortable jusqu'à leurs derniers jours.

Merci au Dr Luc Giasson pour son implication et sa minutie qui ont contribué au perfectionnement de cet article scientifique. \*

Pour accéder aux références de cet article, consultez le [www.odq.qc.ca](http://www.odq.qc.ca) sous l'onglet Publications/Journal.





# Trousse d'urgence de base en cabinet dentaire | MISE À JOUR

Vous trouverez, en encart dans cette édition du *Journal*, le contenu actualisé de la trousse d'urgence de base en cabinet dentaire, tel qu'adopté par le conseil d'administration de l'Ordre en mai dernier.

Cette version reprend essentiellement la liste des médicaments qui se trouvaient dans la liste précédente et leurs indications. Cette nouvelle trousse est accompagnée d'un document de référence concernant les situations d'urgence les plus fréquentes.

## Défibrillateur externe automatisé

En ce qui a trait aux équipements, on constatera un ajout d'importance, soit l'obligation pour chaque cabinet de posséder un défibrillateur externe automatisé (DEA). Cet appareil est un complément indispensable à toute procédure de réanimation cardiorespiratoire. Simple d'utilisation, il augmente de façon radicale les chances de survie d'un patient en arrêt cardiaque. Le délai entre l'arrêt cardiorespiratoire et la défibrillation est critique, malgré les manœuvres de RCR et les soins de base en réanimation qui peuvent être administrés à la victime.

À ce sujet, dans son guide d'exercice *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier*, le Collège des médecins a clairement établi la norme actuelle quant aux mesures d'urgence :

*Les médecins et les professionnels de la santé exerçant en milieu extrahospitalier doivent pouvoir faire face en tout temps à des urgences cardiaques, qu'elles soient associées ou non à des interventions médicales ou chirurgicales. [...]*

*Le matériel doit inclure le matériel de ventilation, les agents pharmacologiques [...] et un défibrillateur externe automatisé (DEA) ou le matériel du même type selon le niveau de risque établi.*

Non seulement l'exercice de la médecine dentaire en cabinet présente des similitudes évidentes avec celui de la médecine extrahospitalière, mais le caractère invasif de nombreuses interventions faites par les dentistes, associé à l'usage régulier de l'anesthésie locale et de la sédation, a amené l'Ordre à ajouter le DEA comme équipement de base d'un cabinet.

Le conseil d'administration de l'Ordre a prévu un délai prenant fin **en juillet 2018** pour permettre à tous les dentistes d'équiper leurs cabinets d'un défibrillateur externe automatisé ou de s'assurer que les cabinets où ils exercent en sont équipés.



### Saturomètre

Une autre composante d'intérêt au sein de la trousse est le saturomètre. Il est rendu nécessaire à la suite de recommandations visant à éviter que l'oxygène soit administré de manière excessive ou inappropriée. Le saturomètre permet de connaître la concentration de l'oxygène sanguin et d'en gérer l'administration sécuritaire.

### Oxygène

Le format recommandé pour les cabinets de dentistes est le cylindre transportable de type E, qui peut fournir de l'oxygène pendant 30 minutes. Les cylindres plus petits ne contiennent pas suffisamment d'oxygène et les plus gros ne sont pas facilement transportables. Même dans les bureaux équipés d'un système au protoxyde d'azote, le cylindre de type E est requis, puisque les situations d'urgence peuvent survenir ailleurs qu'au fauteuil. Par contre, l'administration d'oxygène ne remplace pas les procédures de ventilation qui sont essentielles en cas d'arrêt respiratoire. Les masques RCR font toujours partie des équipements requis dans la trousse.

### Tensiomètre

Le tensiomètre numérique est recommandé, car il est facile d'utilisation et peut être manipulé par tout membre du personnel. Il fait partie de la trousse d'urgence mais, dans les faits, il doit être utilisé de façon courante et en toutes circonstances où il est pertinent d'enregistrer la tension artérielle d'un patient. Nul n'ignore l'importance des effets sur la pression sanguine de multiples facteurs liés aux traitements dentaires, notamment le stress, l'anesthésie, le temps opératoire et le caractère invasif d'une grande variété d'interventions, de même que les indications que fournit la pression quant aux options de traitement et à la décision de procéder à certaines interventions.

### Glucomètre

Enfin, un glucomètre fait maintenant partie de la trousse d'urgence. Cet appareil fournit des informations immédiates sur le statut glycémique du patient et permet de gérer les incidents hypoglycémiques autant que de les prévenir.

### Médicaments

En ce qui concerne les médicaments, la trousse de base prévoit deux auto-injecteurs EpiPen (adulte et enfant). Les dentistes doivent être familiers avec le protocole d'administration de l'épinéphrine, voulant qu'une deuxième dose soit donnée de 5 à 10 minutes après la première s'il n'y a pas eu d'amélioration, et qu'une troisième dose soit donnée de 5 à 10 minutes après la deuxième pour la même raison. Il est donc essentiel d'avoir des auto-injecteurs pour une première dose qui doit être administrée sans aucun délai et des seringues pouvant être préparées rapidement pour les doses subséquentes. Il peut être sage, dans les circonstances, d'avoir plusieurs auto-injecteurs dans la trousse d'urgence.

### Mesures d'urgence efficaces

Le grand principe derrière les mesures d'urgence en cabinet privé est la survie du patient. Toute situation d'urgence peut évoluer très rapidement, et le pire doit être envisagé au moment où le patient présente des signes de malaise, de détresse ou de crise. Des décisions doivent être prises sans tarder et les outils d'intervention doivent être disponibles immédiatement. Sans vouloir simplifier indûment, les situations qui mettent le plus sérieusement en péril la vie du patient peuvent se résumer essentiellement à une réaction anaphylactique ou à un arrêt cardiaque. Dans les deux cas, le dentiste doit être en mesure d'agir de façon efficace et rapide. Dans cette optique, il est impensable que des auto-injecteurs d'épinéphrine et un DEA ne soient pas disponibles sur place.

Il va sans dire qu'il est de première importance que le personnel du cabinet connaisse les procédures d'urgence et puisse travailler en équipe, advenant le cas où la situation le requiert.

Quant aux autres médicaments de la trousse, les dentistes connaissent leurs indications et leur mode d'emploi, le défi étant de bien juger de la condition du patient et de poser les gestes requis au moment opportun, de façon à contrôler la situation dès les premiers instants et à être toujours prêts au pire. ✨



# Basic Emergency Kit for a Dental Practice | UPDATE



In this edition of the *Journal*, we have included an insert with the updated contents of the Basic Emergency Kit for a Dental Practice, as adopted by the ODQ Board of Directors in May 2017.

**T**his version essentially reflects the same list of medications and the corresponding indications that appeared in the previous version. The new kit is also accompanied by a reference document that can be used in the most common emergency situations. An English copy can be obtained upon request at the ODQ. The document can also be consulted online at [www.odq.qc.ca/Publications](http://www.odq.qc.ca/Publications).

## Automatic External Defibrillator

In terms of equipment, there is one important addition, namely the obligation that every dental practice must be equipped with an automatic external defibrillator (AED). This device is an indispensable tool for any procedure that involves cardiopulmonary resuscitation (CPR). The AED is simple to use, and it radically increases the chances of survival for a patient in cardiac arrest. The amount of time that elapses between the cardiopulmonary arrest and defibrillation is critical, despite CPR and basic resuscitative procedures that may be administered to the victim.

In its practice guide entitled *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier* (Procedures and interventions in a non-hospital environment), the *Collège des médecins* clearly establishes the applicable standard respecting emergency measures:

*Doctors and healthcare professionals who work in a non-hospital environment must be equipped to deal with cardiac emergencies at all times, regardless of whether or not they are associated with medical or surgical procedures. [...]*

*The equipment must include ventilation equipment, pharmacological agents [...] and an automatic external defibrillator (AED) similar equipment, based on the established level of risk.*

The ODQ decided to add the AED as basic equipment for a dental practice because the practice of dentistry at a dental office or clinic has obvious similarities to that of practicing medicine in a non-hospital environment, and because of the invasive nature of many of the procedures performed by dentists, along with the regular use of local anesthetics and sedation.

**The ODQ Board of Directors has determined that all dentists must equip their practices with an automatic external defibrillator or ensure that the locations where they practice are so equipped by July 2018.**

### Pulse Oximeter

Another notable component of the kit is the pulse oximeter, which is now required pursuant to recommendations aimed at avoiding the improper or excessive administration of oxygen. The pulse oximeter measures the concentration of oxygen in the blood and allows for safer administration.

### Oxygen

The recommended format for dental practices is the portable Type E cylinder, which can supply oxygen for up to 30 minutes. Smaller cylinders do not hold enough oxygen, and larger cylinders are not easily transportable. The portable Type E cylinder is also required in dental practices that are equipped with a nitrous oxide system, because emergencies do not always occur in the dentist's chair.

However, the administration of oxygen does not replace the ventilation procedures that are crucial in the case of respiratory arrest. The CPR masks are still among the required equipment in the emergency kit.

### Tensiometer

A digital tensiometer is recommended, because it is easy to use and can be operated by any member of the staff. It is included in the emergency kit, but in reality, it should be used regularly, and in any situation where it is advisable to record a patient's blood pressure. The importance of the effects of a number of factors related to dental treatments (e.g.: stress, anesthesia, operating time and the invasive nature of many types of procedures) on blood pressure is well known, as are the indications related to the blood pressure readings with respect to treatment options and the decision to proceed with certain procedures.

### Glucometer

Another addition to the emergency kit is the glucometer, which provides immediate information pertaining to a patient's blood glucose level, and allows for proper management or prevention of episodes of hypoglycemia.

### Medications

In terms of medications, the basic kit should contain two EpiPen auto-injectors (one for adults and one for children). Dentists must be familiar with the administration protocol for epinephrine, under which a second dose may be required within 5 to 10 minutes after the first dose if there is no improvement, and a third dose may be required within 5 to 10 minutes after the second dose for the same reason. Therefore, it is crucial to have the auto-injectors on hand, so that the first dose can be administered immediately, and to have syringes ready to be prepared quickly, for subsequent doses, if needed. In light of this, it may be wise to have multiple auto-injectors in the emergency kit.

### Effective Emergency Measures

The guiding principle behind any emergency measures in private practice is the survival of the patient. Any emergency situation can evolve very quickly, and the worst-case scenario should be considered as soon as the patient exhibits any signs of discomfort, distress or crisis. Decisions must be made without delay, and the tools required for appropriate intervention must be immediately available. Without oversimplifying it, the two situations that are most likely to present a serious risk to a patient's life are an anaphylactic reaction and cardiac arrest. In both cases, the dentist must be in a position to react quickly and effectively. From this perspective, it would be unthinkable to not have access to epinephrine auto-injectors and an AED on site.

It goes without saying that it is crucial for the staff at the dental practice to be familiar with the emergency procedures, and to be able to work together as a team when the situation requires it.

With respect to the other medications in the kit, dentists are familiar with the corresponding indications and directions. The challenge lies in being able to properly assess the patient's condition and take the proper action at the right time in order to take control of the situation as soon as it appears, and to always be ready to react to the worst-case scenario. ✨



# BOUCHE B : mode d'emploi

Lancé à l'échelle du Québec par la Fondation de l'Ordre des dentistes du Québec en 2014, le projet Bouche B a pour but d'aider des personnes issues de milieux défavorisés afin qu'elles aient accès à des soins dentaires urgents et de première nécessité.

L'objectif de ce projet est de rassembler des dentistes bénévoles de partout au Québec, prêts à offrir gratuitement des soins dentaires à une clientèle démunie.

À ce jour, de nombreux dentistes sont inscrits au projet. Leur engagement permet à Bouche B d'étendre son offre de services aux organismes partenaires.

Au nombre de ces partenaires, on retrouve des CLSC, les centres jeunesse du Québec et d'autres organismes communautaires qui, dans le cadre de leurs activités, assurent déjà un suivi auprès de la clientèle visée par le projet. Ce sont eux qui identifient les patients potentiels et qui les recommandent à Bouche B selon les critères d'admissibilité établis.

Le bureau de Bouche B gère les demandes, sélectionne les patients et achemine les cas à un coordonnateur en région. Celui-ci transmet les demandes de soins aux

dentistes bénévoles de sa région et fait le suivi des dossiers proposés auprès de Bouche B.

Le rôle du dentiste bénévole commence lorsqu'il accepte de traiter ou d'évaluer un patient recommandé par le coordonnateur en région et de fixer un rendez-vous au patient. Le bureau de Bouche B lui transfère le dossier ainsi qu'un formulaire de rapport de traitement à remplir.

En tout temps, le dentiste bénévole peut accepter ou non de répondre à une demande de soins d'urgence ou de première nécessité. Les dentistes bénévoles déterminent le cadre de leur engagement et ne sont jamais tenus de traiter un patient.

Comme il s'agit de traitements d'urgence visant à répondre à des besoins spécifiques, le patient signe, avant le début d'un traitement, un formulaire d'acceptation et d'engagement produit par Bouche B. Ce formulaire stipule que le patient accepte de recevoir une aide ponctuelle et que le dentiste bénévole n'est pas tenu de lui fixer d'autres rendez-vous par la suite. \*

**Pour en savoir plus sur le projet Bouche B ou pour devenir dentiste bénévole, visitez [projetboucheb.ca](http://projetboucheb.ca).**

## VOICI UN APERÇU DES QUESTIONS LES PLUS FRÉQUEMMENT POSÉES PAR LES MEMBRES DE L'ORDRE À PROPOS DU

### 1. Puis-je choisir les patients que je soigne dans le cadre du projet?

La Fondation de l'Ordre reçoit plusieurs demandes par semaine; afin de raccourcir les délais de réponse, nous vous proposerons un cas à la fois. Cependant, vous êtes libre de choisir le type de traitements que vous offrez au patient et le nombre de patients que vous êtes disposé à recevoir chaque année. De même, si vous n'offrez pas certains traitements, tels que des extractions, nous en tiendrons compte lors de l'attribution des cas.

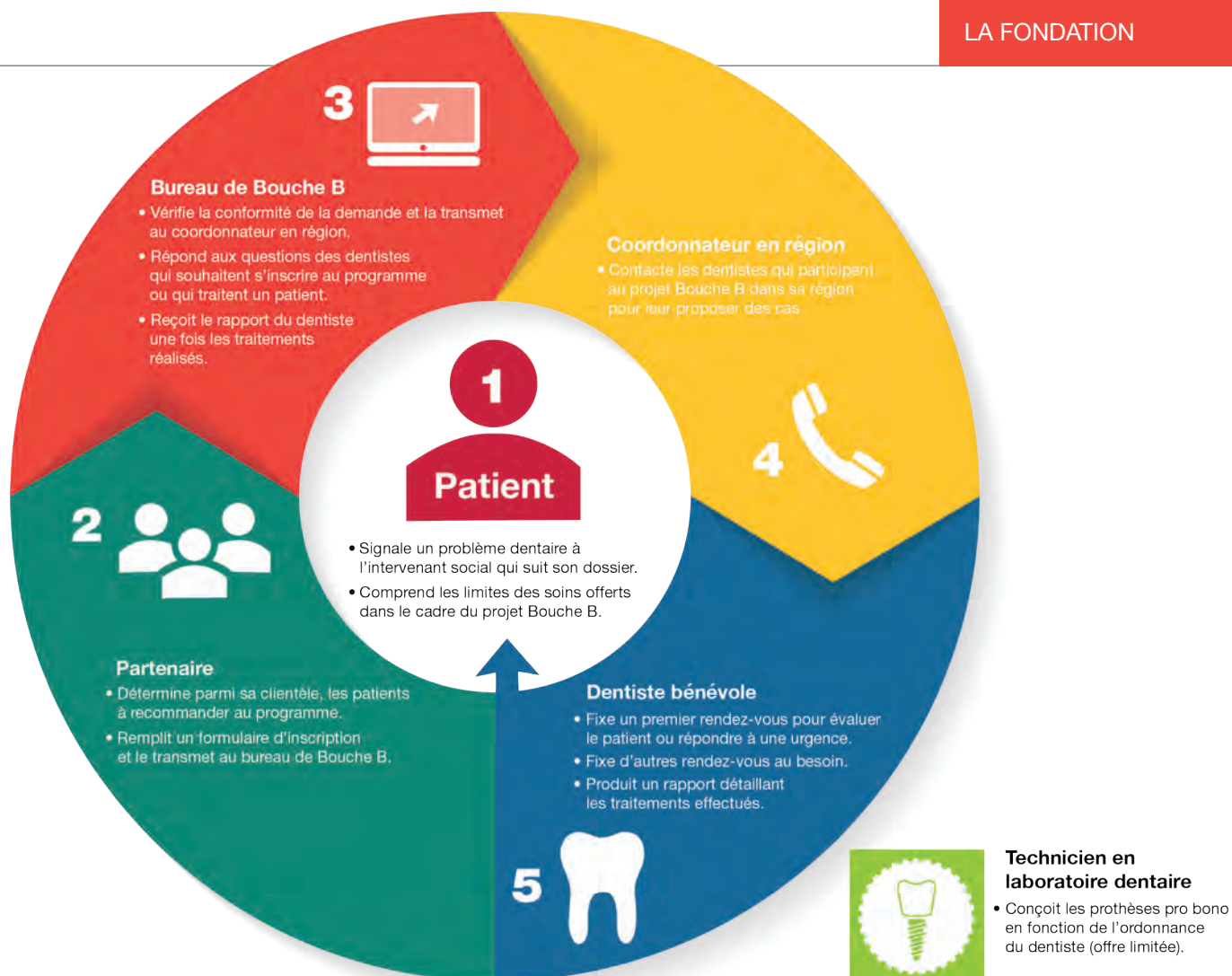
### 2. Je suis un dentiste à pourcentage et j'aimerais participer, mais je ne suis pas sûr de pouvoir le faire dans la clinique qui m'embauche. Quelles sont mes options?

Tout d'abord, parlez-en au propriétaire! Il ne connaît peut-être pas Bouche B et il pourrait souhaiter que sa clinique y participe. Ou alors, il pourrait vous aménager une plage horaire consacrée aux patients du projet Bouche B. Si cela n'est pas possible, nous conserverons votre nom sur la liste et vous contacterons si nous sommes en mesure d'ouvrir une clinique externe.

### 3. Un de mes patients ou un membre de la famille d'un patient de ma clinique a des moyens très limités et a besoin de soins. Puis-je le diriger vers le projet Bouche B?

Si vous souhaitez faire les soins gratuitement vous-même, il suffit d'en informer le bureau de Bouche B et de nous envoyer un rapport à la fin. Si vous préférez que les soins soient donnés par un autre dentiste, la personne devra suivre la procédure de demande habituelle; cette dernière peut être refusée si elle ne répond pas aux critères de sélection de Bouche B. La liste des dentistes participants n'est pas publique et n'est connue que du bureau de Bouche B et des coordonnateurs en région.





## PROJET BOUCHE B.

**4. Dois-je offrir un suivi aux patients que je soigne dans le cadre du projet?**

Non, sauf le suivi habituel d'un traitement (p. ex. après une extraction). Le patient est avisé que l'aide offerte dans le cadre du projet Bouche B est ponctuelle. Lors du premier rendez-vous, le patient signe en effet un formulaire d'engagement où sont spécifiés les soins fournis et le fait que le dentiste n'offre pas de suivi.

**5. Est-il possible d'organiser une journée Bouche B dans ma clinique?**

Bien sûr. Si vous préférez offrir une journée de soins ponctuellement, nous pouvons vous recommander quelques patients de votre région en attente de soins que vous pourrez traiter la même journée. C'est une expérience que quelques cliniques ont déjà tentée et qui permet de fédérer toute l'équipe autour d'un beau projet de bénévolat.

DES ASSURANCES EXCEPTIONNELLES  
EXCLUSIVEMENT POUR  
LES **DENTISTES**



**ASSURANCE**  
DE PERSONNES ET DE DOMMAGES

**Sogedent**  **Assurances**<sup>inc.</sup>

Cabinet de services financiers

Une filiale de l'Association des **chirurgiens dentistes** du Québec

514 282-1425 | 1 800 361-3794

**sogedent.qc.ca**

**Voici le nom et le visuel  
du portail des conférences  
en ligne de l'Ordre.  
À suivre!**



**PREMIÈRE CONFÉRENCE EN LIGNE DÈS CET AUTOMNE!**

## **URGENCES MÉDICALES EN CABINET DENTAIRE**

---

Présentée par les **D<sup>rs</sup> Nathalie Rei,**  
**Benoit Lalonde** et **Stéphane Monette**

---

**D**ans sa pratique quotidienne, le dentiste traite des patients polymédicamentés qui souffrent de conditions médicales parfois complexes. En s'appuyant sur divers cas cliniques, cette présentation permettra d'effectuer un survol des conditions médicales le plus souvent rencontrées au cabinet dentaire et pour lesquelles certaines précautions pré, per ou postopératoires peuvent être nécessaires. Une mise à jour des protocoles concernant, entre autres, l'antibiothérapie prophylactique dans un contexte de prévention de l'endocardite ou d'une prothèse articulaire, les anticoagulants et la présence d'un stimulateur cardiaque (*pace-maker*) sera présentée. De plus, le dentiste

procédant à la rédaction d'ordonnances dans certaines situations, les indications et précautions relatives à la pharmacothérapie dentaire seront abordées ainsi que les situations d'urgence au cabinet dentaire.

Surveillez les prochains bulletins électroniques de l'Ordre pour connaître la date de la mise en ligne de cette conférence. **Pour en savoir plus sur les conférenciers, consultez la section Membres du [www.odq.qc.ca](http://www.odq.qc.ca), sous l'onglet Formation continue.** ✱

# LÉSIONS À RISQUE ET DIAGNOSTIC PRÉCOCE

## RÉSUMÉ

La majorité des cancers de la cavité buccale et du pharynx sont des carcinomes épidermoïdes. Malheureusement, ces derniers sont encore trop souvent diagnostiqués à un stade avancé, laissant les patients avec une survie relative inférieure à 50 %, cinq ans après le diagnostic. La période de temps qui s'écoule entre la prise de conscience du problème par le patient et l'obtention d'un diagnostic histologique a une répercussion considérable sur le traitement et l'issue de la maladie. Cet article vise à sensibiliser le dentiste au rôle important qui lui revient afin de réduire le délai de diagnostic.



---

**Marcel Clercq**, DMD, M. Sc.  
Service de médecine dentaire en oncologie  
L'Hôtel-Dieu de Québec

---

## MOTS CLÉS

CANCER

LÉSION

CAVITÉ BUCCALE

DIAGNOSTIC



Le dentiste qui prend en charge un patient se trouve de fait lié à ce dernier par un contrat médical qui engage sa responsabilité. En présence d'une lésion buccale, ce contrat oblige le dentiste à poser un diagnostic concluant, dans le respect de son code de déontologie, en recourant à tous les moyens prescrits par son art (observation visuelle, détection tactile, interrogation du patient, radiographies, consultation d'un confrère plus spécialisé, etc.). Devant une lésion suspecte, le dentiste a aussi le devoir de poser un diagnostic rapidement ou d'orienter son patient vers un collègue plus spécialisé dans un délai raisonnable, afin d'éviter au patient une morbidité accrue par un délai évitable dans la prise en charge thérapeutique<sup>1</sup>.

**U**n examen clinique complet et attentif est nécessaire pour mettre au jour certaines lésions malignes ou potentiellement malignes situées dans les régions de la cavité buccale moins accessibles au premier regard. Le plancher buccal (FIGURES 1 et 2), les triangles rétro-molaires (FIGURES 3 et 4), les régions ventro-latérales de la langue (FIGURES 5 et 6) et les régions amygdaliennes sont les plus concernées par des lésions malignes ou à potentiel malin, et doivent faire l'objet d'une attention particulière en gardant à l'esprit qu'une variation de la normale peut correspondre à la

manifestation d'une maladie sérieuse. La palpation des tissus suspects est ensuite nécessaire pour en apprécier la mobilité, la souplesse, la texture, la présence de douleur, la présence d'une masse, l'induration et les altérations plus profondes pouvant accompagner l'envahissement des tissus sous-jacents à la muqueuse. Les changements observés peuvent être comparés aux tissus normaux pour mieux déterminer leur nature et leur étendue. La palpation peut être réalisée avec l'index, entre le pouce et l'index ou entre l'index d'une main et les doigts de l'autre main, selon le site à examiner.



**FIGURE 1** | Érythroleucoplasie correspondant à un carcinome épidermoïde.



**FIGURE 2** | Leucoplasie correspondant à un carcinome épidermoïde.



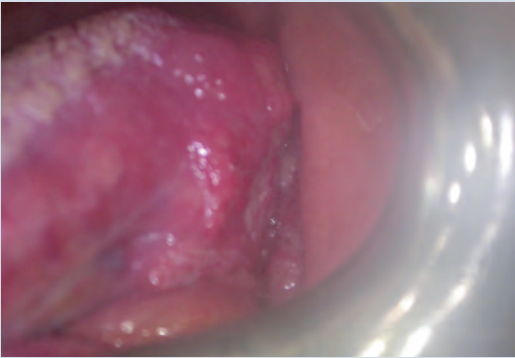
**FIGURE 3** | Érythroplasie correspondant à un carcinome épidermoïde.



**FIGURE 4** | Érythroleucoplasie correspondant à une dysplasie sévère.



**FIGURE 5** | Érythroleucoplasie hétérogène correspondant à un carcinome épidermoïde.



**FIGURE 6** | Ulcère correspondant à un carcinome épidermoïde.



**FIGURE 7** | Ganglion métastatique sous-mandibulaire droit.



**FIGURE 8** | Ganglion métastatique sous-mandibulaire gauche.

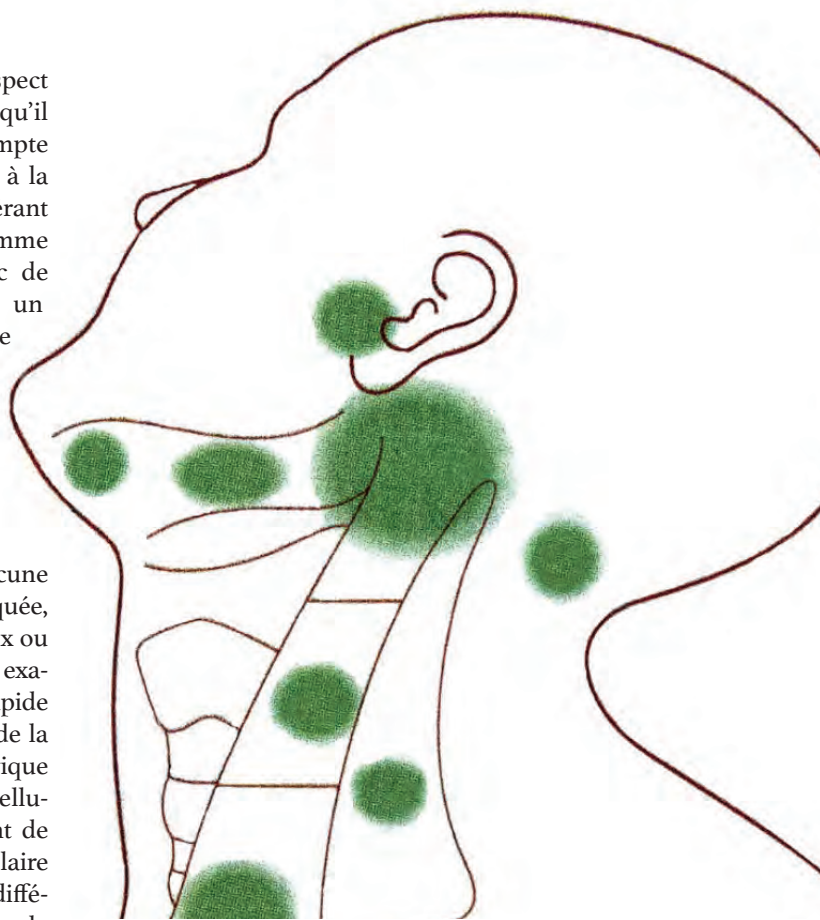
L'évaluation des aires ganglionnaires concernées ne doit pas être négligée. Une métastase ganglionnaire est souvent le premier signe d'une tumeur maligne primaire non identifiée. Les ganglions lymphatiques envahis par les cellules cancéreuses sont souvent asymptomatiques, mais ils ont un volume augmenté, les rendant détectables au toucher avant qu'ils apparaissent à l'examen visuel (FIGURES 7 et 8). Ainsi, l'examen buccal général et l'identification d'une lésion suspecte doivent être bonifiés par l'évaluation des aires ganglionnaires concernées (FIGURE 9). La palpation, par approche postérieure au patient, des régions pré-auriculaires, sous-mentonnières, sous-mandibulaires et cervicales antérieures est essentielle, puisque ces régions sont le siège de métastases chez 30 % à 80 % des patients présentant un cancer dans les régions anatomiques qui concernent les dentistes.

Aussi, lorsque les signes et symptômes rapportés par le patient (pression, saignement, douleur, altération de la déglutition ou de la voix, etc.) ne peuvent être expliqués par l'examen du dentiste, ils doivent être considérés et faire l'objet d'une recommandation pour un examen spécialisé.

Les lésions de la cavité buccale ont souvent un aspect clinique non spécifique et exigent du dentiste qu'il pose un diagnostic différentiel prenant en compte l'ensemble des conditions possibles sous-jacentes à la lésion observée. Cela doit se faire en considérant toujours la lésion non spécifique suspecte comme étant potentiellement dangereuse. Un diagnostic de présomption peut alors être parfois posé et un traitement proposé mais, dans un tel contexte, le dentiste a l'obligation d'exercer un suivi rapide (deux semaines) pour vérifier si la lésion répond au traitement et s'il y a régression ou progression. Un rendez-vous devrait idéalement être fixé avant que le patient quitte la clinique et ce dernier sensibilisé à sa condition.

Le dentiste ne doit laisser courir le risque sous aucune considération. Toute lésion suspecte non expliquée, symptomatique ou non, qui ne guérit pas après deux ou trois semaines doit être soumise sans tarder à un examen histopathologique et recevoir un diagnostic rapide et concluant. En plus de permettre l'identification de la maladie sous-jacente à la lésion, l'examen histologique sert à caractériser les changements tissulaires et cellulaires pouvant affecter le pronostic et le traitement de la maladie en cause. Dans le cas d'une dérivation tissulaire maligne, par exemple, les degrés de dysplasie, de différenciation cellulaire et d'envahissement ainsi que la présence d'un virus du papillome humain (VPH) pourraient être pris en compte. La biopsie d'une lésion n'est pas un geste nécessairement anodin. Certaines contre-indications existent et doivent être connues. Un consentement éclairé doit être obtenu du patient relativement aux complications possibles (douleur, saignement, atteinte esthétique, dommage aux structures sous-jacentes, etc.). La technique peut varier selon le site et le contexte. La gestion du site prélevé et du prélèvement lui-même doit être maîtrisée. Ainsi, un opérateur non familier et qui n'est pas en mesure de soumettre lui-même à l'analyse un prélèvement tissulaire adéquat doit rapidement orienter le patient vers un collègue ou un centre spécialisé afin d'éviter les reprises et les délais.

Un délai évitable dans le diagnostic d'un cancer de la cavité buccale ou du pharynx peut avoir des conséquences énormes pour le patient. Quelques mois suffisent pour réduire considérablement les chances de survie et diminuer sévèrement la qualité de vie<sup>1, 2</sup>. Des dommages importants peuvent être évités par un examen buccal attentif, le suivi adéquat d'une lésion suspecte et une attitude préventive afin de ne pas laisser la maladie faire son chemin.



**FIGURE 9** | Aires ganglionnaires

Depuis quelques décennies, les carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale, et surtout du pharynx, ont souvent pour étiologies les VPH (types 16 et 18). Ce type de cancer peut concerner des patients plus jeunes ne présentant pas les facteurs de risque classiques (tabac et alcool). Il est donc essentiel de ne pas prendre à la légère une lésion suspecte chez un patient de ce groupe, sous prétexte qu'il est jeune ou qu'il ne fume pas. D'autre part, les tumeurs malignes plus rares (lymphomes, sarcomes, mélanomes, etc.) peuvent frapper sans discernement les patients de tous les âges. La vigilance est donc de mise en tout temps pour tous les patients et doit être vue comme un ingrédient stimulant de la pratique.

### Le délai de diagnostic

Bien qu'il existe plusieurs façons de le définir, le délai de diagnostic correspond en général à la période de temps qui s'écoule entre l'apparition des signes et symptômes



chez le patient et l'obtention du diagnostic rapporté par l'examen histologique de la pathologie en cause. Il est habituel de diviser ce délai en deux composantes. La première est attribuée au patient et correspond au temps écoulé pour consulter un professionnel de la santé depuis l'apparition des signes et symptômes. La seconde est attribuée au professionnel consulté et correspond au temps écoulé entre l'examen du patient et l'obtention du diagnostic final. Plusieurs études ont démontré qu'un délai de diagnostic allongé constitue un facteur de risque indépendant ayant un impact malheureux sur le stade de la maladie au moment du diagnostic<sup>3</sup>, la qualité de vie et les taux de récurrence du cancer et de survie des patients<sup>4,5</sup>. Le délai de diagnostic le plus court est toujours le meilleur.

Les raisons expliquant les délais de diagnostic attribuables aux patients sont multiples, complexes et variables<sup>6</sup>, mais il ressort de plusieurs études récentes que plus un patient a de connaissances sur le cancer, plus il réagira rapidement pour consulter un professionnel de la santé<sup>7,8,9</sup>. Souvent, les patients ne font pas le lien entre une lésion buccale et un possible cancer. Les lésions identifiées par les patients peu avisés sont prises à la légère, ces derniers pensant que « cela va finir par guérir ». Les patients instruits sur le fait qu'une lésion – quel que soit son aspect – ou que des symptômes persistants peuvent correspondre à une tumeur maligne consultent plus vite. Le dentiste a le devoir d'instruire ses patients sur cette réalité, en particulier la clientèle à risque pour qui l'autoexamen de la cavité buccale doit être recommandé, comme c'est le cas pour l'autoexamen des seins chez les femmes. Un patient alerté par son dentiste sera davantage à l'affût et prompt à consulter dans le cas d'une variation de la normale qu'il considérera alors comme suspecte.

Les délais de diagnostic attribuables aux professionnels de la santé – dentistes ou médecins – ont également fait l'objet de nombreuses études et publications<sup>10, 11, 12</sup>. Des examens incomplets peuvent se traduire par l'omission d'un diagnostic d'une lésion maligne bien présente, mais non identifiée. Le manque d'écoute et de considération à l'égard des symptômes rapportés par le patient peut induire une perte d'informations précieuses pour le déclenchement rapide de la démarche diagnostique. L'absence de suspicion relative à une lésion non spécifique, même discrète et asymptomatique, se solde trop souvent par un retard évitable d'un diagnostic de cancer. La prescription trop fréquente et inutile d'un antibiotique ou d'un antifongique sans diagnostic

confirmé et sans contrôle peut avoir de lourdes conséquences. Prescrire sans fondements de tels produits n'aura aucune incidence sur le cancer, mais cela aura un effet pervers sur le patient qui, mis en confiance, tardera possiblement à consulter de nouveau malgré l'évolution du problème. Un délai de diagnostic professionnel de plus d'un mois contribue à augmenter le risque que le cancer progresse à un stade avancé<sup>13</sup>. Le dentiste a la responsabilité de maintenir à jour son expertise pour réaliser un examen complet et, devant une lésion, de poser rapidement un diagnostic concluant ou d'orienter le patient vers un collègue ou un centre spécialisé<sup>14,15</sup>.

## Conclusion

L'omission et le délai de diagnostic représentent l'une des principales causes de mauvaises pratiques médicales<sup>16,17</sup>. Que nous ayons affaire à une lésion potentiellement maligne sous surveillance et identifiée à faible risque (hyperkératose, hyperplasie, dysplasie légère), à une ancienne lésion de haut grade (dysplasie sévère, carcinome *in situ*) déjà excisée ou à un cancer déjà traité, la seule certitude quant à l'évolution de la situation est l'imprévisibilité. Les lésions de bas grade peuvent évoluer sans prévenir vers la malignité. Les lésions de haut grade excisées et les cancers traités peuvent récidiver localement ou régionalement, sans oublier qu'un nouveau cancer peut apparaître.

Il est donc essentiel que l'examen du patient ne soit pas bâclé ou limité à la dentition et au parodonte. Un état d'esprit vigilant et suspicieux doit être conservé aussi bien lors des examens de contrôle et de suivi que pendant l'évaluation initiale du patient. Une réaction rapide et concluante s'impose devant toute lésion suspecte. Une telle prudence ne peut que produire un ensemble de bienfaits pour le dentiste et ses patients; elle représente l'assise d'une relation de confiance et d'une pratique sécuritaire et gratifiante. ✱

Pour accéder aux références de cet article, consultez le [www.odq.qc.ca](http://www.odq.qc.ca) sous l'onglet Publications/Journal.



# PRIX MÉRITE DU CIQ



M. Denis Leclerc, secrétaire du CIQ, le Dr Denis Robert et le Dr Barry Dolman.

Le 29 mai, le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) a décerné le prix Mérite du CIQ au Dr Denis Robert pour sa contribution remarquable à la profession. La remise de cette distinction a eu lieu lors de l'assemblée générale de l'Ordre des dentistes du Québec. Nous vous invitons à lire ci-dessous un extrait du discours prononcé par le Dr Robert à cette occasion, où il livre une réflexion concernant le service à la profession.

« [...] Lorsque j'ai su que j'étais cette année le récipiendaire du Mérite du CIQ, j'ai voulu entamer une petite réflexion sur le service à la profession, le professionnalisme, sur ce qui distingue un professionnel de quelqu'un d'autre et surtout ce qui caractérise le dentiste professionnel. J'aimerais donc vous livrer ici quelques idées qui me sont venues et que j'ai essayé de résumer en le moins de mots possible :

Le dentiste professionnel est quelqu'un qui évite que la relation de confiance entre son patient et lui se transforme en simple relation commerçant-client. Surtout quand le client ne sait pas ce dont il a besoin! C'est en effet le dentiste qui détient les connaissances, habiletés et capacités nécessaires à l'établissement du plan de traitement et à son exécution. Le patient, à part sa plainte principale quand il en a une, ne connaît rien, ne sait pas ce dont il a besoin.

Le devoir du dentiste professionnel sera donc de proposer un plan de traitement réaliste, correspondant aux besoins réels du patient, non exagéré ou disproportionné, basé sur des

données actuelles et qu'il est capable d'exécuter. Il existe deux mots pour décrire cette philosophie, deux mots qui, lorsqu'ils sont appliqués simultanément, correspondent très bien à ce que doit être un dentiste professionnel. Ces deux mots sont : le **nécessaire** et le **suffisant**. Le **nécessaire**, parce qu'on **doit** traiter, ou référer selon le cas. Le Code de déontologie est très clair à ce sujet. Le **nécessaire**, donc, mais aussi le **suffisant**, parce qu'il faut éviter du traitement inutile ou disproportionné par rapport aux besoins du patient.

**Un vrai dentiste professionnel peut se laisser gouverner par ces deux mots : le nécessaire et le suffisant.**

Le dentiste professionnel doit aussi agir comme professionnel en dehors de ses relations avec ses patients, avec ses confrères et avec les autres professionnels en tout temps.

C'est cela, être professionnel. » ✱

**Dr Denis Robert**

Les Journées dentaires internationales du Québec 2017 :

# de nouveau un succès



© Crédits photos Laforest & Sabourin photographes

Le congrès annuel de l'Ordre des dentistes du Québec, les Journées dentaires internationales du Québec (JDIQ), est maintenant chose du passé. D'est en ouest du pays tout comme en Europe, les JDIQ figurent comme un événement incontournable et une référence en raison de la qualité de l'organisation, du programme scientifique de haut niveau et, surtout, de l'accessibilité et de la chaleur qui caractérisent les participants. Alors que certains congrès connaissent des baisses d'achalandage et que de nouveaux canaux diffusent la formation continue, les JDIQ continuent à rayonner au bénéfice de la profession. Elles ont toujours comme objectif premier d'offrir une expérience de formation dentaire continue de qualité aux dentistes et à leur équipe.



Ordre des dentistes  
du Québec



Journées dentaires  
internationales  
du Québec



C'est dans cet esprit d'ouverture que les JDIQ ont présenté de façon conjointe la 7<sup>e</sup> édition du congrès de l'Association internationale des orthodontistes francophones (AIOF). Sous la supervision compétente du D<sup>r</sup> Sylvain Gagnon, plus de 35 participants ont offert 30 conférences à plus de 200 orthodontistes et équipes dentaires autour du thème *Perfectionnements et nouveautés en orthodontie*. Une formule innovante qui a demandé beaucoup d'efforts de coordination. Merci au comité organisateur du congrès de l'AIOF et au D<sup>r</sup> Sylvain Gagnon pour avoir fait de cette aventure un fait saillant des JDIQ.

L'autre innovation de ce 47<sup>e</sup> congrès a été l'événement CÉLABration 2017, mis de l'avant par les JDIQ en collaboration avec l'Ordre des techniciens et techniciennes dentaires du Québec (OTTDQ). Au programme de la journée : des formations de pointe destinées aux membres de l'OTTDQ complétées par une exposition technique réunissant plus de 20 exposants. Quelque 200 participants ont bénéficié de cette grande première, la technologie étant un aspect de plus en plus omniprésent dans la pratique de la dentisterie.

Nous aimerions remercier nos exposants qui, pour plusieurs, commanditent des activités pendant le congrès. Cette année, le salon d'exposition était occupé au maximum de sa capacité avec 224 exposants qui contribuent, eux aussi, à hausser le niveau de formation collectif de notre profession.

Avec près de 12 300 participants, 1 190 inscriptions aux cours précongrès et des salles de conférences bondées, on peut affirmer encore une fois que l'équipe dentaire était au rendez-vous.

Mais les JDIQ, c'est aussi, en arrière-plan, un comité sous l'habile présidence du D<sup>r</sup> Pierre Boudrias, dont la contribution et le leadership demeurent un fait marquant dans la réalisation des JDIQ 2017. C'est également tous les membres du comité disponibles lors des JDIQ pour répondre à vos questions et vous orienter vers les salles. Ces dentistes, qui sont souvent des professionnels fort sollicités, s'impliquent pour la profession.



Leur abnégation, leur expertise ainsi que leur vaste réseau de conférenciers demeurent des atouts primordiaux en amont de la qualité du programme de formation offert.

Cette édition marquait la 26<sup>e</sup> année de service du D<sup>r</sup> Denis Forest pour les JDIQ. Ce visionnaire a contribué à hausser la qualité des congrès de médecine dentaire au Canada en donnant de judicieux conseils aux organisateurs, mais surtout en gardant toujours à l'esprit la finalité des JDIQ : le dentiste et son équipe. Chaque décision aura été motivée par cet intérêt viscéral à amener le dentiste et son équipe à progresser, à créer un happening autour d'un événement de formation, à susciter l'engouement des participants à s'y retrouver et à assurer la pérennité des JDIQ.

Il faut aussi souligner le travail de l'équipe à l'interne : les D<sup>rs</sup> Mario Auger et Jonathan Lang ainsi que Marie Tétreault, Janet Raimondo et Christine Favreau, des personnes au dévouement hors-norme.

L'équipe est déjà à l'œuvre pour préparer le 48<sup>e</sup> congrès des JDIQ qui apportera, comme chaque année, son lot de nouveautés par le biais de conférenciers réputés, et ce, tant à l'échelle nationale qu'internationale. \*

**Au plaisir renouvelé de vous y retrouver  
du 25 au 29 mai 2018!**

**L'équipe des JDIQ**

*La faiblesse soudaine de l'un de vos  
deux bras est un signe d'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 de l'AVC  
[fmcoeur.ca/VITE](http://fmcoeur.ca/VITE)



FONDATION <sup>MC</sup>  
DES MALADIES  
DU CŒUR  
ET DE L'AVC



# Offrir un sourire, donner au suivant!

La fondation Sourire pour la vie a pour mission d'offrir des traitements complets d'orthodontie à de jeunes patients qui présentent des malocclusions handicapantes et dont les parents ne peuvent assumer les coûts.

Comme vous êtes les intervenants de première ligne dans le domaine dentaire, nous vous invitons à présenter le programme de la fondation à tout candidat potentiel. Les candidats admissibles sont les adolescents avec une malocclusion sévère prêts à donner de leur temps dans la collectivité en échange d'un traitement d'orthodontie.

Chaque année, des candidats sont sélectionnés par un conseil d'administration indépendant et ensuite dirigés vers l'un des orthodontistes participants.

La période de recrutement pour 2017-2018 est en cours. Renseignements et inscriptions : [www.s4lmtl.org](http://www.s4lmtl.org).



**PÉRIODE DE RECRUTEMENT EN COURS POUR 2017-2018**

INFORMATIONS ET INSCRIPTIONS : [WWW.S4LMTL.ORG](http://WWW.S4LMTL.ORG)

## PUBLICITÉ – UN RAPPEL

Les messages des dentistes destinés au grand public font l'objet de contraintes relatives au droit des consommateurs d'être informés de façon honnête et non ambiguë.

À cet égard, nous reproduisons un extrait de l'article « **La publicité : de l'information à la tromperie** » paru dans l'édition d'août/septembre 2014 du *Journal de l'Ordre*.

---

« Mes nouvelles prothèses ont fait disparaître mes rides. » – G. B., 90 ans

---

Les dispositions du Code de déontologie concernant la publicité et les communications avec le grand public ont été adoptées en vue de prévenir la fausse représentation et la tromperie dont peuvent être victimes les consommateurs. Il faut préciser qu'aucun média n'est exclu de la réglementation et des principes qui régissent l'éthique professionnelle. À ce titre, mentionnons les sites Internet et autres médias dits « sociaux » qui constituent la nouvelle frontière de la publicité et de la promotion débridées.

### Témoignages

Le Code de déontologie est très clair à ce sujet. Il est interdit au dentiste d'utiliser des témoignages d'appui dans sa publicité. Les expressions de la satisfaction d'un client, qu'elle soit réelle ou fictive, ne constituent certainement pas un gage de la compétence et des qualifications d'un dentiste. Les témoignages d'admiration ne peuvent être considérés comme des évaluations crédibles susceptibles d'aider le public à choisir un professionnel de confiance de façon éclairée. Au contraire, ces témoignages peuvent être particulièrement trompeurs en dorant de façon non vérifiable, aux yeux de la clientèle visée, l'image du dentiste qui les utilise pour faire son autopromotion. Tous les sites et autres publications comportant des témoignages devront donc être épurés et rendus conformes à la réglementation.

# BIENVENUE AUX NOUVEAUX DIPLOMÉS 2017

L'Ordre des dentistes du Québec souhaite la bienvenue aux nouveaux diplômés en médecine dentaire des universités de Montréal, Laval et McGill pour 2017.

## LES PRIX DE L'ORDRE AUX FINISSANTS 2017

PRIX ALDIS BERNARD, JOHN K. CARVER, JOSEPH-NOLIN ET GUSTAVE RATTÉ

Ces prix récompensent les étudiants ayant obtenu les plus hautes moyennes au cours de leurs études en médecine dentaire. Les lauréats de 2017 sont :

### UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

1<sup>er</sup> PRIX – Aldis Bernard : D<sup>r</sup> David Rivest | 2<sup>e</sup> PRIX – Joseph-Nolin : D<sup>r</sup> Roland El-Khoury

---

### UNIVERSITÉ LAVAL

1<sup>er</sup> PRIX – Aldis Bernard : ex æquo – D<sup>re</sup> Mylène Gagnon et D<sup>re</sup> Vanessa Vigneault  
2<sup>e</sup> PRIX – Gustave Ratté : D<sup>re</sup> Élodie Gauvin

---

### UNIVERSITÉ MCGILL

1<sup>er</sup> PRIX – Aldis Bernard : D<sup>r</sup> Iain Hart | 2<sup>e</sup> PRIX – John K. Carver : D<sup>r</sup> Michael Bybelezer

Les nouveaux membres inscrits au tableau sont :

### UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

D <sup>re</sup> Celia Aintablian	D <sup>r</sup> Roland El-Khoury	D <sup>r</sup> Antoine Paradis-Surprenant
D <sup>re</sup> Hafsa Alami Laroussi	D <sup>re</sup> Hélène Fournier-Noël	D <sup>re</sup> Elise-Quyên Pham
D <sup>re</sup> Alexie Allaire	D <sup>re</sup> Audrey Gagnon-Beaumont	D <sup>r</sup> Alexandre Pilon
D <sup>r</sup> Maher Amoura	D <sup>re</sup> Gabrielle Gingras	D <sup>re</sup> Isabel Provost
D <sup>re</sup> Jenna Awad	D <sup>re</sup> Melanie Gouveia	D <sup>re</sup> Alina-Roberta Prundea
D <sup>re</sup> Safoua Benyoucef	D <sup>r</sup> Alexandre Groleau	D <sup>re</sup> Ruknodine Qurbani
D <sup>r</sup> Borys Bilaniuk	D <sup>re</sup> Ariane Hardy Morin	D <sup>r</sup> Vincent Raymond
D <sup>re</sup> Yousra Bisset	D <sup>r</sup> Jean-François Hébert	D <sup>re</sup> Anne-Sophie Renaud
D <sup>re</sup> Barbara Botorous	D <sup>re</sup> Annie Houle	D <sup>r</sup> Charles Rivest
D <sup>re</sup> Karine Boudreault	D <sup>r</sup> Jérémie Lamothe	D <sup>r</sup> David Rivest
D <sup>r</sup> Alexandre Boulay	D <sup>re</sup> Sophie Leblanc	D <sup>re</sup> Mélissa Roy
D <sup>r</sup> Laurent Bussièrès	D <sup>r</sup> Louis-Paul Leclerc	D <sup>re</sup> Véronic Sarrazin
D <sup>re</sup> Laurianne Cadieux	D <sup>r</sup> Francis Madon	D <sup>r</sup> Hassan Sbeiti
D <sup>r</sup> Francis Caron-Roy	D <sup>re</sup> Flavia-Claudia Madrea	D <sup>re</sup> Sandrine Shooner-Brassard
D <sup>re</sup> Rita Maria Chami	D <sup>re</sup> Chloé Malaxos	D <sup>r</sup> Zeineb Souissi
D <sup>re</sup> Catherine Charron	D <sup>r</sup> René Marroquin Rivas	D <sup>r</sup> Roman Stanciu
D <sup>r</sup> Olivier Côté	D <sup>re</sup> Julie Melançon	D <sup>r</sup> Edward Sutton
D <sup>re</sup> Véronique Côté	D <sup>re</sup> Aryana Livia Mohammad-Ali	D <sup>r</sup> Ali Tanoukhi
D <sup>r</sup> Sevag Donabet	D <sup>re</sup> Jasmine Thao Nguyen	D <sup>r</sup> Michaël Meyer Tordjman
D <sup>r</sup> Louis-Mathieu Dufour	D <sup>re</sup> Camille Noiseux	D <sup>r</sup> Anthony Tucan
D <sup>re</sup> Gabrielle Dupuis	D <sup>r</sup> Gabriel Oliel	

### UNIVERSITÉ LAVAL

D <sup>re</sup> Geneviève Allaire	D <sup>re</sup> Alexandra Houle-Boivin	D <sup>re</sup> Mai-Linh Ngo
D <sup>r</sup> Philippe-Antoine Baril	D <sup>r</sup> Benjamin Labelle	D <sup>r</sup> Philippe Thien Bao Nguyen
D <sup>re</sup> Sarah-Maude Bélanger	D <sup>re</sup> Maude Lajeunesse	D <sup>re</sup> Catherine Perreault
D <sup>re</sup> Elisa Boutin-Dolbec	D <sup>re</sup> Christina Laliberté-Baril	D <sup>r</sup> André Phan
D <sup>re</sup> Karen Carbonneau	D <sup>re</sup> Frédérique Lamarre	D <sup>r</sup> Nicolas Pilote
D <sup>re</sup> Audrey-Rose Cardinal	D <sup>r</sup> Martin Lambert	D <sup>re</sup> Justine Poulin
D <sup>r</sup> Eric Chang	D <sup>r</sup> Emmanuel Leduc	D <sup>re</sup> Stéphanie-Sarah Pouliot
D <sup>re</sup> Raja Cherikou	D <sup>re</sup> Laurence Léveillé	D <sup>re</sup> Elisabeth Rajotte
D <sup>re</sup> Alexandra Dolbec	D <sup>r</sup> Masoud Mansouri	D <sup>r</sup> Jovan Stanimirovic
D <sup>re</sup> Catherine Drolet-Zerounian	D <sup>r</sup> Olivier Marceau	D <sup>re</sup> Tracy Tremblay
D <sup>re</sup> Julie Fortin	D <sup>re</sup> Camille Martel	D <sup>re</sup> Marie-Pier Turcotte-Boivin
D <sup>re</sup> Mariève Fortin	D <sup>r</sup> Hugo Masse	D <sup>r</sup> Jean-Gabriel Turgeon
D <sup>re</sup> Mylène Gagnon	D <sup>r</sup> Alexandre Maziade	D <sup>re</sup> Kelsey Vaughan
D <sup>re</sup> Élodie Gauvin	D <sup>r</sup> Vincent Mireault	D <sup>re</sup> Vanessa Vigneault
D <sup>r</sup> Stébane Gélinas	D <sup>r</sup> Jérôme Morin	
D <sup>r</sup> Nicholas Gosselin	D <sup>re</sup> Claudelle Murray-Audet	

### UNIVERSITÉ MCGILL

D <sup>r</sup> Jordan Albino	D <sup>r</sup> Michael Bybelezer	D <sup>r</sup> Dustin Kennedy
D <sup>re</sup> Marjorie Bastien	D <sup>re</sup> Allison Chaytor	D <sup>re</sup> Jodeci Malixi
D <sup>re</sup> Cléo Beaulieu	D <sup>re</sup> Jacynthe Desjardins	



Centre de micro-endodontie et de parodontie ..... 45

Gescom Conseils ..... 11

Lafond Desjardins Laboratoire dentaire & Associés..... 48

Patterson dentaire Canada ..... 47

RBC Banque Royale.....2

ROI Corporation ..... 44

Sogedent Assurances inc. .... 30

Université Laval – Faculté de médecine dentaire .....8

CONSEIL D'ADMINISTRATION  
ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

**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\*
- 4 Chaudière-Appalaches**  
D<sup>r</sup> Bruno Ferland, vice-président\*
- 5 Mauricie – Bois-Francs**  
D<sup>r</sup> Mathieu Maurier
- 6 Estrie**  
Poste vacant
- 7 Montréal**  
D<sup>re</sup> Josée Bellefleur  
D<sup>re</sup> Nelly Chafai  
D<sup>re</sup> Véronic 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>e</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







CENTRE DE MICRO  
**ENDODONTIE**  
ET DE  
**PARODONTIE**



**Dr Bassel Kano**  
DMD, CAGS, FRCD(C)  
ENDODONTISTE



**Dre Melanie Campese**  
DMD, MSD, FRCD(C)  
PARODONTISTE

*Souci  
d'excellence  
et de qualité !*

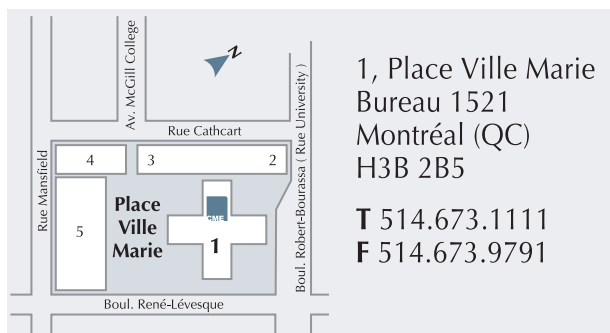
Veuillez consulter notre site web

**[www.microendoparo.com](http://www.microendoparo.com)**

Toute l'information désirée sur la micro-endodontie et la parodontie vous y attend.

La section « Dentistes » comprend des liens et des références très pertinents et actualisés. Vous y trouverez aussi les formulaires de référence en ligne.

**AU CŒUR DE MONTRÉAL !**



1, Place Ville Marie  
Bureau 1521  
Montréal (QC)  
H3B 2B5

**T 514.673.1111**  
**F 514.673.9791**



*Directement relié aux trains, au métro et aux autobus de banlieue*

**29 AOÛT-1<sup>er</sup> SEPTEMBRE**

**FDI Annual World Dental Congress**

Madrid, Espagne  
www.world-dental-congress.org

**14-16 SEPTEMBRE**

**Congrès 2017 de l'Association canadienne de dentisterie pédiatrique**

Winnipeg, Manitoba  
conference.capd-acdp.org

**19-23 OCTOBRE**

**American Dental Association – Annual Session**

Atlanta, Géorgie  
www.ada.org/en/meeting/

**28 NOVEMBRE-2 DÉCEMBRE**

**Congrès 2017 de l'Association dentaire française**

Paris, France  
www.adfcongres.com

**24-28 JANVIER 2018**

**Yankee Dental Congress**

Boston, Massachusetts  
www.yankeedental.com/info

**22-24 FÉVRIER 2018**

**Midwinter Meeting – Chicago Dental Society**

Chicago, Illinois  
www.cds.org/meetings-events/midwinter-meeting



**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**

Paul Morin

**Révisseur**

Nataly Rainville

**Chargée – publications aux membres**

Natalie Séguin

**Conception graphique**

Sophie Gauthier, Zoom In Design

**Impression**

Imprimerie F.L. Chicoine

**Production**

Direction des affaires publiques et des communications

**Tirage**

4 000 exemplaires | Publié 4 fois l'an

**Abonnement**

Taxes incluses

Québec / Canada 75,00 \$

À l'étranger 85,00 \$

Envois de publications canadiennes

Numéro de convention 40064801

**ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC**

800, boul. René-Lévesque Ouest

Bureau 1640

Montréal (Québec) H3B 1X9

Téléphone : 514 875-8511

Télécopieur : 514 875-9049

Courriel : journal@odq.qc.ca

Port de retour garanti

**Dépôt légal**

Bibliothèque nationale

ISSN : 1718-1569 (Imprimé)

ISSN : 2291-1782 (En ligne)

© Copyright 1981

## PROGRAMME DE SUIVI INDIVIDUALISÉ

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

### CONFIDENTIALITÉ ASSURÉE

514 875-8511  
1 800 361-4887



# LA ZIRCON EN UNE VISITE, NOUVELLE RÉALITÉ CEREC.



Montréal : 1.514.745.4040 | 1.800.363.1812

Québec : 1.418.688.6546 | 1.800.463.5199

Ottawa : 1.613.736.0751 | 1.800.267.1366

Distributeur  
CEREC A  
exclusif

  
PATTERSON  
DENTAL/DENTAIRE

The Dental Company







# EMPREINTES NUMÉRIQUES

## CONNAISSEZ-VOUS CE PARFAIT ALLIAGE?

### NOUVEAUTÉ!



#### TOUS LES TYPES DE FICHIERS NUMÉRIQUES ACCEPTÉS

*Grâce à une technologie unique au Canada, nous imprimons directement à notre laboratoire, pour une rapidité de fabrication et une précision d'impression accrues.*

*Trios 3Shape, Carestream, Omnicam Cerec, Dental Wings, Itero, Plan Scan, E4D, True Definition 3M.*

CONTACTEZ-NOUS POUR EN SAVOIR PLUS SUR CETTE TECHNOLOGIE!  
450 669-9221 | 1 800 361-2145 | [lafonddesjardins.com](http://lafonddesjardins.com)



LAFOND DESJARDINS  
LABORATOIRE DENTAIRE