

# JOURNAL

DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

VOL. 55 N° 2 / PRINTEMPS 2018



*Dans ce numéro*

**HYGIÈNE BUCCODENTAIRE  
ET GINGIVITE – ÉLÈVES QUÉBÉCOIS  
DE 2<sup>e</sup> ET 6<sup>e</sup> ANNÉES DU PRIMAIRE**



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)

# SOMMAIRE



14

4 MOT DU PRÉSIDENT

10 MOT DE LA  
DIRECTRICE  
GÉNÉRALE

14 AU TABLEAU

26 FORMATION  
CONTINUE

38 OPINION

40 LES JOURNÉES  
DENTAIRES  
INTERNATIONALES  
2018

44 À L'AGENDA

EXERCICE  
EN CABINET 16

L'apnée obstructive du  
sommeil : le dépistage,  
les conséquences et  
les traitements



30

SANTÉ PUBLIQUE

Hygiène buccodentaire  
et gingivite chez les  
élèves québécois de  
2<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> années du  
primaire en 2012-2013

**AVRIL** *Mois de la santé  
buccodentaire*

28

# S'adapter au changement

**L**e domaine des soins de santé évolue à un rythme exponentiel, et la médecine dentaire n'échappe pas à ce phénomène.

La protection du public et la qualité des soins reposent notamment sur la relation qu'entretiennent la formation et la réglementation, lesquelles sont placées sous l'autorité d'institutions gouvernementales. Compte tenu de l'importante bureaucratie de ces institutions, on peut en toute légitimité s'interroger sur leur capacité à s'adapter rapidement au changement.

Trop souvent, ceux et celles qui sont en position d'apporter de réels changements se défilent devant la tâche. Remettre en question le statu quo demande du courage et implique de prendre des risques, dont celui de devoir reconsidérer ses propres positions et contributions. Dans la sphère politique, attendre et ne pas agir, voire balayer la poussière sous le tapis, est une solution de facilité qui n'est mise au jour que lorsque survient une situation de crise.

Notre conseil d'administration a accompli l'exploit extraordinaire de redéfinir sa composition et de repenser ses modes de gouvernance. Au cours des prochains mois, ses membres vont se pencher sur un nouveau projet qui revêt une grande importance et qui, dans sa foulée, va façonner nos activités, soit la formation certifiée par l'Ordre des dentistes.

L'Ordre entend consacrer les ressources nécessaires pour s'attaquer aux problèmes qui affectent directement l'accomplissement de son mandat premier, la protection du public. Notre approche curative, qui inclut le domaine de la discipline, devra être soutenue par une approche préventive, comme le prônent les professionnels de la santé dans l'exercice de leur profession.

Le diagnostic est limpide : nous n'avons pas le soutien nécessaire pour permettre l'accès à des formations accréditées et de qualité, et ce, dans un contexte où les besoins émergents, tels que la gérontologie et les technologies, évoluent plus rapidement que le contenu des programmes universitaires de premier cycle et des cycles supérieurs.

Une nouvelle direction de l'exercice de la médecine dentaire est en voie d'être créée à l'Ordre. Son rôle sera notamment d'évaluer et de coordonner l'élaboration de standards de pratique et de lignes directrices, ainsi que de déterminer la meilleure façon de les intégrer dans les programmes de formation certifiés en vue d'en assurer le respect.

Cet engagement de premier plan modifiera nos activités. Des ressources importantes seront consacrées à la formation continue, dans une vision globale de protection du public et d'accès à des soins de qualité.

Tous les universitaires s'accordent pour dire qu'un programme de résidence obligatoire serait profitable pour les futurs dentistes et que cela accroîtrait l'accès aux soins pour les citoyens les plus vulnérables et ceux dont la santé est compromise. Il est cependant littéralement impossible de faire avancer ce dossier, chaque institution étant aux prises avec ses propres défis financiers et ses procédures organisationnelles.

En outre, nous n'avons pu à ce jour trouver de terrain propice à la révision et à l'uniformisation des critères de formation des trois universités qui permettrait d'y inclure les technologies modernes et d'en suivre l'évolution.

Nous devons être en mesure d'aborder les technologies nouvelles et perturbatrices au fur et à mesure qu'elles font leur entrée sur le marché, afin de répondre rapidement aux changements qu'elles provoquent dans les normes de pratique, au risque qu'elles les redéfinissent elles-mêmes.

Dans ce contexte et à l'instar de l'École du Barreau, laquelle se consacre à offrir une formation pratique accréditée aux diplômés en droit et futurs avocats, l'Ordre des dentistes explore actuellement une nouvelle avenue prometteuse. Cette dernière vise à assurer la protection du public en nous engageant dans des programmes de certification visant des domaines particuliers, dont nos propres lignes directrices. Cette orientation, nous l'espérons, mènera à la mise sur pied de cours indépendants offerts par l'Ordre des dentistes.

J'ai beaucoup de respect pour mes collègues entrepreneurs, professionnels et représentants de l'industrie. Cependant, en 2018, cela défie toute logique que des formations soient offertes à la profession et que des attestations non reconnues de compétence soient

décernées dans ce qui ressemble de plus en plus à un Far West de la formation où chacun peut s'autoproclamer « expert ».

Je crois fermement qu'il est essentiel que l'Ordre introduise des ressources en formation accréditées au moment d'appliquer de nouvelles politiques. Cela doit permettre à nos membres de se conformer aux nouvelles obligations et à l'Ordre de s'impliquer dans le développement de la pratique de la médecine dentaire et le respect des normes de pratique.

À terme, et grâce à de nouveaux investissements ciblés et complémentaires dans l'éducation postuniversitaire, cette importante initiative devrait réduire les problèmes constatés lors des inspections professionnelles ou des enquêtes du syndic.

À cet égard, veuillez prendre note que la nouvelle Politique sur la formation continue adoptée par le conseil, qui précise les exigences en matière de formation continue obligatoire, entrera en vigueur en juillet 2018. Le défaut de s'y conformer peut avoir des conséquences sur votre droit d'exercice en cas de non-respect.

Dans la foulée de sa nouvelle planification, l'Ordre entreprendra également une révision en profondeur de ses processus d'inspection professionnelle. En évaluant de nouvelles options, le conseil souhaite accroître l'efficacité des processus actuels qui pourraient aller au-delà des visites d'inspection des cabinets dentaires. Sans présumer des résultats de la démarche de révision, nous évaluerons des initiatives menées par d'autres organismes de réglementation qui ont recours notamment à des entrevues structurées et à des tests de connaissances et de compétences.

Les organismes de réglementation doivent comprendre qu'à défaut d'accroître leur agilité en vue de répondre adéquatement à des demandes de plus en plus complexes, c'est leur existence même qui pourrait être remise en question.

L'Ordre des dentistes est à la fois prêt et disposé à relever le défi de bâtir un avenir meilleur. À ce chapitre, nos employés et nos directeurs dévoués seront toujours soutenus par un conseil d'administration qui sera bientôt plus petit en nombre, mais pas en efficacité.

**Barry Dolman, DMD**

Président

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

# Adapt to change

# H

healthcare is changing at an exponential rate and dentistry is no exception.

Ensuring care and public protection stems from the interrelationship of education and regulation, both under the authority of government-regulated institutions. Given the heavy bureaucracy of these organizations, if their actual ability to adapt to change is not already questioned, it should be!

Those who have the power to make significant changes rarely take up the challenge. Fear of upsetting the status quo often defines the game plan. After all, by definition, disruption requires risk and it even questions the viable contributions of one's own position! On the political level, "kicking the can down the road" is indeed the easiest path, only questioned when crisis so obliges.

Our board of directors has recently accomplished the extraordinary feat of redefining its own existence and operational governance. In the coming months we will take on the important new dossier of ODO's certified education, which is likely to reshape our activities and resources.

The Ordre will be reallocating and repositioning its energy to address the real dilemma, permitting the defense of public protection. To date, our curative approach has focused on disciplinary action, but it is time to look at prevention, much like all healthcare professionals do.

The diagnosis is clear: there is insufficient support for accredited education in new technology and other emerging needs (e.g. in gerodontology), which are advancing beyond the capacity of current undergraduate and post-graduate programs.

A new directorate for the practice of dentistry is being established. Its aim will be to coordinate and evaluate norms and guidelines, as well as to determine the best way to organize educational certification to assure compliance.



This major commitment is likely to change the direction of our activities. It will include a major allocation of resources to continuing education with the ultimate goal of the public protection and access to proper care.

All academics agree that a mandatory residency program would not only benefit future providers of oral healthcare, it would actually increase access to treatment for our most medically compromised and vulnerable. However, it is literally impossible to advance this dossier as each institution grapples with its own financial situation and organizational protocols.

We have not yet found common ground in reshaping the undergraduate education requirements common to our three universities to encompass modern technology at its current rate of development and expansion.

We must efficiently address both new and disruptive technologies as they enter the marketplace and be able to respond quickly before they unilaterally redefine norms of practice.

For this reason and following in the footsteps of the École du Barreau, where practical educational requirements are taught and accredited after graduation, the ODQ is now exploring an exciting new path. It will seek to ensure public protection by engaging an official certification in specific domains of education, starting with its own guidelines within what will hopefully become independently ODQ-taught courses.

My entrepreneurial, professional and industry colleagues hold my respect. Yet, it makes absolutely no sense in 2018 for non-certified or, more often than not, self-accredited "experts" to take on the responsibility of education in what is increasingly the Wild West of unregulated diplomas of competence!

It is my belief that, prior to releasing its new policy, the ODQ should be able to implement accredited resources. This will help our members comply with new obligations as

per regulations and, with time, fully develop modules that enhance the practice of dentistry in Quebec under the ODQ's authority of compliance.

Over time, through a new, targeted and complementary investment in post-graduate education, this important endeavour should minimize the problems we encounter in our inspections and disciplinary actions.

Please note that a new policy was adopted by the board regarding mandatory continuing education units will come into effect this July 2018. Failure to comply with these standards will have serious consequences on your license to practice.

As part of our reorganization, the board has also mandated a thorough review of our inspection procedures. By examining new options, the board hopes to increase the efficiency of the current process, which is currently limited to a physical inspection of dental offices. Without precluding the results of the review, we will consider initiatives by other regulators who use information gathered from interviews and interim examination of key knowledge parameters in combination or exclusively in lieu of a physical inspection.

Regulators must realize that their very existence will be compromised unless they choose greater agility in dealing with today's ever-more complex demands.

The ODQ is ready and willing to face the challenge of building a better future. Its dedicated staff and directors will be supported by what will be soon smaller and more efficient board.

**Barry Dolman, DMD**

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

# Spécialistes en ventes, achats et transitions de cliniques dentaires.

## Vous souhaitez vendre ?

Confier l'évaluation et la vente de  
votre clinique à Tier Three c'est :

- Une garantie que votre clinique dentaire sera appréciée à sa juste valeur grâce à notre analyse exclusive de votre clientèle
- Des conseils personnalisés qui répondent à vos besoins et objectifs
- L'un des plus gros réseaux d'acheteurs canadiens qui augmentera considérablement vos chances de vente

Évaluez avec confiance, vendez  
avec succès !

## Vous souhaitez acheter ?

Rester informé grâce à Tier Three,  
c'est :

- Un guide en ligne « Les dix choses les plus importantes à faire et à ne pas faire lors de l'achat d'un cabinet dentaire »
- Des notifications en priorité concernant nos dernières offres et des nouvelles opportunités d'achat
- Les dernières informations concernant les valeurs des cliniques dentaires et les tendances du marché

Enregistrez-vous en ligne et ne  
passez plus à côté de la clinique  
de vos rêves !

Venez nous  
rencontrer aux

**JDIQ**  
Kiosque  
2009



Enregistrez-vous  
en ligne sur  
[tierthree.ca](http://tierthree.ca)

Pour recevoir des  
notifications concernant  
nos dernières offres et  
découvrez de nouvelles  
opportunités d'achat !

ÉVALUATIONS,  
VENTES ET  
ACHATS DE  
CLINQUES DENTAIRES  
1 888 437 3434

 **tierthree**  
BROKERAGE LTD

# LE DUO DYNAMIQUE BIO ACTIF



## TheraCem™

*Ciment de résine autoadhésif*

- ✓ La libération de calcium et fluor
- ✓ Passe d'un pH acide à alcalin en quelques minutes
- ✓ Forte liaison à la Zirconie
- ✓ Nettoyage facile
- ✓ Hautement radio-opaque

[Cliquer ici](#)

## TheraCal LC®

*Matériau de fond de cavité et de coiffage pulpaire*

- ✓ La libération de calcium
- ✓ Le pH est alcalin
- ✓ Favorise le processus régénératif
- ✓ Photopolymérisable
- ✓ Résiste à l'humidité et est radio-opaque

[Cliquer ici](#)



BISCO DENTAL PRODUCTS CANADA INC.

EN: 800.667.8811

FR: 800.211.1200

**JDIQ 2018**

Les journées dentaires internationales du Québec  
28 au 29 mai, 2018, **Kiosques # 818**

## Vos obligations professionnelles : des mises en garde à faire et des changements à prévoir



Au cours de l'année financière qui vient de se terminer, plusieurs projets de nature législative et réglementaire ont été déposés auprès de l'Office des professions du Québec aux fins de validation juridique et systémique. Certains de ces projets feront l'objet de consultations auprès des membres de l'Ordre au moment opportun.

**E**ntre-temps, il est important de vous rappeler que vous devez connaître et appliquer les lois et règlements en vigueur qui régissent la pratique de la médecine dentaire.

### LES ACTIVITÉS DE MÉDECINE DENTAIRE AUTORISÉES

Vous devez, bien entendu, connaître le champ de pratique autorisé tant des autres professionnels du domaine buccodentaire que celui des autres professionnels de la santé. Ceci peut sembler relever du gros bon sens, mais une certaine confusion s'installe parfois de façon insidieuse.

Rappelons, à titre d'exemple, que les hygiénistes dentaires ne sont pas autorisées à prendre des empreintes et que les denturologistes ne peuvent essayer, poser ou adapter que des prothèses qui sont amovibles par le patient, et cela, en vertu des balises strictes établies par la Loi sur la denturologie. Le denturologiste n'étant pas autorisé à poser un diagnostic, il ne peut donc pas décider du plan de traitement en réhabilitation implanto-portée d'un patient.

Sachez que si vous confiez une tâche non permise par la loi à une personne qui n'est pas un dentiste, vous êtes susceptibles d'engager votre responsabilité professionnelle, disciplinaire et pénale.

Le dossier de la modernisation des pratiques dans le domaine buccodentaire n'est pas à l'étape de projet de loi, contrairement à ce que nous avons espéré. D'ici là, nous vous rappelons que vous devez respecter la loi et les règlements en vigueur. Restez à l'affût des communications de l'Ordre à ce sujet.

## LES AVANCES D'HONORAIRES ET DE DÉBOURSÉS

Le Code des professions stipule qu'il est interdit aux professionnels de « détenir pour le compte d'un client ou d'une autre personne, dans l'exercice de leur profession, des sommes ou des biens, dont des avances d'honoraires, que si le conseil d'administration de l'Ordre l'autorise expressément par règlement ».

Il n'existe aucun règlement déterminant les modalités et les normes de détention et de disposition des sommes détenues par un dentiste pour un patient ni, il va sans dire, de normes et de modalités relatives à la tenue et à l'inspection des livres et registres des membres dans ce contexte.

Dans l'environnement réglementaire actuel, un dentiste ne peut pas demander, ni recevoir, une avance d'honoraires, ni même une somme qui servirait à couvrir d'éventuels déboursés liés à un traitement. Un dentiste reçoit donc uniquement des émoluments pour le travail exécuté en tout ou en partie.

Le conseil d'administration (CA) de l'Ordre entend adopter des règlements pour permettre aux membres de détenir des sommes pour le compte d'un patient dans le cadre

de l'exercice de la médecine dentaire. D'ici là, nous vous rappelons qu'il est interdit de percevoir, de demander ou de recevoir une somme d'argent d'un patient, que soit directement ou indirectement (par exemple, par l'intermédiaire d'une institution bancaire) pour des travaux à venir, et ce, tant et aussi longtemps que la réglementation appropriée ne sera pas en vigueur.

## EXERCICE DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES AU SEIN D'UNE SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF À RESPONSABILITÉ LIMITÉE OU D'UNE SOCIÉTÉ PAR ACTIONS

Il est important de vous rappeler qu'un dentiste peut exercer sa profession au sein d'une société en nom collectif à responsabilité limitée ou d'une société par actions uniquement aux conditions, modalités et restrictions établies au Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société. Un dentiste doit alors se conformer au règlement. Par ailleurs, un membre ne peut invoquer des décisions ou des actes de la société par actions au sein de laquelle il exerce ses activités professionnelles pour justifier un manquement à une disposition du Code des professions, de la Loi sur les dentistes ou des règlements adoptés conformément au présent code ou à cette loi. Il vous appartient de vous assurer que la société par actions au sein de laquelle vous exercez votre profession agit dans le cadre de la loi. ➤

## UN RÈGLEMENT SUR LA FORMATION CONTINUE

L'Ordre dévoile dans ce numéro sa nouvelle Politique sur la formation continue qui entrera en vigueur dès le 1<sup>er</sup> juillet 2018. Cette politique est le reflet d'un projet réglementaire déposé auprès de l'Office des professions, lequel est assorti de mécanismes de sanction en cas de non-respect. Le CA de l'Ordre fait de la formation continue une composante incontournable de la vie d'un professionnel. C'est pourquoi l'Ordre consacrera des ressources supplémentaires pour outiller ses membres afin de les aider à faire face aux avancées technologiques en médecine dentaire.

## UN RÈGLEMENT SUR LA CONCILIATION ET L'ARBITRAGE DES COMPTES

Le CA a approuvé le dépôt d'un projet de règlement auprès de l'Office des professions qui permettra dorénavant aux patients de requérir un arbitrage d'un compte après une conciliation du syndic qui n'aurait pas conduit à une entente. Cette conciliation, et le cas échéant cet arbitrage, pourra désormais porter sur un compte déjà payé en partie ou en totalité, et le conseil d'arbitrage pourrait tenir compte de la qualité des services rendus pour déterminer, s'il y a lieu, le montant d'un remboursement.

## UN RÈGLEMENT SUR LES STAGES ET LES COURS DE PERFECTIONNEMENT

Le CA de l'Ordre a également soumis à l'Office des professions un projet de réforme du règlement sur les stages et les cours de perfectionnement. Des changements importants y sont prévus. Ainsi, le règlement actuel prévoit notamment la possibilité d'imposer un ou des stages à un dentiste qui n'a pas exercé la profession depuis cinq ans. Le projet en cours prévoit faire passer ce délai à trois ans. Par ailleurs, la réforme réglementaire ajoutera à cette obligation celle d'avoir pratiqué un minimum de 900 heures au cours d'une période de trois ans.

## AUTRES RÉFORMES À PRÉVOIR

Une version modernisée du Code de déontologie est également à l'étude auprès de l'Office des professions ainsi qu'un nouveau règlement sur les ordonnances.

Comme vous pouvez le constater, de nombreux changements sont à prévoir, et l'Ordre se doit de faire respecter la loi et les règlements. Soyez vigilants, il est de votre devoir de les connaître.

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

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

# LES OUTILS POUR DES DIAGNOSTICS EN CONFIANCE



Nos innovations facilitent l'amélioration de diagnostics, du flux de travail et vous permettent de sauver du temps précieux.

- Le CS 8100 3D est le système d'imagerie 3D le plus compact sur le marché.
- Les capteurs RVG 6200 comprennent des filtres personnalisables permettant de poser des diagnostics plus précis.
- Le scanneur intra-oral CS 3600; un balayage précis et complet en couleur 3D HD fournit des images de superbe qualité.

## COTISATION ET INSCRIPTION ANNUELLES MESSAGE IMPORTANT AUX MEMBRES

La cotisation  
2018-2019  
couvrira une  
période de neuf  
mois, et non de  
12 mois, soit du  
1<sup>er</sup> juillet 2018 au  
31 mars 2019.

**AVANT le  
30 juin 2018**

### Inscription et paiement

Comme annoncé l'an dernier, la prochaine inscription annuelle, qui débutera en mai, se fera **exclusivement** par l'intermédiaire du site Web de l'Ordre. La cotisation 2018-2019 devra également être réglée en ligne au moyen d'une carte de crédit Visa ou MasterCard ou d'une carte de débit Interac.

### Changement – période de validité

À la suite de récents changements apportés au Code des professions, l'Ordre vous informe que la cotisation 2018-2019 couvrira une période de **neuf mois, et non de 12 mois, soit du 1<sup>er</sup> juillet 2018 au 31 mars 2019**. Le montant de la cotisation devant être payé avant le 30 juin 2018 a donc été ajusté en conséquence, lequel a été calculé au prorata, et ce, pour chacune des catégories de membres.

À compter de 2019, la cotisation annuelle sera rétablie sur une période de 12 mois, soit du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars de l'année suivante. Ainsi, dès 2019, la cotisation devra donc être acquittée au plus tard le 31 mars de chaque année.

### Obligation – courrier électronique et adresse de domicile professionnel

Nous vous rappelons que depuis juin 2017, en vertu de l'article 60 du Code des professions, vous devez fournir à l'Ordre une adresse de courrier électronique établie à votre nom et de signifier tout changement concernant votre domicile professionnel. Si ce n'est déjà fait ou si vous avez récemment changé d'adresse de courrier électronique ou de domicile professionnel, vous devez sans délai en informer l'Ordre par courriel, à l'adresse [tableau@odq.qc.ca](mailto:tableau@odq.qc.ca).

### Pénalité de retard

L'Ordre vous rappelle que tout défaut de payer les frais de cotisation **avant le 30 juin 2018** entraînera automatiquement une pénalité de retard de 650 \$, laquelle s'appliquera à tous les retardataires.

### Payment and registration

As announced last year, as of May 2018, the annual registration can **only** be done via the ODO website. The 2018–2019 assessment must also be paid online by credit card (Visa or MasterCard) or debit (Interac).

### Modification – Period of validity

Given recent changes to the Professional Code, the ODO would like to inform you that the 2018–2019 assessment will cover a **9-month period, rather than 12 months (that is, from July 1, 2018, to March 31, 2019)**. Assessments paid before June 30, 2018, have been adjusted accordingly, with pro rata calculations carried out for all member categories.

Starting in 2019, annual assessment will return to a 12-month period (April 1 to March 31). Therefore, as of 2019, it must be paid at the latest on March 31 of each year.

### Obligation – Email address and professional domicile

Please remember that since June 2017, under section 60 of the Professional Code, you must provide the ODO with a business email address established in your name and notify the Ordre of any change in your professional domicile. If you haven't done so already or if you have recently changed email addresses or professional domiciles, please notify the ODO by emailing [tableau@odq.qc.ca](mailto:tableau@odq.qc.ca).

### Late penalty

The ODO would like to remind you that failure to pay 2018–2019 assessment **before June 30, 2018**, will automatically incur a late penalty of \$650. This penalty will apply to all late payers.

The 2018–2019  
assessment will cover a  
9-month period, rather  
than 12 months (that is,  
from July 1, 2018, to  
March 31, 2019).

**BEFORE  
June 30, 2018**




UNE DIVISION DE




LA PURETÉ D'ÉCLAIRAGE

Un outil essentiel dans le choix de lumière que vous désirez dans votre clinique.  
 MODES :  
 CONFORT - PRÉCISION - CHIRURGIE



**MESIAL**  
 DENTAIRE-DENTAL

Produits pour vos explorations intrabucales et vos besoins en santé dentaire.

 DIGIPRESS  
 DIGIDENTHD

**Augmentez** le rendement de votre clinique dès maintenant.  
 EN UN CLIC :  
[www.mesialdentaire.com](http://www.mesialdentaire.com)

Distributeur autorisé au Canada

1 855 614-3207



**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

# L'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL

## LE DÉPISTAGE, LES CONSÉQUENCES ET LES TRAITEMENTS

L'apnée obstructive du sommeil est une condition répandue et sous-diagnostiquée. L'American Academy of Dental Sleep Medicine rapporte que plus de 25 millions d'adultes aux États-Unis en souffrent<sup>1</sup>. En effet, 10 % des hommes de 30 à 49 ans en souffrent et la prévalence augmente avec l'âge, soit jusqu'à 17 % chez les hommes de 50 à 70 ans. On rapporte que 3 % des femmes de 30 à 49 ans en souffrent, et que cela augmente jusqu'à 9 % chez celles de 50 à 70 ans<sup>2, 3</sup>. Bien que la maladie soit plus souvent observée chez les hommes, on peut l'observer aussi chez les femmes, principalement après la ménopause, et chez les enfants<sup>4</sup>.

**Léa Drouin-Gagné, DMD**  
Résidente en orthodontie

Faculté de médecine dentaire  
Université de Montréal

**Nelly Huynh, Ph. D.**  
Professeure agrégée sous octroi

Faculté de médecine dentaire  
Université de Montréal



## QU'EST-CE QUE L'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL?

L'apnée obstructive du sommeil se caractérise par des épisodes répétés d'obstructions complètes (apnées) ou partielles (hypopnées) au niveau des voies aériennes supérieures pendant le sommeil, et ce, malgré le maintien ou l'augmentation de l'effort respiratoire<sup>5</sup>. Les arrêts respiratoires réduisent le taux d'oxygène sanguin et produisent des micro-éveils<sup>5, 6</sup>. Des ronflements sont aussi fréquemment présents. Cependant, tous les ronfleurs ne souffrent pas nécessairement d'apnée obstructive du sommeil.

## SIGNES ET SYMPTÔMES DE L'APNÉE DU SOMMEIL

Les patients rapportent souvent une somnolence diurne excessive et/ou des plaintes du conjoint relatives aux bruits associés au ronflement ou à l'arrêt respiratoire. La qualité du sommeil est altérée et une diminution de la durée du sommeil profond est observée avec l'apnée obstructive du sommeil. Les patients remarquent un manque de vigilance au travail et lors de la conduite automobile<sup>5</sup>. La somnolence diurne perturbe la vie des patients et engendre une diminution de leur qualité de vie. Les patients peuvent aussi se plaindre de sécheresse de la bouche, d'asthénie matinale, d'une sensation de mal de gorge, de mal de tête au réveil, de troubles de la mémoire, de difficultés à se concentrer ainsi que de troubles de l'humeur<sup>7</sup>.

## CONSÉQUENCES DE L'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL

L'apnée obstructive du sommeil est une maladie chronique inflammatoire. Elle est donc associée à divers problèmes cardiorespiratoires et métaboliques. En effet, chaque hypoxie entraîne un manque d'oxygénation au cerveau et chaque micro-éveil provoque une augmentation du rythme cardiaque et de la pression artérielle. À long terme, les patients non traités peuvent donc souffrir d'hypertension sévère, d'accident vasculaire cérébral, de maladies coronariennes, d'infarctus du myocarde, d'arythmie et d'insuffisance cardiaque. La pression négative dans la cage thoracique a un impact négatif sur le cœur. L'apnée obstructive du sommeil peut aussi entraîner une prise de poids, altérer le métabolisme des glucides et induire un diabète de type 2.

## PATHOPHYSIOLOGIE

Un rétrécissement partiel ou complet survient au niveau des voies aériennes supérieures et engendre une pression négative dans l'oropharynx. Ceci peut entraîner une diminution du flot respiratoire jusqu'à un arrêt respiratoire complet<sup>9</sup>.

Le ronflement est un phénomène commun pendant le sommeil. C'est habituellement un bruit inspiratoire, mais il peut aussi être expiratoire. Le son peut atteindre jusqu'à 70 décibels<sup>4</sup>. Il est produit par une vibration des structures des voies aériennes supérieures (palais mou, uvule et murs

latéraux du pharynx) lors de leur rétrécissement<sup>4, 9</sup>. Les vibrations causées par le ronflement amènent un affaiblissement chronique des muscles de l'oropharynx. Les vibrations entraînent aussi différents changements inflammatoires qui causent de l'œdème et des dommages aux terminaisons nerveuses sensorielles responsables du réflexe pharyngé. C'est pour ces raisons que le ronflement précède souvent l'apnée obstructive du sommeil<sup>10</sup>. Notez bien que ce ne sont pas tous les ronfleurs qui souffrent d'apnée obstructive du sommeil.

## FACTEURS PRÉDISPOSANTS

- Sexe masculin
- Obésité (abdominale ou dans la région du cou)
- Mandibule rétrusive
- Micrognathie
- Macroglossie
- Hypertrophie des amygdales
- Antécédents familiaux
- Ménopause
- Grossesse

Certains de ces facteurs prédisposants rendent les voies aériennes plus étroites à l'éveil. En conséquence, on remarquera des changements dynamiques durant le sommeil qui facilitent le collapsus<sup>10, 7, 5</sup>.

## LE RÔLE DU DENTISTE

Le rôle du dentiste est d'abord de faire de la prévention et de dépister l'apnée du sommeil. Une fois le dépistage effectué, il faut diriger le patient vers un médecin afin d'obtenir un diagnostic. Une fois le diagnostic d'apnée du sommeil établi par un médecin ayant une formation en médecine du sommeil, le dentiste, sur recommandation du médecin, peut offrir une thérapie avec orthèse d'avancement mandibulaire et faire le suivi approprié. Le dentiste doit aussi traiter, au besoin, les effets secondaires dentaires des traitements effectués à l'aide d'une orthèse d'avancement mandibulaire.

## COMMENT DÉPISTER L'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL

Le dentiste joue un rôle important dans le dépistage de la maladie, mais il ne peut pas diagnostiquer l'apnée obstructive du sommeil, car il s'agit d'un diagnostic médical. Le diagnostic doit être fait par un médecin formé en médecine du sommeil.

Tout d'abord, le questionnaire médical mettra le dentiste sur une bonne piste. **Voici des questions à poser :**

- **Votre sommeil est-il réparateur?**
- **Ronflez-vous?**
- **Souffrez-vous de somnolence diurne?**
- **Des arrêts respiratoires ont-ils été observés par votre conjoint?**

De plus, l'échelle de somnolence d'Epworth et le questionnaire STOP-BANG (voir la page suivante) sont de bons outils à utiliser en cabinet dentaire. L'échelle de somnolence d'Epworth permettra au patient de faire une évaluation subjective de sa somnolence diurne<sup>11</sup>, tandis que le questionnaire STOP-BANG est un bon outil de dépistage rapide pour identifier les adultes souffrant d'apnée.

Chez l'adulte, on doit vérifier la relation des mâchoires entre elles et leur position. Dans un cas de rétrusion mandibulaire importante avec espace rétropharyngé diminué, il faut penser à recommander le patient en orthodontie et en chirurgie maxillo-faciale. Chez les enfants, le dépistage est tout aussi important. Des suivis de croissance cranio-faciale peuvent être effectués. Lors de l'examen, il faut porter une attention à la taille des amygdales et de la langue, à la position des mâchoires et à tout manque d'espace transverse. En cas de manque d'espace transverse, il peut être bon d'effectuer une expansion palatine<sup>12</sup> ou de recommander le patient en orthodontie.



## Échelle de somnolence d'Epworth

Choisissez dans l'échelle suivante le chiffre le plus approprié à chaque situation :

- 0 = ne somnolerait jamais
- 1 = faible chance de s'endormir
- 2 = chance modérée de s'endormir
- 3 = forte chance de s'endormir

Situation	Probabilité de s'endormir			
	0	1	2	3
Assis en train de lire	0	1	2	3
En train de regarder la télévision	0	1	2	3
Assis, inactif, dans un endroit public (au théâtre, en réunion)	0	1	2	3
Comme passager dans une voiture roulant sans arrêt pendant une heure	0	1	2	3
Allongé l'après-midi pour se reposer quand les circonstances le permettent	0	1	2	3
Assis en train de parler à quelqu'un	0	1	2	3
Assis calmement après un déjeuner sans alcool	0	1	2	3
Dans une auto immobilisée quelques minutes dans un encombrement	0	1	2	3

Score =

**Score :** On admet en général qu'un score supérieur à 10 est le signe d'une somnolence diurne excessive.

## Questionnaire STOP-BANG

### Ronflement?

Est-ce que vous **ronflez fort** (assez fort pour être entendu(e) à travers des portes fermées, ou pour que votre partenaire de lit vous donne des coups de coude la nuit à cause de vos ronflements)?

Oui Non

### Fatigué(e)?

Vous sentez-vous souvent **fatigué(e), épuisé(e) ou somnolent(e)** pendant la journée (par exemple, vous endormez-vous au volant)?

Oui Non

### Remarqué?

Est-ce que quelqu'un a **remarqué** que vous **arrêtez de respirer** ou **étouffez/cherchez désespérément de l'air** pendant votre sommeil?

Oui Non

### Pression?

Est-ce que vous souffrez d'**hypertension artérielle** ou recevez un traitement contre l'**hypertension artérielle**?

Oui Non

### Indice de masse corporelle supérieur à 35 kg/m<sup>2</sup>?

Oui Non

### Âgé(e) de plus de 50 ans?

Oui Non

### Large encolure? (mesurée au niveau de la pomme d'Adam)

Oui Non

Pour un homme, la taille de votre col de chemise est-elle de 43 cm/17 pouces ou plus grand?  
Pour une femme, la taille de votre col de chemise est-elle de 41 cm/16 pouces ou plus grande?

### Sexe = Masculin?

Oui Non

### Critères du pointage :

#### Pour la population en général

**Risque faible d'AOS (apnée obstructive du sommeil) :** Oui à 0 à 2 questions

**Risque intermédiaire d'AOS :** Oui à 3 ou 4 questions

**Risque élevé d'AOS :** Oui à 5 à 8 questions

ou Oui à 2 ou plus des 4 premières questions + sexe masculin

ou Oui à 2 ou plus des 4 premières questions + IMC > 35 kg/m<sup>2</sup>

ou Oui à 2 ou plus des 4 premières questions + la circonférence du cou (43 cm/17 po chez les hommes, 41 cm/16 po chez les femmes)

L'échelle de somnolence d'Epworth et le questionnaire STOP-BANG sont de bons outils à utiliser en cabinet dentaire.

Si l'on soupçonne une apnée obstructive du sommeil, on doit recommander le patient à un médecin. C'est cependant un médecin formé en médecine du sommeil qui posera le diagnostic à la suite d'examen tels que la polysomnographie ou la polygraphie cardiorespiratoire du sommeil. Les résultats seront lus et analysés par des techniciens spécialisés et par le médecin. Ces examens mettent en évidence les épisodes d'apnée et d'hypopnée. La polysomnographie permettra de voir les limitations du débit aérien tandis que l'électroencéphalogramme permettra de détecter les micro-éveils<sup>5</sup>. L'American Academy of Sleep Medicine recommande aussi de vérifier le pourcentage de désaturation et le nombre de micro-éveils<sup>5</sup>.

## Il y a quatre niveaux de polysomnographie selon l'American Academy of Sleep Medicine<sup>5, 13</sup>.

**Niveau I :** Polysomnographie en laboratoire sous supervision directe d'un professionnel du sommeil. Elle comprend au minimum un électroencéphalogramme, un électromyogramme du menton, un électro-oculogramme, un électrocardiogramme et une analyse des signaux respiratoires.

**Niveau II :** C'est une polysomnographie réalisée à domicile sans supervision. Elle comprend un électroencéphalogramme et une analyse des signes cardiorespiratoires.

**Niveau III :** C'est une polygraphie cardiorespiratoire du sommeil à domicile, sans électroencéphalogramme. Elle enregistre un minimum de quatre signaux, tels que les efforts respiratoires, le signal de pression nasale, la saturation de l'oxyhémoglobine et la fréquence cardiaque.

**Niveau IV :** Oxymétrie nocturne à haut échantillonnage.

L'index d'apnées-hypopnées obstructives est défini par la moyenne horaire des événements d'apnée ou d'hypopnée malgré le maintien ou l'augmentation de l'effort respiratoire<sup>5</sup>. **On classifie le degré de sévérité de la manière suivante<sup>14</sup> :**

- **Léger :** 5 à < 15 événements par heure
- **Modéré :**  $\geq 15$  < 30 événements par heure
- **Sévère :**  $\geq 30$  événements par heure

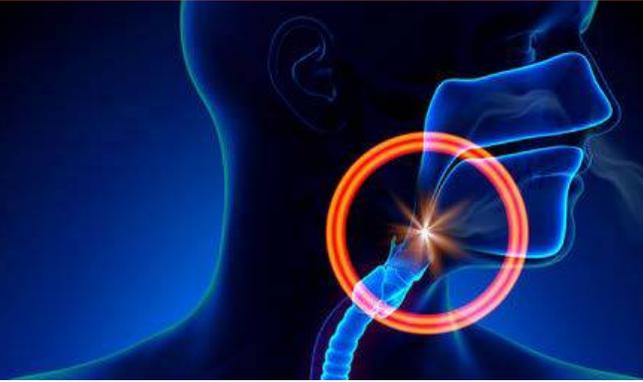
**Le patient doit répondre aux critères A ou B et au critère C** pour recevoir un diagnostic de syndrome d'apnée obstructive du sommeil<sup>14, 5</sup> :

### **A) Hypersomnie diurne non expliquée par d'autres facteurs**

### **B) Deux ou plusieurs des symptômes suivants qui ne peuvent être expliqués par d'autres facteurs :**

- Fatigue
- Étouffement ou suffocation pendant le sommeil
- Réveils répétés pendant le sommeil
- Sommeil non réparateur
- Manque de concentration ou d'attention
- Atteinte de l'humeur

### **C) Une épreuve diagnostique objective valide doit démontrer un indice d'apnée-hypopnée $\geq 5$ par heure de sommeil sur l'enregistrement polysomnographique**



## COMMENT TRAITER L'APNÉE DU SOMMEIL

### 1) Habitudes de vie

La promotion des saines habitudes de vie est le traitement de première ligne et un adjuvant à tout autre traitement. D'abord, il faut penser à la prévention en faisant de l'exercice et en ayant une bonne alimentation. La perte de poids peut être très bénéfique chez certains patients, permettant de réduire le degré de sévérité jusqu'à abolir l'apnée<sup>5</sup>. De bonnes habitudes de sommeil sont aussi indispensables. On recommande alors aux patients de se coucher et de se réveiller à des heures fixes et de dormir en position latérale, et non en décubitus dorsal.

De plus, si le patient se plaint d'obstruction nasale chronique, il doit être dirigé en otorhinolaryngologie. Cela permettra d'exclure toute rhinite allergique ou autre obstruction physique, car l'obstruction nasale chronique prédispose le patient à l'apnée obstructive du sommeil.

### 2) L'appareil à pression positive

Actuellement, le traitement à pression positive est le traitement de première ligne. Cet appareil envoie de l'air pour agir comme une attelle pneumatique afin de maintenir les voies aériennes supérieures ouvertes, tout en empêchant leur collapsus<sup>15, 5</sup>. Le patient porte pendant le sommeil un masque relié à une machine par un tube.

Dans certains cas, le traitement par pression positive peut être difficile à tolérer. Souvent, le patient se plaint d'inconfort au niveau du masque. Ce dernier peut causer des blessures, des rougeurs, de la douleur et même de l'insomnie. Les courroies mal ajustées peuvent aussi amener des céphalées alors que la pression positive peut provoquer des flatulences, de la pression indésirable au niveau des sinus et des oreilles, de la xérostomie et même de la sécheresse oculaire. Les patients traités par pression positive requièrent un suivi régulier et plusieurs ajustements chez le spécialiste<sup>5</sup>. L'appareil à pression positive est principalement utilisé pour les patients avec apnée modérée à sévère.

### 3) Les orthèses d'avancement mandibulaire

L'orthèse d'avancement mandibulaire est une thérapie de première ligne dans les cas d'apnée légère à modérée<sup>35</sup>. C'est aussi une thérapie alternative ou de complément à la thérapie par pression positive pour certains. Lorsque l'index d'apnée-hypopnée, les symptômes et la perturbation du sommeil sont de légers à modérés, la réponse aux orthèses d'avancement mandibulaire et à la pression positive continue (PPC) est similaire<sup>16, 17</sup>. De plus, des études démontrent que les orthèses d'avancement mandibulaire diminuent la pression artérielle, tout comme la PPC<sup>18, 19</sup>. Les orthèses sont donc recommandées pour les patients souffrant d'apnée légère à modérée et pour les patients souffrant de ronflement primaire. Elles sont aussi recommandées pour les patients qui souffrent d'apnée sévère, mais qui ne répondent pas à la PPC ou qui ne la tolèrent pas<sup>20, 21</sup>.

Lorsque le cas s'y prête, le médecin spécialiste peut donc recommander le patient à un dentiste pour une orthèse d'avancement mandibulaire. Ces orthèses sont portées uniquement pendant le sommeil et permettent de maintenir les voies aériennes supérieures ouvertes en positionnant la mandibule dans une position plus avancée.

Certains modèles d'orthèse peuvent recouvrir les dents supérieures et/ou inférieures. Le dentiste doit donc s'assurer que les dents sont en bon état et qu'elles peuvent offrir assez de rétention pour la future orthèse. Plus de 70 % des patients préfèrent l'orthèse d'avancement mandibulaire<sup>22</sup>. Cette dernière est facile à porter, silencieuse, transportable, facile à entretenir et plus confortable. Plus de 100 appareils oraux sont actuellement autorisés par la Food and Drug Administration aux États-Unis<sup>1</sup>. L'American Academy of Dental Sleep Medicine recommande par ailleurs l'utilisation d'orthèses d'avancement mandibulaire faites sur mesure, personnalisées et titrables par un dentiste qualifié<sup>20</sup> pour améliorer la probabilité du succès du traitement<sup>23</sup>. Grâce à cela, le taux d'adhésion au traitement est bon à court terme et à long terme, soit 66 % après un an et 62 % après quatre ans<sup>19</sup>, et il peut monter à plus de 90 % chez des patients dont l'index d'apnée correspond aux indications thérapeutiques, c.-à-d. des patients souffrant d'apnée de légère à modérée<sup>36</sup>. De plus, l'efficacité peut être augmentée avec l'aide d'une thérapie complémentaire, soit la perte de poids ou la thérapie positionnelle<sup>24</sup>.

Après la période d'ajustement, l'efficacité de l'appareil doit être démontrée par un enregistrement du sommeil; un suivi multidisciplinaire avec le dentiste et le médecin traitant est requis. En effet, les patients doivent être vus afin de vérifier s'il y a apparition d'effets secondaires indésirables, tels que la sialorrhée, les déplacements dentaires, l'irritation gingivale, la douleur et les dommages à l'articulation temporo-mandibulaire.

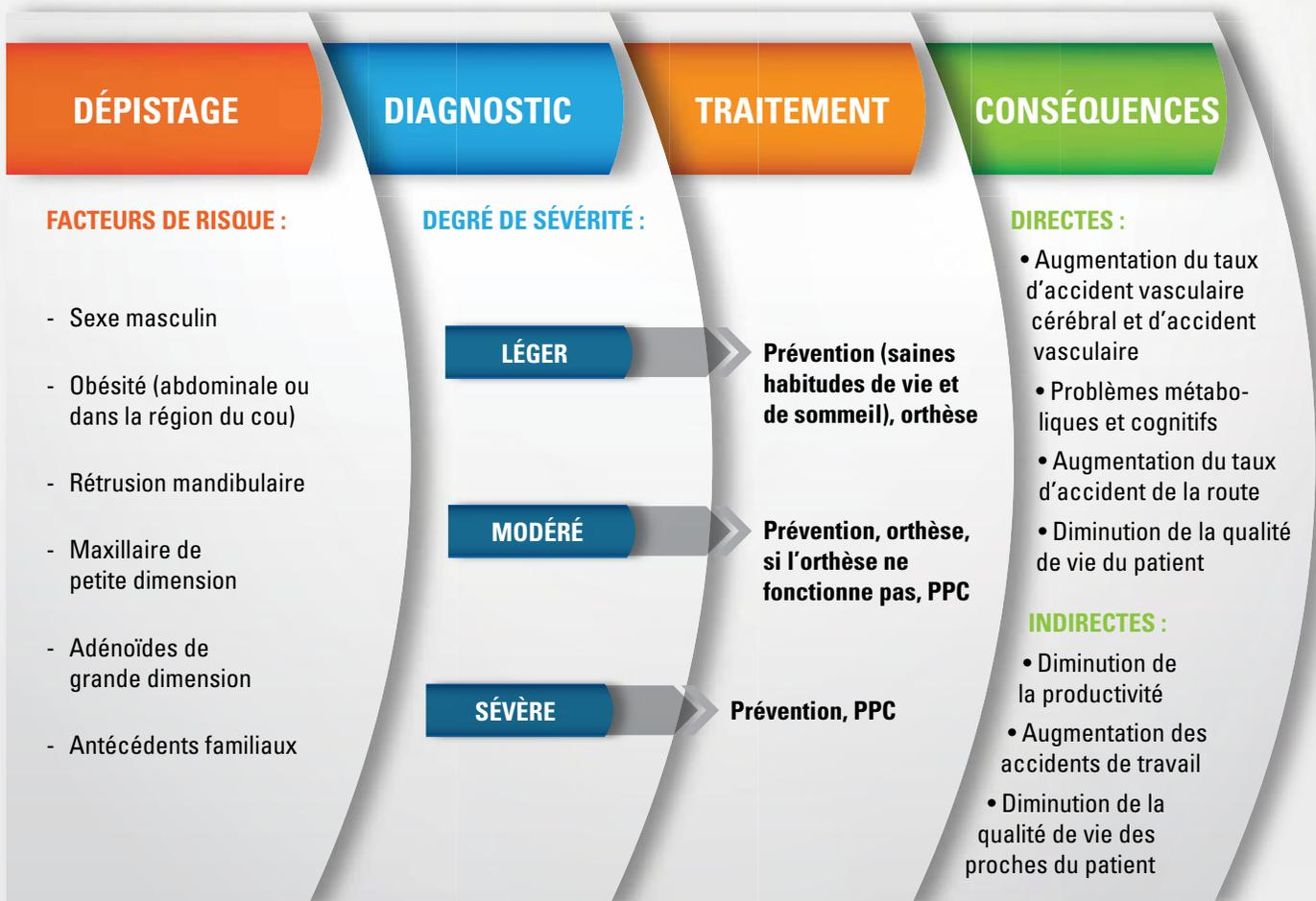
## 4) Les chirurgies

Les patients ciblés par la thérapie chirurgicale sont plutôt les patients jeunes avec un poids santé présentant au moins une anomalie anatomique corrigible<sup>5</sup>. Par exemple, les enfants avec des amygdales surdimensionnées devraient être dirigés vers un otorhinolaryngologiste<sup>13</sup>. Les chirurgies peuvent

être aussi recommandées chez les adultes avec un site d'obstruction anatomique corrigible ou chez les patients ayant vécu un échec avec les appareils à pression positive<sup>5,25</sup> et les orthèses d'avancement mandibulaire, ou encore chez les patients avec ronflement primaire sans comorbidité<sup>5,26</sup>.

Plusieurs chirurgies existent, mais leur taux de succès n'est pas très élevé et leur efficacité est moindre que celle de la PPC. Si un succès est défini par une diminution de l'index d'apnées-hypopnées résiduel de moins de cinq événements par heure (comme pour l'appareil à pression positive), le taux de succès est alors inférieur à 15 % pour les chirurgies tissulaires et d'environ 40 % pour l'avancée bimaxillaire<sup>27,28,29</sup>. Le taux de succès de la chirurgie dépend de plusieurs facteurs, entre autres de la population traitée et du type d'intervention réalisée<sup>28,29</sup>.

## SCHÉMA RÉCAPITULATIF



Parmi les chirurgies, l'uvulopalatopharyngoplastie (UPPP) est la chirurgie la plus fréquemment pratiquée, mais les chirurgies reconstructives multi-étagées sont de plus en plus utilisées<sup>5</sup>. Une polysomnographie doit être réalisée avant et après la chirurgie afin de vérifier l'efficacité du traitement<sup>26</sup>.

Dans d'autres cas, la chirurgie peut être utilisée comme adjuvant à la thérapie par pression positive ou par appareil d'avancement mandibulaire afin d'augmenter la perméabilité nasale. Il s'agit alors de chirurgies telles que la septoplastie, la septorhinoplastie, la turbinectomie et la polypectomie.<sup>5, 3, 30</sup>

Ces chirurgies ne sont pas sans risque. Il peut y avoir de l'infection, un saignement périopératoire et des problèmes respiratoires à l'extubation<sup>5</sup>. Les chirurgies vélo-pharyngées peuvent même conduire à une insuffisance vélaire qui peut causer de la régurgitation nasale et des difficultés à avaler. Si la chirurgie vise à diminuer la longueur du voile du palais, le patient pourrait avoir de la difficulté à tolérer la pression positive par la suite<sup>5, 31, 28</sup>.

Une nouvelle chirurgie semble prometteuse, mais plus de preuves scientifiques sont nécessaires. Cette chirurgie implique l'implantation d'un appareil de stimulation du nerf hypoglosse (12<sup>e</sup> nerf crânien) pour activer les voies respiratoires supérieures. Les participants à cette étude sont des adultes non tolérants à la PPC<sup>27</sup>. Après un an, l'index d'apnées-hypopnées est réduit de 68 % et semble rester stable à long terme, soit après trois ans<sup>27, 32</sup>.

## 5) Autres traitements

### *Thérapie positionnelle*

L'American Academy of Sleep Medicine rapporte que les patients qui souffrent d'apnée légère avec un poids santé réduiraient leur index d'apnées-hypopnées en dormant dans une autre position que le décubitus dorsal. La thérapie positionnelle est simple et facile à prescrire. De plus, des études rapportent que la thérapie positionnelle peut être un bon adjuvant à l'orthèse d'avancement mandibulaire.

En effet, les patients qui sont traités avec les deux thérapies constatent une amélioration plus significative de leurs symptômes d'apnée obstructive du sommeil. Les deux traitements combinés sont donc plus efficaces que l'orthèse d'avancement seule chez certains patients qui souffrent aussi d'apnée positionnelle<sup>24</sup>.

La thérapie positionnelle consiste à amener le patient à dormir uniquement sur le côté. Plusieurs dispositifs peuvent être utilisés, aussi simples soient-ils. Par exemple, on peut suggérer au patient des dispositifs mécaniques, tels qu'un à dos contenant un oreiller. Il existe aussi des t-shirts et des ceintures avec des coussinets cousus au dos, spécialement conçus pour faire en sorte que le patient ne soit pas confortable en position de décubitus dorsal. Des alarmes de position sonores et par vibration peuvent aussi être utilisées. Elles s'activent dès que le patient se tourne sur le dos<sup>33, 24</sup>.

### *Pression positive expiratoire*

Ce dispositif produit une pression nasale positive lors de l'expiration afin d'éviter le collapsus. En anglais, on appelle ce dispositif EPAP, pour *expiratory positive airway pressure*. Il s'agit d'un dispositif adhésif et jetable qui s'applique sur les narines le soir avant le coucher. C'est un traitement discret en comparaison avec la PPC, par exemple. Cependant, des études supplémentaires sont nécessaires pour identifier les caractéristiques démographiques et polysomnographiques qui permettraient de prédire le succès thérapeutique de la pression positive expiratoire<sup>34</sup>.

## CONCLUSION

L'apnée obstructive du sommeil est une condition fréquemment rencontrée. Elle peut avoir de graves conséquences sur la santé ainsi que sur la qualité de vie des patients. Le dentiste a la chance d'avoir une relation privilégiée avec ses patients, comparativement aux médecins spécialistes, en raison de la fréquence et de la durée des rendez-vous. Il doit garder l'œil ouvert à l'égard des facteurs prédisposants ainsi que des signes et symptômes associés à l'apnée. Il est évident que le dentiste a un rôle primordial à jouer tant dans la prévention, la détection que le traitement de l'apnée obstructive du sommeil. ■



ACCÉDER AUX RÉFÉRENCES  
DE CET ARTICLE



## LE RSBO, VOUS CONNAISSEZ?

Créé il y a plus de 20 ans, le **Réseau de recherche en santé buccodentaire et osseuse du Québec, ou RSBO, compte plus de 80 chercheurs**. Répartis dans plusieurs universités et centres hospitaliers, ces derniers ont des expertises variées allant de la génétique à la santé publique, en passant par la microbiologie et les biomatériaux.

### BÂTIR DES PONTS ENTRE LA RECHERCHE ET LA PRATIQUE

Le RSBO est le réseau de recherche de la communauté dentaire. Il a pour mission d'enrichir les connaissances sur la santé et les maladies buccodentaires, craniofaciales et osseuses. Il existe au Québec d'autres réseaux semblables au RSBO qui se consacrent à des sujets tels que le vieillissement, l'autisme ou la douleur.

### AMÉLIORER LA SANTÉ DENTAIRE DES QUÉBÉCOIS

Plus précisément, les recherches du RSBO portent sur des maladies et conditions que traitent les dentistes dans leur pratique quotidienne, comme la carie, la parodontite, l'édentation et les douleurs orofaciales, ainsi que sur des conditions plus rares, telles que les maladies génétiques et les cancers. Les connaissances issues de la recherche contribuent à l'amélioration de la santé de la population québécoise.

### DES CHERCHEURS À VOTRE ÉCOUTE

Les dentistes qui aimeraient soumettre des questions et des sujets de recherche sont invités à les acheminer au D<sup>r</sup> Faleh Tamimi ou au D<sup>r</sup> Christophe Bedos, les nouveaux codirecteurs du RSBO.

Le Dr Tamimi est prosthodontiste et professeur à l'Université McGill. Ses recherches visent à améliorer la pratique dentaire par le biais d'innovations technologiques et scientifiques.

Dentiste généraliste et professeur à l'Université McGill, le Dr Bedos se consacre à la recherche en santé publique. En partenariat avec des dentistes, il développe des approches pour améliorer l'accès aux soins dentaires.

POUR EN SAVOIR PLUS,  
consultez le [www.rsbo.ca](http://www.rsbo.ca)  
et abonnez-vous à l'infolettre.



# Ce n'est pas que du blanchiment

Seulement Philips Zoom DayWhite et NiteWhite

- réduit la sensibilité
- améliore le lustre des dents
- donne une protection supérieure de l'émail

innovation ✨ vous



Philips Zoom  
DayWhite et NiteWhite

Apprenez-en plus au [philips.ca/fr/](http://philips.ca/fr/), ou appelez  
1-800-278-8282 pour placer une commande

concentrations disponibles pour le blanchiment 9.5% Hp, 16% CP ou 22% CP  
\*In the U.S.



**PHILIPS**  
**ZOOM!**

## ADOPTION d'une nouvelle Politique sur la formation continue

Le conseil d'administration de l'Ordre des dentistes a adopté en septembre 2017 une nouvelle Politique sur la formation continue. Misant sur l'accompagnement des membres dans leur développement professionnel, cette politique remplace la Politique sur la formation dentaire continue et entrera en vigueur le **1<sup>er</sup> juillet 2018**.

Dans le cadre de cette démarche, un nouveau partenariat élargi a été établi avec des organismes de formation privilégiés reconnus par l'Ordre. Ayant dorénavant un statut de dispensateurs d'activités de formation continue reconnus par l'Ordre, ceux-ci doivent soumettre chaque année leur programme d'activités scientifiques aux fins d'approbation et de publication.

Le choix des activités de formation continue s'inscrit dans une démarche personnelle, propre à chaque membre et réalisée à l'intérieur des balises fixées par la politique.

### VOICI LES POINTS SAILLANTS DE LA NOUVELLE POLITIQUE :

- La reconnaissance de dispensateurs d'activités de formation continue reconnus par l'Ordre.
- L'obligation d'accumuler un minimum de 90 unités sur une période de référence de trois ans, dont un minimum de 60 unités accumulées auprès de dispensateurs d'activités de formation continue reconnus par l'Ordre.
- L'élargissement des activités de formation continue pouvant être comptabilisées dans les 90 unités requises (notamment le fait d'agir à titre de formateur [conférencier] et l'enseignement théorique ou clinique).
- La possibilité d'imposer des activités de formation continue particulières à l'ensemble des membres ou à certains d'entre eux (exemple : éthique et déontologie).
- La tenue d'un registre, accessible sur le site Web de l'Ordre, des unités accumulées auprès de dispensateurs d'activités de formation continue reconnus par l'Ordre ayant leur siège social au Québec.
- La reconnaissance de dispenses (exemples : congé parental, maladie grave prolongée).

Exceptionnellement, aux fins du calcul de la période de référence de trois ans qui a débuté le 1<sup>er</sup> juillet 2017, le membre devra accumuler un minimum de 40 unités auprès des dispensateurs d'activités reconnus d'ici le 30 juin 2020 tout en conservant l'obligation d'accumuler un minimum de 90 unités d'ici cette date.

Une foire aux questions accompagnera la publication de la politique afin d'en faciliter la compréhension.

### POLITIQUE SUR LA FORMATION CONTINUE – PRINCIPAUX JALONS

**2002** L'Ordre adopte une politique sur la formation dentaire continue (FDC) basée sur un système d'attribution d'heures-crédits. Pour chaque période de trois ans, tout dentiste inscrit au tableau des membres est tenu d'accumuler un minimum de 90 heures-crédits.

L'Ordre approuve les activités de formation et leur attribue le nombre d'heures-crédits appropriées. Pour obtenir une reconnaissance des heures-crédits, la preuve d'inscription à l'activité, l'attestation de présence et une description sommaire du contenu de l'activité ainsi que sa durée doivent être fournies à l'Ordre.

**2009** L'Ordre n'exerce plus de contrôle sur le contenu des formations offertes aux membres; ceux-ci sont responsables d'en évaluer la pertinence et la qualité. On ne parle plus d'heures-crédits, mais bien d'unités de formation dentaire continue (FDC).

La reconnaissance de partenaires privilégiés se limite à la publication de leur programme d'activités scientifiques.

Il est recommandé qu'un membre accumule 90 unités sur une période de trois ans.

Le membre est responsable de la gestion de sa FDC, de la comptabilisation de ses unités de FDC et de la conservation du détail de ses activités de FDC.

**2014** Les cours de formation continue ayant un caractère pratique procurent deux unités de FDC par heure de cours et les activités de lecture personnelle liées à l'exercice des activités professionnelles sont limitées à un maximum de dix heures par année.

**2016** La reconnaissance des cercles d'étude est retirée de la Politique.

**2017** Le conseil d'administration de l'Ordre adopte une nouvelle Politique sur la formation continue.

On ne parle plus de FDC, mais bien de formation continue, expression plus large qui englobe tous les domaines associés à l'exercice de la médecine dentaire.



# ATTEINT DE PULPITE FINANCIÈRE?

NOS CONSEILLERS RECOMMANDENT UN  
TRAITEMENT ENDODONTIQUE DE VOS FINANCES.

CONSULTEZ DES EXPERTS QUI VOUS COMPRENNENT.

1 844 866-7257

[fprofessionnels.com](http://fprofessionnels.com)



ASSOCIATION DES  
CHIRURGIENS DENTISTES  
DU QUÉBEC

Actionnaire de  
Financière des professionnels  
depuis 1981

GESTION DE VALEURS



# AVRIL *Mois de la santé buccodentaire*

**Montréal, le 10 avril 2018** – À l’occasion du Mois de la santé buccodentaire 2018, l’Ordre des dentistes du Québec souhaite sensibiliser les Québécoises et les Québécois au fait que leur santé buccodentaire joue un rôle essentiel dans leur état de santé global.

Il faut savoir que l’état de la santé buccodentaire d’un individu peut à la fois refléter et affecter son état de santé général. En effet, des études ont établi des liens entre les maladies buccodentaires et plusieurs problèmes de santé, dont le diabète et les maladies cardiovasculaires et respiratoires.

Un examen de la bouche permet au dentiste de déceler certains problèmes de façon précoce. Dans ce contexte, ce dernier pourra conseiller le patient, agir rapidement et le diriger, si nécessaire, vers les ressources professionnelles de la santé appropriées. « La bouche est en quelque sorte le miroir de la santé générale d’une personne, indique le D<sup>r</sup> Barry Dolman, président de l’Ordre des dentistes du Québec. Voilà pourquoi nous invitons les Québécoises et les Québécois à porter une attention particulière à la santé de leur bouche et de leurs dents, de la même façon qu’ils se préoccupent de leur santé générale. »

**Votre bouche joue un rôle essentiel  
dans votre santé générale.**

***Prenez soin d’elle, prenez soin de vous!***

## À propos de l’Ordre des dentistes du Québec

L’Ordre des dentistes du Québec regroupe près de 5300 dentistes. Sa mission est d’assurer la qualité des services en médecine dentaire par le respect de normes élevées de pratique et d’éthique et de promouvoir la santé buccodentaire auprès de la population du Québec.





**Donnez !**

Soigner et outiller les enfants pour la vie.





# HYGIÈNE BUCCODENTAIRE ET GINGIVITE

CHEZ LES ÉLÈVES QUÉBÉCOIS  
DE 2<sup>e</sup> ET 6<sup>e</sup> ANNÉES DU PRIMAIRE  
EN 2012-2013

**Chantal Galarneau**, DMD, Ph. D.  
Dentiste-conseil<sup>1</sup>

**Sophie Arpin**, DMD, Ph. D.  
Dentiste-conseil<sup>1</sup>

**Véronique Boiteau**, M. Sc.  
Biostatisticienne<sup>2</sup>

**Marc-André Dubé**, M. Sc.  
Statisticien<sup>2</sup>

**Denis Hamel**, M. Sc.  
Statisticien<sup>1</sup>

**Nancy Wassef**, B. Sc., DMD, M. Sc.  
Dentiste-conseil<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institut national de santé publique du Québec

<sup>2</sup> Infocentre de santé publique du Québec

## RÉSUMÉ

### OBJECTIFS

Estimer la prévalence de la gingivite et la qualité de l'hygiène buccodentaire des élèves québécois de 2<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> années du primaire selon des variables sociodémographiques et socioéconomiques.

### MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 est une étude transversale. Près de 8000 élèves de 2<sup>e</sup> ou de 6<sup>e</sup> année ont subi un examen buccodentaire en milieu scolaire réalisé par 16 dentistes dont le jugement clinique a été calibré.

### RÉSULTATS

Les jeunes Québécois semblent fréquemment touchés par la gingivite (71 % en 2<sup>e</sup> année et 82 % en 6<sup>e</sup> année). Presque tous présentent des débris sur leurs dents, mais le tartre y est peu observé. Les élèves qui présentent un niveau d'accumulation élevé de débris sont 60 % plus nombreux en 2<sup>e</sup> année et 40 % en 6<sup>e</sup> année à souffrir de gingivite que ceux ayant un faible niveau d'accumulation. Pour les élèves de 6<sup>e</sup> année, la gingivite est plus présente chez les garçons (85 %), chez ceux ayant une mère ou des parents peu scolarisés (88 % et 89 %) et chez ceux fréquentant une école défavorisée (86 %).

### CONCLUSION

Il est important de renforcer la prévention auprès des jeunes Québécois, tant dans les bureaux privés qu'à l'école et à la maison.

L'Institut national de santé publique du Québec a réalisé l'Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire (ÉCSBQ) 2012-2013<sup>1</sup>. Il s'agit d'une vaste étude qui a fourni des renseignements sur la carie dentaire, les dents absentes, les restaurations, les scellants dentaires, la gingivite, la qualité de l'hygiène buccodentaire, les traumatismes dentaires et la fluorose dentaire. Cet article se limitera à la présentation de la prévalence de la gingivite et de la qualité de l'hygiène buccodentaire chez les élèves de 2<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> années du primaire. De plus, les liens entre les deux conditions seront discutés ainsi que ceux avec les variables sociodémographiques et socioéconomiques étudiées.

La gingivite est une affection courante dans la population. Elle se manifeste par une inflammation de la gencive, causée par l'accumulation de plaque dentaire et de tartre sur les dents, et constitue le premier stade de l'atteinte parodontale. Dans la plupart des cas, la gingivite est réversible par une élimination efficace et

quotidienne de la plaque dentaire et, selon les besoins, par un détartrage professionnel. Le brossage des dents fait partie des bonnes habitudes d'hygiène qui permettent de déloger ou d'éliminer la plaque dentaire. En effet, les experts s'entendent pour dire qu'une fréquence biquotidienne de brossage serait suffisante pour prévenir les gingivites<sup>2,3</sup>. Toutefois, la fréquence du brossage n'est pas le seul facteur qui influence son efficacité à prévenir ou à guérir les gingivites. D'autres facteurs sont aussi à prendre en considération, comme la durée du brossage, la technique employée et le moment auquel il est effectué<sup>2,3,4</sup>. Les études réalisées à l'aide d'examen buccodentaires, comme l'ÉCSBQ 2012-2013, sont ainsi une occasion d'obtenir une appréciation précise de la qualité de l'hygiène dentaire en mesurant cliniquement le niveau d'accumulation des débris et du tartre. Bien qu'elle comporte aussi certaines limites, cette mesure porte un regard plus complet sur la qualité de l'hygiène buccodentaire et, par le fait même, sur son effet sur la gingivite.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'ÉCSBQ 2012-2013 est une étude descriptive transversale ayant pour cible l'ensemble des élèves de 2<sup>e</sup> et de 6<sup>e</sup> années du primaire inscrits dans les écoles québécoises publiques et privées, francophones et anglophones. Les élèves qui fréquentaient les écoles situées géographiquement dans les réserves indiennes, les écoles à vocation particulière ou les écoles situées géographiquement dans les régions nordiques (Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James) ont été exclus. Certains élèves ont également été soustraits pour des raisons logistiques et médicales. De façon aléatoire, les régions ont d'abord été sélectionnées, suivies des écoles et enfin des élèves.

Avant d'amorcer l'étude, deux journées de prétest ont eu lieu dans une école de Montréal. La collecte des données s'est déroulée entre novembre 2012 et juin 2013, directement dans les écoles primaires, par 16 dentistes-examineurs dont le jugement clinique avait été calibré. Préalablement à l'examen buccodentaire, les parents devaient lire et signer un formulaire de consentement, remplir un questionnaire sur l'état de santé de leur enfant et fournir certains renseignements sociodémographiques. Les données cliniques, quant à elles, ont été recueillies lors d'un examen intrabuccal sans radiographie d'une durée moyenne d'environ 20 minutes à l'aide d'un équipement portatif.

Dans le but d'évaluer la qualité de l'hygiène buccodentaire des élèves, les dentistes-examineurs ont utilisé le Simplified Oral Hygiene Index (OHIS)<sup>5</sup>. Ils devaient enregistrer deux mesures : celle de la plaque dentaire, appelée « débris » pour cet indice, et celle du tartre sur six dents témoins (dents 17 et/ou 16, 11, 26 et/ou 27, 37 et/ou 36, 31 ainsi que 46 et/ou 47). Les dents temporaires correspondantes ont été utilisées lorsque les dents permanentes étaient absentes. Seuls les débris et le tartre situés au-dessus de la gencive ont été appréciés. Quant à l'évaluation de l'inflammation du tissu mou gingival, les dentistes-examineurs ont employé l'indice gingival de Löe et Silness<sup>6</sup>. Pour ce faire, ils ont examiné la gencive de six dents (dents 16, 12, 24, 36, 32 et 44). Lorsque la dent permanente était absente ou en éruption incomplète, elle était remplacée par la dent temporaire. À la fin de l'examen, les dentistes remettaient aux participants un résumé de leur état de santé buccodentaire.

La banque de données finale et la construction des indicateurs ont été créées à l'aide du logiciel SAS 9.3. Les résultats ont été pondérés dans le but de s'assurer de la représentativité de l'échantillon à l'égard de la population visée. Des analyses descriptives ont été réalisées et les associations avec les différentes variables sociodémographiques et socioéconomiques ont été vérifiées. Ces variables sont : le sexe de l'élève, la ou les langues les plus souvent parlées à la maison, le nombre d'enfants dans la maison, le plus haut niveau de scolarité de la mère ainsi qu'entre les parents, le statut d'immigration des parents, la structure géographique associée au lieu de résidence de l'élève, l'indice de défavorisation matérielle et sociale du milieu de résidence de l'élève et l'indice de défavorisation de l'école (indice de milieu socioéconomique [IMSE]).

Le protocole de recherche a été approuvé en mars 2012 et toutes les règles éthiques ont été respectées. Les parents étaient libres d'accepter ou non que leur enfant participe à l'étude. La banque de données était anonyme.



# RÉSULTATS

## TAUX DE PARTICIPATION

Un total de 605 écoles ont été visitées par les dentistes-examineurs pendant l'étude, pour un taux de participation atteignant environ 92 %. Du côté des élèves, le taux de participation atteint 69 % en 2<sup>e</sup> année et 63 % en 6<sup>e</sup> année. Les dentistes ont examiné 3844 élèves de 2<sup>e</sup> année et 4117 élèves de 6<sup>e</sup> année. Les taux de participation obtenus (écoles et élèves) sont jugés satisfaisants pour une étude clinique. La description de l'échantillon est présentée au **TABLEAU 1**, à la page 35.

## GINGIVITE

### Deuxième année

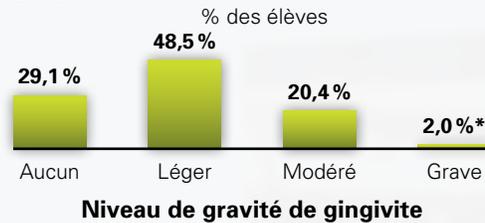
Les résultats qui paraissent à la **FIGURE 1** estiment que seulement 29 % des élèves de 2<sup>e</sup> année du primaire n'ont aucune inflammation ni aucun saignement des gencives. La proportion des élèves de ce niveau scolaire qui souffrent d'une gingivite (71 %) est composée d'environ 49 % d'élèves ayant une gingivite légère, 20 % une gingivite modérée et 2 %<sup>(†)</sup> une gingivite grave. Notons la présence de saignement gingival chez plus d'un élève sur cinq (22 %). La proportion des élèves de ce niveau scolaire présentant une gingivite semble particulièrement élevée chez ceux montrant un niveau élevé d'accumulation de débris (92 %). En effet, ces derniers sont 60 % plus nombreux, en proportion, à souffrir de gingivite que ceux ayant un niveau faible d'accumulation de débris (92 % comparativement à 48 %) (**FIGURE 2**).

### Sixième année

Les résultats concernant la gingivite révèlent que plus de quatre élèves de 6<sup>e</sup> année sur cinq (82 %) en sont atteints. Comme l'illustre la **FIGURE 3**, on estime que moins d'un élève de 6<sup>e</sup> année sur cinq (19 %) a une gencive saine et que 49 % des élèves présentent de la gingivite légère, 30 % de la gingivite modérée et 3 % de la gingivite grave. En outre, on observe un saignement gingival chez près du tiers des élèves (33 %).

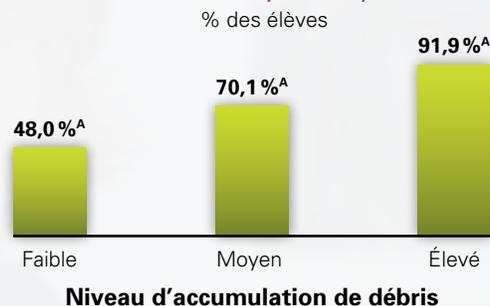
Toutes proportions gardées, les garçons (85 %) de ce niveau scolaire paraissent plus nombreux à présenter une gingivite, tout comme ceux ayant une mère ou des parents qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires (88 % et 89 %), comparativement à ceux dont la mère (81 %) ou les parents

► Fig. 1. Répartition des élèves de 2<sup>e</sup> année du primaire selon le plus haut niveau de gravité de gingivite, ÉCSBQ, 2012-2013



\* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.  
Source : ÉCSBQ 2012-2013 – Annexes. Annexe 8, tableau 151.

► Fig. 2. Proportion des élèves de 2<sup>e</sup> année du primaire présentant une gingivite selon le niveau d'accumulation de débris, ÉCSBQ, 2012-2013

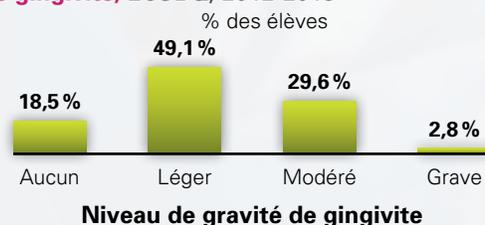


Notes : Deux modalités statistiquement différentes au seuil de 5 % sont identifiées par une ou deux lettres communes.

Le niveau faible d'accumulation de débris inclut aussi la catégorie aucuns débris.

Source : ÉCSBQ 2012-2013 – Annexes. Annexe 8, tableau 150.

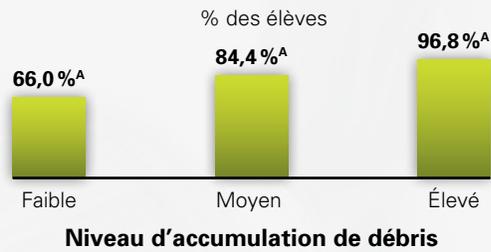
► Fig. 3. Répartition des élèves de 6<sup>e</sup> année du primaire selon le plus haut niveau de gravité de gingivite, ÉCSBQ, 2012-2013



Source : ÉCSBQ – Annexes. Annexe 8, tableau 151.

(†) Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

Fig. 4. Proportion des élèves de 6<sup>e</sup> année du primaire présentant une gingivite selon le niveau d'accumulation de débris, ÉCSBQ, 2012-2013



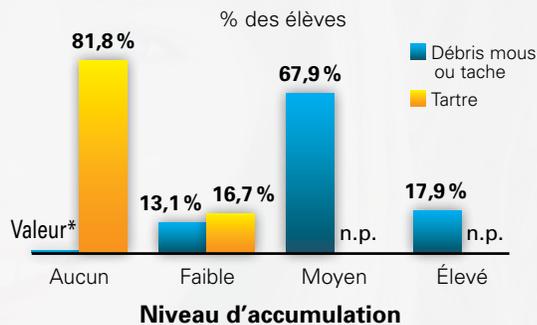
Notes : Deux modalités statistiquement différentes au seuil de 5 % sont identifiées par une ou deux lettres communes.

Le niveau faible d'accumulation de débris inclut aussi la catégorie aucuns débris.

Source : ÉCSBQ – Annexes. Annexe 8, tableau 150.

détiennent un diplôme d'études postsecondaires (81 %). Il en va de même pour les élèves qui fréquentent une école défavorisée (86 %) et, plus particulièrement, ceux ayant un niveau élevé de débris (97 %). Ces derniers sont au moins 40 % plus nombreux, en proportion, à souffrir de gingivite que ceux ayant un niveau faible d'accumulation de débris (97 % comparativement à 66 %) (FIGURE 4).

Fig. 5. Répartition des élèves de 2<sup>e</sup> année du primaire selon le niveau d'accumulation de débris et de tartre, ÉCSBQ, 2012-2013



\* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La proportion doit donc être interprétée avec prudence.

n.p. : étant donné que certaines cellules ont moins de cinq répondants, cette valeur n'est pas présentée.

Source : ÉCSBQ – Annexes. Annexe 7, tableaux 145 et 146.

## QUALITÉ DE L'HYGIÈNE BUCCODENTAIRE

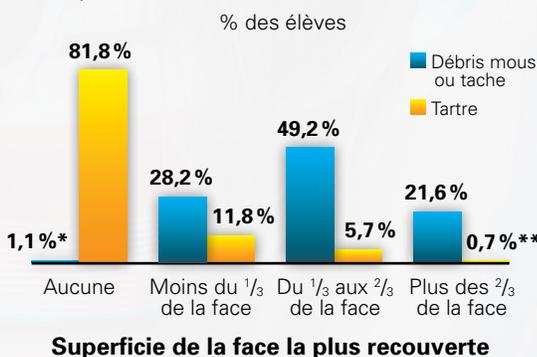
### Deuxième année

Environ 86 % des élèves montrent un niveau d'accumulation de débris moyen à élevé sur leurs dents (FIGURE 5). Une moindre proportion (13 %) a quant à elle un niveau considéré comme faible, tandis qu'un nombre négligeable d'élèves ne présente aucuns débris. Aussi, comme le révèle la FIGURE 6, 28 % des élèves de 2<sup>e</sup> année enregistrent au moins une dent recouverte de débris sur une superficie atteignant moins du tiers de la face dentaire, 49 % entre le tiers et le deux tiers et 22 % équivalant à plus des deux tiers.

Un tout autre constat se dégage pour le tartre, puisqu'une grande proportion des élèves de 2<sup>e</sup> année (82 %) en est exempte (FIGURE 5). Notons également que très peu d'élèves affichent un niveau d'accumulation de tartre moyen et élevé, entraînant ainsi le masquage des données. Un faible niveau est cependant enregistré pour moins de deux élèves sur dix (17 %). Selon la FIGURE 6, la superficie de la face la plus recouverte atteint, la plupart du temps, moins du tiers gingival de la face (12 %) et rarement plus des deux tiers (0,7 %)<sup>(†)</sup>.

Selon les résultats, les élèves de 2<sup>e</sup> année ne parlant ni le français ni l'anglais à la maison (32 %) sont proportionnellement plus nombreux à présenter un niveau d'accumulation élevé de débris sur leurs dents comparativement aux élèves parlant le français à la maison indépendamment d'une autre langue (16 %). Il en va de même pour les élèves dont le niveau maximal de scolarité entre les parents est un diplôme d'études secondaires ou pour les élèves issus d'un milieu de résidence très défavorisé, selon l'indice provincial de défavorisation matérielle et sociale (très défavorisé [24 %] comparativement à très favorisé [17 %]<sup>(‡)</sup> et à favorisé [14 %]).

Fig. 6. Répartition des élèves de 2<sup>e</sup> année du primaire selon la superficie de la face la plus recouverte de débris et de tartre, ÉCSBQ, 2012-2013



\* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La proportion doit donc être interprétée avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur de la proportion n'est présentée qu'à titre indicatif.

Source : ÉCSBQ – Annexes. Annexe 7, tableaux 147 et 148.

(†) Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur de la proportion n'est présentée qu'à titre indicatif.

(‡) Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

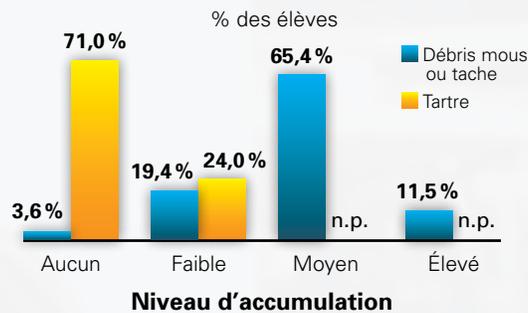
## Sixième année

Un très petit nombre d'élèves de 6<sup>e</sup> année (4 %) ne montrent aucuns débris sur leurs dents (FIGURE 7) et environ le cinquième des élèves de 6<sup>e</sup> année (19 %) présentent un faible niveau d'accumulation de débris. En revanche, un peu plus de trois élèves sur quatre (77 %) ont un niveau plus important, c'est-à-dire qualifié de moyen ou élevé. Comme l'illustre la FIGURE 8, environ 36 % des élèves présentent au moins une dent ayant des débris sur une superficie couvrant moins du tiers de la face dentaire, 46 % du tiers aux deux tiers et, enfin, 15 % sur plus des deux tiers.

Concernant le niveau d'accumulation de tartre, on remarque une faible prévalence chez les élèves de 6<sup>e</sup> année. Concrètement, environ 71 % des élèves en sont exempts, 24 % montrent un faible niveau d'accumulation et un nombre négligeable d'élèves présentent un niveau moyen ou élevé de tartre (FIGURE 7). D'après la FIGURE 8, les élèves affichent le plus fréquemment une superficie de la face la plus recouverte équivalant au moins du tiers gingival de la face (17 %). Pour une minorité de cas, cette superficie atteint plus des deux tiers de la face (2 %)<sup>(t)</sup>.

Toutes proportions gardées, un plus grand nombre de garçons (14 %) que de filles (9 %) présentent un niveau d'accumulation de débris élevé. En contrepartie, on constate que la prévalence d'élèves avec un faible niveau d'accumulation de débris est plus élevée chez ceux ayant deux parents non immigrants (27 %) comparativement à ceux ayant d'autres combinaisons pour le statut d'immigration des parents (15 %), ayant au moins un parent avec un diplôme d'études postsecondaires (25 % comparativement à 12 %<sup>(t)</sup>) pour ceux ayant des parents sans diplôme d'études secondaires) ou vivant dans un milieu de résidence très favorisé (31 % comparativement à 15 % pour ceux vivant dans un milieu de résidence très défavorisé).

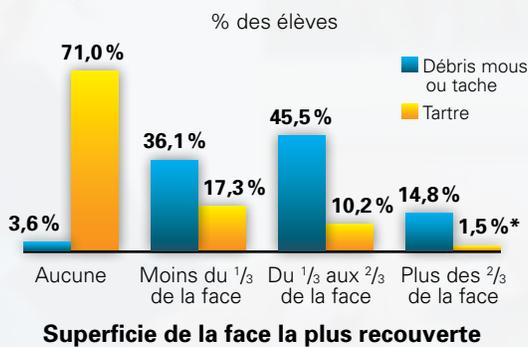
Fig. 7. Répartition des élèves de 6<sup>e</sup> année du primaire selon le niveau d'accumulation de débris et de tartre, ÉCSBQ, 2012-2013



n.p. : étant donné que certaines cellules ont moins de cinq répondants, cette valeur n'est pas présentée.

Source : ÉCSBQ – Annexes. Annexe 7, tableaux 145 et 146.

Fig. 8. Répartition des élèves de 6<sup>e</sup> année du primaire selon la superficie de la face la plus recouverte de débris et de tartre, ÉCSBQ, 2012-2013



\* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

Source : ÉCSBQ – Annexes. Annexe 7, tableaux 147 et 148.

(t) Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

## DISCUSSION

Dans cette étude, toutes les précautions ont été prises pour assurer la qualité des données. Notons, entre autres, la taille importante de l'échantillon et la collecte informatisée de données. Par contre, certaines limites doivent être mentionnées, tel un biais de sélection qui pourrait être présent puisqu'historiquement, les parents qui acceptent que leur enfant participe à des études cliniques en santé dentaire au Québec sont plus scolarisés et proviennent de milieux plus favorisés que les parents ayant refusé que leur enfant y participe<sup>7-10</sup>. Toutefois, cet aspect semble négligeable en raison des bons taux de participation des élèves et du fait qu'il a été contrôlé, en bonne partie, lors des étapes de pondération. Enfin, des biais d'observation, principalement ceux liés à la mesure, peuvent s'immiscer dans une étude clinique en présence de plusieurs dentistes-examineurs, bien que la formation et les séances de concordance de leur jugement clinique aient contribué à minimiser ce biais.

Les résultats de l'ÉCSBQ 2012-2013 témoignent clairement de l'importance de renforcer la prévention des maladies buccodentaires auprès des jeunes. Les dentistes en pratique privée jouent un rôle important dans l'amélioration de la santé buccodentaire de la population en conseillant les jeunes et leurs parents sur les bonnes habitudes d'hygiène à adopter. En complémentarité avec les dentistes en pratique privée, le secteur de la santé publique peut aussi y contribuer et, surtout, réduire les inégalités sociales de santé dentaire en ciblant les clientèles plus défavorisées sur le plan socioéconomique. Au Québec, les professionnels du secteur public offrent des services dentaires préventifs, comme du counseling sur les habitudes d'hygiène buccodentaire, des applications topiques de fluorure et des scellants dentaires aux jeunes à risque élevé de carie directement dans les écoles. Étant donné la présence de débris presque généralisée et la prévalence élevée de gingivite chez les jeunes Québécois, une bonification de l'offre de services de santé dentaire publique serait tout indiquée par l'ajout d'activités complémentaires de contrôle de la plaque.

L'activité du brossage des dents avec un dentifrice fluoré dans les milieux de vie, comme à l'école et dans les services de garde à l'enfance, est une avenue à favoriser<sup>11</sup>. En réponse aux résultats de l'ÉCSBQ 2012-2013, qui démontrent des besoins en matière d'hygiène buccodentaire, le Québec a élaboré un Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré en service de garde éducatif à l'enfance et à l'école primaire<sup>12</sup>. Son déploiement est prévu d'ici 2025. Cette approche sociale a l'avantage de rejoindre beaucoup d'enfants, mais surtout les groupes plus vulnérables.

Se brosser les dents au moins deux fois par jour avec un dentifrice fluoré est recommandé pour maintenir une bonne santé buccodentaire<sup>13</sup>. Par contre, ce ne sont pas tous les jeunes qui respectent cette recommandation. Le brossage des dents réalisé dans les milieux de vie fait ainsi contreponds au manque d'observance de cette recommandation chez les jeunes et leurs parents. En effet, cette activité permet d'établir une routine quotidienne d'hygiène buccodentaire encadrée par le milieu scolaire ou le service de garde<sup>11</sup>. De plus, soulignons que le fait de combiner nos efforts avec ceux des autres professionnels de la santé et du milieu de l'éducation est une occasion de renforcer les bons comportements et les saines habitudes de vie. Cela permet d'améliorer la santé globale de nos jeunes et d'offrir, par le fait même, des milieux de vie en santé.

Pour conclure, intervenir auprès des jeunes constitue l'avenue à privilégier pour soutenir l'acquisition de saines habitudes d'hygiène tout en encourageant le maintien d'une bonne santé buccodentaire. Il est également important que les mesures de santé dentaire publique mises de l'avant prennent en compte les populations plus vulnérables afin de diminuer les inégalités sociales de santé buccodentaire.

## Remerciements

Cette étude a été rendue possible grâce au soutien financier de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Les résultats détaillés présentés dans le rapport de l'ÉCSBQ 2012-2013 et ses annexes sont disponibles sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec aux adresses suivantes :

### Rapport national :

[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2034\\_sante\\_buccodentaire\\_primaire.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2034_sante_buccodentaire_primaire.pdf)

### Annexes :

[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2034\\_sante\\_buccodentaire\\_primaire\\_annexes.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2034_sante_buccodentaire_primaire_annexes.pdf)



ACCÉDER AUX RÉFÉRENCES  
DE CET ARTICLE

2<sup>e</sup> année 6<sup>e</sup> année

CARACTÉRISTIQUES	N	%	N	%
<b>Échantillon</b>	<b>3 844</b>		<b>4 117</b>	
<b>Âge</b>				
7 ans	2 144	55,8		
8 ans	1 247	32,4		
9 ans	49	1,3		
10 ans			14	0,3
11 ans			2 176	52,9
12 ans			1 450	35,2
13 ans			97	2,4
Inconnu	404	10,5	380	9,2
Âge moyen	7,39 ans		11,44 ans	
<b>Sexe</b>				
Féminin	1 981	51,5	2 097	50,9
Masculin	1 863	48,5	2 020	49,1
<b>Langue(s) la(les) plus souvent parlée(s) à la maison</b>				
Au moins le français	3 261	84,8	3 555	86,3
Au moins l'anglais, mais pas le français	313	8,1	298	7,2
Ni le français, ni l'anglais	218	5,7	212	5,1
Inconnu	52	1,4	52	1,3
<b>Nombre d'enfants dans la maison</b>				
1 enfant	489	12,7	661	16,1
2 enfants	1 936	50,4	1 965	47,7
3 enfants	966	25,1	971	23,6
4 enfants ou plus	372	9,7	439	10,7
Inconnu	81	2,1	81	2,0
<b>Plus haut niveau de scolarité de la mère</b>				
Pas de diplôme d'études secondaires	265	6,9	312	7,6
Diplôme d'études secondaires	482	12,5	609	14,8
Diplôme d'études postsecondaires	2 991	77,8	3 054	74,2
Inconnu	106	2,8	142	3,4
<b>Plus haut niveau de scolarité entre les parents</b>				
Pas de diplôme d'études secondaires	162	4,2	194	4,7
Diplôme d'études secondaires	375	9,8	486	11,8
Diplôme d'études postsecondaires	3 237	84,2	3 347	81,3
Inconnu	70	1,8	90	2,2

Tableau 1 :

**Description de l'échantillon obtenu selon les caractéristiques des élèves de 2<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> années du primaire, de leurs parents ou de l'école**

*Intervenir auprès des jeunes constitue l'avenue à privilégier pour soutenir l'acquisition de saines habitudes d'hygiène tout en encourageant le maintien d'une bonne santé buccodentaire.*

# Hygiène buccodentaire : parlons-en

En février dernier, l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques publiait une étude sur le coût des soins dentaires au Québec<sup>1</sup>. L'auteur y présentait des conclusions qui ont suscité l'émoi, un phénomène qui revient périodiquement lorsqu'il est question du manque d'accès aux soins dentaires pour une importante partie de la population.

**S**ans mettre en doute le bien-fondé de cette enquête et l'utilité des statistiques publiées, il m'apparaît qu'on y fait une association peu nuancée entre les dépenses des ménages et l'accessibilité limitée qu'engendrent les coûts des soins, ces derniers étant bien sûr liés aux honoraires des dentistes.

Ce raccourci doit être relevé parce qu'il peut porter à confusion. Il ne semble pas y avoir eu de comparaison de coûts avec d'autres provinces pour des services de même nature. On admettra que cet aspect est important pour avoir une compréhension globale de la situation.

Si les ménages québécois dépensent en moyenne plus qu'ailleurs en soins dentaires et que ces dépenses augmentent plus vite que l'inflation, on peut l'expliquer de bien des façons, et ce, sans minimiser le problème d'accès lié aux coûts. Mentionnons qu'il est possible que plus de soins soient nécessaires parce que la condition des dents le requiert, que plus de soins soient reçus parce que « l'éducation dentaire » a progressé et, ne le cachons pas, que notre lourd héritage d'édentation fait en sorte que les coûts liés à la réhabilitation implanto-portée puissent faire grimper la moyenne de façon spectaculaire.

La carie et la maladie parodontale existent encore. Certaines personnes qui en sont atteintes reçoivent des soins, d'autres non. Le fardeau financier fait partie de l'équation. Il n'est pas seul.

Serait-il inconvenant de soulever, au risque d'aller à l'encontre des principes de la rectitude politique, la question de l'hygiène buccodentaire de nos concitoyens? À un journaliste qui recueillait des témoignages sur le vif, des gens confirmaient qu'ils ne consultaient pas le dentiste parce que « ça coûtait trop cher ». Il aurait été incorrect mais intéressant que le journaliste pose des questions sur la fréquence et la qualité des soins d'hygiène quotidiens. Il aurait été surprenant d'entendre une réponse comme : « Je ne vais pas chez le dentiste parce que je n'en ai pas besoin. Ma bouche est intacte et j'élimine toute trace de plaque bactérienne deux fois par jour. » À parier que son dentiste serait d'accord.

La sensibilisation positive ne semble pas donner les résultats escomptés.

Ce n'est pas vraiment une mauvaise nouvelle d'apprendre que les familles québécoises investissent plus dans leurs soins dentaires. Nous ne pouvons ignorer par contre que l'hygiène buccodentaire pratiquée par nos concitoyens n'a peut-être

pas atteint un niveau respectable. Ce serait probablement aller à contre-courant que de rappeler à tout le monde que les dentistes réparent souvent des dégâts qui auraient pu être évités ou limités, que les dents nécessitent un entretien méticuleux, que la carie et les maladies parodontales sont, sauf exception, directement attribuables à la négligence, que certains font des choix douteux, par exemple de vouloir blanchir leurs incisives alors qu'ils n'entretiennent pas leurs molaires.

Combien de parents savent que les bactéries responsables de la carie sont colonisées dans la bouche de leur bébé à partir de leur propre salive? Combien de parents réalisent que ces bactéries s'installent dans la plaque dentaire de leur enfant et se nourrissent des sucres qui leur sont fournis en quantité dans leur diète quotidienne?

Les dentistes sont très conscients que le coût des traitements peut être un obstacle majeur pour les patients. Ils savent aussi que les patients craignent les mauvaises nouvelles et qu'ils présument de l'état de leur dentition et des traitements qu'on devra leur faire. Pour de trop nombreuses personnes, cette approche se traduit par une forme d'abandon : on s'attend à d'éventuelles extractions et on délaisse l'hygiène de base.

Si la parodontite et l'édentation prévalaient jusqu'au début des années 60, qu'en est-il 50 ans plus tard? L'absence de fluoruration de l'eau potable n'explique pas tout. Nous publions, dans cette [édition du Journal](#), une analyse d'une vaste enquête de l'Institut national de santé publique du Québec<sup>2</sup>. Les constats de cette étude sont plus que troublants dans le contexte d'une société que nous estimons évoluée.

Selon cette enquête, et je n'invente rien, 71 % des élèves de 2<sup>e</sup> année qui ont été examinés souffraient de gingivite et 86 % montraient « un niveau d'accumulation de débris moyen à élevé sur leurs dents ». Quant aux élèves de 6<sup>e</sup> année, 82 % étaient atteints de gingivite, 33 % avec saignement, et 77 % montraient « un niveau d'accumulation de débris moyen à élevé sur leurs dents ».

L'enquête remonte à 2012-2013, mais rien ne permet de croire que les choses se sont radicalement améliorées depuis. Quel avenir buccodentaire pour ces enfants? Et en 6<sup>e</sup> année, finie la couverture de la RAMQ.

Le problème est MAJEUR. Pouvons-nous attendre 2025 pour mettre en place un programme de brossage supervisé?

Les auteurs de l'article confirment que l'approche scolaire est justifiée tout en mettant le doigt sur la base du problème. « Le brossage des dents réalisé dans les milieux de vie fait ainsi contrepois au manque d'observance de ces recommandations chez les jeunes et leurs parents<sup>2</sup>. »

Peut-on faire quelque chose? Si oui, quoi? Une concertation est certainement à envisager. L'Ordre des dentistes peut-il y participer concrètement? Peut-être. Tous les acteurs de tous les niveaux impliqués dans la santé et l'éducation des enfants doivent être interpellés.

Pour nos enfants, nous allons certainement continuer à réclamer la fluoruration de l'eau et l'universalisation de notre programme d'assurance-maladie.

Entre-temps, il faut faire en sorte que les enfants, du moins en milieu scolaire, acquièrent et adoptent des habitudes d'hygiène qui pourraient leur permettre de passer la période de l'enfance jusqu'à l'adolescence en conservant une bonne santé dentaire. Le milieu scolaire est sans doute le mieux adapté pour intégrer ce volet essentiel à leur formation. Comment y arriver? La question vaut la peine d'être posée.

**Paul Morin**, DDS

Rédacteur adjoint  
*Journal de l'Ordre des dentistes du Québec*

1 Hurteau, P. [Le coût des soins dentaires au Québec](#). IRIS, Fiche socioéconomique n° 09, février 2018.

2 Galarneau, C., Arpin, S., Boiteau, V., Dubé, M.-A., Hamel, D., Wassef, B. [Hygiène buccodentaire et gingivite chez les élèves québécois de 2<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> années du primaire en 2012-2013](#). *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec* 2018; 55 (2).



Journées dentaires  
internationales  
du Québec

2018

PALAIS DES CONGRÈS  
DE MONTRÉAL

25 au 29 mai  
May 25 to 29

*céLABration*  
2018

 2018  
**JDIQ**

**APPLICATION MOBILE JDIQ 2018**  
Disponible sur votre appareil intelligent

**MOBILE APPLICATION JDIQ 2018**  
Available on your mobile device

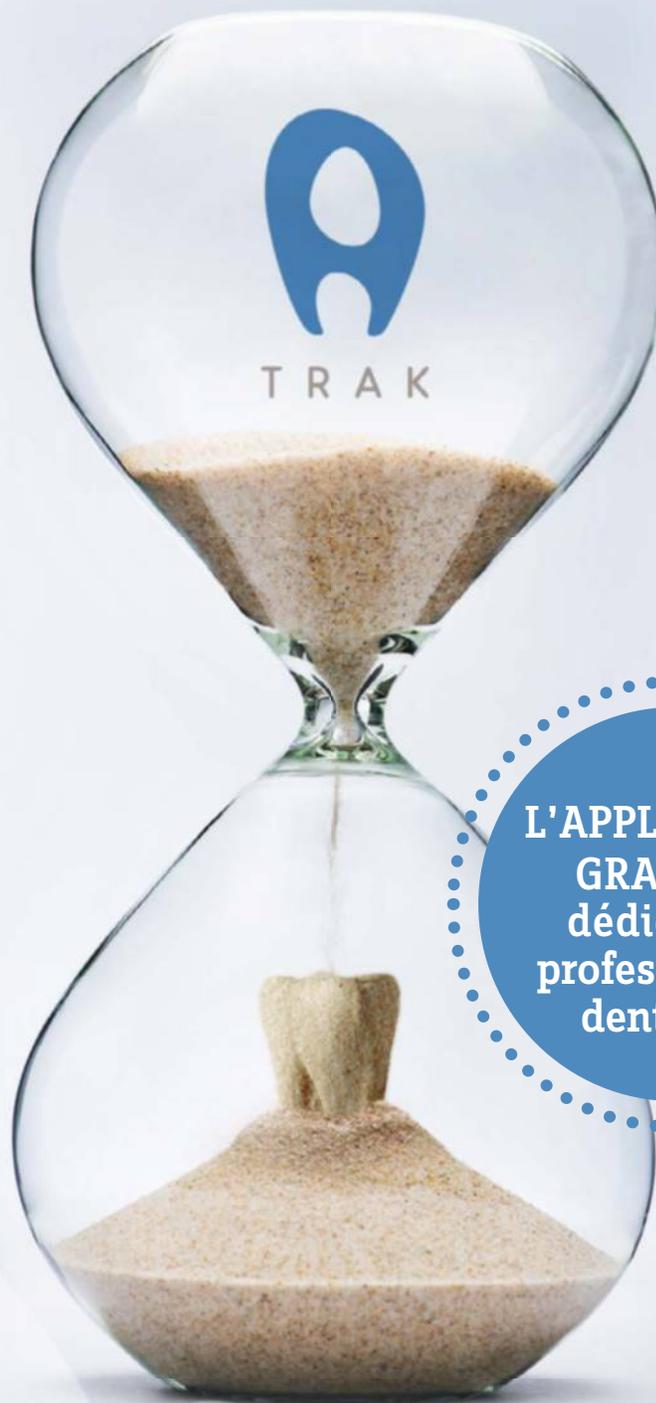
**INSCRIVEZ-VOUS AVANT LE 11 MAI**  
**REGISTER BEFORE MAY 11<sup>TH</sup>**

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

 **Ordre des dentistes  
du Québec**

  
**LE DENTISTE,  
LE DOCTEUR QUI VEILLE  
SUR VOTRE BOUCHE**

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



L'APPLICATION  
GRATUITE  
dédiée aux  
professionnels  
dentaires!

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



ÉCRIVEZ-NOUS POUR EN SAVOIR PLUS.

un produit exclusif de



LAFOND DESJARDINS  
LABORATOIRE DENTAIRE

BISCO DENTAL PRODUCTS CANADA INC.	9
CARESTREAM	13
FINANCIÈRE DES PROFESSIONNELS	27
GESCOM CONSEILS	2
LABORATOIRE DENTAIRE LAFOND DESJARDINS & ASSOCIÉS	41
MESIAL DENTAIRE	15
PHILIPS	25
PROCTER & GAMBLE	46
RBC BANQUE ROYALE	43
ROI CORPORATION	15
SOGEDENT ASSURANCES INC.	45
TIER THREE BROKERAGE	8



## PRÉSIDENT

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

## ADMINISTRATEURS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## DIRECTRICE GÉNÉRALE ET SECRÉTAIRE

M<sup>e</sup> Caroline Daoust

\* Membres du comité exécutif

## L'ORDRE DES DENTISTES

# a maintenant son application mobile!

Téléchargez



sur



OU



Vous pourrez y lire le **Journal de l'Ordre**, les **communiqués**, les **actualités** et les **avis aux membres** publiés par l'Ordre.



## Achat en tout temps grâce à la Marge Achat-Équipement RBC®

Quand vous avez besoin d'équipement pour votre clinique, le temps est toujours compté. Vous pouvez maintenant vous procurer ce dont vous avez besoin au moment où vous en avez besoin.

**Ouvrez une Marge Achat-Équipement RBC dès aujourd'hui**

**Pour en savoir davantage sur nos solutions et services conçus  
pour répondre à vos besoins professionnels et personnels.**

**Rendez-vous au [www.rbcbanqueroyle.com/sante](http://www.rbcbanqueroyle.com/sante)  
ou composez le 1 800 80 SANTÉ (1 800 807-2683)**



**16-19 mai 2018**

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



Journées dentaires  
internationales  
du Québec

**25-29 mai 2018**

Journées dentaires internationales  
du Québec

Palais des congrès de Montréal  
Montréal, Québec

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

**5-8 septembre 2018**

FDI Annual World Dental Congress  
Buenos Aires, Argentine

**18-22 octobre 2018**

American Dental Association –  
Annual Session  
Honolulu, Hawaii

**27 novembre-1<sup>er</sup> décembre 2018**

Congrès 2018 de l'Association dentaire française  
Paris, France

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

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

**Éditeur**

Ordre des dentistes du Québec

**Rédactrice en chef**

Carole Erdelyon

**Rédacteur adjoint**

D<sup>r</sup> Paul Morin

**Révisseur**

Nataly Rainville

**Chargée – publications aux membres**

Natalie Séguin

**Conception graphique**

Toucan Services Marketing

**Production**

Direction des affaires publiques  
et des communications

**Publication**

Publié 4 fois l'an en version numérique

**ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC**

800, boul. René-Lévesque Ouest  
Bureau 1640

Montréal (Québec) H3B 1X9  
514 875-8511

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

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

**Dépôt légal**

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

## PROGRAMME DE SUIVI INDIVIDUALISÉ

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

**CONFIDENTIALITÉ ASSURÉE**

514 875-8511  
1 800 361-4887



 Ordre des dentistes  
du Québec

## DES PROFESSIONNELS DE CONFIANCE

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

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

VOUS ÊTES  
ESSENTIELS  
VOTRE EXPERTISE  
FAIT LA NÔTRE

Sogedent  Assurances<sup>inc.</sup>

Cabinet de services financiers

Une filiale de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec

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



# VOICI POURQUOI ELLE EST RONDE

## Brossette ronde CrossAction unique

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

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



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



Mouvements latéraux de Sonicare DiamondClean

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

## Système de suivi de la pression du brossage

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

## Innovation : Détection de la position

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



Bluetooth®

**Oral-B**

GENIUS

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