

Journal

DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

Volume 54, numéro 1

Hiver 2017

Dans ce
numéro

PARODONTIE

PRÉVENTION

EXERCICE EN CABINET

ENVOIS DE PUBLICATIONS CANADIENNES - NUMÉRO DE CONVENTION 40064801 800 BOUL. RENÉ-LÉVESQUE OUEST, BUREAU 1640, MONTRÉAL (QUÉBEC) H3B 1X9

 **Ordre des dentistes
du Québec**


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

LA ZIRCONE EN UNE VISITE, NOUVELLE RÉALITÉ CEREC.



Montréal : 1.514.745.4040 | 1.800.363.1812

Québec : 1.418.688.6546 | 1.800.463.5199

Ottawa : 1.613.736.0751 | 1.800.267.1366

Distributeur
CEREC A exclusif


PATTERSON
DENTAL/DENTAIRE

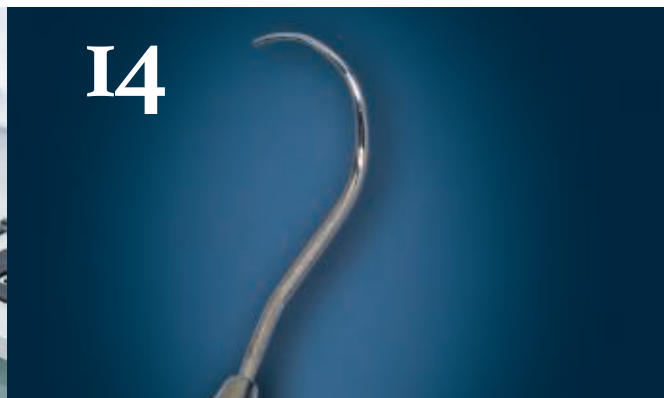
The Dental Company

sirona.

35



14



Journal

DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

À LIRE CE MOIS-CI

4 MOT DU PRÉSIDENT

11 MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

38 AU TABLEAU

42 À L'AGENDA

38



PARODONTIE

14 L'examen parodontal détaillé : pourquoi, quand et comment le faire?

PRÉVENTION

25 La carie et les scellants dentaires chez les élèves québécois primaire : où en sommes-nous?

EXERCICE EN CABINET

35 Situations et questionnements récurrents : des éclaircissements



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

Résoudre le casse-tête des soins de santé dentaire

Au cours des cinq dernières années, l'Ordre des dentistes a réalisé d'énormes progrès en resserrant ses liens avec les autres professionnels et en élargissant la portée de ses communications. Nos efforts en matière d'éducation ne sont certes pas passés inaperçus aux yeux des Québécois, le portail maboucheensante.com étant aujourd'hui devenu une source d'information incontournable.

Quant au réseautage amorcé avec le Collège des médecins, il a mené à la création d'un comité mixte innovateur. Ce comité sera appelé à se pencher sur les relations professionnelles qu'entretiennent les médecins et les dentistes dans une perspective de pratique orientée vers le patient. Il évaluera également l'incidence sur les soins des traitements, des procédures, des techniques et des technologies au fur et à mesure de leur apparition et de leur évolution.

Cette collaboration étroite a donné lieu à la publication, en octobre, d'un guide à l'intention des personnes atteintes d'apnée obstructive du sommeil. Plusieurs autres projets sont prévus, dont la production de lignes directrices. L'élaboration de nouveaux modèles d'enseignement réunissant les facultés de médecine et de médecine dentaire de même que la création de programmes mixtes en chirurgie buccale et maxillo-faciale viendront renforcer ce virage axé sur la pratique collaborative.

La population bénéficiera de nos engagements pour les années à venir, et ce, dans les domaines où nous avons pu compter sur des partenaires déterminés à privilégier les meilleures pratiques et à accroître l'accès à des soins de qualité.

Forts de notre vaste expérience en matière de protection du public, nous entretenons des relations avec des organismes réglementaires tant au Canada qu'ailleurs dans le monde. Cela nous permet non seulement d'échanger et d'apprendre, mais aussi de participer au développement et à l'adoption de lignes directrices et de politiques en matière de santé dentaire.

Tout cela n'est bien sûr possible que si nous avons affaire à des partenaires qui font preuve d'ouverture. Or, si nous avons souvent été témoins d'une réelle volonté de nos partenaires d'améliorer les services, nous nous sommes parfois heurtés à un mur.

Pourtant, les interlocuteurs prêts à collaborer au sein du gouvernement ne manquent pas. En réalité, ce sont plutôt les structures de gouvernance actuelles qui ne permettent pas de répondre adéquatement et rapidement aux besoins des ordres qui régissent les professionnels du domaine de la santé, à moins qu'il s'agisse de gérer une crise.

L'absence d'une action rapide suscite beaucoup de confusion dans le domaine des soins de santé buccodentaire. Dans la foulée des discussions relatives aux champs de pratique menés

au cours des 15 dernières années, certains professionnels ont suivi de la formation en vue d'élargir la portée de leur pratique. D'autres anticipent même les changements pressentis et se conforment déjà à une réglementation qui n'existe pas et qui pourrait ne jamais exister.

Dans ce contexte, l'Ordre des dentistes participe actuellement à un exercice de médiation qui vise à démontrer à l'Office des professions et aux autorités réglementaires toute la rigueur dont nous avons fait preuve pour assurer que la législation qui sera adoptée protège les Québécois et qu'elle répond à leurs besoins.

Enclenché il y a plus de 15 ans dans le but de définir des orientations et des lignes directrices claires liées à la pratique dans le domaine buccodentaire, le processus de modernisation tire à sa fin. Nous espérons qu'il permettra d'améliorer la fourniture des soins dentaires en se fondant sur un modèle à la fois centré sur le patient et axé sur les données scientifiques, et non sur un modèle corporatiste ou politique.

La réalité, c'est que les dentistes n'ont toujours pas accès au Dossier Santé Québec. Quant aux patients admis dans un centre de soins de longue durée, ils n'ont toujours pas accès systématiquement à un diagnostic buccodentaire. Et nous devons toujours expliquer et rappeler ce qui semble aller de soi : à savoir que les dentistes sont des docteurs et que notre champ de pratique consiste à poser tous les jours des diagnostics sur l'état de santé de nos patients.

Année après année, nous attendons patiemment, dans l'espoir que plusieurs incohérences pourtant évidentes soient résolues et que les lois et règlements soient enfin mis à jour. Entre-temps, d'importants projets de santé dentaire publique, dont celui sur la fluoruration de l'eau de consommation, qui permettrait réellement de réduire l'incidence de la carie, sont relégués à l'arrière-plan par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

En l'absence d'une réelle volonté politique de revoir le système qui régit les politiques de santé, nous allons continuer à prêcher dans le désert, croisant parfois au passage une oasis de décisions judicieuses.

Étant d'une nature optimiste, j'ai espoir que nos élus prendront comme résolution du Nouvel An d'exaucer le souhait de ceux qui, parmi nous, rêvent qu'un nouveau plan stratégique soit enfin adopté, de façon à répondre aux défis de santé buccodentaire de notre société.

Mes meilleurs vœux pour 2017! ✨





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



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

Solving the puzzle of oral healthcare

The ODQ has made tremendous progress during the last five years by proactively engaging with other professionals and expanding its communications outreach. No doubt Quebecers have noticed our public education efforts, as our “Ma bouche en santé” website is now the undisputed reference for oral healthcare information.

Constant networking with the Collège des médecins has led to a new and innovative statutory joint committee. This will enable the study of ongoing professional relationships between doctors and dentists within a patient-centered model and address treatments, procedures and new technologies and techniques as they evolve and emerge.

The first result of this symbiosis was the recent joint Guide intended for the public on obstructive sleep apnea, and many other collaborative projects and guidelines will soon follow. New educational models merging the medical and dental faculties as well as joint DMD-MD programs in OMFS can only strengthen this shift toward collaborative practice.

The public will benefit for years to come from our commitments, where we have enjoyed others' willingness to explore best practices and access to quality care.

We have a vast experience in public protection and we network with both international and national regulatory bodies—not only to share and learn, but to participate in the development and improvement of oral health policy guidelines.

Of course, we cannot manage this without willing partners, and while we have been able to profit from a genuine desire to improve quality healthcare service, we often hit a wall.

It is not that we lack willing partners with the appropriate motivation in the government. The existing governance structures are not conducive to respond in either an adequate or efficient fashion. Certainly, they cannot initiate action quickly enough to meet the needs of the orders regulating professionals in the field of healthcare, unless by chance those demands relate to crisis management.

The absence of urgent action is creating significant confusion in the field of oral health. Further to discussions related to fields of practice held over the last 15 years, some followed new training programs to broaden the scope of their practice. Others are even anticipating future regulatory changes, already abiding by practice regulations that do not—and may never—exist.

In light of this, the ODQ is currently involved in a mediation exercise aimed at demonstrating to the Office and regulatory authorities the considerable headway its members have made in ensuring that the future legislation effectively protects and meets the needs of Quebecers.



After more than 15 years, we have reached what are probably the final stages of the legislation update, which is expected to set a clear scope of practice and policy guidelines. It will also hopefully lead to improved oral healthcare delivery, according to a model that is scientific rather than corporate or political, and based on patient-centered quality care.

Dentists still have no access to electronic health records. Patients admitted to institutional care still do not receive an automatic dental diagnosis. We still need to explain and reiterate the obvious: that dentists are doctors, and that our scope of practice includes assessing health on a daily basis. Year after year, we patiently hope for the normalization of numerous incongruous basic situations and the modernization of an outdated legislation that defies logic. Meanwhile, important oral health policies, including a guarantee to reduce dental disease via water fluoridation, are left behind by the ministry of health.

Until there is political will to reorganize the system that governs healthcare policy, we will continue to wander in the desert, occasionally stumbling upon an oasis of successful decisions...

Ever the optimist, I am hopeful that a New Year's resolution will finally bring some joy to those of us who desperately require a strategic plan from those in power, so as to meet the constantly emerging oral healthcare challenges of our fellow citizens.

Best wishes for the New Year! ✨

DEVENEZ MEMBRE

**L'ADC, LE PORTE-PAROLE DE
LA PROFESSION DENTAIRE AU CANADA**
Chaque dentiste devrait disposer des meilleurs
outils disponibles afin de renforcer sa profession.

L'adhésion à l'ADC :

- vous aidera à accroître l'efficacité et la sécurité dans votre cabinet
- représentera vos intérêts sur les questions qui concernent tous les dentistes
- vous informera des dernières nouvelles sur la dentisterie



ASSOCIATION
DENTAIRE
CANADIENNE

cda-adc.ca/adhesion



DES **ASSURANCES** EXCEPTIONNELLES
EXCLUSIVEMENT POUR
LES **DENTISTES**



ASSURANCE
DE PERSONNES ET DE DOMMAGES

Sogedent  **Assurances**^{inc.}

Cabinet de services financiers

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

514 282-1425 | 1 800 361-3794

sogedent.qc.ca



M^e Caroline Daoust
Directrice générale

Caroline.Daoust@odq.qc.ca

La protection du public, c'est l'affaire des professionnels

Commençons par rappeler deux concepts de base : les ordres professionnels ont pour principale fonction d'assurer la protection du public et l'ensemble des dentistes habilités à exercer la médecine dentaire au Québec constitue l'Ordre des dentistes du Québec.

Les dentistes et tous les membres des 53 autres professions reconnues au Québec sont redevables de cette obligation de protéger le public.

La protection exigée par le législateur touche la relation du professionnel avec ses patients (ou ses clients) dans toutes ses facettes et l'intervention à l'encontre des personnes qui exercent des activités réservées à des professionnels sans détenir le titre et le droit pour les exécuter.

Exercer une profession est un privilège accordé par un ordre à ses membres lorsqu'ils remplissent tous les critères pour y avoir droit. À titre de mandataire de l'État, l'ordre professionnel dispose notamment de pouvoirs disciplinaires et réglementaires.

Pour contrer la pratique illégale d'activités réservées ou l'usurpation de titre, le législateur a permis aux ordres professionnels d'intenter des poursuites pénales. Les infractions qui mènent au dépôt de plaintes pénales peuvent prendre plusieurs formes. Il appert toutefois que le public est de plus en plus bombardé d'informations et qu'il dispose de peu d'outils pour s'y retrouver. Afin de ne pas compromettre sa santé et de comprendre les risques auxquels il s'expose, le public doit avoir confiance dans les professionnels avec qui il fait affaire.

À titre de dentistes, vous devez bien sûr connaître les limites de vos activités réservées, mais aussi celles des personnes avec qui vous travaillez ou faites affaire quotidiennement.

La clé, pour préserver la confiance du public, est de s'assurer que les professionnels autorisés offrent de bons services et respectent les balises légales et réglementaires qui encadrent leur pratique.

Certains ne connaissent malheureusement pas les limites de ce qu'ils sont autorisés à faire. De plus, le public a souvent de la difficulté à porter un jugement sur les services reçus et à comprendre la gravité du préjudice qui pourrait en résulter.

Un dentiste doit exercer sa profession dans les limites de ses aptitudes, de ses connaissances ainsi que des moyens dont il dispose. Il est tenu de respecter les normes scientifiques généralement reconnues et il ne peut se dégager de sa responsabilité professionnelle. Il doit aussi prendre tous les moyens raisonnables pour s'assurer que lui-même, ses employés et les personnes avec qui il collabore dans l'exercice de sa profession respectent les lois et règlements applicables. À ce titre, il est important de revoir et de comprendre la législation en matière d'activités professionnelles permises et réservées, et ce, afin d'éviter tout écart et de protéger ainsi le public.

Parmi les messages qui circulent sur les droits et privilèges des membres de l'équipe dentaire, certains sont inexacts, voire faux. À titre de professionnels de la santé, vous devez connaître vos privilèges, vos droits et vos obligations.

Le système professionnel est non seulement nécessaire, mais il est aussi essentiel pour s'assurer que les soins et les services sont fournis par des personnes compétentes et autorisées à agir.

En 2017, il faut travailler ensemble pour mieux protéger le public. Vous devez sensibiliser vos patients à l'importance de comprendre le rôle, les droits et les limites de tous les acteurs du domaine buccodentaire, et ce, dans le cadre d'un consentement éclairé. En cas de doute, vous devez vous renseigner. Il vous appartient aussi de contrer la pratique illégale et de prévenir les préjudices!

Au cours de l'année 2017, de nouvelles balises devraient être adoptées dans le système professionnel tant au chapitre des règles générales que de celles qui touchent particulièrement l'exercice de la médecine dentaire. Nous vous tiendrons au courant des développements relatifs au dossier de la modernisation des pratiques dans le domaine qui vous concerne. Entre-temps, rien n'a changé et les règles habituelles ont force de loi.

En terminant, je tiens à vous souhaiter une année remplie de bonheur et de santé. Je profite de cette occasion pour remercier tous les dentistes qui, en 2016, ont aidé l'Ordre à accomplir son mandat et à faire avancer la profession dans un souci toujours plus grand d'excellence et de dévouement.

Bonne année 2017! ✨



Durabilité et rigueur
LE PARFAIT ALLIAGE.



distributeur:

Zirkonzahn
Human Zirconium Technology

**PRETTAU BRIDGE / PROTHÈSES SUR IMPLANTS /
PILIERS ET BARRES D'IMPLANTS CAD-CAM / CAS COMBINÉS AVEC ATTACHEMENTS**

Grâce à la formation continue de notre personnel et à l'utilisation de technologies de pointe, nos produits sont d'une qualité indéniable et répondent aux exigences les plus pointues. Découvrez tous nos services sur lafonddesjardins.com ou par téléphone au **450 669-9221 / 1 800 361-2145**



LAFOND DESJARDINS
LABORATOIRE DENTAIRE

L'EXAMEN PARODONTAL DÉTAILLÉ :

POURQUOI, QUAND ET COMMENT LE FAIRE?

Cet article fait suite à celui publié dans l'édition d'octobre 2016 du *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec*, intitulé « Le PSR, un outil de dépistage à bien maîtriser ».

Comme expliqué dans l'article précédent sur l'examen PSR (Periodontal Screening and Recording), il est primordial de dépister la parodontite le plus tôt possible afin d'assurer au patient un traitement plus simple, moins invasif, moins coûteux et présentant un meilleur pronostic. L'examen PSR est donc notre outil de dépistage clé.

Mais que faire lorsque l'on découvre un patient avec un code PSR 3 ou 4? Il n'y a pas de recettes thérapeutiques pouvant s'appliquer à tous les patients qui souffrent de parodontite, car chaque cas est différent. Le PSR n'étant qu'un outil de dépistage, il n'est pas assez précis pour permettre d'établir un diagnostic, un pronostic ou un plan de traitement. Dans certains cas, une anomalie parodontale peut être la conséquence d'un problème localisé autre que parodontal, tel qu'une lésion endodontique, une fracture radiculaire ou une pathologie. Il est donc nécessaire d'obtenir plus de renseignements : radiographies, profondeur des poches, mobilité, récession et furcation.

Cet article révisera les indications où un examen parodontal complet est nécessaire et les informations à recueillir. Mis ensemble, les détails que révélera un examen parodontal minutieux et l'interprétation des résultats tant sur le plan du diagnostic que du pronostic de chaque dent permettront ensuite au clinicien d'établir un plan de traitement global.

Marianne Morand, parodontiste, DMD, M. Sc., FRCD(C)
André Shenouda, parodontiste, DMD, M. Sc., FRCD(C)

Indications pour un examen parodontal détaillé

En théorie, chaque patient pourrait bénéficier d'un examen parodontal complet et détaillé, mais ce dernier n'est pas nécessaire pour tous. Le PSR, un outil efficace et rapide, aidera à déterminer quels patients sans antécédent de parodontite auront vraiment besoin d'un examen parodontal plus approfondi. Les informations fournies par le PSR doivent donc être bien comprises et interprétées de façon à faire la part des choses entre le traitement d'une atteinte locale et la pertinence de diriger le patient en parodontie. La minutie apportée à l'examen de chaque dent fait toute la différence entre le PSR, le diagnostic unitaire et le besoin d'un examen complet.

Les indications à l'obtention d'un examen parodontal détaillé chez un patient sans antécédent de parodontite traitée se trouvent ci-dessous.

1. Examen parodontal complet

- a. Code PSR 3 dans au moins deux sextants
- b. Code PSR 4 dans un ou plusieurs sextants

2. Examen parodontal détaillé d'un sextant particulier

- a. Code PSR 3 dans un seul sextant
- b. Code PSR * dans un sextant

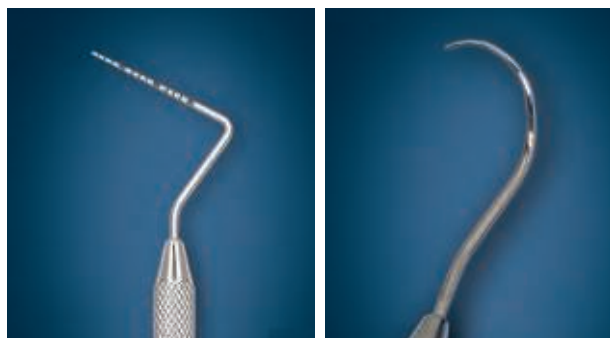
Malheureusement, la parodontite n'est pas une maladie que l'on peut éliminer; on ne peut que la contrôler comme d'autres problèmes chroniques, tels que le diabète ou l'arthrite. Plusieurs patients souffriront de rechutes ou de nouvelles destructions parodontales durant leur vie. Ceci peut être causé par une multitude de facteurs locaux et systémiques, par exemple des pratiques d'hygiène à domicile inadéquates, l'absence de suivis parodontaux réguliers ou des changements liés à leur santé globale ou à leur niveau de stress. Conséquemment, un patient déjà traité en parodontie devra se soumettre à un examen parodontal complet au moins une fois par année lors de ses rendez-vous de maintien parodontal, à moins d'un changement inhabituel en cours d'année. Pour tous les autres rendez-vous de routine, qui ont lieu tous les trois, quatre ou six mois, un examen PSR suffira afin de dépister les problèmes récurrents ou émergents. Si le patient est suivi en alternance par un dentiste généraliste et un parodontiste, la tâche d'effectuer l'examen parodontal complet revient habituellement au parodontiste.

Examen parodontal détaillé

L'examen parodontal détaillé est un examen clinique et radiologique qui vise à évaluer le support des dents et des implants, à établir un pronostic et à élaborer un plan de traitement.

L'instrumentation suivante est nécessaire :

- Miroir
- Explorateur
- Sonde UNC-15 (la sonde PSR-WHO n'est pas appropriée pour cet examen)
- Sonde Nabers pour les furcations
- Charte parodontale de qualité permettant d'inscrire toutes les données ci-dessous (sur papier ou de façon électronique)



Les données cliniques suivantes doivent être recueillies :

- Histoire médicale et dentaire
- Sondages parodontaux
- Récessions et quantité de gencive attachée
- Mobilité
- Atteintes de furcation
- Présence de plaque et de tartre
- Saignement au sondage
- Purulence
- Positionnement des dents
- Caries ou restaurations défectueuses
- Restaurations profondes/violation de l'espace biologique
- Foulage alimentaire

- Radiographies selon les données recueillies cliniquement. Les radiographies interproximales horizontales sont rarement suffisantes dans l'évaluation des patients en parodontie (FIGURES 1a et 1b). Les radiographies périapicales ou interproximales verticales de bonne qualité sont recommandées dans les situations suivantes :
 - Poches de 4 mm ou plus
 - Atteintes de furcation
 - Purulence
 - Mobilité modérée ou sévère
 - Présence de restaurations profondes et/ou défectueuses

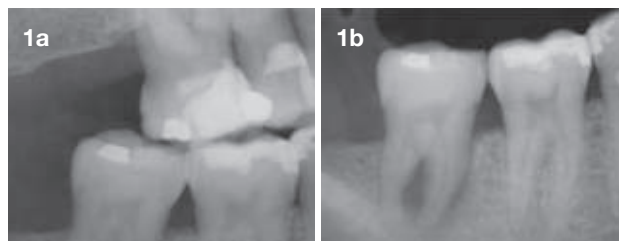


FIGURE 1a | Radiographie interproximale horizontale.

FIGURE 1b | Radiographie périapicale du même patient démontrant une perte osseuse sévère s'étendant à l'apex de la dent 47.

Histoire médicale et dentaire

- Présence de maladies systémiques pouvant affecter la parodontite ou être affectées par celle-ci (diabète, stress, arthrite, hypertension, problèmes cardiovasculaires, etc.)
- Date du dernier nettoyage professionnel
- Fréquence des nettoyages professionnels
- Histoire de traitements parodontaux passés, y compris les extractions reliées à la parodontite
- Plaintes de douleur, de saignement, de foulage alimentaire, de mauvais goût, de mauvaise haleine et de migration de dents
- Présence de parafunctions connues (si oui, traitées ou non)
- Analyse des soins à domicile (tableau ci-dessous)

	Type	Technique	Fréquence
Brossage	Manuelle ou électrique		
Soins interproximaux	Soie, brossettes interdentaires, irrigation		

Interprétation des résultats :

- Dans le cas d'une maladie systémique non contrôlée pouvant affecter la santé parodontale, il est préférable de consulter l'équipe médicale du patient.

Sondages parodontaux

- La profondeur de sondage doit être recueillie à six sites par dent, si accessible, soit au mésial, au milieu et au distal, **au buccal et au lingual**.
- La force de sondage ne doit pas excéder 25 N, ou 25 g. Un sondage plus fort, en plus d'être douloureux, déchirerait l'attache épithéliale et/ou conjonctive et entraînerait des mesures erronées.
- La présence de tartre supra ou sous-gingival peut parfois empêcher un sondage adéquat. Il peut s'avérer nécessaire d'enlever une certaine quantité de tartre pour avoir un sondage diagnostique. L'évaluation radiologique peut permettre de déceler les endroits où un tel phénomène peut s'être produit.

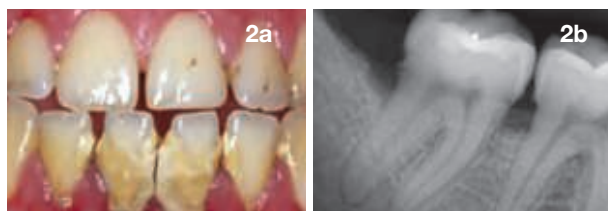


FIGURE 2a | Tartre supra-gingival empêchant l'accès au sondage.

FIGURE 2b | Tartre sous-gingival au distal de la dent 47 qui pourrait restreindre l'accès de la sonde et fausser cliniquement la sévérité de l'atteinte parodontale.

- La sonde doit être dirigée vers le milieu de la dent bucco-lingualement afin de ne pas manquer un sondage profond dans les cratères au niveau des molaires.

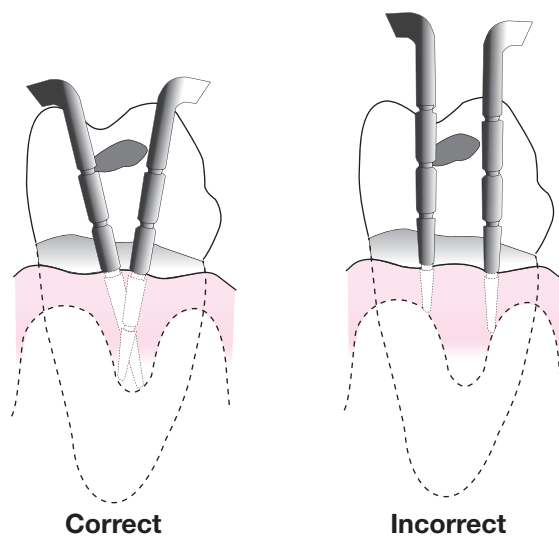


FIGURE 3 | Diagramme démontrant l'angulation adéquate pour le sondage interproximal.

Interprétation des résultats :

- Chez un patient sans antécédent de traitement parodontal :
 - Un sondage de 1 à 3 mm est considéré comme normal.
 - Un sondage de 4 mm ou plus est considéré comme anormal.
 - À partir de 6 mm et plus, l'efficacité du débridement radiculaire non chirurgical diminue.
 - À partir de 7 mm et plus, la capacité de réduire la poche à l'aide d'un débridement non chirurgical à un seuil de 4 mm ou moins diminue¹.

Tableau I | Pourcentage de surface radiculaire positive à la présence de tartre selon la profondeur de la poche initiale.

% de surface radiculaire positive à la présence de tartre					
Traitement	0-2 mm	2-4 mm	4-6 mm	6-8 mm	>8 mm
Aucun	67 %	69 %	84 %	90 %	88 %
Surfaçage	2 %	14 %	24 %	36 %	45 %

- Chez un patient déjà traité en parodontie :
 - Un sondage de 1 à 4 mm est généralement acceptable en l'absence de saignement.
 - Un sondage de 5 mm ou plus, surtout en présence de saignement, représente habituellement une situation instable et nécessite une plus grande attention.

Récession et quantité de gencive

- Distance entre la jonction énamo-cémentaire (JEC) et la gencive marginale libre.
- Dans le cas où une restauration cache la JEC, la base de ladite restauration doit être utilisée pour mesurer la récession et surveiller sa stabilité à long terme (FIGURES 4a et 4b).



FIGURE 4a | Photo préopératoire démontrant une restauration qui camoufle la JEC sur la dent 33.

FIGURE 4b | Photo prise 8 semaines après une greffe de tissu conjonctif où la couverture radiculaire s'est faite à la position normale de la JEC. La restauration en composite a été enlevée et la racine a été préparée avant de positionner la greffe.

- La quantité de gencive attachée est un facteur à analyser dans la prévention de la progression des récessions. On la mesure en calculant la différence entre la profondeur de la poche et la distance de gencive totale (entre la gencive marginale et la jonction muco-gingivale).
 - Les dents ayant moins de 2 mm de gencive totale ou 1 mm de gencive attachée devraient être notées sur la charte. Elles nécessitent une analyse plus minutieuse en vue de déterminer si un traitement est requis ou si elles se doivent uniquement faire l'objet d'une observation spécifique.



FIGURE 5 |

Récession et manque de gencive attachée sur la dent 34. La région est sensible au brossage, ce qui explique pourquoi la région est évitée et qu'on y observe une accumulation de plaque.

Interprétation des résultats :

- La gencive attachée agit comme protection au niveau du parodonte. L'absence de gencive attachée et/ou la présence de récession dans un site atteint de parodontite rendent le traitement plus difficile et peuvent affecter négativement le pronostic.
- La présence de récession affecte le niveau de l'attache parodontale (attache clinique) qui doit être calculé afin d'établir la sévérité du cas (prochain point).

Niveau d'attache clinique

- Le niveau d'attache clinique (NAC) est une mesure qui se calcule en additionnant la mesure de la profondeur de la poche et celle de la récession.
- Le NAC permet d'évaluer la sévérité de la perte d'attache :
 - Parodontite légère : 1-2 mm de perte d'attache
 - Parodontite modérée : 3-4 mm de perte d'attache
 - Parodontite sévère : 5 mm ou plus de perte d'attache

Interprétation des résultats :

- L'évaluation de la perte d'attache est un des critères les plus importants pour déterminer la sévérité de l'atteinte et établir le diagnostic et le pronostic.
- Par exemple, une poche de 5 mm dans un site où le niveau de la gencive est 2 mm plus occlusal que la JEC correspond à un NAC de 3 mm. Si l'on considère la même poche de 5 mm sur un site où il y a 2 mm de récession, nous avons alors un NAC de 7 mm.
 - Ceci explique bien l'importance de ne pas se fier seulement au sondage dans l'évaluation de la maladie parodontale.
 - Certains patients peuvent démontrer un modèle de perte d'attache lente et progressive accompagnée de récessions qui progressent simultanément. Dans les cas de cette nature, la seule mesure de la profondeur des poches ne pourra indiquer avec exactitude le degré de destruction du parodonte.

- Le NAC doit être corroboré par l'interprétation radiologique à l'aide de radiographies qui démontrent clairement le niveau osseux (radiographies interproximales verticales ou périapicales). L'os est naturellement 2-3 mm plus apical que la JEC, il faut donc le considérer dans la mesure de la perte osseuse pathologique. De plus, il est important de comparer les anciennes radiographies avec les nouvelles pour noter toute différence.
- Dans certains cas, une gencive souffrant d'un élargissement gingival (médicament, problèmes systémiques ou hérédité) peut donner une fausse indication quant à l'existence ou à la sévérité d'une parodontite.

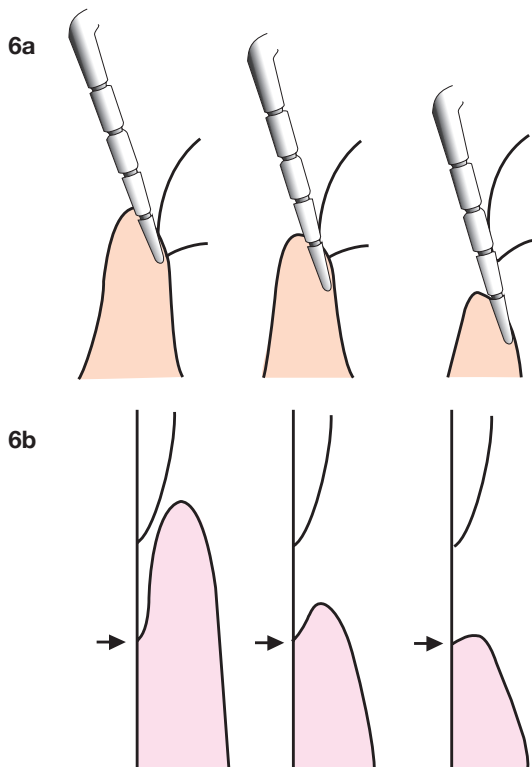


FIGURE 6a | Diagramme démontrant l'effet de la récession sur la mesure de l'attache clinique malgré la même profondeur de poche.

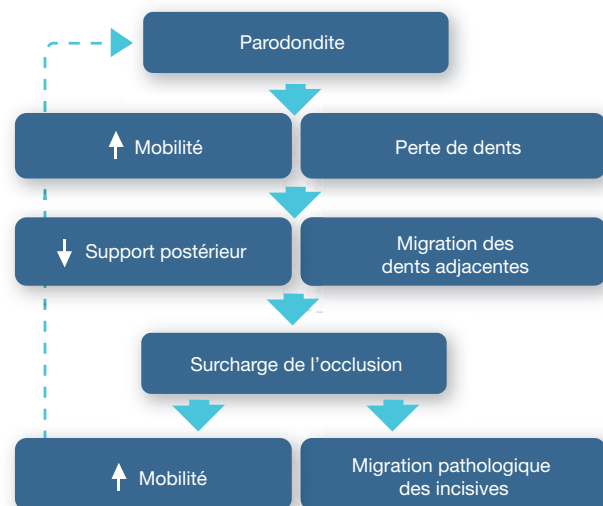
FIGURE 6b | Diagramme démontrant le même niveau d'attache malgré des profondeurs de poche et des récessions différentes.

Mobilité

- À l'aide de deux instruments métalliques, chaque dent est déplacée en direction bucco-linguale.
- Un mouvement plus important que la mobilité normale – 200-300 mm pour les incisives et les canines, 100-200 mm pour les prémolaires et les molaires – est considéré comme pathologique².
- La sévérité de la mobilité est attribuée selon la classification de Miller :
 - Grade I : <1 mm horizontalement
 - Grade II : >1 mm horizontalement
 - Grade III : mouvement vertical
- Le frémitus se définit comme un mouvement de la dent lors de la fonction.

Interprétation des résultats :

- La présence de mobilité dentaire progressive, de frémitus et/ou d'un élargissement du ligament parodontal radiologiquement est un signe de trauma occlusal.
- En présence d'inflammation parodontale, un trauma occlusal peut accélérer la perte d'attache parodontale.
- De plus, un patient atteint de parodontite qui a déjà perdu certaines dents, surtout postérieures, aura une augmentation de la pression sur les dents restantes et sera ainsi dans une situation de cercle vicieux. Ce phénomène, effet domino de perte de dents progressives des dents postérieures vers l'avant, contribuera aussi à la migration pathologique des incisives.



- La sévérité de la mobilité d'une dent particulière diminue son pronostic. Une dent avec une mobilité de grade III a habituellement un pronostic très pauvre.

Atteintes de furcation

- Une sonde courbée (Nabers) est nécessaire.



FIGURE 7 | Sonde Nabers

- Les furcations buccales des molaires supérieures et les furcations buccales et linguales des molaires inférieures sont facilement accessibles.
- Les furcations interproximales des prémolaires et molaires supérieures sont plus difficilement accessibles.
 - La furcation mésiale des molaires est plus palatine, donc la sonde devrait être insérée par le palatin.
 - La furcation distale est plus centrée et est accessible du buccal ou du palatin.
- La sévérité de l'atteinte de furcation est attribuée selon la classification de Hamp :
 - Grade I : l'entrée de la furcation peut être détectée, mais elle mesure moins de 3 mm de profondeur.
 - Grade II : >3 mm de profondeur (cul-de-sac).
 - Grade III : aucune attache (bord-en-bord).

Interprétation des résultats :

- Selon l'anatomie dentaire normale, l'entrée des furcations se trouve assez proche de la JEC, ce qui veut dire qu'avec une perte d'attache de 4 à 5 mm, plusieurs furcations devraient être atteintes. Voir exemples ci-dessous :
 - Molaires supérieures : à 3,6 mm de la JEC au mésial, à 4,2 mm au buccal et à 4,8 mm au distal.
 - Première molaire inférieure : à 3 mm au buccal et à 4 mm au lingual.
 - Deuxième molaire inférieure : à 4 mm au buccal et à 5 mm au lingual.

- Radiologiquement, il peut être difficile de déceler les atteintes de furcation. Cependant, quand elle est visible sur les radiographies, l'atteinte de furcation est habituellement présente cliniquement.

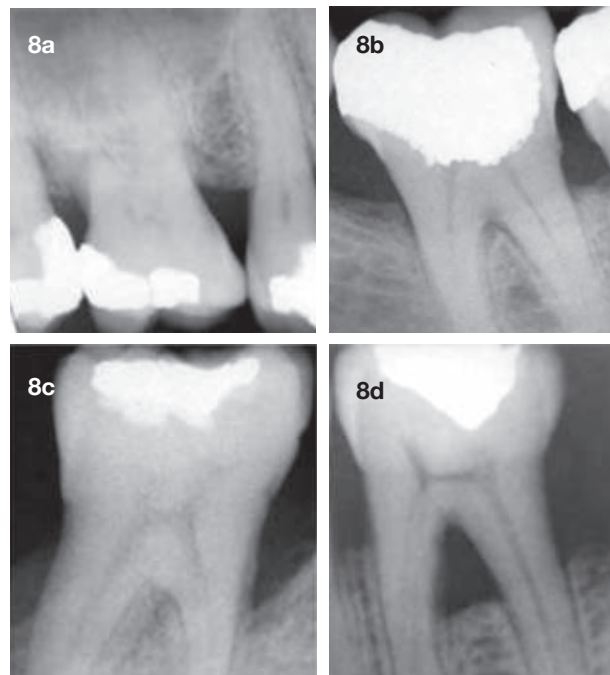


FIGURE 8a | Furcation sur molaire supérieure.

FIGURE 8b | Furcation de grade I, molaire inférieure.

FIGURE 8c | Furcation de grade II, molaire inférieure.

FIGURE 8d | Furcation de grade III, molaire inférieure.

- Une dent avec une furcation de grade II nécessite souvent une intervention chirurgicale.
- Une dent avec une furcation de grade III a un pronostic pauvre à long terme, surtout si l'accès ne permet pas un contrôle de plaque adéquat.

Présence de plaque et de tartre

- La plaque bactérienne est le principal facteur étiologique qui doit être présent chez un individu susceptible afin de développer une parodontite.
- La plaque est un biofilm qui est un ensemble de microcolonies bactériennes contenues dans une matrice (glycocalyx). La structure d'un biofilm en fait un écosystème résistant et adhérent. Le plus longtemps le biofilm reste en place ininterrompu, le plus complexe il devient et de plus en plus virulentes deviennent les bactéries s'y attachant (complexes de bactéries par Socransky – orange et rouge)³.

- La plaque superficielle est observable soit à l'œil nu, soit en utilisant des solutions révélatrices. La présence de plaque permet d'établir l'indice de plaque selon O'Leary (Plaque Control Record, 1972).
 - Chaque surface buccale, linguale, mésiale et distale est évaluée pour y détecter la présence (1 point) ou l'absence (0 point) de plaque (4 surfaces par dent).
 - Les points sont accumulés pour toute la bouche et divisés par le nombre de sites totaux disponibles (nombre de dents présentes dans la bouche x 4). Ce résultat multiplié par 100 donne le pourcentage de sites avec de la plaque.
- Le tartre représente une accumulation calcifiée de la plaque et est toujours couvert de plaque.
- Le tartre sous-gingival est différent en composition et en attachement du tartre supra-gingival présent sur l'émail. Sa couleur habituellement foncée est causée entre autres par l'accumulation de produits de dégradation du sang présent dû à l'inflammation des tissus environnants.

Interprétation des résultats :

- La situation supra-gingivale peut parfois être bien différente de la situation sous-gingivale et un patient ayant une hygiène supra-gingivale apparemment bonne peut quand même développer une flore sous-gingivale très néfaste. Il ne faut jamais sous-estimer la possibilité qu'un patient puisse souffrir de parodontite même si l'hygiène supra-gingivale est considérée comme « bonne ».
- Un patient avec un indice de plaque >20 % ne devrait pas, habituellement, subir de chirurgies parodontales, car les résultats seront plus négatifs (plus de perte d'attache). Il est donc primordial que le patient soit conscientisé à son problème et qu'il ait bien apprivoisé les bonnes habitudes d'hygiène avant de procéder à la phase chirurgicale.
- De plus, un patient qui maintient un indice de plaque élevé demeure plus à risque que sa condition progresse. Le protocole de maintien parodontal doit alors être plus strict, aux trois mois par exemple. Ceci aura pour effet de permettre à l'équipe dentaire de rompre le biofilm avec des méthodes professionnelles et de remotiver le patient quant à son contrôle de la plaque à domicile.
- Pour que le tartre soit visible radiologiquement, il doit être présent en grande quantité. De plus, ce n'est pas le tartre lui-même, mais bien la plaque qui est le facteur étiologique principal. La présence ou l'absence de tartre sur les radiographies n'est pas un facteur diagnostique très important (FIGURE 9).



FIGURE 9 | Parodontite très sévère malgré l'absence significative de tartre sur les radiographies.

Caries ou restaurations défectueuses

- La présence de caries ou de restaurations défectueuses dans la région péri-gingivale peut contribuer à la rétention de plaque bactérienne contribuant à la parodontite.
- Le contrôle de ces problèmes durant la phase initiale de la maladie parodontale est incontournable.

Saignement au sondage

- Le saignement au sondage est défini par la présence de saignement à l'intérieur d'une minute suivant l'insertion de la sonde dans une poche parodontale.
- Le saignement au sondage est un signe de présence d'inflammation au fond de la poche, qui n'est pas nécessairement visible en superficie.
- Un sondage trop fort ou répété peut aussi donner un résultat faux positif.
- La parodontite étant une maladie inflammatoire, sa présence ou son absence peut être révélatrice de la stabilité parodontale.

Interprétation des résultats :

- Un saignement au sondage ponctuel est un faible indicateur de perte d'attache dans un futur rapproché.
- Un saignement au sondage lors de quatre rendez-vous consécutifs est un indicateur moyen de progression (30 % de ces sites auront une perte d'attache imminente).
- L'absence répétée de saignement au sondage est un fort indicateur de stabilité (98 % de ces sites ne perdront pas d'attache avant le prochain rendez-vous).

Purulence

- Une purulence est une quantité abondante de neutrophiles dans le fluide crévicaire.
- Une purulence est présente dans seulement 3 % à 5 % des sites atteints de parodontite⁴.



FIGURE 10 | Purulence présente dans le cas d'une parodontite chronique sur les dents 33 à 43.

- Une pression digitale sur le bord latéral de la poche peut être nécessaire pour déceler la purulence.
- Dans certains cas, une purulence peut indiquer qu'une dent souffre d'un abcès parodontal qui consiste en une accumulation localisée de pus dans la paroi gingivale d'une poche parodontale. D'autres symptômes sont fréquemment présents :
 - Abcès parodontal aigu
 - Élévation ovoïde de la gencive sur l'aspect latéral de la racine
 - Gencive œdémateuse, rouge, lisse et luisante
 - Douleur et sensibilité à la palpation et/ou à la percussion
 - Mobilité
 - Présence de ganglions enflés
 - Fièvre et malaise (plus rare)
 - Abcès parodontal chronique
 - Habituellement asymptomatique
 - Présence d'une fistule buccale ou linguale de la gencive ou de la muqueuse. L'ouverture de la fistule peut parfois se trouver loin de la source de l'infection. Lorsque ce n'est pas clair, il est important de retracer la source en insérant une pointe de gutta-percha jusqu'à la source et de prendre une radiographie.
- Une purulence peut aussi indiquer une fracture radiculaire ou une lésion endodontique. Il est très

important de corroborer le diagnostic à l'aide d'autres tests et examens.

Positionnement des dents

Dans certains cas, une malposition dentaire peut engendrer ou compliquer la condition parodontale.

- Bascule mésiale :
 - Cette malposition crée souvent une pseudo-poche au mésial (poche de 4 mm ou plus sans perte d'attache). Cette pseudo-poche étant hors de la portée des soins à domicile, elle peut devenir peuplée de bactéries parodontopathogènes qui pourraient, chez un individu susceptible, contribuer à la formation d'une perte osseuse.
 - De plus, si une dent avec une bascule mésiale nécessite un traitement parodontal, il est possible que le résultat soit décevant, car la pseudo-poche va souvent persister.
- Supra-éruption :
 - Cette malposition augmente souvent la quantité de récession, rend les furcations plus exposées et peut créer des espaces interproximaux difficiles à gérer avec les dents adjacentes en position normale.
- Chevauchement :
 - Le chevauchement des dents n'est pas un facteur de risque pour la santé gingivale quand le patient a de bonnes habitudes d'hygiène. Cependant, chez les patients qui se brossent bien les dents mais qui passent outre les soins interdentaires, plus d'inflammation sera présente dans les régions interproximales. Évidemment, dans les cas extrêmes, certaines surfaces ne pouvant être accessibles à l'hygiène sont à risque.
 - Les dents buccalées ont tendance à avoir un parodonte plus mince au buccal, et vice-versa pour les dents linguales.

Restaurations profondes/violation de l'espace biologique

- L'espace biologique est la dimension nécessaire autour de la dent à l'attache épithéliale et à l'attache conjonctive. Elle mesure approximativement 2 mm ($\pm 30\%$)⁵. En ajoutant la profondeur du sulcus, une distance d'environ 3 mm est nécessaire entre le niveau osseux et la marge restaurative qui aurait été placée 0,5 mm sous-gingivalement^{6,7}.
- Si ce principe n'est pas respecté, il y aura souvent une violation de l'espace biologique, ce qui peut entraîner de la rougeur au bord gingival, un saignement, de l'inconfort et possiblement une perte d'attache imprévisible.

Fouillage alimentaire

- Le fouillage alimentaire répété est un facteur étiologique de perte d'attache. Il se trouve fréquemment dans des régions de contacts interproximaux légers ou ouverts. Il est important de considérer comment empêcher le fouillage alimentaire si l'on veut réussir à contrôler ce site.
- Solutions possibles :
 - Refaire une ou les deux restaurations interproximales, si présentes, afin de recréer un point de contact solide.
 - Si l'espace a tendance à se rouvrir (fréquent entre les deux dents terminales de l'arche), un jumelage intra ou extra-coronaire pourrait être nécessaire.
 - Orthodontie; la parodontite doit absolument être contrôlée avant d'entamer les traitements orthodontiques.
 - Une plaque occlusale pour la nuit à l'arche appropriée pourrait agir comme appareil de rétention et réduire l'effet de mouvement distal de la dent terminale.

Conclusion

L'examen parodontal détaillé est donc un examen minutieux qui permet de recueillir une quantité énorme d'informations. Comme discuté, chaque donnée, par elle-même et en combinaison avec les autres, a la possibilité de modifier le diagnostic, le pronostic et le traitement requis. Le clinicien doit alors être en mesure d'utiliser les données afin de poser un diagnostic et un pronostic précis pour chaque dent, sans oublier de tout mettre en contexte dans l'élaboration d'un plan de gestion global. Dans certains cas, plusieurs facteurs peuvent rendre la gestion d'un patient complexe et la recommandation à un parodontiste peut s'avérer nécessaire.

Un parodonte sain et solide est l'élément de base nécessaire à une bouche en santé. Ce concept est d'une importance primordiale pour tous les patients, surtout pour ceux qui entreprennent des traitements orthodontiques ou une réhabilitation prothétique sur dents naturelles ou sur implants. *

Pour obtenir les références bibliographiques de cet article, consultez le www.odq.qc.ca sous l'onglet Publications/Journal.



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 Guillan au (514) 923-9181, pascale@roicorp.com.

  roicorp.com

ROI
CORPORATION
COURTAGE



Forfait bancaire privilège RBC Petit prix. Grande valeur.



Forfait bancaire VIP RBC®

Nous vous offrons notre forfait bancaire haut de gamme moyennant un prix mensuel réduit. En plus de recevoir un service prioritaire, vous pouvez effectuer un nombre illimité d'opérations et choisir l'une de nos cartes de crédit de prestige avec réduction des frais annuels ainsi que plusieurs comptes personnels.

Carte Visa Infinite⁺ Voyages^{MC} RBC

Cette carte vous donne la possibilité d'accumuler de précieux points RBC Récompenses et de les échanger contre des billets d'avion pour le vol de votre choix, sur n'importe quelle compagnie aérienne, sans période d'interdiction ni restriction de sièges. Profitez d'offres de voyage exclusives et des tarifs privilégiés lorsque vous effectuez vos réservations auprès de Carlson Wagonlit

Travel. Qui plus est, vous pouvez compter sur la carte Visa Infinite Voyages pour vous fournir la couverture d'assurance dont vous avez besoin et voyager en toute tranquillité d'esprit.

Et ce n'est pas tout ! Conscients de la valeur de votre temps, nous vous invitons à tirer parti d'un service de conciergerie haut de gamme, une gracieuseté de Visa Infinite. Que ce soit pour organiser une sortie, réserver une bonne table, acheter des billets pour des événements spéciaux ou des cadeaux fabuleux, la conciergerie Visa Infinite peut répondre à pratiquement toutes vos demandes, en tout temps.

Marge de Crédit Royale®

Accédez à des fonds facilement et rapidement, grâce à une marge de crédit qui vous est offerte au taux préférentiel, soit le plus bas taux du marché.

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

- rendez-vous au www.rbcbanque royale.com/sante
- composez le 1 800 80 SANTÉ (1 800 807-2683)

AUCUNE DENT NÉGLIGÉE

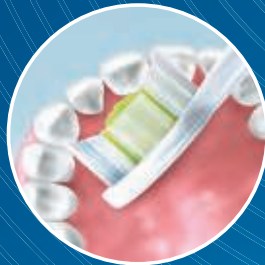
Brossette ronde CrossAction unique

Contrairement aux brosettes rectangulaires, la brosette ronde ORAL-B® inspirée des outils prophylactiques enveloppe chaque dent pour un meilleur contact avec les soies.

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

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®

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

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



GENIUS



LA CARIE ET LES SCELLANTS DENTAIRES CHEZ LES ÉLÈVES QUÉBÉCOIS DU PRIMAIRE : OÙ EN SOMMES-NOUS?

Chantal Galarneau, DMD, Ph. D., dentiste-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Sophie Arpin, DMD, Ph. D., dentiste-conseil à l'INSPQ

Véronique Boiteau, M. Sc., biostatisticienne à l'Infocentre de santé publique du Québec (IS PQ)

Marc-André Dubé, M. Sc., statisticien à l'IS PQ

Denis Hamel, M. Sc., statisticien à l'INSPQ

Nancy Wassef, B. Sc., DMD, M. Sc., dentiste-conseil à l'INSPQ

Au Québec, plusieurs études de surveillance de la santé buccodentaire ont été menées auprès des élèves du primaire depuis le début des années 1980¹⁻⁵. Les données recueillies constituent une grande richesse, puisqu'elles permettent de dresser un portrait de la santé buccodentaire des jeunes Québécois et de suivre son évolution dans le temps. En 2012-2013, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, 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)³. L'objectif général de l'ÉCSBQ 2012-2013 était d'évaluer la condition buccodentaire des élèves québécois de 2^e et de 6^e année du primaire. Cet article met pour sa part en lumière les tendances liées à l'évolution de l'expérience de la carie et des scellants dentaires chez les élèves de 2^e et de 6^e année du primaire depuis les 30 dernières années¹⁻⁵.

La carie dentaire se présente sous différents stades de gravité situés sur un continuum s'étendant de l'atteinte de la couche superficielle de l'émail à l'atteinte de la pulpe. Dans le cadre de l'ÉCSBQ 2012-2013, la carie a été mesurée dès les premiers signes de déminéralisation de l'émail. Toutefois, seules les lésions carieuses plus avancées montrant visuellement une atteinte dentinaire seront discutées dans cet article, et ce, en raison de ce seuil de détection utilisé précédemment dans les autres enquêtes québécoises.

Comme recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans un contexte populationnel⁶, la mesure de la carie prend en compte les lésions non traitées ainsi que les séquelles laissées par la maladie. En effet, à un stade plus avancé de la maladie, la carie entraîne la perte définitive de la substance dentaire. Cette perte peut être remplacée par des obturations en amalgame ou en matériaux esthétiques, des restaurations plus extensives (couronnes, incrustations ou facettes) et même, dans certains cas, mener à l'extraction de la dent. L'expression « expérience de la carie » englobe à la fois les lésions carieuses présentes au moment de l'examen et l'atteinte antérieure ayant été traitée. En d'autres mots, elle signifie l'ensemble des dents ou des faces dentaires cariées, présentant une atteinte dentinaire, absentes ou obturées pour cause de carie; elle est communément désignée par les acronymes CAOD* pour les dents ou CAOF pour les faces.

Reconnu comme efficace et sécuritaire selon la littérature, le scellant dentaire constitue une mesure de choix pour prévenir et réduire la carie des puits et fissures^{7, 8}. Il forme une barrière protectrice contre l'accumulation de débris alimentaires et de bactéries dans les puits et les fissures de la dent, évitant ainsi la formation ou la progression de la carie. Par ailleurs, il est démontré que l'utilisation de scellants dentaires chez les enfants et les adolescents peut réduire d'environ 60 % l'apparition de nouvelles lésions carieuses quatre ans après leur application⁷. Soulignons qu'au Québec, jusqu'à la fin des années 1990, l'expérience de la carie chez les jeunes se localisait davantage sur les faces des dents qui présentent des puits et des fissures que sur les faces lisses^{1, 2, 4, 5}.

* L'indice est écrit en lettres majuscules lorsqu'il est utilisé de façon générale, sans cibler une dentition particulière.

Matériel et méthodes

L'ÉCSBQ 2012-2013 est une étude de surveillance qui visait une représentativité nationale. La population ciblée regroupait l'ensemble des élèves de 2^e et de 6^e année du primaire inscrits dans les écoles québécoises publiques et privées francophones et anglophones**. Entre novembre 2012 et juin 2013, 16 dentistes ayant au préalable reçu une formation afin d'uniformiser leur jugement clinique ont examiné les dents de 3 844 élèves de 2^e année et de 4 117 de 6^e année dans leur école primaire pour un total de 7 961 élèves, et ce, dans 10 régions sociosanitaires du Québec sélectionnées aléatoirement. L'International Caries Detection and Assessment System II (ICDAS II) a été utilisé par les dentistes-examineurs pour mesurer la carie, les obturations et les scellants dentaires⁹. À noter toutefois que seules les lésions carieuses avancées sont rapportées dans cet article.

Le taux de participation à l'ÉCSBQ 2012-2013 a atteint près de 60 %, ce qui est jugé satisfaisant. Spécifions que les résultats présentés ici ont été pondérés afin de refléter l'état de santé buccodentaire de l'ensemble des élèves québécois de ces deux niveaux scolaires.

À l'aide des données recueillies lors des études de santé buccodentaire réalisées précédemment au Québec en 1983-1984⁴, 1989-1990⁵, 1996-1997¹, 1998-1999² et lors de l'ÉCSBQ 2012-2013³, il est possible de dégager des tendances sur l'évolution de l'expérience de la carie et des scellants dentaires, étant donné les similarités méthodologiques entre ces études. Soulignons que les tendances observées ne reposent pas sur des analyses statistiques, mais sur l'interprétation des résultats par les auteurs. De plus, la précision des estimations est rapportée uniquement pour les résultats de l'ÉCSBQ 2012-2013.

Même si l'ICDAS II a été le système de mesure choisi pour l'ÉCSBQ 2012-2013 et que les autres études ont retenu celui de l'OMS, la reconstitution des indices CAOD et CAO est équivalente.

Résultats

Deuxième année du primaire : où en sommes-nous?

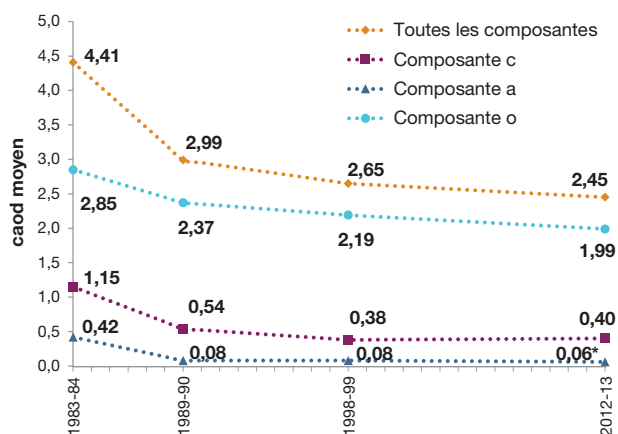
L'expérience de la carie

Alors qu'une baisse de l'expérience de la carie en dentition temporaire se remarquait chez les élèves

de 2^e année entre l'étude de 1983-1984 et celle de 1998-1999, un plateau tend à apparaître depuis cette dernière étude, comme il est illustré aux FIGURES 1 et 2. En effet, le nombre moyen de dents temporaires cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (caod) est passé d'environ 4,41 en 1983-1984 à 2,99 en 1989-1990 et à 2,65 en 1998-1999 ; il atteint 2,45 en 2012-2013. Pour sa part, le nombre moyen de faces cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition temporaire (caof) se chiffre à 11,27 faces en 1983-1984, à 6,19 en 1989-1990, à 5,83 en 1998-1999 et, finalement, à 5,60 en 2012-2013.

Les FIGURES 1 et 2 présentent aussi chacune des composantes des indices caod et caof tirées des études. On remarque que les obturations composent la plus grande partie de l'expérience de la carie chez les élèves de 2^e année du primaire. Soulignons que le nombre moyen d'extractions des dents temporaires en raison de la carie s'avère très faible au Québec.

FIGURE 1 | Évolution du nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition temporaire (caod) des élèves de 2^e année du primaire entre 1983-1984, 1989-1990, 1998-1999 et 2012-2013



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur du nombre moyen doit donc être interprétée avec prudence.

Sources : Enquête santé dentaire Québec 1983-1984⁴

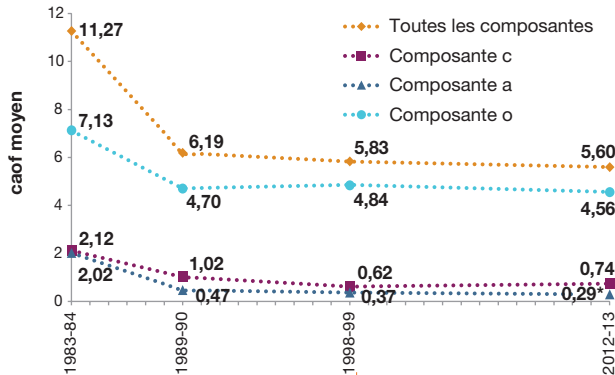
Enquête santé dentaire Québec 1989-1990 : Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans⁵

Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans²

Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 – Annexes³

** Étaient toutefois exclus les élèves qui fréquentaient les écoles situées géographiquement dans les réserves indiennes, les écoles à vocation particulière et les écoles situées géographiquement dans les régions nordiques, soit le Nord-du-Québec, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

FIGURE 2 | Évolution du nombre moyen de faces cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition temporaire (caof) des élèves de 2^e année du primaire entre 1983-1984, 1989-1990, 1998-1999 et 2012-2013

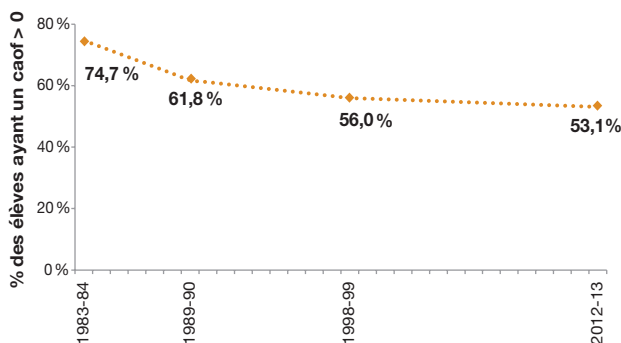


* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur du nombre moyen doit donc être interprétée avec prudence.

Sources : Enquête santé dentaire Québec 1983-1984⁴
 Enquête santé dentaire Québec 1989-1990 : Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans⁵
 Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans²
 Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 – Annexes³

La FIGURE 3 montre que la proportion des élèves de 2^e année ayant une expérience de la carie en dentition temporaire semble en baisse au Québec jusqu'en 1998-1999 (75 % en 1983-1984 c. à 62 % en 1989-1990 c. à 56 % en 1998-1999). Toutefois, elle tend à se stabiliser depuis la fin des années 1990, et ce, pour s'établir à environ 53 % en 2012-2013.

FIGURE 3 | Évolution de la proportion des élèves de 2^e année du primaire ayant au moins une face cariée, absente ou obturée pour cause de carie (caof > 0) en dentition temporaire entre 1983-1984, 1989-1990, 1998-1999 et 2012-2013



Sources : Enquête santé dentaire Québec 1983-1984⁴
 Enquête santé dentaire Québec 1989-1990 : Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans⁵
 Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans²
 Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 – Annexes³

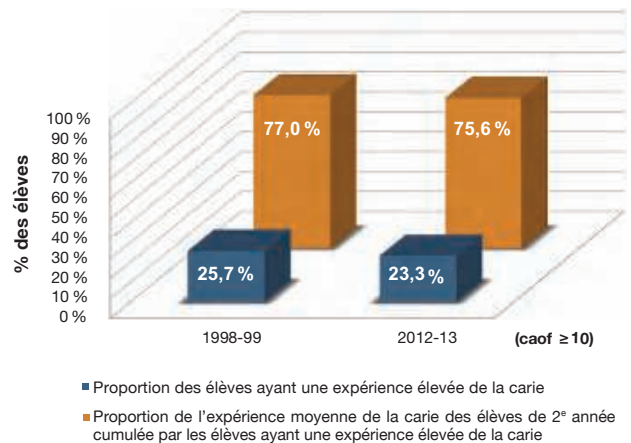
Les faces les plus atteintes par la carie

La localisation de l'expérience de la carie en dentition temporaire paraît inchangée depuis 1998-1999. En effet, les résultats de 2012-2013 révèlent qu'environ 41 % des faces touchées par la carie sont des faces occlusales³.

Le petit groupe d'élèves présentant une grande expérience de la carie

La polarisation de la carie remarquée chez un groupe restreint d'élèves de 2^e année lors de l'étude de 1998-1999 semble inchangée en 2012-2013 (FIGURE 4). En effet, les résultats de 1998-1999 révélaient que la proportion des élèves de 2^e année possédant une expérience élevée de la carie sur la dentition temporaire (caof ≥ 10 faces) représentait 26 % des élèves et totalisait à elle seule 77 % de toutes les faces touchées par la carie sur la dentition temporaire. Pour leur part, les résultats de l'ÉCSBQ 2012-2013 montrent que ce sont 23 % des élèves qui ont une expérience élevée de la carie. Ces élèves détiennent 76 % des faces affectées par la carie en dentition temporaire.

FIGURE 4 | Évolution de la polarisation de la carie en dentition temporaire des élèves de 2^e année du primaire entre 1998-1999 et 2012-2013

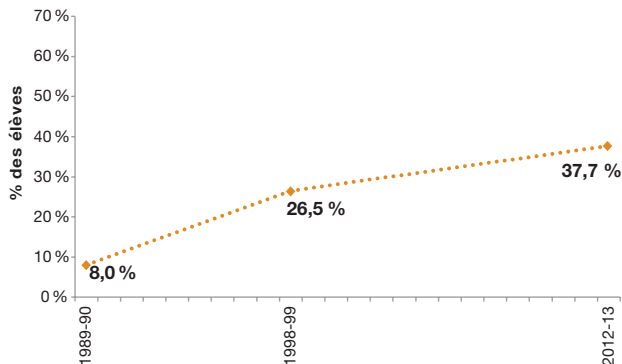


Sources : Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans²
 Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 – Annexes³

Les scellants dentaires

Comme le démontre la FIGURE 5, la proportion des élèves de 2^e année comptant au moins une dent permanente scellée tend à augmenter depuis les 24 dernières années au Québec. Alors qu'en 1989-1990, environ 8 % des élèves de ce niveau scolaire présentaient au moins une dent permanente scellée, cette proportion atteignait 27 % en 1998-1999 et est estimée à 38 % en 2012-2013.

FIGURE 5 | Évolution de la proportion des élèves de 2^e année du primaire ayant au moins une dent permanente scellée entre 1989-1990, 1998-1999 et 2012-2013



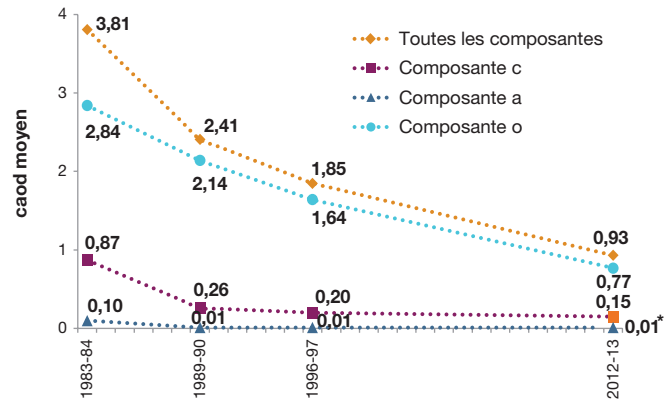
Sources : Enquête santé dentaire Québec 1989-1990 : Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans⁵
Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans²
Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 – Annexes³

Sixième année du primaire : où en sommes-nous?

L'expérience de la carie

Les FIGURES 6 et 7 illustrent une tendance à la baisse du nombre moyen de dents ou de faces permanentes cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (CAOD et CAOF) chez les élèves de 6^e année entre 1983-1984 et 2012-2013. Selon les résultats des études, le CAOD semble diminuer, en termes absolus, plus rapidement durant les premières années, passant d'environ 3,81 en 1983-1984 à 2,41 en 1989-1990. Au cours des 24 années suivantes, cette diminution paraît cependant plus lente : de 2,41 en 1989-1990, l'indice tend à baisser graduellement pour atteindre 1,85 en 1996-1997 et, finalement, il est estimé à 0,93 en 2012-2013. Ce même phénomène s'observe aussi lorsque l'expérience de la carie est mesurée en nombre de faces. En effet, le CAOF atteint approximativement 6,81 en 1983-1984; il décline à 3,99 en 1989-1990, à 3,10 en 1996-1997 et, enfin, à 1,48 en 2012-2013.

FIGURE 6 | Évolution du nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition permanente (CAOD) des élèves de 6^e année du primaire entre 1983-1984, 1989-1990, 1996-1997 et 2012-2013



* Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur du nombre moyen n'est présentée qu'à titre indicatif.

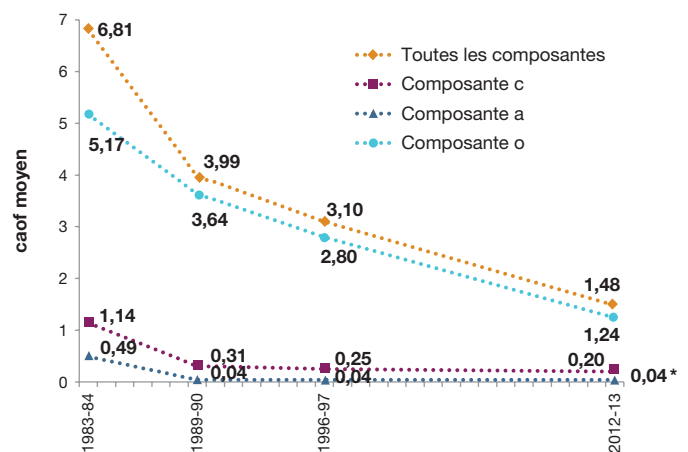
Sources : Enquête santé dentaire Québec 1983-1984⁴

Enquête santé dentaire Québec 1989-1990 : Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans⁵

Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 ans et 13-14 ans¹

Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 – Annexes³

FIGURE 7 | Évolution du nombre moyen de faces cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition permanente (CAOF) des élèves de 6^e année du primaire entre 1983-1984, 1989-1990, 1996-1997 et 2012-2013



* Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur du nombre moyen n'est présentée qu'à titre indicatif.

Sources : Enquête santé dentaire Québec 1983-1984⁴

Enquête santé dentaire Québec 1989-1990 : Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans⁵

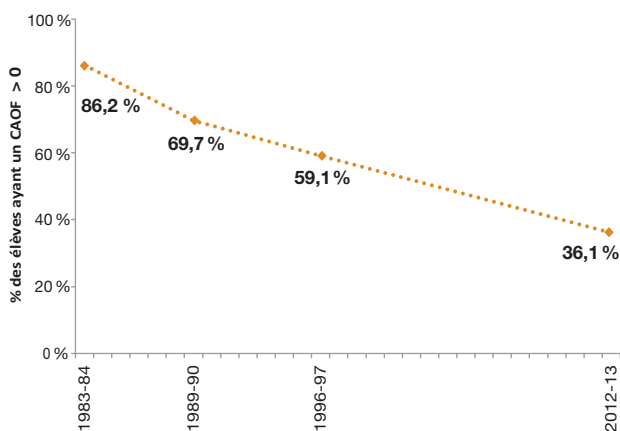
Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 ans et 13-14 ans¹

Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 – Annexes³

Si nous considérons séparément les composantes des indices CAOD et CAOF, il se dégage également, entre 1983-1984 et 2012-2013, une tendance à la diminution pour chacune d'elles (FIGURES 6 et 7). À l'instar de la dentition temporaire des élèves de 2^e année, les obturations occupent une grande part de l'expérience de la carie des élèves de 6^e année et le nombre moyen d'extractions des dents permanentes pour des raisons de carie s'avère minime.

Par ailleurs, la proportion des élèves ayant au moins une face cariée, absente ou obturée pour cause de carie en dentition permanente semble diminuer depuis les années 1983-1984 (FIGURE 8). Elle était d'environ 86 % en 1983-1984, 70 % en 1989-1990 et 59 % en 1996-1997. Les résultats de l'ÉCSBQ 2012-2013 estiment à 36 % la proportion des élèves de 6^e année ayant une expérience de la carie.

FIGURE 8 | Évolution de la proportion des élèves de 6^e année du primaire ayant au moins une face cariée, absente ou obturée pour cause de carie (CAOF > 0) en dentition permanente des élèves de 6^e année du primaire entre 1983-1984, 1989-1990, 1996-1997 et 2012-2013

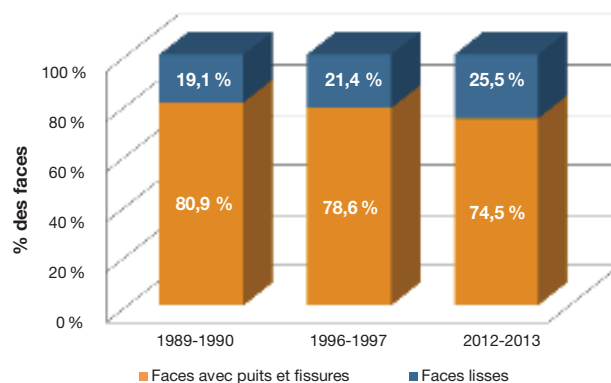


Sources : Enquête santé dentaire Québec 1983-1984⁴
 Enquête santé dentaire Québec 1989-1990 : Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans⁵
 Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 ans et 13-14 ans¹
 Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 – Annexes³

Les faces les plus atteintes par la carie

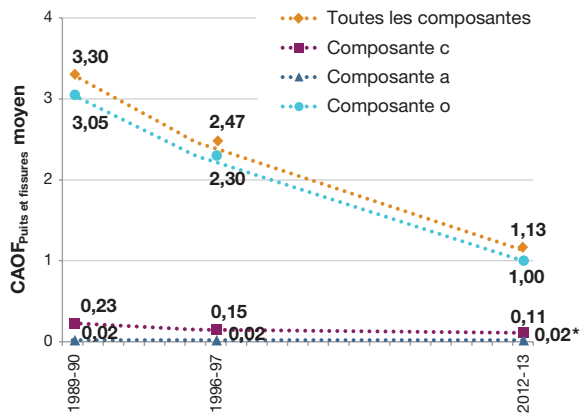
Tout comme les études précédentes, en proportion, les faces des dents qui présentent des puits et des fissures semblent plus touchées en 2012-2013 (1989-1990 : 81 %; 1996-1997 : 79 %; 2012-2013 : 75 %) que les faces lisses (1989-1990 : 19 %; 1996-1997 : 21 %; 2012-2013 : 26 %) (FIGURE 9). En 2012-2013, même si les faces avec puits et fissures sont celles les plus touchées par la carie, on tend à observer une diminution, en termes absolus, du nombre de faces cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (FIGURE 10). Cette diminution est plus grande que celle rapportée sur les faces lisses (FIGURE 11). Pour les faces avec puits et fissures, le CAOF est estimé à 3,30 en 1989-1990, à 2,47 en 1996-1997 et à 1,13 en 2012-2013, tandis qu'il se chiffre à 0,78, 0,67 et 0,39 respectivement pour les faces lisses. Par ailleurs, les résultats de l'étude laissent croire que les premières molaires permanentes qui, morphologiquement, contiennent plusieurs puits et fissures, se révéleraient moins nombreuses en proportion à avoir expérimenté la carie en 2012-2013 (19 %) qu'en 1996-1997 (environ 41 %) chez les élèves de 6^e année.

FIGURE 9 | Évolution de la proportion des faces avec puits et fissures et des faces lisses cariées, absentes ou obturées pour cause de carie, parmi les faces cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition permanente des élèves de 6^e année du primaire entre 1989-1990, 1996-1997 et 2012-2013



Sources : Enquête santé dentaire Québec 1989-1990 : Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans⁵
 Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 ans et 13-14 ans¹
 Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 – Annexes³

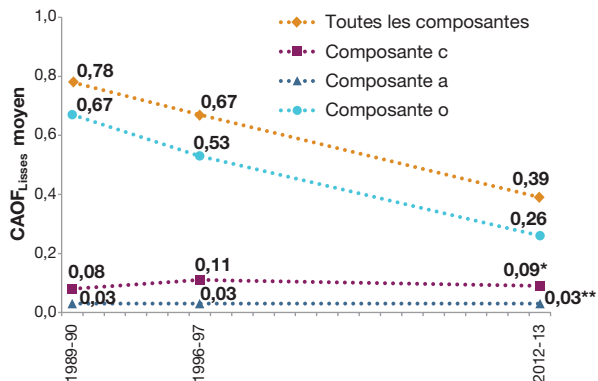
FIGURE 10 | Évolution du nombre moyen de faces avec puits et fissures cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition permanente (CAOF_{Puits et fissures}) des élèves de 6^e année du primaire entre 1989-1990, 1996-1997 et 2012-2013



* Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur du nombre moyen n'est présentée qu'à titre indicatif.

Sources : Enquête santé dentaire Québec 1989-1990 : Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans⁵
Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 ans et 13-14 ans¹
Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 – Annexes³

FIGURE 11 | Évolution du nombre moyen de faces lisses cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition permanente (CAOF_{Lisses}) des élèves de 6^e année du primaire entre 1989-1990, 1996-1997 et 2012-2013



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur du nombre moyen doit donc être interprétée avec prudence.

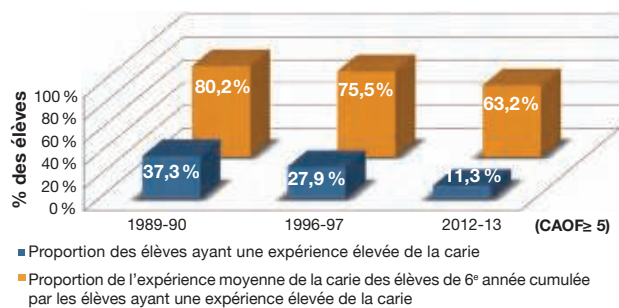
** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur du nombre moyen n'est présentée qu'à titre indicatif.

Sources : Enquête santé dentaire Québec 1989-1990 : Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans⁵
Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 ans et 13-14 ans¹
Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 – Annexes³

Le petit groupe d'élèves présentant une grande expérience de la carie

Soulignons que les études précédentes de santé buccodentaire ont permis de mettre en lumière une polarisation de la carie chez un petit groupe d'élèves de 6^e année considérés comme ayant une expérience élevée de la carie (CAOF \geq 5) (FIGURE 12). En 1989-1990, toutes proportions gardées, on retrouvait chez 37 % des élèves environ 80 % de toute l'expérience de la carie des élèves de 6^e année. En 1996-1997, on observe que la carie a tendance à se concentrer davantage auprès d'un plus petit groupe d'élèves. En effet, environ les trois quarts (76 %) de l'expérience moyenne de la carie se regroupent chez un peu plus du quart (28 %) des élèves. Enfin, en 2012-2013, la polarisation tend à se resserrer de façon plus marquée auprès d'un groupe d'élèves encore plus restreint (11 %) qui réunit approximativement 63 % du nombre moyen de faces cariées, absentes ou obturées en raison de la carie des élèves de 6^e année.

FIGURE 12 | Évolution de la polarisation de la carie en dentition permanente des élèves de 6^e année du primaire entre 1989-1990, 1996-1997 et 2012-2013

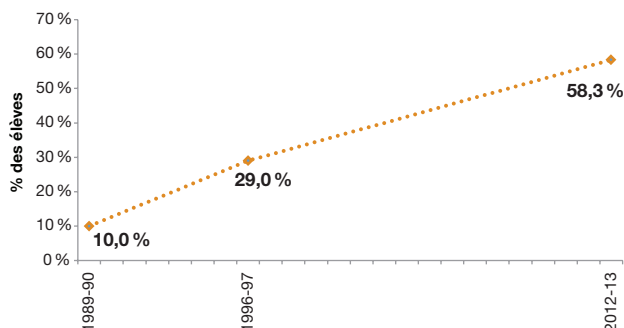


Sources : Enquête santé dentaire Québec 1989-1990 : Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans⁵
Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 ans et 13-14 ans¹
Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 – Annexes³

Les scellants dentaires

Les résultats de l'ÉCSBQ 2012-2013 tendent à montrer une hausse de la proportion des élèves qui présentent au moins une dent permanente scellée par rapport aux études réalisées précédemment. Effectivement, la proportion s'établissait à environ 10 % en 1989-1990 et à 29 % en 1996-1997 alors qu'elle est estimée à 58 % en 2012-2013 (FIGURE 13).

FIGURE 13 | Évolution de la proportion des élèves de 6^e année du primaire ayant au moins une dent permanente scellée entre 1989-1990, 1996-1997 et 2012-2013



Sources : Enquête santé dentaire Québec 1989-1990 : Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans⁵
 Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 ans et 13-14 ans¹
 Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 – Annexes³

Discussion

L'état de santé de la dentition temporaire piétine

La baisse remarquable de l'expérience de la carie sur les dents temporaires depuis les années 1980 jusqu'à la fin des années 1990 semble stagner chez les élèves de 2^e année du primaire^{2, 4, 5}. En 2012-2013, la moitié (53 %) des élèves en sont touchés sur leurs dents temporaires tandis qu'à la fin des années 1990, c'était 56 %. Autrement dit, en 2012-2013, la carie affecte 2,45 dents temporaires en moyenne chez les élèves de ce niveau scolaire; à la fin des années 1990, on en observait 2,65.

Il est difficile de situer l'expérience de la carie des élèves québécois de 2^e année du primaire par rapport aux autres pays industrialisés et même aux autres provinces canadiennes, puisque peu d'études épidémiologiques récentes portent sur ce niveau scolaire. Toutefois, les résultats de l'ÉCSBQ 2012-2013 témoignent de l'absence d'amélioration de l'état de santé de la dentition temporaire des élèves québécois de 2^e année depuis les 14 dernières années. Ainsi, cette tendance nous démontre l'importance d'accentuer, au Québec, les mesures de prévention qui ciblent les enfants d'âge préscolaire.

L'état de santé de la dentition permanente fait des progrès

Entre 1996-1997 et 2012-2013, on enregistre une baisse de 59 % à 36 % de la proportion des élèves de 6^e année touchés par la carie. Par ailleurs, en 2012-2013, le nombre

moyen de dents permanentes ayant une carie avec une atteinte dentinaire, étant extraites ou ayant une obturation pour cause de carie, poursuit son déclin chez les élèves de 6^e année. Selon la tendance, il est passé d'environ 3,81 en 1983-1984 à 0,93 en 2012-2013^{4, 5}. Notons que cette baisse de l'expérience de la carie en dentition permanente chez les élèves de 6^e année paraît en grande partie attribuable au fait que moins de dents ou de faces ont reçu des obturations en raison de la carie nécessitant un traitement curatif. Tout compte fait, en 2012-2013, l'état de santé de la dentition permanente des élèves de 6^e année semble afficher de grands progrès.

Ce déclin de la carie représente certes une avancée importante, mais il ne constitue pas une victoire contre la maladie. En effet, la diminution observée de l'expérience de la carie ne témoigne possiblement que d'un ralentissement de l'apparition et de la progression de la maladie¹. Il n'en demeure pas moins que le déclin entraîne indéniablement moins de lésions carieuses présentant une atteinte dentinaire chez les élèves de 6^e année et, en conséquence, moins d'élèves souffrant des complications de la maladie. Cet accroissement de la longévité de la structure dentaire se doit d'être maintenu dans le temps, particulièrement à l'adolescence, afin d'assurer les acquis de l'enfance.

L'OMS réunit dans une banque de données l'expérience de la carie des élèves de 12 ans (ou de 6^e année du primaire) provenant de plusieurs pays¹⁰. On y observe que le Québec occupe maintenant une position favorable parmi d'autres pays industrialisés. Toutefois, des améliorations de l'expérience de la carie en dentition permanente demeurent encore possibles en raison de l'estimation plus faible de la prévalence observée dans d'autres pays, notamment les pays scandinaves. En effet, le CAOD moyen des pays avec la plus faible prévalence semble être inférieur à celui qu'on retrouve au Québec (CAOD = 0,6 au Danemark c. à 0,9 au Québec). Notons également qu'aucune estimation récente recueillie chez ce groupe d'âge aux États-Unis n'est publiée. De plus, l'expérience de la carie des élèves québécois de 6^e année du primaire (CAOD = 0,9) semble maintenant similaire à celle observée à l'échelle canadienne. En effet, le CAOD moyen canadien se situe à environ 1,0, mais cette donnée inclut le Québec.

Plus de dents scellées, une pratique à optimiser

Depuis la fin des années 1990, la proportion des élèves de 6^e année ayant au moins une dent permanente scellée paraît avoir fait un bond important; elle passe de 29 % en 1996-1997¹ à 58 % en 2012-2013³. Chez les élèves de 2^e année, on assiste également à une augmentation

de la proportion, quoiqu'un peu plus discrète, de 27 %¹ à 38 %³ respectivement. Malgré la tendance à la hausse pour les deux niveaux scolaires étudiés, il apparaît que les élèves québécois présentent encore des besoins de scellement des puits et fissures. De fait, selon les résultats de l'ÉCSBQ 2012-2013, l'expérience de la carie en dentition permanente chez les élèves de 6^e année se situe plus fréquemment en proportion sur les puits et fissures (74 %) que sur les faces lisses (26 %) des dents. Ces résultats révèlent également qu'un peu plus de 90 % des faces présentant des puits et fissures et étant touchées par la carie (COF) ont été traitées par des obturations ou, encore, par des restaurations plus extensives (résultats non présentés)³. Soulignons que l'application de scellant, tant comme option de traitement de la carie débutante que comme mesure préventive sélective, aurait pu épargner la perte prématurée de la structure de ces dents, sans compter que cette mesure pourrait profiter à davantage de jeunes.

Ainsi, pour la dentition permanente des élèves de 6^e année, l'ÉCSBQ 2012-2013 semble révéler une diminution de l'expérience de la carie ainsi qu'une hausse de la proportion des élèves ayant au moins une dent permanente scellée entre 1996-1997 et 2012-2013. Bien que les études de surveillance ne permettent pas de confirmer la relation causale entre ces deux observations, plusieurs éléments soutiennent l'hypothèse d'un lien entre la pose de scellants et la diminution de l'expérience de la carie. Mise à part l'augmentation de l'offre de service liée à l'application de scellants dentaires au Québec, à notre connaissance, aucun autre événement significatif n'aurait pu avoir des conséquences directes sur une diminution de la carie des élèves de 6^e année pendant cette période. Notons également qu'en 1996-1997, environ 41 % des premières molaires permanentes, le type de dents les plus scellées, présentaient une expérience de la carie chez les élèves de 6^e année tandis qu'en 2012-2013, la proportion chute à 19 %.

Les inégalités sociales persistent en matière de santé buccodentaire

Déjà dans les années 1990, on observait au Québec des inégalités sociales en matière de santé buccodentaire^{1, 2, 4, 5}. Les résultats de l'ÉCSBQ 2012-2013 nous indiquent que la carie se concentre toujours chez un petit groupe d'élèves. En 2^e année, cette polarisation semble stable depuis la fin des années 1990, mais elle s'accroît chez les élèves de 6^e année.

Les élèves de 2^e année grandement vulnérables à la carie ont 10 faces ou plus en dentition temporaire touchées par la carie et sont, en moyenne, au moins six fois plus atteints par la carie que leurs pairs non vulnérables³.

Le fait de ne parler ni le français ni l'anglais à la maison, la faible scolarité de l'un des parents ainsi que la défavorisation du milieu de résidence ou de l'école sont étroitement liés à la forte vulnérabilité à la carie, selon les caractéristiques étudiées dans l'ÉCSBQ 2012-2013³.

En 2012-2013, les élèves de 6^e année du primaire grandement vulnérables à la carie ont une expérience de la carie en dentition permanente de cinq faces ou plus, qui est au moins trois fois plus élevée que celle des élèves qui sont plus faiblement touchés par la carie³. Selon les variables incluses dans l'ÉCSBQ 2012-2013, plusieurs caractéristiques, telles qu'être une fille, avoir au moins un parent sans diplôme d'études secondaires et résider ou étudier en milieu défavorisé, sont associées à une expérience élevée de la carie en dentition permanente³.

Portée et limites

Plusieurs éléments ont contribué à optimiser la qualité de l'ÉCSBQ 2012-2013. Notons, entre autres, la taille importante de l'échantillon, qui permet une meilleure précision des estimations, la collecte informatisée de données ainsi que l'utilisation d'indices validés internationalement, notamment le CAO.

Bien que toutes les précautions aient été prises pour assurer la validité des données et minimiser les biais, l'ÉCSBQ 2012-2013 comporte certaines limites qui doivent être mentionnées. Premièrement, un biais de sélection pourrait être présent, puisque les parents qui acceptent que leur enfant participe à des études cliniques en santé dentaire peuvent être plus scolarisés. Ils peuvent également provenir en plus grand nombre de milieux favorisés que les parents ayant refusé que leur enfant y participe. Cet aspect a été considéré, en bonne partie, lors des étapes de pondération. Tous les résultats présentés dans cet article ont été pondérés, notamment pour minimiser ce type de biais. Deuxièmement, des biais d'observation, principalement ceux liés à la mesure, peuvent s'immiscer dans une étude clinique. Par souci de les atténuer, une attention particulière a été portée lors de l'élaboration du questionnaire pour le rendre facile à comprendre et à remplir par les parents. De plus, la formation et les différents processus d'uniformisation du jugement clinique des dentistes-examineurs mis en place avant et pendant la collecte de données ont limité, sans aucun doute, ces biais liés aux dentistes-examineurs.

Malgré plusieurs similarités méthodologiques, la comparaison de l'ÉCSBQ 2012-2013 avec les autres études québécoises a été effectuée avec prudence. Par conséquent, dans cet article, les auteurs se limitent uniquement à dégager des tendances.

Conclusion

À la lumière des principaux constats de l'ÉCSBQ 2012-2013, il ressort un portrait partagé de la santé dentaire des élèves du primaire. Certains aspects de ce portrait sont encourageants : notamment, une nette amélioration de l'expérience de la carie en dentition permanente chez les élèves de 6^e année ainsi qu'une hausse considérable de la proportion des élèves des deux niveaux scolaires ayant au moins une dent permanente scellée. D'autres aspects s'avèrent toutefois préoccupants : particulièrement, l'expérience de la carie inchangée en dentition temporaire des élèves de 2^e année.

Ainsi, les résultats de l'ÉCSBQ 2012-2013 témoignent de l'importance de renforcer la prévention de la carie dentaire auprès des jeunes de 0 à 17 ans dans les cliniques dentaires privées du Québec. Les dentistes jouent un rôle important dans l'amélioration de la santé dentaire de ces jeunes. Ils disposent de plusieurs moyens. D'abord, dans le cadre de leur pratique, ils peuvent évaluer le risque de carie chez leurs jeunes patients et s'assurer qu'ils sont exposés de façon optimale au fluorure. Ensuite, ils peuvent conseiller les jeunes et leurs parents sur la réduction de la consommation des sucres dans leur alimentation et sur les bonnes habitudes d'hygiène buccodentaire. Enfin, l'amélioration de la santé des dents permanentes des élèves québécois de 6^e année en 2012-2013 s'explique surtout par l'augmentation des scellants dentaires posés. C'est pourquoi les dentistes doivent continuer à préconiser cette mesure qui a fait ses preuves scien-

tifiquement d'autant plus que dans l'ÉCSBQ 2012-2013, on observait encore beaucoup de dents obturées.

En complémentarité avec les dentistes en pratique privée, la santé publique peut aussi contribuer à l'amélioration de la santé dentaire des jeunes et réduire les inégalités sociales en matière de santé dentaire en ciblant les clientèles plus défavorisées sur le plan socioéconomique. En effet, les professionnels du secteur public offrent des services dentaires préventifs, comme des applications topiques de fluorure et la pose de scellants dentaires, aux jeunes à risque élevé de carie dans les écoles. C'est aussi le rôle de la santé publique de déployer les efforts nécessaires afin que la population puisse être exposée de façon optimale au fluorure. *

Remerciements

Cette étude a été rendue possible grâce au soutien de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les résultats détaillés présentés dans le rapport national et ses annexes sont disponibles sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec aux adresses suivantes :

Pour le rapport national :

https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2034_sante_buccodentaire_primaire.pdf

Pour les annexes :

https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2034_sante_buccodentaire_primaire_annexes.pdf

Pour obtenir les références bibliographiques de cet article, consultez le www.odq.qc.ca sous l'onglet Publications/Journal.



L'objectif est simple: guérir toujours plus d'enfants, et toujours mieux.

MERCI de nous aider à leur offrir un avenir en santé parmi les meilleurs au monde.

plusmieuxguerir.org



Fondation
CHU Sainte-Justine
Pour l'amour des enfants

LA FORMATION CONTINUE

HIVER 2017

PRÉSENCE WEB, MÉDIAS SOCIAUX ET E-RÉPUTATION EN MÉDECINE DENTAIRE

SAMEDI 28 JANVIER, DE 9 H À 16 H

M. Philippe Bussière

URGENCES MÉDICALES EN CABINET DENTAIRE, THÉORIE ET SIMULATIONS

SAMEDI 28 JANVIER, DE 9 H À 16 H ET
VENDREDI 3 FÉVRIER, DE 8 H À 16 H (OPTIONNEL)

Dr Carl Bouchard, D.M.D., M. Sc., FRCD(C)

Dre Christine Nadeau, D.M.D., M. Sc., Cert. médecine buccale

Dre Annie-Claude Valcourt, D.M.D. M. Sc., FRCD(C)

34^e JOURNÉE SCIENTIFIQUE: MALADIE PÉRI- IMPLANTAIRE: COMMENT GÉRER NOS PATIENTS?

VENDREDI 10 FÉVRIER, DE 8 H 30 À 16 H

Dr Reginaldo Gonçalves, DDS, M. Sc., Ph D. dip. ABP, FRCD(C)

Dre Nancy Mouradian, D.M.D., Cert. Paro.

CESSEZ D'ÉTEINDRE DES FEUX ET ADOPTEZ UNE GESTION PROACTIVE EN CABINET DENTAIRE

SAMEDI 25 FÉVRIER, DE 9 H À 16 H

Mme Karine Sirois

FAIRE LE BON CHOIX DE MATÉRIAUX DE RESTAURATION EN PROTHÈSE DENTAIRE FIXE ET EN IMPLANTOLOGIE

SAMEDI 18 MARS, DE 9 H À 16 H

Dr Philippe Girard, D.M.D., M. Sc. Prostho., FRCD(C)

RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE/ DEA, COURS COMPLET

SAMEDI 25 MARS, DE 9 H À 16 H

Médecin (Croix-Rouge)

SOINS AVANCÉS EN RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE ET SÉDATION CONSCIENTE PAR INHALATION DE PROTOXYDE D'AZOTE

7, 8 ET 9 AVRIL (VOLET SARC) ET
22 ET 23 AVRIL 2017 (VOLET SÉDATION CONSCIENTE)

Mme Hélène Quevillon, inf.

Dre Annie-Claude Valcourt, D.M.D., M. Sc., FRCD(C)

(Inscription avant le 15 janvier)

LE CONTRAT DE PARTAGE D'HONORAIRES ENTRE DENTISTES - ACDQ

SAMEDI 8 AVRIL, DE 9 H À 12 H

Me Simon Roux

CONSIDÉRATIONS STRATÉGIQUES DANS LA PLANIFICATION DU TRAITEMENT: UNE VISION ENDODONTIQUE, PARODONTALE ET PROSTHODONTIQUE

SAMEDI 22 AVRIL, DE 9 H À 16 H

Dr Reginaldo Gonçalves, DDS, M. Sc. Ph D., Dip. ABP, FRCD(C)

Dre Annik Pelletier, D.M.D., M. Sc., FRCD(C)

Dre Juliana Santos, DDS, M. Sc. Ph D., FRCD(C)

ATELIER-RÉSIDENTE EN CHIRURGIE DENTO-ALVÉOLAIRE (COMPLET)

SAMEDI 6 MAI, DE 9 H À 16 H, LES LUNDI, MARDI
ET MERCREDI, 8, 9 ET 10 MAI, DE 8 H À 17 H

Dre Christine Sauvé, D.M.D., M.Sc., FRCD(C)

Dre Annie-Claude Valcourt, D.M.D., M.Sc., FRCD(C)

www.fmd.ulaval.ca/fc



UNIVERSITÉ
LAVAL

Faculté de médecine dentaire



Situations et questionnements récurrents : des éclaircissements

En plus de vous transmettre ses meilleurs souhaits pour la nouvelle année, l'Ordre des dentistes désire vous faire part de quelques observations relatives à des situations et à des questionnements qui sont soumis régulièrement au bureau du syndic et à la direction des services professionnels.

Traitement médical de la carie

Un questionnaire d'intérêt concerne la tenue du dossier dans le cadre d'un traitement médical de la carie. Il est évident que les annotations associées au modèle chirurgical classique ne répondent pas aux besoins inhérents à l'évolution des lésions identifiées et traitées. Le traitement médical de lésions carieuses exige, par la force des choses, un relevé exact des atteintes à chaque étape du traitement, de façon à documenter leur évolution et les résultats du traitement.

Quant à la classification des lésions elles-mêmes, nous vous suggérons de consulter un récent article du *Journal* qui propose un modèle éprouvé¹.

Tenue de dossier

Le dossier doit comprendre toutes les informations relatives à la relation dentiste-patient, telles qu'indiquées au Règlement sur la tenue des cabinets et des dossiers et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre des dentistes du Québec (Règlement)².

Un premier rappel concerne l'obligation suivante : « Toute consignation écrite au dossier doit être lisible ». Cette règle implique la notion de « compréhension », notamment si on considère le droit du patient de prendre

connaissance de son dossier et, évidemment, d'en comprendre le contenu. Le dentiste doit donc apporter une attention particulière au caractère intelligible des notes consignées. Ces dernières doivent pouvoir être déchiffrées sans peine par toute personne appelée à en prendre connaissance, que ce soit le patient ou les membres de l'équipe dentaire. Un autre dentiste doit également pouvoir en comprendre le sens et l'expliquer à son patient.

Conservation et destruction

Le Règlement² prévoit que les dossiers doivent être conservés durant cinq ans suivant la « dernière inscription ». On doit comprendre que c'est tout le dossier qui doit ainsi être conservé, et non seulement les inscriptions des cinq dernières années. Mentionnons que cette « dernière inscription » à partir de laquelle est calculé le délai de conservation n'est pas nécessairement associée à un traitement ou à un rendez-vous de suivi. Une communication téléphonique peut, par exemple, justifier une annotation si elle s'inscrit dans la relation dentiste-patient. À ce titre, toute information relative aux services fournis par le dentiste, notamment l'apparition d'un problème, doit faire l'objet d'une note au dossier, même s'il s'est écoulé plusieurs années depuis le dernier rendez-vous. Cette note devient alors la « dernière inscription » à partir de laquelle un nouveau délai de cinq ans est calculé.

1 « La carie dentaire, un changement de paradigme », vol. 52, n° 3.

2 Règlement sur la tenue des cabinets et des dossiers et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre des dentistes du Québec, www.odq.qc.ca, sous L'Ordre – Lois et règlements.

Publicité et promotion

Une situation problématique en émergence concerne les agences de publicité, notamment celles qui créent et alimentent en contenu des sites Internet à l'intention des dentistes. Les normes publicitaires et promotionnelles ne sont certainement pas les mêmes pour les professionnels que pour les entreprises strictement commerciales. Les concepteurs publicitaires auront cependant tendance à utiliser ces mêmes techniques pour attirer la clientèle chez leur client dentiste.

Or, la publicité faite au moyen de sites Internet et des médias sociaux est soumise aux règles du Code de déontologie des dentistes, tant pour les offres promotionnelles, les tirages et les rabais que pour les témoignages d'appui ou de reconnaissance. Le dentiste est responsable de toute publicité faite en son nom, peu importe le moyen utilisé ou le public ciblé.

Les tirages, cadeaux, remises et ristournes sont toujours proscrits, car un dentiste ne peut accorder un avantage, une commission ou une ristourne à quelque personne que ce soit^I.

Les normes déontologiques en matière de publicité (Code de déontologie des dentistes, section III, paragraphe 9) ont été adoptées par la profession en fonction des droits du public d'être informé des services qui lui sont offerts tout en considérant l'importance de ne pas donner à cette information un caractère de commercialité.

Dans cet ordre d'idées, mentionnons l'incompatibilité des sites de vente de services à rabais avec les obligations déontologiques du dentiste. L'utilisation de ces entreprises promotionnelles va à l'encontre des obligations déontologiques sur deux points fort importants. D'une part, on demande au patient de payer d'avance pour des services qui n'ont pas été fournis^{II} ni même évalués au moyen d'un examen et d'un diagnostic^{III} et, d'autre part, le dentiste accepte de partager ses honoraires avec un non-dentiste^{IV}. Dans son concept même, cette forme de promotion ne respecte pas la réglementation.

Ordonnances et médicaments

Le champ de compétence du dentiste en matière de prescription de médicaments fait régulièrement l'objet d'interprétations qui ne sont pas toujours conformes à l'esprit et à la lettre de la réglementation en vigueur. Le dentiste peut prescrire des médicaments, et ce, uniquement dans le cadre de l'exercice de sa profession, c'est-à-dire que les médicaments en question doivent être en lien direct avec un diagnostic et un traitement particuliers qui relèvent eux-mêmes de sa compétence. Il va sans dire que les ordonnances de complaisance sont exclues, même si le médicament en cause fait partie de ceux prescrits régulièrement par un médecin; un anxiolytique ne peut l'être non plus dans une quantité qui n'est pas justifiée par une intervention ou un traitement dentaire.

Consentement

Le principe directeur du consentement veut qu'aucun geste ne puisse être posé sur la personne d'un patient sans qu'il y ait eu un consentement éclairé aux soins proposés. À moins qu'il y ait urgence d'agir, il n'y a aucune exception à cette règle.

L'intensité du devoir d'information varie selon la nature de l'intervention (urgente, nécessaire ou élective) et de la condition du patient. Par ailleurs, le dentiste doit s'adapter à la capacité de ce dernier à comprendre ses explications. Pour toutes ces raisons, le consentement doit donc être individualisé.

De plus, le devoir d'information est un processus continu. Ainsi, en cours de traitement, des incidents ou des complications peuvent modifier l'orientation de départ. Dans ce contexte, toute modification qui peut donner ouverture à des choix et avoir une incidence sur la décision initiale du patient doit être soumise à un nouveau consentement^V. Ce n'est que lorsqu'une complication très sérieuse survient et qu'elle nécessite une intervention immédiate pour protéger la vie ou la santé du patient que le dentiste ne serait pas tenu d'obtenir un nouveau consentement avant d'agir.



L'intensité du devoir d'information varie selon la nature de l'intervention (urgente, nécessaire ou élective) et de la condition du patient. Par ailleurs, le dentiste doit s'adapter à la capacité de ce dernier à comprendre ses explications. Pour toutes ces raisons, le consentement doit donc être individualisé.



Cette obligation ne peut être remplie avec laxisme ou imprécision. Le consentement ne peut être obtenu par déduction, par présomption ou encore être partiel. Par exemple, on ne peut présumer que le patient est au courant des avantages, du pronostic, des risques et des coûts d'une intervention du fait qu'il a déjà accepté et subi le même genre de traitement par le passé. De plus, le fait que le patient ne pose pas de questions ne relève pas le dentiste de son obligation.

Qui plus est, l'obtention du consentement relève du dentiste lui-même et ne peut donc être déléguée. Avec tous les égards dus au personnel, dont la compétence n'est aucunement mise en doute, le mandat de ce dernier doit se limiter aux considérations administratives. Le

dentiste lui-même a l'obligation de fournir toutes les explications, de répondre à toutes les questions du patient et d'obtenir le consentement aux soins et aux honoraires^{VI}.

Pour accéder aux références de cet article, consultez le www.odq.qc.ca sous l'onglet Lois et règlements.

- I Art. 3.05.05 2° du Code de déontologie des dentistes (Code).
- II Art. 3.08.04 du Code.
- III Art. 3.02.05 du Code.
- IV Art. 3.05.07 du Code.
- V Art. 3.02.04 et 3.02.06 du Code.
- VI Voir également art. 3.02.03, 3.08.03 et 3.08.04 du Code.



Centre de spécialistes
dentaires et implantologie

Endodontie
Implants
Médecine Buccale
Parodontie
Pathologie Buccale



Notre mission est d'offrir des services de qualité, à la fine pointe de la technologie, dans une atmosphère chaleureuse et attentionnée, par du personnel qualifié et professionnel.



Dr Julie Leduc, Endodontiste



Dr Éric Lacoste, Parodontiste

NOUS JOINDRE

Tél. : 450 687-3310

www.specialistesdentaireslaval.com

Formulaire de référence disponible en ligne

3333, 100^e Avenue, suite 300, Laval (Qc) H7T 0G3
autoroute 440 Sud, entre l'autoroute 13 et 15

STATIONNEMENT GRATUIT

Au cours de l'année 2016, l'Ordre a eu le plaisir de délivrer plus de 200 nouveaux permis et certificats de spécialiste.

Toutes nos félicitations!

D^r Saleh Abbass

D^{re} Erica Abbey

D^r Aziz Daniel Abdel Malak

D^r Luis Ernesto Acuna Roldán

D^r Ahmed Al Subaie

D^{re} Aliaa Al-Khateeb

D^r Mohamed-Aban Al-khatib

D^{re} Claudel Archambault-Masson

D^{re} France Julie Arseneau

D^{re} Natalie Arshat

D^r Philip Aziz

D^r Rachid Azzouzi

D^{re} Catherine Baillargeon-Audet

D^r Yvan Bainçonau

D^{re} Fani Barrette

D^r Mathieu Barry

D^{re} Laura Beaudoin-Gentes

D^{re} Pascale Beaudry

D^r Bruno-Pier Bédard

D^{re} Gabrielle Bélanger

D^{re} Hélène Bélanger

D^r Nicolas Bergeron

D^r Fabien Birlé

D^{re} Caroline Bissonnette

D^{re} Marie-Pier Blanchette

D^{re} Laurence Bombardier-Cauffopé

D^r Carlos Bou Assi

D^{re} Fazia Bouakiz

D^{re} Marianne Bouchard-Asselin

D^r Wissem Boudhraa

D^{re} Marilyne Boulé

D^r Maxime Bourdon

D^{re} Amel Bouzid

D^r Simon-Olivier Brault

D^{re} Gabrielle Cadoret

D^{re} Edilsys Carralero Arnedo

D^r Alexandre Carrier

D^r Gabriel Cernica

D^{re} Mary Jane Chadi

D^{re} Sofia Alejandra Charry Castrillon

D^r Kevin Chartrand

D^{re} Luciana Chbeir

D^r Karim Chehata

D^r Godwin Joseph Cheung

D^{re} Christy Chu

D^{re} Gabriela Chwoschtschinsky Izquierdo

D^{re} Anne-Marie Claveau

D^{re} Florence Cloutier-Toupin

D^r Nicolas Cohen

D^{re} Christine Côté

D^{re} Jacynthe Côté

D^{re} Jessica Couto

D^{re} Nadia Couture

D^{re} Catherine Crête-Belzile

D^{re} Elisabeth Croteau

D^{re} Didem Dagdeviren

D^{re} Janick Decoste

D^{re} Sophie Delisle

D^{re} Isabelle Dimitri

D^r Adika Dogbé

D^{re} Camille Dubois

D^{re} Karelle Dubois L'Archevêque

D^{re} Frédérique Duchesneau-Papineau

D^{re} Vanessa Dufour

D^{re} Isabelle Dumais

D^{re} Audrey Éthier

D^r Mohammad Sharif Faizi

D^{re} Jaelle Filion

D^r Maxime Fontaine

D^{re} Chloë Allyson Fung

D^{re} Catherine Gagnon

D^{re} Heidi Gaied

D^{re} Alexandra Gauthier

D^{re} Carole-Anne Gauthier

D^r Jean-Philippe Gauthier

D^r Elie Georges

D^{re} Maha Ghawi

D^r Samuel Girard

D^r Michaël Godin

D^r Valentin Gomez

D^r Guillaume Goulet

D^{re} Véronique Goulet

D^{re} Sophie Virginie Grajon

D^{re} Yulia Grebneva

D^r Alexandre Grégoire

D^{re} Marilyne Guérin

D^{re} Corinne Harboun

D^{re} Diana Heckler

D^{re} Maryse Helmy

D^{re} Jane Yarda Hendrickson-Rebizant

D^{re} Fatima Hennous

D^{re} Nancy Jacome Moreno

D^{re} Marwa Jadayel

D^r Rami Joudi

D^{re} Mawloda Joya

D^{re} Sana Kamel

D^{re} Charlotte Kemp

D^r Georges Khawam

D^{re} Tanya Khawam

D^r Muhammad Faheem Khiyani

D^{re} Sofia Kholmogorova

D^{re} Khadija Khoulane

D^r Michael Lacroix

D^r Étienne Laflamme

D^r Nycholas Lafrenière

D^{re} Christine Lagrange

D^{re} Caroline Laliberté

D^{re} Alexandra Langelier

D^r Yannick Laprise

D^r Mathieu Laramée

D^r Mathieu Laverdière

D^{re} Stéphanie Leblanc

D^r Olivier Leclerc

D^{re} Alexandra Lemieux

D^{re} Natalie Liu

D^{re} Tiffany Luong

D^r Patrick Lyons

D^r Ahmed El Sayed Mahmoud Rizk

D^r Mohammed Mahri

D^{re} Sophie Maillard

D ^e Laura Mancini	D ^r Sébastien Perreault	D ^e Arthiha Subramaniam
D ^r Hadi Mansour	D ^r Lionel Louis Perrin	D ^e Mélanie Taillefer
D ^e Sophie Marchant	D ^e Camille Philippe-Picard	D ^r Monzer Tamim
D ^e Shantag Mardirosian	D ^e Catherine Piché	D ^e Gheeda Tannous
D ^r Lazam Mehdiu	D ^e Jade Pichon-Roy	D ^e Tara Tobagi
D ^r Yuxin Mei	D ^e Mélanie Plante	D ^r Charles Tremblay
D ^r Bachir Meklat	D ^e Cyrielle Polo	D ^r Etienne Tremblay
D ^e Marie-Pier Milot	D ^e Audrey Quesnel-Pierre	D ^e Cassandra Tremblay
D ^e Anne-Marie Moreau	D ^r Karim Rafla	D ^r Giao Quoc Trinh
D ^e Alexandra Morin	D ^r Emad Rastikerdar	D ^r Paulo Tat Dat Truong
D ^e Elsa Morin	D ^r Julien Rémillard	D ^e Valérie Turgeon
D ^e Fanny Morin-Roy	D ^r Olivier Roca	D ^r Stefan Urzedowski
D ^e Rébecca-Marie Mossaad	D ^e Fabienne Rosset	D ^r Matthieu Vanasse
D ^e Elsey Mota	D ^r Antonio Rossi	D ^e Vicky Veillette-Boucher
D ^e Sara Moustafa	D ^e Josée Roy-Lafrance	D ^r Carlos Guillermo Vieira Bastidas
D ^e Negaar Nadji	D ^e Marie-Pier S. Garant	D ^e Karla Maria Villanueva Odicio
D ^r Mehdi Noei	D ^e Dana Saade	D ^e Laurence Voyer
D ^r Charles Paquin	D ^r Shayan Sadeghi	D ^e Sadia Dipa Wali
D ^e Jessica Paradis	D ^e Kristin Sani	D ^r Jonathan Andrew Werbitt
D ^r Jean-Gilbert Paulo	D ^e Julia Schwartz	D ^e Jasmine Wright
D ^r Samuel Pelletier	D ^e Ezra Sebbag	D ^r Bishoy Yacoub
D ^e Sarah-Maude Pelletier	D ^e Jamila Shakir	D ^r Saroeun You
D ^e Annik Pelletier	D ^e Amélia Shams	D ^r Hongda Zheng
D ^r Vincent Pelletier-Bouchard	D ^r Jimmy St-Onge-Lemay	

Certificats de spécialiste

D ^r Ghassan Al Dika	Prosthodontie
D ^e Jennifer Brien	Orthodontie
D ^e Cynthia Carbone	Orthodontie
D ^r Étienne Caron	Dentisterie pédiatrique
D ^e Natasha Cassir	Orthodontie
D ^e Marie-Claude Chouinard	Orthodontie
D ^e Sarah Eve Dumais Pelletier	Dentisterie pédiatrique
D ^r Philippe Duquette-Allard	Endodontie
D ^r Alain Guimont	Chirurgie buccale et maxillo-faciale
D ^r Jean-Philippe Houle	Orthodontie
D ^r Michel Martin	Orthodontie
D ^r Jordan Nemes	Orthodontie
D ^r Jean-Gilbert Paulo	Chirurgie buccale et maxillo-faciale
D ^e Geneviève Payne	Parodontie
D ^e Annik Pelletier	Prosthodontie
D ^e Pascale Robitaille	Orthodontie
D ^r Manh Khoa Tran	Chirurgie buccale et maxillo-faciale
D ^e Emmanuelle Vachon	Parodontie
D ^r François Veilleux	Parodontie
D ^r Jonathan Andrew Werbitt	Orthodontie
D ^r Edward Hyun Yoon	Dentisterie pédiatrique



Association dentaire canadienne	9
Centre de spécialistes dentaires et implantologie	37
Clinica Services-Conseils	40
Code Bleu Placement en Santé	44
Gescom Conseils	6
Laboratoire Lafond Desjardins & Associés	13
Patterson dentaire Canada	2
Proctor & Gamble	24 et 43
RBC Banque Royale	23
ROI Corporation	22
Sogedent Assurances Inc.	10
Université Laval – Faculté de médecine dentaire	34

CONSEIL D'ADMINISTRATION
ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

PRÉSIDENT D^r Barry Dolman*

ADMINISTRATEURS

- 1 Bas-Saint-Laurent – Côte-Nord
Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine**
D^r Peter C. White
- 2 Saguenay – Lac-Saint-Jean**
D^r Luc Gravel
- 3 Québec**
D^r Serge-Alexandre Bellavance
D^{re} Véronique Gagnon*
- 4 Chaudière-Appalaches**
D^r Bruno Ferland, vice-président*
- 5 Mauricie – Bois-Francs**
D^r Mathieu Maurier
- 6 Estrie**
D^{re} Valérie Cusson
- 7 Montréal**
D^{re} Josée Bellefleur
D^{re} Nelly Chafai
D^{re} Véronique Deschênes*
D^{re} Isabelle Fournier
D^r Allan Lisbona
D^r Pierre Tessier
- 8 Laval**
D^{re} Nancy Beaudoin
- 9A Montérégie – Yamaska**
D^r Éric Normandeau

9B Montérégie – Haut-Saint-Laurent
Poste vacant

9C Montérégie – Vallée-du-Richelieu
D^r Marc Robert

10 Lanaudière – Laurentides
D^r Claude Beaulieu

11 Outaouais
D^r Guy Lafrance

**12 Abitibi-Témiscamingue
et Nord-du-Québec**
D^r Denis Beauvais

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

D^r Paul Desrosiers*
M. Louis Flamand
M^{me} Françoise Rollin
M. Alain Boisvert

**DIRECTRICE GÉNÉRALE
ET SECRÉTAIRE**

M^e Caroline Daoust

* Membres du comité exécutif



CLINICA
SERVICES • CONSEILS

**CONSULTANT EN ÉVALUATION ET
TRANSACTION DE CABINETS DENTAIRES**

EN RELATION AVEC LE MONDE DENTAIRE
DEPUIS PLUS DE 20 ANS

RIGUEUR

Une évaluation précise et objective

INTÉGRITÉ

Vendre votre pratique en toute confidentialité

RESPECT

Vos objectifs et vos valeurs sont notre priorité

CONSULTATION SANS FRAIS



Marco Gadbois, consultant
mgadbois@groupeclinica.ca
www.groupeclinica.ca

Sans frais : 1 888 330-7828



Journées dentaires
internationales
du Québec

26 au
30 mai

2017

MONTRÉAL
Canada

PALAIS DES CONGRÈS
DE MONTRÉAL

CONJOINTEMENT AVEC



Association internationale des
orthodontistes francophones



Ordre des techniciens
et techniciennes
dentaires du Québec



LE DENTISTE,
LE DOCTEUR QUI VEILLE
SUR VOTRE BOUCHE



Ordre des dentistes
du Québec

FAITS SAILLANTS

- Congrès conjoint avec l'Association internationale des orthodontistes francophones (AIOF)
- Dimanche le 28 mai en collaboration avec l'Ordre des techniciens et techniciennes dentaires du Québec (OTTDQ) : exposition et conférences
- Plus de 100 conférences et ateliers scientifiques en anglais et en français présentés par des cliniciens de renommée internationale provenant du monde entier
- 250 exposants occupant plus de 500 kiosques
- Ateliers pratiques et conférences couvrant tous les aspects de la dentisterie
- Frais d'inscription minimes donnant accès à toutes les conférences et à la salle d'exposition
- Unités de formation dentaire continue pour toutes les conférences et visites de la salle d'exposition

TOUT CELA SOUS UN MÊME TOIT AU
PALAIS DES CONGRÈS DE MONTRÉAL
AU CŒUR DU CENTRE-VILLE

47^e

CONGRÈS ANNUEL
DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

RECONNU PAR

ADA C-E-R-P® Continuing Education
Recognition Program

SUIVEZ-NOUS SUR :  

Téléchargez l'application mobile **JDIQ2017**

POUR PLUS D'INFORMATION :

800, boulevard René-Lévesque Ouest, bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 1X9

Téléphone : 514 875-8511 • Téléc. : 514 875-1561
congres@odq.qc.ca • www.odq.qc.ca

26-30 MAI 2017

Journées dentaires internationales du Québec

Palais des congrès de Montréal

Montréal, Québec

congres@odq.qc.ca

www.odq.qc.ca

Calendrier des conférences 2016-2017

Formation dentaire continue

Le calendrier des conférences 2016-2017 est en ligne. Pour y accéder, allez à la section Membres/Étudiants du www.odq.qc.ca, sous l'onglet Sociétés dentaires/Grille d'activités scientifiques.

25-29 JANVIER

Yankee Dental Congress

Boston, Massachusetts

www.yankeedental.com

23-25 FÉVRIER

Midwinter Meeting – Chicago Dental Society

Chicago, Illinois

www.cds.org

9-11 MARS

Pacific Dental Conference

Vancouver, Colombie-Britannique

www.pdconf.com

29 AOÛT-1^{er} SEPTEMBRE

FDI Annual World Dental Congress

Madrid, Espagne

www.world-dental-congress.org

19-23 OCTOBRE

American Dental Association – Annual Session

Atlanta, Géorgie

www.ada.org/en/meeting/

PROGRAMME DE SUIVI INDIVIDUALISÉ

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

CONFIDENTIALITÉ ASSURÉE

514 875-8511
1 800 361-4887



Journal

DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

Hiver 2017 | Volume 54, numéro 1

PUBLICATION OFFICIELLE DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

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

Éditeur

Ordre des dentistes du Québec

Rédactrice en chef

Carole Erdelyon

Rédacteur adjoint

Paul Morin

Révisseure

Nataly Rainville

Chargée – publications aux membres

Natalie Séguin

Conception graphique

Sophie Gauthier, Zoom In Design

Impression

Imprimerie F.L. Chicoine

Production

Direction des affaires publiques
et des communications

Tirage

4 000 exemplaires | Publié 4 fois l'an

Abonnement

Taxes incluses

Québec / Canada 75,00 \$

À l'étranger 85,00 \$

Envois de publications canadiennes

Numéro de convention 40064801

ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

800, boul. René-Lévesque Ouest

Bureau 1640

Montréal (Québec) H3B 1X9

Téléphone : 514 875-8511

Télécopieur : 514 875-9049

Courriel : journal@odq.qc.ca

Port de retour garanti

Dépôt légal

Bibliothèque nationale

ISSN : 1718-1569 (Imprimé)

ISSN : 2291-1782 (En ligne)

© Copyright 1981



L'ADVERSAIRE DE L'ACIDE.

Crest® Pro-Santé Avancé contient du fluorure stanneux pour des dents plus saines et plus fortes.

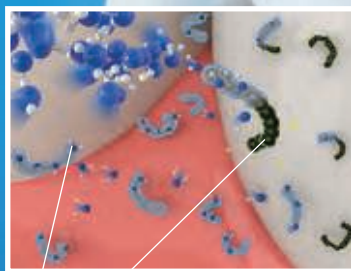
1. Le fluorure stanneux reminéralise l'émail affaibli.



2. Le fluorure stanneux forme une micro pellicule de protection pour prévenir l'érosion causée par l'acidité et soigner la sensibilité dentaire.



3. Le fluorure stanneux freine de façon importante la production d'acides liés aux bactéries responsables de la plaque.



Fluorure stanneux stabilisé

Non traité



SANS BILLES DE POLYÉTHYLÈNE



NE TACHE PAS

© P&G, 2016 ORAL-20443

un soin continu après votre visite chez le dentiste

Crest
PRO-SANTÉ



PLACEMENT EN SANTÉ

Depuis 1999

Une ABSENCE imprévue?

Nous vous offrons :

Un placement temporaire d'urgence 24h/24

Un service de recrutement complet pour
du placement permanent.

1-844-433-DENT (3368)

De plus, nous donnons également
la formation RCR avec choc anaphylactique
dans vos bureaux ou à nos locaux.

1-855-439-3297

cv@codebleu.ca | codebleu.ca

NOUS EMBAUCHONS!

DENTISTE | HYGIÉNISTE DENTAIRE | ASSISTANTE DENTAIRE | SECRÉTAIRE DENTAIRE | COORDONNATRICE DE CLINIQUE | COORDONNATRICE DE PLAN DE TRAITEMENT