

JOURNAL

DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

VOL. 57 N° 2 / AUTOMNE 2020

Éclairage
Contamination
Participation
Incertitude
Planification
Crise
Bien-être des patients
Implication
Pandémie
Détermination
Dépistage
Adaptation
Virtual
Avancement
PL 29
Traitements électifs
Solutions
Professionnalisme
Travail d'équipe
2020
Vision
Résilience
COVID-19
Formation
Défis
Santé
Télédentisterie
Collaboration
Tissage de liens
Ordonnances
Changements
Urgences dentaires
Sécurité
Vaccination



TOUT COMMENCE À LA GENCIVE

Crest rehausse le soin des gencives grâce aux dentifrices conçus pour des **gencives plus saines éprouvées en clinique**

.....

FORMULÉ POUR LA
GINGIVITE



**ALLEZ JUSQU'AU BOUT
DE LA GINGIVITE**

99 % des patients atteints de la gingivite
ont noté une réduction des saignements
des gencives et de l'inflammation dans des
études cliniques



FORMULÉ POUR LA
SENSIBILITÉ



**NE FAITES PAS QUE TRAITER
LA DOULEUR LIÉE À LA
SENSIBILITÉ. PRÉVENEZ-LA.**

80 % de la sensibilité commence à la marge
gingivale à cause de la récession†



**VISITEZ [DENTALCARE.CA/FR-CA/COMMANDECREST](https://dentalcare.ca/fr-ca/commandecrest)
POUR EN SAVOIR PLUS ET COMMANDER DES
ÉCHANTILLONS GRATUITS DÈS AUJOURD'HUI!**



*Commence à fonctionner immédiatement en bloquant les tubules pour un soulagement en quelques jours

†Il existe de nombreuses causes de la récession gingivale. Le dentifrice Crest Pro-Santé Gum & Sensitivity aide à prévenir la sensibilité future en combattant la plaque et la gingivite afin de réduire les risques de récession gingivale, soit une des causes de la sensibilité dentaire.

‡Bienfaits en matière de santé buccodentaire validés par l'ADC : gingivite, sensibilité, érosion de l'émail causée par l'acidité, plaque et caries

SOMMAIRE

4 MOT DU PRÉSIDENT

10 MOT DE LA
DIRECTRICE GÉNÉRALE

30 EXERCICE DE LA
MÉDECINE DENTAIRE
Plus d'activités de formation
au bout des doigts

Dépistage de l'apnée
obstructive du sommeil –
Une formation qui ouvre
de nouveaux horizons

La nouvelle classification des
maladies et conditions paro-
dontales et péri-implantaires :
quoi de neuf? Quoi de plus?
– La tournée de l'Ordre en
mode virtuel en temps de
pandémie

AGA 2020 : un rendez-vous
démocratique important et
une formation d'actualité

34 LES JOURNÉES
DENTAIRE
INTERNATIONALES
DU QUÉBEC

36 FONDS D'ASSURANCE-
RESPONSABILITÉ
DE L'ORDRE

PARODONTIE

14

La nouvelle classification
des maladies et conditions
parodontales et
péri-implantaires



38 FONDATION DE L'ORDRE

40 AU TABLEAU

42 IN MEMORIAM
- Dr Marius Crête
- Dr Louis Dubé
- Dr Paul Germain

46 À L'AGENDA



Marcher ensemble pour aller plus loin

Si tu veux aller vite, marche seul, mais si tu veux aller loin, marchons ensemble. — Proverbe africain

En janvier dernier, dans le [premier éditorial](#) que je signalais en tant que président nouvellement élu, je mentionnais l'importance de la communication alors que notre profession fait face à des enjeux de taille pour permettre à la population d'avoir accès à des soins dentaires de qualité. J'y faisais notamment valoir qu'à titre d'organisme de contrôle de l'exercice de la profession, l'Ordre des dentistes devait non seulement faire respecter le cadre législatif et réglementaire qui régit ses membres, mais aussi communiquer davantage en amont les changements susceptibles d'influencer leur pratique au quotidien. Au même moment, nous entamions un exercice de planification stratégique qui devait paver la voie aux priorités de l'Ordre pour les prochaines années.

Une crise sanitaire sans précédent

C'est dans cet état d'esprit, remplis de bonnes intentions, que nous avons été plongés dans une crise sanitaire historique le printemps dernier. Tout comme vous, nous avons dû nous réorganiser pour répondre aux appels au confinement lancés par les autorités de santé publique et de sécurité civile. Placés dans une situation très difficile où vous ne pouviez traiter que les urgences buccodentaires, vous avez fait preuve de patience, de résilience et de professionnalisme, ce dont nous sommes conscients. Sachez que nous n'avons ménagé aucun effort pour vous tenir informés.



La tâche n'a pas été facile, dans un climat d'incertitude où les informations nous parvenant des autorités de santé publique évoluaient d'heure en heure. Entre le décret de l'urgence sanitaire à la mi-mars et la reprise graduelle des traitements électifs au début juin, c'est plus d'une quarantaine de bulletins qui vous ont été acheminés afin de relayer les informations des autorités de santé publique, reçues souvent à la dernière minute.

Force est de constater que dans ces circonstances inédites, les derniers mois ont durement mis à l'épreuve nos modes de communication et nous ont amenés à nous interroger sur la meilleure façon de transmettre nos messages au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie et des directives des autorités. Pour employer une figure de style qu'affectionne le premier ministre François Legault, « nous construisions l'avion alors qu'il était en vol ». Dans cette période de tourmente, mes collègues du conseil d'administration et moi ainsi que la direction de l'Ordre avons été animés par une volonté constante de permettre la reprise des traitements électifs le plus rapidement possible afin de donner aux Québécois un accès sécuritaire à des soins buccodentaires de qualité, dans un contexte de pandémie. Dès que l'information officielle nous parvenait des autorités, nous nous assurons de vous la communiquer sans tarder, souvent en soirée et même les fins de semaine.

Les mesures mises en place pour permettre la poursuite sécuritaire des traitements électifs en clinique dentaire au cours des derniers mois ont porté leurs fruits jusqu'à présent. La discipline dont vous avez fait preuve a permis de démontrer au gouvernement l'importance de maintenir les cliniques dentaires en pleine opération alors que la deuxième vague déferle sur le Québec. À la lumière des plus récentes données épidémiologiques et du reconfinement partiel de certains secteurs d'activités dans quelques régions du Québec, on ne peut pas dire que nous sommes sortis d'affaire. Devant tant d'incertitude, nous devons plus que jamais demeurer vigilants, peu importe le palier d'alerte en vigueur dans notre région, afin de maintenir nos environnements de travail sécuritaires, tant pour nos patients que pour nos équipes dentaires et nous.

Serrer les rangs

Mes collègues du conseil d'administration et moi, tout comme la direction de l'Ordre, sommes conscients du mécontentement ressenti par plusieurs de nos membres qui s'attendent à plus de la part de leur ordre professionnel. Bien qu'une mécompréhension de la mission même de l'Ordre, qui est de protéger le public, et non de défendre l'intérêt de ses membres, puisse être à la source de ce mécontentement, nous avons le devoir de vous accompagner dans la mise en œuvre des normes de pratique et de l'encadrement réglementaire, tant du point de vue de la formation continue, de la tenue des cliniques dentaires que de la déontologie. Cela est aussi vrai pour ce qui est des changements législatifs et réglementaires apportés au fil du temps par le législateur et les instances gouvernementales, auxquels nous devons mieux vous préparer pour vous permettre de les appliquer adéquatement dans votre pratique.

Comme vous tous, l'Ordre a à cœur le bien-être des patients et des membres de la profession. Pour mieux comprendre vos préoccupations et vous rejoindre plus facilement, nous aurons besoin de la collaboration de tous nos partenaires du domaine buccodentaire, qu'ils soient issus des milieux universitaires et associatifs ou des sociétés dentaires présentes dans bon nombre de régions du Québec. C'est en collaborant que nous contribuerons à améliorer la santé buccodentaire des Québécois.

En établissant une relation positive dans le respect et la compréhension des enjeux mutuels, l'Ordre et les dentistes seront mieux outillés en vue de relever les défis que posent le maintien et l'amélioration de la santé buccodentaire des Québécoises et des Québécois. Au cours des prochains mois, l'Ordre poursuivra ses démarches de consultation des membres, et je vous invite à y participer en grand nombre. Les résultats de cette consultation nous permettront certainement d'en venir à marcher ensemble pour aller plus loin.

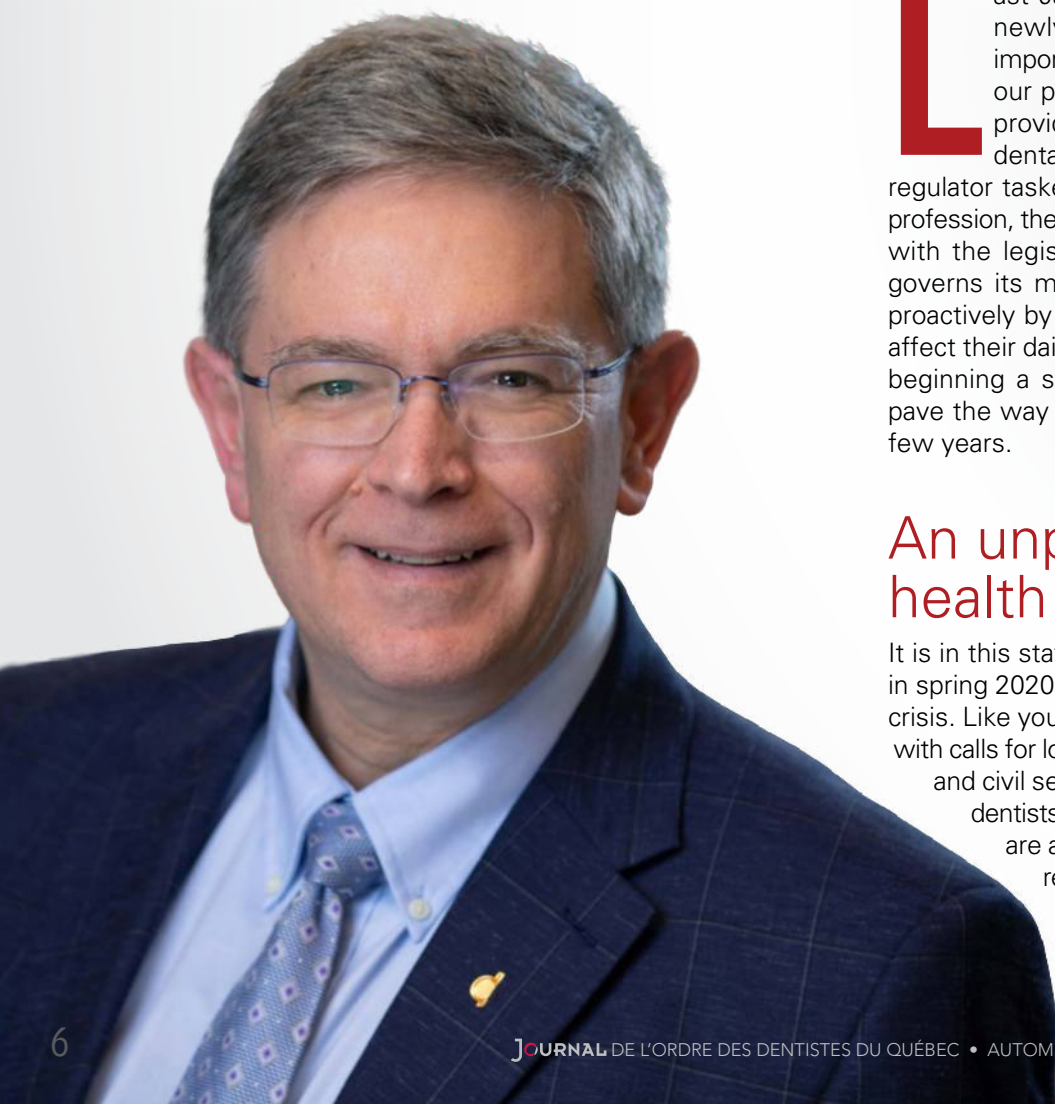
Guy Lafrance, DMD

Président

president@odq.qc.ca

Walking together to go further

*If you want to go fast, walk alone, but if you want to go far,
let's walk together. — African proverb*



Last January, in the [first editorial](#) I wrote as newly elected president, I mentioned the importance of communication at a time when our profession is facing major challenges in providing the public with access to quality dental care. In particular, I stressed that as a regulator tasked with overseeing the practice of the profession, the Order must not only ensure compliance with the legislative and regulatory framework that governs its members, but also communicate more proactively by informing them of changes that could affect their daily practice. At the same time, we were beginning a strategic planning exercise that would pave the way for the Order's priorities over the next few years.

An unprecedented health crisis

It is in this state of mind, full of good intentions, that in spring 2020 we were plunged into a historic health crisis. Like you, we had to reorganize ourselves faced with calls for lockdown from authorities in public health and civil security. In a very difficult situation where dentists could only treat dental emergencies, we are all aware that you have shown patience, resilience and professionalism. Please understand that we have been steadfast in our efforts to keep you informed.

This was not easy in a climate of uncertainty where the information we received from public health authorities was changing by the hour. From the time the state of health emergency was declared in mid-March to the gradual resumption of elective treatments in early June, more than forty newsletters were sent to you to keep you up to date with information, often received at the last minute, from public health authorities.

In these unprecedented circumstances, the last few months have definitely tested our communication methods and brought us to reflect on the best way to share information with you on the constantly changing situation and government directives. To use a figure of speech made popular by Premier Legault, “we were building the plane while it was in flight.” During this period of turmoil, my colleagues on the Board of Directors and I, as well as the Order’s management team, were committed to ensuring that elective treatment could resume as quickly as possible so that Quebecers could have access to safe, quality oral health care even in the midst of the pandemic. As soon as official information was received from government authorities, we always made sure to communicate it to you quickly, often in the evening and even on weekends.

The measures implemented over the past few months to enable dentists to continue providing elective treatments have been successful to date. The discipline you have shown has demonstrated to the government the importance of keeping dental clinics fully operational as the second wave of the pandemic sweeps through Quebec. In light of the latest epidemiological data and the partial return to lockdown in certain areas of activity in some regions of Quebec, we cannot say that we are out of the woods yet. Given so much uncertainty, we must remain vigilant, now more than ever, regardless of the level of alert that prevails in our region, in order to maintain safe working environments for our patients, our dental teams and ourselves.

Closing ranks

My colleagues on the Board of Directors and the Order’s management team, and myself are aware of the dissatisfaction that exists among several of our members who expect more from their professional order. Although some of these expectations probably stem from confusion about the very role of the Order, whose primary mission is to protect the public and not to defend the interests of its members, we nonetheless have a duty to support you in implementing the various standards of practice and regulations in terms of continuing education, the operation of dental clinics and matters of ethics. Such is also true with respect to legislative and regulatory changes made over time by lawmakers and government authorities, for which we must better prepare you so that you can adequately apply them in your daily practice.

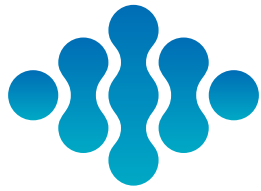
Like all of you, the Order is committed to the well-being of patients and of our members. To better understand your concerns and reach you more easily, we will need the cooperation of all our partners in the oral health community, whether they belong to universities, associations or dental societies present in many regions of Quebec. By working together, we can help improve the oral health of Quebecers.

By establishing a positive relationship based on respect and an understanding of our mutual concerns, the Order and dentists will be better prepared to meet the challenges of maintaining and improving the oral health of Quebecers. In the coming months, the Order will continue its consultation process with members, and I would like to invite all of you to participate. I am convinced that the outcome of this consultation will allow us to walk further, together.

Guy Lafrance, DMD

President

president@odq.qc.ca



S O L E A

MEILLEUR POUR VOS PATIENTS MEILLEUR POUR VOUS

MONTREAL

514.745.4040
1.800.363.1812

QUEBEC

418.688.6546
1.800.463.5199

OTTAWA

613.738.0751
1.800.267.1366



CONVERGENTDENTAL

www.pattersondentaire.com



PATTERSON
DENTAL/DENTAIRE

DES PROFESSIONNELS DE CONFIANCE

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

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

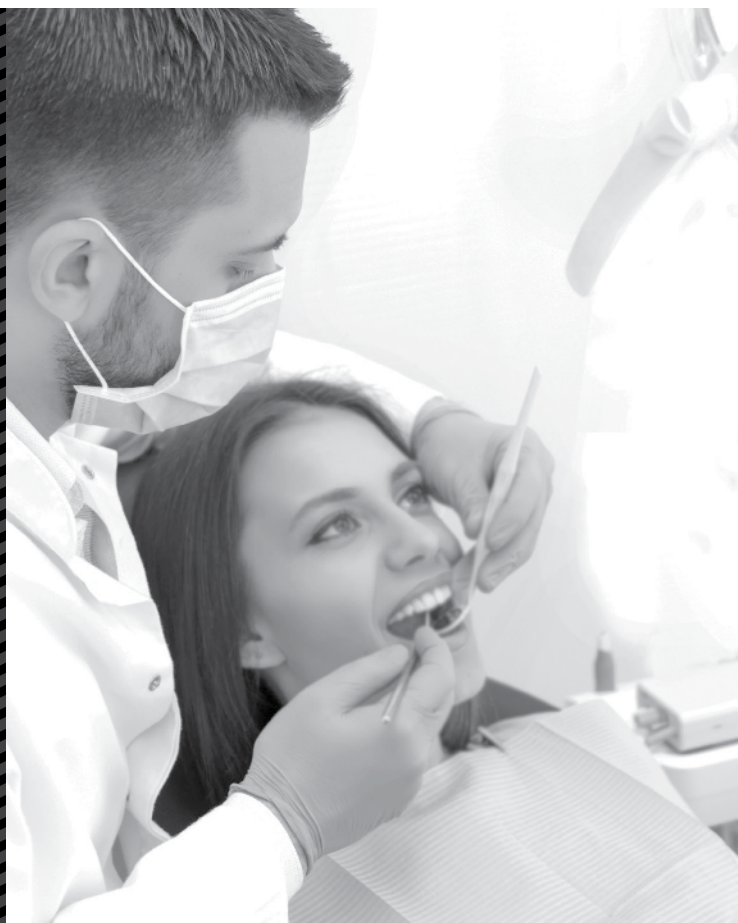
VOUS ÊTES
ESSENTIELS
VOTRE EXPERTISE
FAIT LA NÔTRE

Sogedent  Assurances^{INC.}

Cabinet de services financiers

Une filiale de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec

1 800 361 3794 / 514 282 1425 / sogedent.qc.ca



ÉVALUATION DE CLINIQUES ET D'ACHALANDAGE

Dr Pierre Boyer, DMD



NOTRE EXPERTISE
ÉVALUER LES CLINIQUES
DENTAIRES ET ACCOMPAGNER
LES DENTISTES DANS LEURS
DÉMARCHES D'ACHAT
ET DE VENTE

Pour un achat, une incorporation ou
la vente de votre clinique, faites confiance
à **Gescom Conseils.**

- Plus de 20 ans d'expérience en évaluation de cliniques dentaires au Québec
- Connaissance inégalée du marché québécois
- Coaching personnalisé
- Accompagnement pour un transfert de clientèle réussi
- Accompagnement pour acheteurs et vendeurs

450 444-0830 | gescomconseils.com | gescomconseils@gescomconseils.com



 **GESCOM**
CONSEILS



S'adapter en cette période haute en défis et en émotions

Voilà maintenant plus de sept mois que la crise sanitaire occupe nos vies. Décrété par le gouvernement le 13 mars dernier, l'état d'urgence a bouleversé notre quotidien et notre façon d'interagir en société et au travail. Il nous a forcés à prendre des décisions dans plusieurs sphères de notre existence, alors que les paramètres du terrible virus ne sont pas encore tous connus. Cette situation remplie d'incertitude n'est pas facile à gérer pour personne. Elle est mondiale et elle frappe, peu importe l'âge, l'origine, la culture, l'éducation ou le degré de richesse.

Composer avec l'incertitude

Nous avons tous besoin d'être rassurés, nous voulons savoir avec certitude quand tout cela se terminera, quand nous pourrons reprendre la vie là où nous l'avons temporairement suspendue, selon un mode établi et connu.

Voilà que, toutefois, l'absolu n'existe pas et la bonne réponse d'aujourd'hui peut devenir la mauvaise réponse de demain. Devant cela, les gestionnaires ont dû appuyer leurs décisions sur l'information et les données scientifiques disponibles, et avancer à la même vitesse que ces dernières évoluaient.





Au cours des derniers mois, votre ordre professionnel a dû être géré selon un modèle fondé sur la prudence et les compromis. En ces moments où ce que nous faisons ou pensons est chargé d'émotions, il nous faut agir en fonction des données connues et garder l'esprit ouvert, car tout change vite, très vite.

Dès le début de la crise, l'Ordre a été en lien avec les facultés, les autres ordres du domaine buccodentaire, l'Association des chirurgiens dentistes du Québec, la Fédération des dentistes spécialistes du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux, en plus de recourir à des experts en microbiologie. Une cellule de vigie a été constituée et a tenu des réunions quotidiennes afin de profiter collectivement de toutes les connaissances disponibles et de vous garder informés des plus récents développements.

Les activités courantes de l'Ordre se sont poursuivies en télétravail ou selon une formule hybride, comme c'est encore le cas aujourd'hui, et ce, bien que plusieurs tâches aient dû être adaptées aux circonstances.

La solidarité, le sens des responsabilités, l'écoute et le dialogue sont des valeurs chères à l'Ordre des dentistes et à ses employés qui se sont fait un devoir de les respecter, même en cette période tumultueuse où l'expression des émotions est bien compréhensible.

Il est irréaliste de croire que tout reviendra à la normale dans un avenir rapproché. Nous aurons tous tiré des enseignements pendant la pandémie, nous aurons développé de nouvelles façons de faire, mais, surtout, nous aurons tissé des liens avec les différents acteurs de notre écosystème professionnel. Ces acquis nous seront profitables, puisqu'ils nous permettront de bâtir le futur.

Poursuivre le travail malgré la pandémie

Dire que la pandémie a généré pour tous un lot important de contraintes et un surplus de travail relève de l'évidence. Malgré tout, l'Ordre n'a pas chômé : il a assermenté 126 dentistes depuis le 1^{er} avril dernier; revampé sa plateforme de formation continue; mis en place sa nouvelle réglementation sur la formation continue; offert un cours obligatoire qui enrichira les connaissances de tous pour le bien de la santé de la population; amorcé l'intégration du Fonds d'assurance-responsabilité professionnelle des dentistes; développé sa plateforme technologique pour faciliter les activités futures des membres en vue de se conformer à la réglementation; aidé les dentistes au quotidien en leur offrant des services-conseils avec des ressources limitées; continué à développer des lignes directrices; adopté un projet de Code de déontologie et de règlement sur les ordonnances; fait des représentations pour que le projet de loi 29 chemine et assisté aux débats de sa lecture détaillée en commission parlementaire.

Le législateur a en effet adopté, le 24 septembre dernier, le projet de loi 29, qui deviendra la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées (Loi 15). Avec une entrée en vigueur le jour même, aucun délai n'a été offert à l'Ordre, à ses membres de même qu'aux autres professionnels de la santé buccodentaire pour se préparer à une application graduelle de la loi.





Soutenir la modernisation de la pratique

Avec le concours des ordres visés et en accord avec les décisions de leur conseil d'administration respectif, des guides explicatifs seront rédigés afin de préciser les activités réservées et les champs de pratique selon des concepts compris, approuvés et appliqués par tous. Les travaux pour y parvenir doivent se faire avec célérité, et vous serez accompagnés pour comprendre ce que cela changera pour vous et vos équipes.

La base de la modernisation est l'ordonnance, un outil auquel les dentistes ont déjà recours pour les médicaments, les prothèses et les appareils dentaires et qu'ils emploieront dorénavant pour les traitements confiés aux hygiénistes dentaires ou aux denturologistes. La terminologie utilisée par le législateur est celle qui était à la base de la réforme en santé physique et en santé mentale; elle sera adaptée à la santé de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus avoisinants.

La pratique de la médecine dentaire se transforme et évolue. L'année 2020, avec une loi attendue depuis 20 ans, une pandémie qui n'est pas encore terminée et les défis de la réorganisation du travail, met notre patience et notre résilience à l'épreuve. Les équipes de l'Ordre, sous la gouverne du conseil d'administration, travaillent de tout cœur afin de vous offrir le soutien nécessaire pour relever ces défis, et je tiens ici à vous témoigner leur engagement inconditionnel.

M^e Caroline Daoust

Directrice générale
dirgen@odq.qc.ca

Vous pouvez enfin souffler

MICU de aëris

Seule solution professionnelle de purification d'air et de surfaces spécialement conçue pour protéger le personnel dentaire.



swiss  made

aëris

Filtration HEPA 14 (99,995 % des particules jusqu'à 0,003 microns), désinfection de l'air et des surfaces par plasma froid, bras d'aspiration des aérosols à partir de la source des émissions, appareil et filtres à revêtement antiviral et antibactérien, 295 pcm/cfm

Terra 
Boréalys

terraboréalys.com

514-571-6258

Distributeur autorisé

LA NOUVELLE CLASSIFICATION

Des maladies et
conditions parodontales
et péri-implantaires



Robert Durand¹
Ryma Kabir¹
Mazen El-Abiad¹
Nancy Mouradian²
Reginaldo Gonçalves²
René Voyer¹

¹ Faculté de médecine dentaire,
Université de Montréal

² Faculté de médecine dentaire,
Université Laval

* Avec la collaboration des membres
de l'exécutif de l'Association
des parodontistes du Québec

L'évolution des connaissances dans le vaste domaine de la parodontie, notamment celles liées aux notions d'étiologie, de pathogenèse et de facteurs de risque, a nécessité une révision en profondeur de la classification des maladies et conditions parodontales utilisée depuis 1999¹. Une nouvelle classification a été élaborée et adoptée par deux organismes majeurs, soit l'Académie américaine de parodontologie et la Fédération européenne de parodontologie². Elle a été publiée en juin 2018.

La connaissance de cette nouvelle classification présente un grand intérêt dans le cadre de la pratique clinique, puisqu'elle introduit des paramètres beaucoup plus précis dans l'établissement du diagnostic, l'évaluation de la sévérité des atteintes parodontales, la prise en compte des facteurs de risque locaux et systémiques ainsi que l'historique de la perte d'attache. Le diagnostic parodontal reposera notamment sur des notions de stade et de grade qui refléteront plus fidèlement l'étendue des pertes d'attache et le risque de progression future de la maladie.

Par sa précision, la nouvelle classification vise une évaluation plus exacte de l'étendue, de la complexité et de la sévérité de chaque cas afin de servir de guide pour la prise en charge, l'établissement du pronostic et l'anticipation des résultats de la thérapie. Cette nomenclature mieux adaptée servira aussi à faciliter les communications avec les patients et les autres professionnels de la santé.

PRÉSENTATION

Considérant la complexité du présent exercice, nous invitons les lecteurs à prendre connaissance des informations essentielles à la compréhension de la nouvelle classification et à son utilisation.

La classification est présentée en entier au tableau 1, auquel le lecteur pourra se référer. La version française reproduite ici est le fruit d'un travail collectif de professeurs des trois facultés québécoises de médecine dentaire et de membres de l'Association des parodontistes du Québec. Nous invitons les lecteurs à reproduire le tableau 1 ainsi que les tableaux suivants et à les utiliser comme guides d'exercice clinique.

Mise au point préliminaire : le PSR (*Periodontal Screening and Recording*)

Le facteur étiologique primaire de la gingivite et de la parodontite demeure les parodontopathogènes de la plaque dentaire^{3,4}. Afin de dépister les maladies parodontales efficacement, l'examen PSR des six sextants de la dentition reste l'outil de choix et devrait faire l'objet d'annotations au dossier du patient lors de l'examen initial et des rendez-vous de rappel. Le relevé des indices de plaque et de saignement est recommandé afin de déterminer l'efficacité des mesures d'hygiène buccodentaire quotidiennes ainsi que la stabilité et le degré d'inflammation du parodonte.

Le PSR permet de déterminer si un examen parodontal est nécessaire, qui évalue les profondeurs de sondage (PS), les pertes d'attache clinique, les récessions, les atteintes de furcation, la mobilité dentaire et la largeur de la gencive kératinisée. Lorsque le dépistage d'un patient indique un indice PSR de 3 ou 4, un examen parodontal du sextant affecté ou de toute la dentition est recommandé⁵. Une fois diagnostiquée, la maladie parodontale doit être classifiée afin de permettre d'établir un plan de traitement complet.

Classification des maladies et conditions parodontales et péri-implantaires

1. SANTÉ GINGIVALE, GINGIVITE ET PARODONTE RÉDUIT

Un patient peut présenter un état de santé gingivale ou une gingivite sur un parodonte intact ou réduit⁶. Un parodonte réduit peut être observé chez un patient non atteint de parodontite ou un patient ayant été traité avec succès pour une parodontite et dont le parodonte est stable.

La **gingivite** est une inflammation réversible du parodonte qui peut se résorber à la suite de la reprise des mesures d'hygiène efficaces et du contrôle des facteurs étiologiques (Figure 1). Elle est caractérisée par un saignement au sondage et parfois de l'œdème gingival créant des profondeurs de sondage accentuées (pseudo-poches). Toutefois, les signes de l'inflammation sont habituellement diminués chez les fumeurs. Bien que la gingivite soit causée par la présence de plaque dentaire, elle peut être exacerbée par des facteurs de risque locaux ou systémiques. Cependant, plusieurs maladies et conditions gingivales ne sont pas induites par la plaque, soit les troubles génétiques et développementaux, les infections spécifiques, les conditions immunitaires et inflammatoires, les processus réactionnels, les néoplasies, les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, les lésions traumatiques et la pigmentation gingivale.

La gingivite peut affecter un patient dont le parodonte est intact ou réduit⁷. Il sera en **santé gingivale** si son indice de saignement (IS) est de moins de 10 %, mais il aura une gingivite si son IS est de 10 % ou plus. Plus spécifiquement, le patient ayant un **parodonte réduit** peut avoir perdu de l'attache au fil des ans sans présenter de PS de plus de 3 mm, subi un ou plusieurs allongements de couronne clinique ou développé des récessions gingivales, sans avoir souffert de parodontite. Dans ce cas, son diagnostic sera « parodonte réduit sans parodontite ». Une autre possibilité est qu'il ait été traité par le passé pour une parodontite et que sa condition

parodontale soit maintenant stable (pas de PS de plus de 4 mm). Dans ce cas, son diagnostic est « parodonte réduit avec histoire de parodontite » (Figure 2). De plus, lorsqu'on diagnostique un parodonte réduit chez un patient, il est important de déterminer la présence ou non de gingivite.



► Fig. 1. **Gingivite généralisée.**



► Fig. 2. **Santé gingivale sur un parodonte réduit avec histoire de parodontite.**



Tableau 1 – Section I – Tableau synthèse de la classification des maladies et conditions parodontales et péri-implantaires 2017

Santé parodontale, conditions/maladies gingivales

A. Santé parodontale et santé gingivale

1. **Santé gingivale clinique sur un parodonte intact**
2. **Santé gingivale clinique sur un parodonte réduit**
 - a. Patient stable avec histoire de parodontite
 - b. Patient sans parodontite (p. ex. récessions gingivales, allongement de couronne clinique)

B. Gingivite induite par la plaque

1. **Associée à la plaque seule**
2. **Associée à des facteurs de risque systémiques ou locaux**
 - a. Facteurs de risque systémiques (facteurs modifiants)
 - 1) Tabagisme
 - 2) Hyperglycémie
 - 3) Facteurs nutritionnels
 - 4) Agents pharmacologiques (prescrits, non prescrits, récréatifs)
 - 5) Hormones stéroïdiennes sexuelles
 - 6) Conditions hématologiques (p. ex. leucémie)
 - b. Facteurs de risque locaux (facteurs prédisposants)
 - 1) Facteurs retenant la plaque (p. ex. surcontour/surplus des marges de restauration)
 - 2) Sécheresse buccale
3. **Augmentation du volume gingival (élargissement gingival) associé à la prise de médicaments**

C. Maladies gingivales non induites par la plaque

1. **Troubles génétiques et développementaux**
 - a. Fibromatose gingivale héréditaire
2. **Infections spécifiques**
 - a. Origine bactérienne
 - b. Origine virale
 - c. Origine fongique
3. **Conditions immunitaires et inflammatoires**
 - a. Réactions d'hypersensibilité
 - 1) Allergie de contact
 - 2) Gingivite à plasmocytes
 - 3) Érythème multiforme
 - b. Maladies auto-immunes de la peau et des membranes muqueuses
 - 1) Pemphigus vulgaire
 - 2) Pemphigoïde
 - 3) Lichen plan
 - 4) Lupus érythémateux
 - c. Lésions granulomateuses inflammatoires (granulomatoses orofaciales)
 - 1) Maladie de Crohn
 - 2) Sarcôïdose
4. **Processus réactionnels**
 - a. Épulis
 - 1) Épulis fibreux
 - 2) Fibrome ossifiant périphérique
 - 3) Épulis vasculaire (granulome pyogène)
 - 4) Granulome périphérique à cellules géantes
5. **Néoplasies**
 - a. Prémalignes
 - 1) Leucoplasie
 - 2) Érythroplasie
 - b. Malignes
 - 1) Carcinome épidermoïde
 - 2) Infiltrations leucémiques
 - 3) Lymphome
6. **Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques**
 - a. Déficiences vitaminiques
 - 1) Déficience en vitamine C (scorbut)
7. **Lésions traumatiques**
 - a. Trauma physique/mécanique
 - 1) Kératose frictionnelle
 - 2) Ulcération de la gencive induite mécaniquement
 - 3) Blessures factices (automutilation)
 - b. Brûlure chimique (toxique)
 - c. Blessures thermiques
 - 1) Brûlure à la gencive
8. **Pigmentation gingivale**
 - a. Mélanoplasie
 - b. Mélanose du fumeur
 - c. Pigmentation induite par médication (p. ex. antimalariques, minocycline)
 - d. Tatouage d'amalgame

Tableau 2 – Santé parodontale et gingivale

Parodonte intact	Santé gingivale	Gingivite
Perte d'attache clinique	Non	Non
Profondeur de sondage*	≤ 3 mm	≤ 3 mm
Saignement au sondage	< 10 %	Oui (≥ 10 %)
Perte osseuse radiologique	Non	Non
Parodonte réduit : patient n'ayant pas de parodontite	Santé gingivale	Gingivite
Perte d'attache clinique	Oui	Oui
Profondeur de sondage*	≤ 3 mm	≤ 3 mm
Saignement au sondage	< 10 %	Oui (≥ 10 %)
Perte osseuse radiologique	Possible	Possible
Parodonte réduit : patient traité et ayant une parodontite stable	Santé gingivale	Gingivite
Perte d'attache clinique	Oui	Oui
Profondeur de sondage*	≤ 4 mm (pas de site ≥ 4 mm avec saignement)	≤ 3 mm
Saignement au sondage	< 10 %	Oui (≥ 10 %)
Perte osseuse radiologique	Oui	Oui

* En assumant qu'il n'y ait pas de pseudo-poches observées chez le patient (4 mm et plus, sans perte d'attache).

2. PARODONTITES

La **parodontite** est une inflammation du parodonte au-delà des fibres supracrestales causée par la présence de parodontopathogènes. Elle s'étend jusqu'à l'os alvéolaire et est associée à une perte d'attache et à une perte osseuse (Figure 3). Un diagnostic de parodontite est posé s'il y a perte d'attache sur au moins deux dents non adjacentes ou s'il y a perte d'attache de 3 mm ou plus sur l'aspect buccal ou lingual d'au moins deux dents avec PS de 4 mm ou plus⁸. La perte d'attache peut être mesurée cliniquement, soit la distance entre la jonction amélocémentaire (JAC) et le fond du sulcus gingival ou de la poche parodontale, ou radiologiquement, en déterminant la distance entre la JAC et l'os crestal interproximal. Elle ne doit pas être associée à une récession gingivale d'origine traumatique, une carie dentaire cervicale, une lésion endodontique drainant par le sulcus gingival ou une fracture radiculaire. De plus, une perte d'attache limitée au distal d'une deuxième molaire à la suite de l'extraction d'une troisième molaire n'est pas considérée pour déterminer la présence de parodontite. Ces conditions particulières qui affectent

négativement le parodonte ont une pathogenèse et une prise en charge différentes de celles de la parodontite; leurs diagnostics se retrouvent ailleurs dans la nouvelle classification. Une fois le diagnostic de parodontite posé, le professionnel doit en préciser le **stade**, le **grade** et la **distribution** pour chaque patient selon la méthode qui suit.



Fig. 3. Radiographie d'une parodontite généralisée.

Le **stade** de la parodontite est basé sur la *sévérité* (perte osseuse, perte d'attache ou nombre de dents perdues en raison de la parodontite) et sur des facteurs qui vont affecter la *complexité* de cette maladie (profondeur de sondage, morphologie de la perte osseuse, atteinte de furcation, dysfonction masticatoire, trauma venant de l'occlusion [TVO], migration dentaire pathologique et complexité de la réhabilitation de l'occlusion)⁹. La région de la dentition la plus sévèrement atteinte détermine le stade de la parodontite du patient, et ce, même s'il s'agit d'une atteinte localisée. Par conséquent, le stade ne peut pas être subdivisé par quadrant ou sextant. La parodontite est classifiée selon quatre stades et trois profils de distribution décrits au **tableau 3**. La **distribution** est basée sur le pourcentage de dents affectées et prend également en considération la parodontite agressive localisée (1999), anciennement appelée la parodontite juvénile localisée (1989). Cette maladie, qui affecte typiquement les incisives et premières molaires permanentes des jeunes patients (< 35 ans), peut impliquer une prise en charge différente. La précision sur sa distribution est ajoutée seulement si la maladie affecte uniquement les molaires et les incisives permanentes. Le cas échéant, elle sera désignée comme une « parodontite molaire/incisive » et on y ajoutera le stade et le grade.

Tableau 1 – Section II

Stades, étendue et distribution de la parodontite	Grades de la parodontite
Stade 1 – Parodontite initiale - Perte d'attache interdentaire 1-2 mm aux sites les plus affectés - Perte osseuse radiographique < 15 % au tiers coronaire de la racine, perte osseuse surtout horizontale - Profondeurs de sondage 3-4 mm Stade 2 – Parodontite modérée - Perte d'attache interdentaire 3-4 mm aux sites les plus affectés - Perte osseuse radiographique 15-33 % au tiers coronaire de la racine, perte osseuse surtout horizontale - Profondeurs de sondage 4-5 mm Stade 3 – Parodontite sévère - Perte d'attache interdentaire ≥ 5 mm - Perte osseuse radiographique s'étendant au milieu de la racine, défauts verticaux ≥ 3 mm - Profondeurs de sondage ≥ 6 mm - Atteinte de furcation de classe II ou III - Défaut de crête modéré - ≤ 4 dents perdues ou à extraire en raison de la maladie parodontale Stade 4 – Parodontite très sévère - Perte d'attache interdentaire ≥ 5 mm - Perte osseuse radiographique s'étendant au milieu de la racine ou plus apicalement - Profondeurs de sondage ≥ 6 mm - Atteinte de furcation de classe II ou III - Dysfonctions masticatoires nécessitant une réhabilitation complexe - Trauma venant de l'occlusion secondaire, mobilité ≥ 2 - Affaissement occlusal (perte de dimension verticale) - Moins de 20 dents restantes - Défaut de crête sévère - ≥ 5 dents perdues ou à extraire en raison de la maladie parodontale Étendue et distribution - Parodontite localisée : < 30 % des dents - Parodontite généralisée : ≥ 30 % des dents - Parodontite molaire/incisive	Grade A – Taux de progression faible CRITÈRES PRIMAIRES : - Pas d'évidence de perte d'attache sur 5 ans - Pourcentage de perte osseuse/âge < 0,25 - Dépôts significatifs de biofilm (plaque/tartre) avec une destruction parodontale légère FACTEURS MODIFIANT LE GRADE : - Non-fumeur - Glycémie normale ou pas de diagnostic de diabète Grade B – Taux de progression modéré CRITÈRES PRIMAIRES : - Perte d'attache/osseuse < 2 mm sur 5 ans - Pourcentage de perte osseuse/âge 0,25 à 1,0 - Destruction parodontale proportionnelle aux dépôts de biofilm FACTEURS MODIFIANT LE GRADE : - Fumeur < 10 cigarettes/jour « Ex-fumeur » - Taux d'HbA1C < 7,0 % chez les patients diabétiques Grade C – Taux de progression élevé CRITÈRES PRIMAIRES : - Perte d'attache/osseuse ≥ 2 mm sur 5 ans - Pourcentage de perte osseuse/âge > 1,0 - Destruction parodontale disproportionnée par rapport aux dépôts de biofilm - Manque de réponse aux traitements initiaux - Parodontite molaire/incisive FACTEURS MODIFIANT LE GRADE : - Fumeur ≥ 10 cigarettes/jour - Taux d'HbA1C ≥ 7,0 % chez les patients diabétiques

Il est à noter qu'un patient atteint de parodontite ne peut pas accéder à un meilleur stade une fois qu'il est déterminé. Il y a en général trois scénarios après le traitement d'une parodontite :

- 1) **Patient parodontal contrôlé** (cas de santé actuel).
- 2) **Patient parodontal en rémission** (cas avec inflammation gingivale).
- 3) **Patient parodontal non contrôlé** (cas instable de parodontite récurrente).

Lorsqu'un patient atteint de parodontite a été traité efficacement sans gain d'attache, mais que toutes les poches profondes ont été réduites et sont maintenant de ≤ 4 mm avec absence de saignement, il est soit contrôlé ou en rémission, selon l'IS. À l'opposé, s'il y a récurrence de la maladie avec progression de la perte d'attache, le stade peut alors changer pour un niveau plus élevé, et le patient est donc non contrôlé. Si les résultats de la thérapie de régénération parodontale ont occasionné un gain d'attache dans des défauts verticaux, une réduction de l'atteinte de furcation ou des profondeurs au sondage < 5 mm, il est possible de changer le stade initial du patient à un stade inférieur.

Le **grade** est basé sur l'évolution de la maladie, la présence et le contrôle des facteurs de risque ainsi que les impacts potentiels de la maladie parodontale sur la santé générale. Il a pour but de déterminer le taux de progression de la parodontite et d'anticiper la prévisibilité de la réponse aux traitements (Tableau 4)⁹. Le grade est basé sur l'évolution passée de la maladie et la présence de facteurs de risque tels que le tabagisme et le diabète. L'évolution de la maladie peut être déterminée de deux façons : soit directement, avec des radiographies permettant d'estimer la progression de la perte d'attache/perte osseuse au cours des cinq années précédentes, soit indirectement, en calculant le ratio de la perte osseuse par rapport à l'âge du patient. De plus, la quantité de plaque par rapport à la destruction parodontale peut également être prise en considération. Ce ratio est établi par le jugement clinique. En effet, il est défini qualitativement en déterminant d'un point de vue clinique et radiologique la sévérité et l'étendue des pertes osseuses par rapport à la quantité de biofilm présent. Tout comme le stade, un seul grade est attribué par patient. Contrairement au stade, le grade peut évoluer positivement ou négativement au fil des années selon le contrôle des facteurs de risque (ex. : diabète, tabagisme). La fréquence des visites de rappel recommandée pour les différents grades de la maladie : grade A (4-6 mois), grade B (3-4 mois) et grade C (3 mois).

Tableau 3 – Stades et distribution de la parodontite

STADES		I (Débutante)	II (Modérée)	III (Sévère)	IV (Sévère)
Sévérité (combien)	Perte d'attache interdentaire (au site le plus atteint)	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Perte osseuse radiographique	< 15 %	15 à 33 %	> 33 %	> 33 %
	Pertes de dents pour raisons parodontales	0	0	≤ 4	≥ 5
Complexité (comment)	Profondeur au sondage (PS)	≤ 4 mm	≤ 5 mm	≥ 6 mm	≥ 6 mm
	Pertes osseuses	Horizontales (1-2 mm) ou verticales (< 3 mm)	Horizontales (3-4 mm) ou verticales (< 3 mm)	Horizontales (≥ 5 mm) ou verticales (≥ 3 mm)	Horizontales (≥ 5 mm) ou verticales (≥ 3 mm)
	Atteintes de furcation	Non ou classe I	Non ou classe I	Classe II / III	Classe II / III
	Défaut crestal	Non ou léger	Non ou léger	Modéré	Sévère
	TVO / Migration dentaire pathologique	TVO possible	TVO possible	TVO et migration possibles	TVO (mobilité grade ≥ 2) ou migration pathologique
	Risque de perte	-		Dentaire	Dentition
	Besoin de réhabilitation complexe	Non	Non	Non	Oui
Distribution		Localisée : < 30 % des dents, généralisée : ≥ 30 % des dents, molaire/incisive			

Tableau 4 – Grades de la parodontite

	GRADES (Rapidité de progression)		A (Faible)	B (Modérée)	C (Rapide)
Critères	Évidence directe de progression	Perte osseuse ou d'attache les 5 dernières années	Non	< 2 mm	≥ 2 mm
	Évidence indirecte de progression	% de perte osseuse/âge	< 0,25	0,25 à 1	> 1
		Quantité de plaque/destruction parodontale	Importante/faible	Normale/normale	Faible/importante
Facteurs modifiants	Facteurs de risque	Consommation quotidienne de cigarettes	Non	Ex-fumeur	≥ 10 cigarettes
				< 10 cigarettes	
		Diabète	Non	Oui	Oui
				HbA1c < 7 %	HbA1c ≥ 7 %

3. PARODONTITES ASSOCIÉES AUX MALADIES SYSTÉMIQUES ET AFFECTIONS AIGÜES

Certaines parodontites sont associées à des maladies systémiques¹⁰. Elles peuvent être associées ou non à la plaque dentaire et sont souvent héréditaires. Chez les patients atteints de maladies génétiques, d'immunodéficiences acquises et de maladies inflammatoires immunitaires, il peut être très difficile de contrôler la progression de la parodontite, qui est souvent rapide, et le pronostic de la dentition est moins prévisible. Cependant, chez les patients atteints de maladies ou de conditions systémiques telles que le diabète, l'obésité, l'ostéoporose, le tabagisme et la prise de certaines médicaments, il est possible de contribuer à la stabilisation de la parodontite en contrôlant ces facteurs de risque systémiques. Les atteintes parodontales causées par les néoplasies ne sont pas associées à la présence de plaque et ne peuvent donc être contrôlées par la prise en charge parodontale conventionnelle.

Parmi les affections aiguës du parodonte, notons les maladies parodontales nécrosantes, les abcès parodontaux et les parodontites associées aux lésions endodontiques⁹. Les critères diagnostiques des maladies parodontales nécrosantes restent inchangés¹¹. Par contre, le terme « ulcéro-nécrosante » est remplacé par « nécrosante » (l'ulcère étant



► Fig. 4. Parodontite nécrosante dents 31, 32, 41.

secondaire à la nécrose) et une distinction est faite selon le statut immunitaire du patient. Les facteurs de risque sont l'hygiène buccodentaire inadéquate, la malnutrition, le stress, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et l'immunodéficiences (Figure 4). Lorsque le patient est sévèrement immunocompromis, la gingivite ou parodontite nécrosante peut progresser vers une stomatite nécrosante ou un noma (gangrène de la sphère orofaciale).

S'il est modérément ou temporairement immunocompromis, comme c'est le cas dans une situation de stress intense, il ne pourra développer qu'une gingivite ou parodontite nécrosante. La stomatite nécrosante et le noma sont plus communément rencontrés chez les patients sévèrement immunocompromis dans les pays en voie de développement. Les abcès parodontaux et les parodontites associées aux lésions endodontiques ont gardé essentiellement les mêmes critères diagnostiques. Ces conditions sont classifiées selon leur étiologie et peuvent être observées dans des sites atteints ou non de parodontite.

Tableau 1 – Section III

Maladies systémiques associées à la perte d'attache parodontale
A. Maladies systémiques qui ont un impact majeur sur la perte des tissus parodontaux en influençant l'inflammation parodontale - Maladies génétiques - Maladies associées avec des conditions immunologiques - Maladies affectant la muqueuse alvéolaire et la gencive - Maladies affectant les tissus conjonctifs - Maladies métaboliques et endocriniennes - Maladies immunodéficiences acquises - Neutropénie acquise - Virus d'immunodéficience humain (VIH) - Maladies inflammatoires immunitaires - Épidermolyse bulleuse acquise - Maladie intestinale inflammatoire
B. Autres conditions systémiques qui influencent la pathogenèse des maladies parodontales - Diabète - Obésité - Ostéoporose - Arthrite - Stress émotionnel et dépression - Tabagisme (dépendance à la nicotine) - Médications
C. Maladies systémiques qui peuvent entraîner une perte de tissus parodontaux indépendamment de la parodontite - Néoplasies - Autres maladies qui peuvent affecter les tissus parodontaux

Tableau 1 – Section IV

Maladies parodontales nécrosantes
A. Chez les patients sévèrement immunocompromis - Gingivite nécrosante - Parodontite nécrosante - Stomatite nécrosante - Noma
B. Chez les patients modérément/temporairement immunocompromis - Gingivite nécrosante - Parodontite nécrosante

Tableau 1 – Section V

Abcès parodontaux
A. Dans un site atteint de parodontite
B. Dans un site non atteint de parodontite

Tableau 1 – Section VI

Parodontites associées aux lésions endodontiques
A. Avec atteinte radiculaire - Fracture/fêlure radiculaire - Perforation du canal ou de la chambre pulpaire - Résorption radiculaire externe
B. Sans atteinte radiculaire - Dans un site atteint de parodontite - Dans un site non atteint de parodontite

4. DIFFORMITÉS ET CONDITIONS DÉVELOPPEMENTALES OU ACQUISES

Cette section couvre plusieurs conditions parodontales, dont les facteurs reliés à la dent et aux prothèses qui prédisposent aux maladies gingivales induites par la plaque et la parodontite, les difformités et conditions mucogingivales autour des dents ainsi que les forces occlusales traumatiques¹⁰. Les changements les plus importants sont associés aux difformités et conditions mucogingivales. Ils comprennent l'ajout de trois phénotypes décrits dans la littérature, d'une nouvelle classification des récessions gingivales pour remplacer celle de Miller¹² et la condition radiculaire.

Le phénotype parodontal se définit comme étant le reflet des caractéristiques génétiques et environnementales du parodonte (gencive et os alvéolaire). Il est maintenant utilisé pour remplacer le terme « biotype », qui ne comprenait que la composante génétique. Le phénotype osseux comprend l'épaisseur des plaques osseuses alors que le phénotype gingival décrit l'épaisseur gingivale (mince [≤ 1 mm] ou épaisse [> 1 mm]) et la forme gingivale (festonnée ou plate). Plus le parodonte a un phénotype mince, plus il est à risque de récession gingivale ou de progression de la maladie parodontale, étant donné sa moindre résistance à l'inflammation comparativement à un phénotype épais.

Tableau 1 – Section VII

Difformités et conditions développementales ou acquises	
A. Facteurs associés à la dent et aux prothèses qui modifient ou prédisposent aux maladies gingivales induites par la plaque et la parodontite	B. Difformités et conditions mucogingivales au pourtour des dents
1. Facteurs locaux associés à la dent a. Facteurs anatomiques dentaires (p. ex. projections cervicales de l'émail, perles d'émail, sillons développementaux) b. Fractures radiculaires c. Résorptions cervicales, déchirures de ciment d. Proximité radiculaire e. Éruption passive altérée	1. Phénotype gingival a. Mince et festonné b. Épais et plat c. Épais et festonné
2. Facteurs locaux associés aux prothèses dentaires a. Finitions gingivales de restaurations placées dans l'attache supracrestale b. Perte d'attache causée par la fabrication de restaurations indirectes c. Réactions d'hypersensibilité/toxicité aux matériaux dentaires	2. Récessions gingivales a. Surfaces buccales ou linguales b. Interproximales (papillaires)
	3. Manque de gencive (kératinisée et attachée)
	4. Profondeur du vestibule diminuée
	5. Frein aberrant/position du muscle aberrante
	6. Excès gingival
	7. Couleur anormale
	8. Condition de la surface radiculaire
	C. Forces occlusales traumatiques
	a. Trauma occlusal primaire
	b. Trauma occlusal secondaire
	c. Forces orthodontiques

RÉCESSIONS GINGIVALES

Au chapitre des difformités et conditions muco-gingivales au pourtour des dents (Tableau 1, VII, B, 2), il est important de noter que la classification des récessions gingivales qui a été adoptée en 2017 est celle proposée en 2011 par Cairo et ses collaborateurs¹³. Elle tient compte du niveau de l'attache clinique interproximale, qui est le facteur le plus important affectant le pronostic thérapeutique, et elle est basée sur des données probantes :

- **Récession de type 1 (RT1)** : récession gingivale sans perte d'attache interproximale. La JAC interproximale est cliniquement non détectable au mésial et au distal de la dent atteinte de récession : 100 % de couverture radicaire est **prévisible** (Figures 5a et 5b).
- **Récession de type 2 (RT2)** : récession gingivale associée à une perte d'attache interproximale. La quantité de perte d'attache interproximale est inférieure ou égale à la perte d'attache sur la surface où la récession est située : 100 % de couverture radicaire est **possible**, mais imprévisible (Figures 6a et 6b).
- **Récession de type 3 (RT3)** : récession gingivale associée à une perte d'attache interproximale. La quantité de perte d'attache interproximale est supérieure à la perte d'attache sur la surface où la récession est située : 100 % de couverture radicaire est **impossible** (Figures 7a et 7b).

Cependant, le niveau d'attache interproximale n'est pas le seul facteur affectant le pronostic de recouvrement radicaire à la suite d'une chirurgie plastique parodontale ou mucogingivale (p. ex. greffe de tissu conjonctif sous-épithélial). Le tableau 5 résume les caractéristiques gingivales et dentaires qui affectent le pronostic thérapeutique d'une récession à la suite d'une procédure de recouvrement radicaire. Plus le phénotype est épais et plus la largeur de gencive kératinisée est grande au site de la récession, plus l'obtention d'un recouvrement radicaire est prévisible. La condition radicaire joue également un rôle important. Plus spécifiquement, la visibilité de la JAC est nécessaire pour déterminer la quantité de récession initiale et le site de repositionnement/suture du lambeau lors de la chirurgie. Si la JAC n'est pas visible,



Fig. 5a. **Récession RT 1 dent 13.**

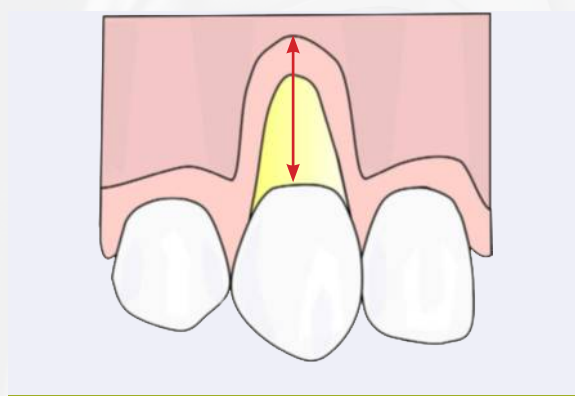


Fig. 5b. **Illustration de la récession RT 1.**

↕ Perte d'attache à la récession
Aucune perte d'attache interproximale

il sera difficile de déterminer le pourcentage de recouvrement radicaire à la suite de la chirurgie. En outre, la présence de restaurations de classe V en composite et autres matériaux non biocompatibles avec l'attache parodontale limitera le recouvrement radicaire après la chirurgie. Si possible, il est donc recommandé de retirer ces restaurations avant de procéder au recouvrement radicaire. La présence de lésions cervicales non carieuses profondes peut également contribuer à rendre le positionnement approprié du lambeau plus difficile.

Illustration par Dr Stéphane Kerner, Université de Paris



Fig. 6a. **Récession RT 2 dent 31.**



Fig. 7a. **Récession RT 3 dent 21.**

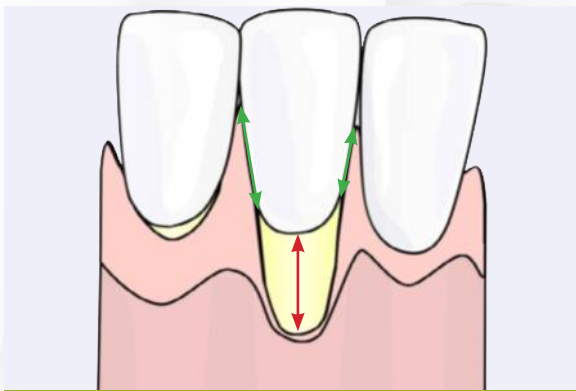


Fig. 6b. **Illustration de la récession RT 2.**

- ↕ Perte d'attache à la récession
- ↕ Perte d'attache interproximale inférieure ou égale à la perte d'attache à la récession

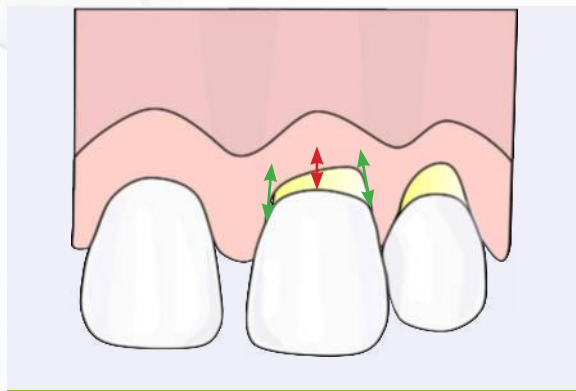


Fig. 7b. **Illustration de la récession RT 3.**

- ↕ Perte d'attache à la récession
- ↕ Perte d'attache interproximale supérieure à la perte d'attache à la récession

Tableau 5 – Classification des conditions mucogingivales (phénotype gingival) et récessions gingivales

Gencive				Dent	
	Hauteur de la récession	Épaisseur gingivale	Hauteur de tissu kératinisé	Jonction amélocémentaire (JAC)*	Lésion cervicale non carieuse (LCNC)**
Pas de récession					
Récession RT 1					
Récession RT 2					
Récession RT 3					

* JAC : Classe A = détectable ou Classe B = non détectable

** LCNC : Classe + = présence d'une LCNC > 0,5 mm ou Classe - = absence d'une LCNC > 0,5 mm

5. MALADIES ET CONDITIONS PÉRI-IMPLANTAIRES

Cette nouvelle section était attendue depuis longtemps par les professionnels de la santé bucco-dentaire. Elle comprend la santé péri-implantaire, la mucosite péri-implantaire, la péri-implantite ainsi que les déficits des tissus mous et durs péri-implantaires (Tableau 1, section VIII)¹⁴. Étant donné que la PS peut varier en fonction de l'épaisseur de la gencive et du positionnement initial de la plateforme prothétique de l'implant (supracrestal/souscrestal) lors de la pose, on ne peut l'utiliser comme seul critère diagnostique; la PS doit être utilisée en conjonction avec les autres paramètres cliniques. On définit la santé péri-implantaire comme étant l'absence d'érythème, de saignement au sondage, d'enflure et de suppuration. De plus, il ne devrait pas y avoir de perte osseuse dépassant le remodelage osseux physiologique initial, ce qui correspond à un changement de niveau osseux crestal de 0,5 mm à 2 mm à la suite de la pose d'un implant^{15, 16}, qui se stabilise par la suite. Par exemple, une santé péri-implantaire pourrait être observée au pourtour d'un implant où on observe une PS de 6 mm sans saignement après sondage et sans perte osseuse. De plus, la santé péri-implantaire peut exister en présence de tissus péri-implantaires réduits, comme c'est le cas à la suite d'un traitement de péri-implantite, lorsque le sondage est peu profond avec absence de signe d'inflammation clinique.

La mucosite péri-implantaire est définie comme l'inflammation des tissus péri-implantaires causée par l'accumulation de plaque bactérienne au pourtour de l'implant (Figures 8a et 8b)¹⁷. Tout comme la gingivite, elle est réversible à la suite de la reprise des mesures d'hygiène buccodentaire. Elle est caractérisée par la combinaison des deux conditions suivantes : saignement ou suppuration après sondage ET absence de perte osseuse (niveau osseux crestal n'excédant pas le remodelage osseux initial (≤ 2 mm)) OU absence de perte osseuse progressive.

Tableau 1 – Section VIII

Maladies et conditions péri-implantaires

A. Santé péri-implantaire

1. Hauteur osseuse normale
2. Hauteur osseuse réduite

B. Mucosite péri-implantaire

C. Péri-implantite

D. Déficits des tissus mous et durs péri-implantaires

1. Déficits des tissus mous
 - a. Muqueuse/gencive péri-implantaire mince
 - b. Manque de gencive kératinisée péri-implantaire
 - c. Perte de hauteur des papilles
 - d. Attache péri-implantaire d'un frein
2. Déficits des tissus durs
 - a. Déficience horizontale de la crête
 - b. Déficience verticale de la crête
 - c. Pneumatisation du sinus maxillaire
 - d. Plaque(s) osseuse(s) buccale(s)/linguale(s) absente(s) ou mince(s)

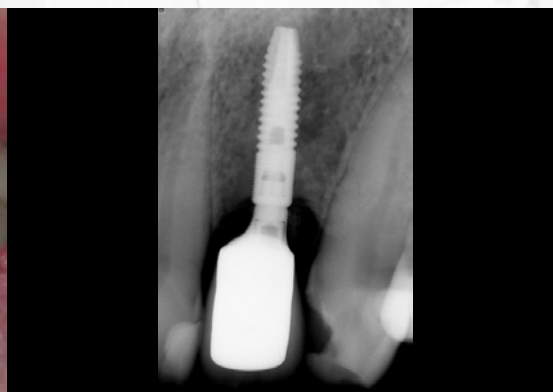


Fig. 8. **Mucosite péri-implantaire dent 22.**

a. Présentation clinique démontrant une inflammation gingivale et du saignement après sondage.

b. Radiographie rétroalvéolaire démontrant une perte osseuse < 2 mm.

La péri-implantite est une inflammation des tissus péri-implantaires causée par les bactéries parodontopathogènes du biofilm (Figure 9)¹⁸. Elle est diagnostiquée en présence des **trois critères** suivants :

- saignement ou suppuration après un sondage délicat;
- augmentation de la PS comparée aux examens antérieurs;
- perte osseuse excédant le remodelage osseux initial normal.

En l'absence de paramètres cliniques et radiologiques antérieurs, la péri-implantite est diagnostiquée en présence des **trois critères** suivants :

- saignement ou suppuration après un sondage délicat;
- PS ≥ 6 mm;
- niveau osseux crestal ≥ 3 mm apical à la plateforme de l'implant.



Fig. 9. **Péri-implantite dent 36 : radiographie rétroalvéolaire démontrant une perte osseuse ≥ 3 mm.**

Les déficits des tissus mous et durs péri-implantaires comprennent les récessions gingivales et le manque de gencive kératinisée au pourtour des implants ainsi que les pertes de plaque osseuse buccale ou linguale. Bien que la nécessité d'avoir une largeur minimale de gencive kératinisée de 2 mm au pourtour des implants soit généralement recommandée, les preuves sont mitigées à ce sujet¹⁴. Cependant, une revue systématique récente a démontré que les greffes gingivales autogènes visant à augmenter la largeur de la gencive kératinisée au pourtour des implants avaient permis d'éviter la progression de l'inflammation péri-implantaire et de la perte osseuse¹⁹.

L'adoption de cette nouvelle classification des maladies et conditions parodontales constitue une étape marquante dans l'évolution de la parodontie clinique. Elle témoigne non seulement de l'ampleur des connaissances, mais surtout du vaste périmètre des éléments constitutifs d'un diagnostic parodontal et de la multiplicité des notions pouvant affecter le résultat d'un traitement. Les lecteurs sont encouragés à utiliser progressivement cette classification, qui est désormais enseignée dans les facultés dentaires et qui leur permettra une meilleure prise en charge de leurs patients. ■

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier les D^{rs} Omid Kiarash et Sarah Behmanesh pour leur participation à l'atelier interfacultaire sur la nouvelle classification. Ils remercient également les D^{rs} André Shenouda, Lauren Spevack, Marianne Morand et Stéphane Kerner pour leur contribution à cet article.

LIENS UTILES

Site Web de la Société française de parodontologie et d'implantologie orale : <https://www.sfpio.com/informations-praticiens/guides-pratiques-sur-la-nouvelle-classification.html>

Articles du 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions sur la nouvelle classification : <https://www.perio.org/2017wwdc>

Références bibliographiques

1. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol*. 1999;4(1):1-6.
2. Caton JG, Armitage G, Berglundh T et collab. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Periodontol*. 2018;89 Suppl 1:S1-S8.
3. Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol*. 1965;36:177-187.
4. Lindhe J, Hamp S, Loe H. Experimental periodontitis in the beagle dog. *J Periodontol Res*. 1973;8(1):1-10.
5. Association des parodontistes du Québec. L'indice PSR : l'outil de base indispensable pour un examen parodontal. *J Dent Que*. 2009;46(2):7-11.
6. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE et collab. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol*. 2018;89 Suppl 1:S74-S84.
7. Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. *J Periodontol*. 2018;89 Suppl 1:S46-S73.
8. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Periodontol*. 2018;89 Suppl 1:S159-S172.
9. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N et collab. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol*. 2018;89 Suppl 1:S173-S182.
10. Jepsen S, Caton JG, Albandar JM et collab. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol*. 2018;89 Suppl 1:S237-S248.
11. Herrera D, Retamal-Valdes B, Alonso B, Feres M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. *J Periodontol*. 2018;89 Suppl 1:S85-S102.
12. Miller PD, Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1985;5(2):8-13.
13. Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol*. 2011;38(7):661-666.
14. Berglundh T, Armitage G, Araujo MG et collab. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol*. 2018;89 Suppl 1:S313-S318.
15. Lindquist LW, Carlsson GE, Jemt T. A prospective 15-year follow-up study of mandibular fixed prostheses supported by osseointegrated implants. Clinical results and marginal bone loss. *Clin Oral Implants Res*. 1996;7(4):329-336.
16. Cochran DL, Nummikoski PV, Schoolfield JD, Jones AA, Oates TW. A prospective multicenter 5-year radiographic evaluation of crestal bone levels over time in 596 dental implants placed in 192 patients. *J Periodontol*. 2009;80(5):725-733.
17. Pontoriero R, Tonelli MP, Carnevale G, Mombelli A, Nyman SR, Lang NP. Experimentally induced peri-implant mucositis. A clinical study in humans. *Clin Oral Implants Res*. 1994;5(4):254-259.
18. Lindhe J, Berglundh T, Ericsson I, Liljenberg B, Marinello C. Experimental breakdown of peri-implant and periodontal tissues. A study in the beagle dog. *Clin Oral Implants Res*. 1992;3(1):9-16.
19. Thoma DS, Naenni N, Figuero E, Hammerle CHF, Schwarz F, Jung RE, Sanz-Sanchez I. Effects of soft tissue augmentation procedures on peri-implant health or disease: A system-analysis. *Clin Oral Implants Res*. 2018;29 Suppl 15:32-49.

NETTOYAGE SENSATIONNEL

VOICI **NOUVEAU**
Oral-B **iO™**

Combine la brosse arrondie emblématique de Oral-B aux rotations, aux oscillations et aux microvibrations pour des dents plus propres, des gencives plus saines* et une expérience incroyable à laquelle les patients ne pourront résister.

OFFRES EXCLUSIVES AUX PROFESSIONNELLS

119,99 \$

OPTEZ POUR VOTRE
COULEUR PRÉFÉRÉE ▶

134,99 \$
par unité



ALBÂTRE
BLANC



ONYX
NOIR

QUARTZ
ROSE

ESSAYEZ UNE BROSSÉ ORAL-B **iO** POUR VOIR LA DIFFÉRENCE
COMMANDEZ DÈS AUJOURD'HUI À [DENTALCARE.CA/FR-CA/IO](https://dentalcare.ca/fr-ca/io)



LES ENFANTS VULNÉRABLES ONT 2,5 FOIS PLUS DE CARIE DENTAIRE*

Vous pouvez les aider.

Lorsque vous **ACHETEZ UNE** brosse à dents électrique Oral-B d'essai, Oral-B en **DONNERA UNE** à un enfant vulnérable†.

* Familles au revenu le plus faible comparativement aux familles au revenu plus élevé.

† Jusqu'à 1000 brosses à dents électriques Oral-B entre le 1er juin 2020 et la fin du programme (selon la première des ces éventualités). Plus de détails sont offerts au www.dentalcare.ca/GFGS.



Grands Frères
Grandes Sœurs



* vs une brosse à dents manuelle ordinaire † Brosse à dents électrique Oral-B iO - bienfaits en matière de santé buccodentaire validés par l'ADC : déloge la plaque, réduit et prévient la gingivite. L'offre prend fin le 30 juin 2021. Voir les détails à dentalcare.ca.



Plus d'activités de formation au bout des doigts

Ne manquez pas de consulter régulièrement Dentoform pour prendre connaissance de notre offre de formation!

La nouvelle version de [Dentoform](#) a été lancée en [mai dernier](#). Plus conviviale, notre plateforme de formation continue a été enrichie de nombreuses formations offertes par l'Ordre, notamment dans le cadre des Journées dentaires internationales du Québec (JDIQ) et de la tournée annuelle de l'Ordre. Ces formations, dont plusieurs sont gratuites, vous offrent plus d'occasions de remplir vos obligations en matière de formation continue.

Près de cinq mois après les changements apportés, nous sommes heureux de constater que les membres se sont inscrits en

grand nombre aux activités de formation continue. Ajoutons que 93 % des utilisateurs se sont dit satisfaits de la version revampée de Dentoform.

Au cours des prochains mois, la Direction de l'exercice de la médecine dentaire s'emploiera à diversifier les formations proposées en ligne et en classe virtuelle (webinaires).

LES THÈMES EN VEDETTE

- **Dépistage de l'apnée obstructive du sommeil**
- **Utilisation des opioïdes et des autres analgésiques disponibles pour la gestion de la douleur aiguë en médecine dentaire (formation interactive)**
- **Parodontie et endodontie**
- **Conférences dans différentes disciplines captées lors de récentes éditions des JDIQ**



DÉPISTAGE DE L'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL

Une formation qui ouvre de nouveaux horizons

Dans l'édition d'hiver 2020 du *Journal de l'Ordre*, nous vous informions qu'une formation obligatoire sur le dépistage de l'apnée obstructive du sommeil (AOS) était en préparation. Cette formation fait suite à la publication des lignes directrices sur le sujet et porte uniquement sur le dépistage. Elle constitue une mise à niveau des connaissances sur l'AOS, souvent liées à des structures connexes au domaine buccodentaire.

Cette formation de six heures a été conçue par des experts réputés. Elle aborde notamment le rôle, les compétences et les responsabilités des professionnels de la santé, médecins comme dentistes, impliqués dans le dépistage et le traitement de cette maladie.

Depuis le 15 septembre, vous pouvez ainsi vous inscrire à une formation sur le dépistage de l'AOS offerte en ligne et animée par des experts dans le domaine.

Vous avez jusqu'au 31 mars 2021 pour suivre cette formation obligatoire.

Votre participation vous donnera droit à sept unités de formation continue (UFC), qui comptent parmi les 30 UFC à acquérir auprès d'organismes et d'établissements reconnus en vertu du nouveau Règlement sur la formation continue obligatoire des dentistes.

**INSCRIVEZ-VOUS SUR DENTOFORM
AVANT LE 1^{ER} JANVIER 2021
pour bénéficier des frais d'inscription de 250 \$;
après cette date, les frais passeront à 350 \$.**



VOS CONFÉRENCIERS

D^r Jean-Patrick Arcache
D^r Marcel Baltzan,
pneumologue
D^r Luc Gauthier
D^r Gilles Lavigne
D^r Jean-François Masse



La nouvelle classification des maladies et conditions parodontales et péri-implantaires : quoi de neuf? Quoi de plus?

LA TOURNÉE DE L'ORDRE EN MODE VIRTUEL EN TEMPS DE PANDÉMIE

Pandémie oblige, l'Ordre a dû revoir le mode de diffusion de la formation offerte dans le cadre de sa tournée annuelle. Alors que les restrictions liées aux rassemblements se multiplient en raison de la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 qui déferle sur le Québec, il a été décidé d'offrir cette formation aux sociétés dentaires sous la forme d'un webinaire.



LA TOURNÉE DE L'ORDRE 2020-2021 SERA CONSACRÉE À LA NOUVELLE CLASSIFICATION DES CONDITIONS ET MALADIES PARODONTALES ET PÉRI-IMPLANTAIRES.

Lors de cette formation, vous prendrez connaissance des normes de pratique établies en parodontie au cours des dernières années et vous vous familiariserez avec un nouveau système de classification des maladies parodontales et péri-implantaires. Ce système constitue un excellent outil diagnostique pour les dentistes dans le cadre de leur pratique quotidienne.



VOS FORMATEURS

D^r Robert Durand
D^r Mazen El-Abiad
D^{re} Ryma Kabir
D^{re} Lauren Spevack
D^r René Voyer

HORAIRE DE LA TOURNÉE DE L'ORDRE

Régions	Dates
Québec	16 octobre 2020
Abitibi-Témiscamingue / Estrie	23 octobre 2020
Laval	13 novembre 2020
Yamaska / Mauricie-Bois-Francis	20 novembre 2020
Laurentides / Haut-Saint-Laurent	15 janvier 2021
Lanaudière / Saguenay-Lac-Saint-Jean	12 février 2021
Vallée-du-Richelieu	12 mars 2021
Alpha-Omega / Montreal Dental Club	19 mars 2021
Outaouais	26 mars 2021
Montréal / Nord-Sud	23 avril 2021



Pour en savoir plus, veuillez visiter le site Dentoform.ca ou prendre connaissance des communications des sociétés dentaires associées à la tournée de l'Ordre.

AGA 2020

UN RENDEZ-VOUS DÉMOCRATIQUE IMPORTANT

Alors que le Québec fait face à la deuxième vague de la pandémie de COVID-19, l'Ordre vient à vous pour vous permettre d'assister à l'assemblée générale annuelle (AGA) de 2020, prévue le **samedi 21 novembre, à 10 h 30**. Les rassemblements étant interdits, **l'Ordre tiendra cet important exercice démocratique de manière virtuelle**.

Lors de l'AGA, le président fera notamment rapport des activités de l'Ordre réalisées au cours de l'exercice se terminant le 31 mars 2020 et depuis le début de la crise sanitaire. Par ailleurs, nous présenterons les résultats de la consultation sur la cotisation 2020-2021, qui se déroule actuellement. Des périodes de questions et une seconde consultation sur la cotisation sont également à l'ordre du jour.

Dans les prochaines semaines, l'Ordre vous fournira plus de détails sur la manière de vous brancher et de formuler vos commentaires ou de poser vos questions lors des périodes prévues à cette fin.

UNE FORMATION D'ACTUALITÉ

Comme par les années passées, une formation gratuite précédera l'AGA. Cette année, l'activité offerte est en lien avec la pandémie de COVID-19.

Sous forme de webinaire, la formation intitulée **Avancées et défis dans l'étude de la transmission de la COVID-19 par l'air**



sera animée par Caroline Duchaine, professeure titulaire au Département de biochimie, de microbiologie et de bio-informatique de l'Université Laval et membre du Groupe de recherche en santé respiratoire et du Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. La participation à ce webinaire vous permettra d'obtenir 1,5 UFC.



Avancées et défis dans l'étude de la transmission de la COVID-19 par l'air

De plus amples renseignements au sujet de la formation et de l'AGA vous seront communiqués ultérieurement.



Journées dentaires
internationales
du Québec

1970 – 2020

REPRISE DES ACTIVITÉS DE PLANIFICATION DES JDIQ 2021 **UNE ÉDITION BIEN SPÉCIALE VOUS ATTEND!**

Avec la pandémie qui sévit à l'échelle mondiale et dans une conjoncture qui évolue rapidement, difficile de savoir ce que les prochains mois nous réservent. Qu'à cela ne tienne, la direction des Journées dentaires internationales du Québec (JDIQ), le congrès de l'Ordre, a repris ses activités en prévision de la présentation de la 50^e édition, au printemps 2021.





De manière à mettre en place des actions préventives concrètes, nous discutons régulièrement avec les divers partenaires impliqués pour organiser un événement de qualité qui répond aux normes de sécurité en vigueur. À titre de fournisseur reconnu par la **CERP**, l'Ordre est ainsi en contact avec l'Association dentaire américaine et avec les autres organisations nord-américaines de congrès afin d'évaluer les meilleures pratiques à privilégier. Nous sommes aussi en communication active avec tous nos partenaires et fournisseurs officiels qui soutiennent l'événement ainsi qu'avec les membres de l'Association canadienne de l'industrie dentaire.

Proposé dans une formule revampée, le congrès 2021 pourrait ressembler aux éditions précédentes tout en présentant des différences importantes, si des mesures de distanciation et des limites liées aux regroupements étaient encore en vigueur au moment de sa tenue.

Dès la reprise des activités de planification, nous avons ressenti un engouement qui témoigne de la popularité de l'événement auprès des intervenants du monde buccodentaire. Déjà, nous obtenons à ce jour une réponse tangible de nos exposants et de nos conférenciers qui ne tiennent qu'à contribuer au succès des JDIQ.

Au cours des prochains mois, une coordination s'opérera de telle sorte que plusieurs communications seront diffusées.

**Nous vous invitons
à rester à l'affût de
la suite des événements
et à être des nôtres pour
les 50^{es} JDIQ, qui se
dérouleront au Palais
des congrès de Montréal**

**Du 28 MAI AU
1^{ER} JUIN
2021**



COVID-19

Qu'en est-il de la responsabilité des intervenants du milieu de la santé?

L'année 2020 a été marquée par l'éclosion, à l'échelle mondiale, du virus SARS-CoV-2 auquel est associée la COVID-19. Depuis le 13 mars, l'état d'urgence sanitaire prévaut au Québec, venant bouleverser certaines pratiques dans le milieu de la santé, plus spécifiquement celui de la santé bucco-dentaire. Dans un tel contexte, plusieurs questions sont soulevées quant à la manière dont s'évaluera la responsabilité des divers intervenants du milieu de la santé en situation de pandémie. Quels effets aura la pandémie sur les obligations de ces derniers et sur les différents recours, individuels et collectifs, qui pourraient être entrepris plus tôt que tard?

Au Québec, la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que « [t]oute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire ». Cette obligation de sécurité, cristallisée dans la législation, doit être prise en compte par les professionnels de la santé lors des traitements offerts dans le contexte d'une pandémie comme celle de la COVID-19. Cette situation sans précédent pour le monde

médical aura aussi nécessairement des répercussions sur les obligations incombant aux professionnels de la santé au regard, notamment, des dispositions de la Loi sur la santé publique et de la réglementation applicable.

Une analyse des principes généraux applicables en matière de responsabilité médico-hospitalière porte à croire que les tribunaux pourraient favoriser une approche plus souple envers les obligations incombant aux professionnels de la santé en contexte de COVID-19. En effet, les tribunaux doivent tenir compte de la « réalité de l'époque », et donc des connaissances médicales et scientifiques au moment des faits allégués, de l'urgence de la situation, des ressources limitées et de la complexité des présentes circonstances.



Pour de plus amples détails, voir l'analyse complète réalisée par M^e Audrey Gagnon du cabinet juridique Fasken, en collaboration avec Paméla Roy, stagiaire en droit.



M^e Audrey Gagnon,
cabinet juridique Fasken



A surreal advertisement featuring a muscular man in blue patterned shorts performing a handstand on a giant black pen. The pen is positioned vertically, with its tip touching a surface of water, creating concentric ripples. Two dental models, one upper and one lower, are floating in the air around the man. The background is a clear blue sky.

FAÇONNER L'IMPOSSIBLE.

NOS RÉSULTATS SONT ÉTONNANTS, NOS TECHNOLOGIES
SONT STUPÉFIANTES, NOTRE SERVICE EST INESPÉRÉ.

450 669-9221 1 800 361-2145 LAFONDDESJARDINS.COM



LAFOND DESJARDINS

LABORATOIRE DENTAIRE

Mot de la présidente de la Fondation de l'Ordre des dentistes



Merci D^r Tessier!

la FODQ, nous avons pu le soutenir dans la réalisation de projets et l'atteinte d'objectifs ambitieux. La FODQ en 2020, c'est l'aboutissement d'un dévouement irréprochable où l'être humain est mis au centre de toutes les stratégies.

Malgré un contexte particulièrement difficile, alors que le Québec traverse l'une des pires crises sanitaires de notre histoire collective, la FODQ est portée par une belle équipe de bénévoles qui ne se lassent pas, même devant l'ampleur de la tâche. Si la FODQ se trouve où elle est aujourd'hui, c'est entre autres grâce aux nombreux dentistes qui nous soutiennent généreusement et nous permettent d'aller de l'avant.

Administrateurs, dentistes bénévoles, Ordre des dentistes du Québec, généreux donateurs, passés, présents ou futurs, votre sensibilité et votre altruisme sont la clé de voûte de la FODQ. Plus que jamais, nous avons besoin de vous pour déployer nos ailes protectrices en voyant à la santé buccodentaire des plus défavorisés. Je prends pour exemple le projet Bouche B, assisté par Françoise Targowski de retour de son congé de maternité. J'en profite pour remercier Josée Paradis qui l'a remplacée durant son absence avec beaucoup de détermination, adhérant totalement à la vocation du projet.

Au cours des années à venir, nous serons là pour poursuivre notre collaboration avec les milieux uni-

versitaires, de qui nous sommes maintenant parfaitement connus, notamment par le biais des bourses accordées aux étudiants pour l'engagement social, des bourses de recherche ainsi que des dons aux universités afin d'appuyer la pratique communautaire.

Au fil des ans, le D^r Tessier a pu compter sur le soutien indéfectible de nombreux collègues au conseil d'administration, anciens comme nouveaux. Ils savent tous à quel point leur contribution est appréciée et je les en remercie du fond du cœur, particulièrement ceux qui forment le conseil d'administration actuel et qui viendront m'épauler dans les mois et les années à venir. Avec l'équipe en place dirigée de main de maître par notre formidable directrice générale, M^{re} Isabelle Maheu, nous emprunterons la voie que Pierre nous a si clairement tracée. Tout cela, un geste et un patient à la fois.

Au plaisir de vous croiser, de discuter avec vous et d'en savoir plus sur vos engagements, quels qu'ils soient.

Ensemble, la FODQ est plus forte.

Ensemble, un geste à la fois, nous réaliserons la mission de la FODQ, soit d'améliorer l'accessibilité des soins dentaires auprès des personnes les plus vulnérables de la population québécoise.

Sylvie Forrest
Présidente

Je suis très heureuse de l'occasion qui m'est donnée de m'adresser à tous mes collègues dentistes à titre de nouvelle présidente de la Fondation de l'Ordre des dentistes du Québec (FODQ).

Au moment d'entrer en fonction, je profite de cette tribune pour souligner l'immense contribution du président sortant, mon ami et collègue Pierre Tessier, à qui je tiens à témoigner toute notre gratitude. Au fil des ans, le D^r Tessier a su tisser de nombreux liens qui ont fait de lui un administrateur et un président capable de relever les défis s'étant présentés à nous. Grâce à son travail acharné, il nous lègue une organisation en mesure d'offrir à nos concitoyens en situation de vulnérabilité des programmes et des projets communautaires d'une grande qualité.

Sans jamais compter ses heures, Pierre s'est investi dans la FODQ avec l'unique intention de voir notre organisme s'épanouir. Par son positivisme et son dévouement infaillible, il a pavé la voie que nous suivons aujourd'hui, redonnant ainsi une seconde vie à la FODQ. Grâce à une équipe vouée à la mission de

LE SITE WEB DU PROJET **BOUCHE B** FAIT PEAU NEUVE



La Fondation de l'Ordre des dentistes du Québec (FODQ) et son généreux donateur, Blache Yong & Co (BYC), ont profité de la suspension temporaire des activités de **BOUCHE B** dans le contexte de la pandémie pour mettre la touche finale à un [nouveau site Web](#) qui présente le projet.

Réalisé avec la précieuse collaboration des concepteurs et des experts en UX de BYC, le nouveau site fait la fierté de la FODQ en raison de sa convivialité et de la facilité avec laquelle les internautes pourront y trouver toute l'information sur ce projet. Merci à BYC pour ce don!

**NOËL,
UNE PÉRIODE
OÙ L'ENTRAIDE
ET LA SOLIDARITÉ
SONT DE MISE**

Encore cette année, la FODQ vous sollicitera pendant cette période d'effervescence pour soutenir ses nombreux projets. Par ailleurs, un court sondage vous sera transmis sous peu afin de connaître les projets qui vous tiennent particulièrement à cœur et auxquels vous aimeriez voir la FODQ contribuer ou participer.



**AIDER LA FONDATION DE L'ORDRE
À REDONNER LE SOURIRE
AUX PLUS DÉMUNIS**



fodq.ca

CÉRÉMONIES D'ASSERMENTATION

2020

La crise sanitaire que nous traversons et l'impossibilité de tenir des rassemblements bouleversent nos façons de faire. Comme bon nombre d'organisations, l'Ordre a innové afin d'accueillir dans ses rangs 126 nouveaux membres issus des facultés de médecine dentaire des universités Laval, de Montréal et McGill.

Cette année, l'entrée dans la profession de ces nouveaux collègues a été soulignée de manière virtuelle, le 17 juin, sans la présence physique de tous les proches qu'on aimerait voir réunis pour un tel événement. Malgré les contraintes nous forçant à tenir un événement plus modeste, les D^{rs} Guy Lafrance et Alexandre Caron, respectivement président et vice-président de l'Ordre, ont tenu à s'adresser aux nouveaux membres par le biais de la technologie.

« Nos patients s'en remettent à notre jugement professionnel pour prendre les meilleures décisions, a souligné le D^r Lafrance. Il faut donc que la protection de leur intérêt devienne la raison d'être de l'exercice de votre profession au quotidien. » Le D^r Caron a ajouté : « L'exercice de la médecine dentaire est un travail des plus passionnants et des plus diversifiés. La profession de dentiste est remplie de défis stimulants et d'une grande importance pour tous. »

Ces cérémonies solennelles et empreintes de fierté ont permis aux nouveaux membres de l'Ordre de franchir un jalon important au terme d'un long parcours universitaire et de souligner leur entrée officielle dans la profession. Bienvenue aux nouveaux membres!

UNIVERSITÉ MCGILL

D^{re} Mai Abdel Azim
D^{re} Caroline Abi Azar
D^r Luc Richard Boutin
D^r Matthew Faigan
D^r Badr Hefnawi
D^{re} Raquel Lee Herscovici
D^{re} Nidhi Kantawala
D^r Sébastien Michaud
D^{re} Quynh-Anh Nguyen
D^r Mitchell Pinto
D^r Maxime Rousseau
D^{re} Arielle Sabbah
D^{re} Marie-Flore Vallières
D^r Wei Wu
D^{re} Wenjia Wu

UNIVERSITÉ LAVAL

D ^r Anthony Béland	D ^{re} Marie-Pier Lamontagne
D ^{re} Alexandra Bissonnette Lauzon	D ^{re} Françoise Larochelle-Cadoret
D ^r Marc Bouchard	D ^{re} Keyla Lebrun
D ^{re} Chloé Boucher	D ^r Philippe L. Lemay
D ^{re} Virginie Boudreau-Larouche	D ^r Michaël Longchamps
D ^r Louis-Philippe Carrier	D ^{re} Stéphanie Malenfant
D ^{re} Marianne Charest	D ^{re} Cathrine Mekhil Polis
D ^r Félix Corbeil	D ^{re} Marie-Pierre Morin
D ^r Mathieu Delisle	D ^r Olivier Morrow
D ^{re} Amélie Dion	D ^{re} Nyousha Parsa Nejad
D ^{re} Sarah-Jane Doyon-Dallaire	D ^r Antoine Pelletier
D ^{re} Elisabeth Dupont	D ^r Félix Potvin
D ^{re} Nassila El Melali	D ^{re} Amélie Roberge-Viau
D ^r Alexandre Gauvin	D ^r Marc-Antoine Roy
D ^r Olivier Gosselin	D ^{re} Erika Scanlan
D ^{re} Béatrice Groleau-Asselin	D ^r Mathieu Simard
D ^{re} Dominique Harvey	D ^r Alexandre St-Jean
D ^{re} Roxanne Henry	D ^r Louis-Pierre Thibault
D ^{re} Erin Ilagan	D ^{re} Geneviève Trudel
D ^{re} Laura Jobin	D ^{re} Émilie Turcotte
D ^r David Lafortune-Brunet	

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

D ^r Robert Abdulezer	D ^{re} Julianne Côté	D ^r Huan Lu
D ^r Hamed Al Moghrabi	D ^{re} Catherine Daignault	D ^{re} Stéphanie Marcotte
D ^{re} Chloé Ayotte	D ^{re} Issa Daoui	D ^{re} Mélyssa McKay-Nicole
D ^r Samuel Ayotte	D ^r Shpetim Deda	D ^{re} Elissa Nacouzi
D ^{re} Yu Hong Bai	D ^{re} Kim Delobbe-Lussier	D ^{re} Thérèse Nguyen
D ^{re} Anne Barré	D ^r Antoine Désormeaux	D ^{re} Julia Emanuela Niculescu
D ^r Félix Beaulieu-Lacroix	D ^{re} Sevana Djinbachian	D ^{re} Iphigénie Noël
D ^{re} Laura Bégin	D ^{re} Béatrice Finn Côté	D ^{re} Anita Nourmoussavi
D ^{re} Catherine Benoit	D ^{re} Cynthia Fournier	D ^r David Oliver
D ^r Marc-Olivier Bergeron	D ^{re} Geneviève Gadbois	D ^r Jonathan Ouahnoun
D ^r Aymeric Bherer	D ^{re} Isabelle Girard	D ^{re} Gabriella Para
D ^{re} Alexandra Boily	D ^{re} Andee Goldstein	D ^{re} Naomie Pearce
D ^r Samy Boudjeltia	D ^{re} Marie-Pier Grégoire	D ^r Alex Pisapia
D ^r Rémi Boulanger	D ^{re} Valérie Illuzzi	D ^r Mohamed Moussa Sahraoui
D ^r Benjamin Boulet-Dupuis	D ^r Marc Iskandar	D ^{re} Aline Sallaleh
D ^{re} Marie-Claude Bourgeois	D ^r David Jacques-Michaud	D ^r Adib Sneij
D ^r Etienne Brière	D ^{re} Sarah-Alexandra Jeannotte-Rivard	D ^{re} Tasnime Soullane
D ^{re} Catherine Caron	D ^{re} Naomi Kadoch	D ^{re} Ioana Theodora Stefan
D ^r Samuel Carrier	D ^{re} Rozita Karimi-Demani	D ^{re} Cheryl Therrien
D ^{re} Linda Chau	D ^r Frederic Kessous	D ^r Gabriel Thibeault
D ^{re} Jaehee Choi	D ^r Mehdi Fayçal Kroumba	D ^r Kevin Trinh
D ^{re} Myriam Cloutier	D ^r Gabriel Lamontagne	D ^r Hadi Youssef
D ^{re} Laura Comeau	D ^{re} Emilie Latour	
D ^{re} Émilie Côté	D ^{re} Caroline Leclerc	

PRIX DE L'ORDRE – RÉCIPENDIAIRES

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

PRIX ALDIS BERNARD	PRIX JOSEPH-NOLIN
D^r Samy Boudjeltia	D^{re} Catherine Daignault

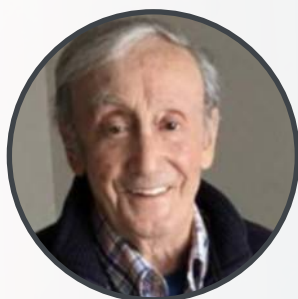
UNIVERSITÉ LAVAL

PRIX ALDIS BERNARD	PRIX GUSTAVE RATTÉ
D^{re} Laura Jobin	D^{re} Amélie Dion

UNIVERSITÉ MCGILL

PRIX ALDIS BERNARD	PRIX JOHN K. CARVER
M^{me} Jessica Henry	D^r Wei Wu

Nous avons été attristés d'apprendre le décès de membres de l'Ordre dont nous tenons à souligner le départ et à rappeler la contribution à l'exercice de la médecine dentaire.



Dr Marius Crête

Décédé le 4 septembre

Le Dr Crête a exercé la profession de dentiste à Shawinigan de 1950 à 2015. Il a pratiqué en cabinet privé et dans les établissements publics de santé de la région. Le Dr Crête a travaillé auprès de la population; il a été très actif dans le développement de services à domicile et en CHSLD destinés aux personnes en perte d'autonomie et ayant des problèmes de santé mentale. Très impliqué au sein de l'Académie dentaire du Québec, le Dr Crête laissera un excellent souvenir au sein de sa communauté. Nos plus sincères condoléances à sa famille, dont sa fille, la D^{re} Françoise Crête, ainsi que sa petite-fille, la D^{re} Catherine Crête-Belzile, qui exerce actuellement dans la région de Québec.



Dr Louis Dubé

Décédé le 21 septembre

Ayant exercé en pratique privée à Sherbrooke, le Dr Dubé a été impliqué pendant plusieurs années au sein de l'Association dentaire canadienne. Ayant agi à titre de président et de membre du comité exécutif de l'organisme qu'il représentait fièrement au Québec comme au Canada, le Dr Dubé était notamment apprécié pour sa camaraderie. Nous offrons nos condoléances les plus sincères à tous ses proches.



Dr Paul Germain

Décédé le 19 mars

Diplômé de l'Université de Montréal en médecine dentaire, le Dr Germain a exercé sa profession pendant plus de 50 ans dans l'arrondissement de Verdun, à Montréal. Chargé de cours à la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal de 1965 à 2013, il a grandement contribué à la formation des dentistes et au développement de sa profession. Cofondateur de Dentistes Sans Frontières, le Dr Germain a effectué plusieurs missions humanitaires au Honduras pour venir en aide aux plus démunis. Sa générosité et son dévouement lui ont d'ailleurs valu plusieurs distinctions, dont le prix Hommage de l'Ordre des dentistes en 2011. Sa vivacité et son humour manqueront à tous. Nos pensées accompagnent la famille et les proches du Dr Germain.



À SITUATION EXCEPTIONNELLE, INTELLIGENCE FINANCIÈRE EXCEPTIONNELLE.

Adaptez votre situation fiscale et financière
à la nouvelle réalité économique grâce
aux stratégies de pointe de nos experts.

Parlons-nous

Financière des professionnels inc. détient la propriété exclusive de Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. et de Financière des professionnels – Gestion privée inc. Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. est un gestionnaire de portefeuille et un gestionnaire de fonds d'investissement, qui gère les fonds de sa famille de fonds et offre des services-conseils en planification financière. Financière des professionnels – Gestion privée inc. est un courtier en placement, membre de l'Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières (OCRCVM) et du Fonds canadien de protection des épargnants (FCPE), qui offre des services de gestion de portefeuille.



**FINANCIÈRE DES
PROFESSIONNELS**

DUPUY GUILBERT	45
FINANCIÈRE DES PROFESSIONNELS	43
GESCOM CONSEILS	9
LAFOND DESJARDINS LABORATOIRE DENTAIRE	37
PATTERSON DENTAIRE	8
PROCTER & GAMBLE – CREST	2
PROCTER & GAMBLE – ORAL B	29
RBC BANQUE ROYALE	48
ROI CORPORATION	47
SOGEDENT	9
TERRA BORÉALYS	13



PRÉSIDENT

D^r Guy Lafrance*

ADMINISTRATEURS

1 Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Chaudière-Appalaches
D^{re} Julie Normandeau

2 Capitale-Nationale
D^{re} Véronique Gagnon*

3 Mauricie, Centre-du-Québec et Estrie
D^r René Lord

4 Montréal
D^{re} Liliane Malczewski
D^r Denis Munger
Poste vacant

5 Outaouais, Abitibi-Témiscamingue et Nord-du-Québec
D^r Pierre-Luc Déry

6 Laval
D^{re} Nancy Beaudoin

7 Lanaudière et Laurentides
D^r Fabir Amer-Ouali

8 Montérégie (MRC Acton, La Haute-Yamaska, Brome-Missisquoi, Pierre-De Saurel, Les Maskoutains, Rouville, Le Haut-Richelieu, Vaudreuil-Soulanges, Beauharnois-Salaberry, Le Haut-Saint-Laurent, Roussillon et Les Jardins-de-Napierville)
D^r Alexandre Caron*, vice-président

9 Montérégie (MRC Marguerite-D'Youville et La Vallée-du-Richelieu et agglomération de Longueuil)
D^r Marc Robert

ADMINISTRATEURS NOMMÉS PAR L'OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC

M. Alain Boisvert*
M. Claude Daoust
M^{me} Constance Lemieux
M^{me} Françoise Rollin

DIRECTRICE GÉNÉRALE ET SECRÉTAIRE

M^e Caroline Daoust

* Membres du comité exécutif

PROGRAMME DE SUIVI INDIVIDUALISÉ

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

CONFIDENTIALITÉ ASSURÉE

514 875-8511
1 800 361-4887



ACHETER/VENDRE UNE CLINIQUE ?

Nous créons le pont entre
vos ambitions et leurs réalisations



2018, le pont "Hands of God", Da Nang, Vietnam



- Experts conseils en vente et achat
- Spécialisés en dentisterie
- Réseau développé depuis plus de 20 ans



CLAUDE GUILBERT, CPA, CA

✉ claudio@dupuyguilbert.com
☎ 514 865-0118



JEAN DUPUY

✉ jean@dupuyguilbert.com
☎ 514 947-8458

NOS SERVICES



ACHAT, VENTE ET FUSION
DE CLINIQUE DENTAIRE



PORTFOLIO DE CABINETS
À VENDRE ET À ACHETER



CONSEILS D'AFFAIRES
STRATÉGIQUES

À compter du 16 octobre 2020

Tournée de l'Ordre 2020-2021
en mode virtuel

[Consulter l'horaire sur Dentoform](#)

Du 19 octobre à partir de 9 h jusqu'au 26 octobre 2020 à 16 h

Période pour voter afin de pourvoir
des postes d'administrateur
au conseil d'administration
de l'Ordre pour les régions
de [Montréal](#) et de [Laval](#)

5 novembre 2020

Date butoir de la consultation
sur la cotisation 2021-2022

21 novembre 2020

9 h Formation virtuelle Avancées
et défis dans l'étude de la transmission
de la COVID-19 par l'air

10 h 30 Assemblée générale des membres
en mode virtuel

27 novembre 2020

Reprise en mode virtuel
des activités de la
tournée de l'Ordre 2019-2020

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

Rédacteur en chef

André Lavoie

Rédacteur adjoint

D^r Paul Morin

Révisure

Nataly Rainville

Conception graphique

Toucan Services Marketing

Production

Direction des affaires publiques
et des communications

Publication

Publié 4 fois l'an en version numérique

ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

800, boul. René-Lévesque Ouest
Bureau 1640

Montréal (Québec) H3B 1X9
514 875-8511

journal@odq.qc.ca

odq.qc.ca

Dépôt légal

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

QUI ACHÈTERA VOTRE PRATIQUE?

Notre expérience de plus de 45 ans parle d'elle-même.
Nous connaissons et comprenons le marché de l'achat et de la vente de pratiques dentaires.

Discrétion, confidentialité et préservation de pratique
Appelez au **1.844.ROI.2020**



Abonnez-vous à notre nouveau service d'inscription
sur **roicorp.com**



UNIS POUR DÉJOUER L'AUTISME



**NOS CHIENS D'ACCOMPAGNEMENT AIDENT
LES ENFANTS AUTISTES À TROUVER LEUR CHEMIN.
DONNEZ À **MIRA**.CA OU APPELEZ AU (450) 795-3725.**



Services aux professionnels de la santé Avantage RBC^{MC}

Nouveau programme pour professionnels de la santé

L'exercice d'une profession dans le secteur de la santé est exigeant sur le plan personnel et financier. Nous avons donc créé le programme Services aux professionnels de la santé Avantage RBC à l'intention des professionnels de la santé comme vous. Que vous soyez en formation ou en exercice, nos solutions sur mesure vous permettront d'atteindre vos objectifs personnels et professionnels.



Étudiants



Médecins résidents



Dentistes



Médecins praticiens

Régime Services aux professionnels de la santé Avantage RBC¹

Offre un accès exclusif à des avantages exceptionnels qui vous seront utiles au cours de votre formation et de votre carrière.

Avantages :

- Réductions des frais sur compte Forfait bancaire VIP RBC et sur comptes de cartes de crédit Avion[®]
- Taux privilégié de marge de crédit non garantie RBC³
- Taux privilégié de marge de crédit sur valeur nette RBC³
- Avantages particuliers et points RBC Récompenses[®]

Régime Services aux professionnels de la santé Avantage Pro RBC²

Veille à vos besoins financiers personnels et professionnels, tout en vous faisant bénéficier d'avantages supplémentaires.

Avantages du régime Services aux professionnels de la santé Avantage RBC, plus :

- Réduction des frais sur compte du forfait Choix numérique pour entreprise RBC^{MC} et sur compte de carte de crédit Avion Visa Infinite Affaires[‡] RBC
- Taux privilégié de Marge de crédit d'exploitation Royale et sur CPG
- Autres avantages particuliers et points RBC Récompenses

Mettons le cap vers votre réussite

Notre équipe de plus de 500 spécialistes, Services aux professionnels de la santé RBC, est là pour vous offrir le soutien, les conseils et les solutions à valeur ajoutée dont vous avez besoin pour gérer vos finances. Que vous désiriez obtenir un prêt ou effectuer une planification financière, nous comblons vos besoins personnels et professionnels.

Prêt à passer à l'action ?

Consultez le site rbc.com/sante pour trouver un spécialiste, Services aux professionnels de la santé RBC, ou composez le 1 833 395-8118 pour prendre rendez-vous.

[®] / ^{MC} Marque(s) de commerce de Banque Royale du Canada. RBC et Banque Royale sont des marques déposées de Banque Royale du Canada. © Banque Royale du Canada 2019. Tous droits réservés.

[‡] Toutes les autres marques de commerce appartiennent à leur propriétaire respectif.

Pour profiter des offres exclusives destinées aux participants des régimes Services aux professionnels de la santé Avantage RBC et Services aux professionnels de la santé Avantage Pro RBC, les étudiants et professionnels de la santé doivent satisfaire aux critères d'admissibilité du client et aux critères d'admissibilité des régimes. Pour connaître les détails du programme, notamment les définitions et les conditions, rendez-vous au www.rbc.com/sante.

¹ Les professionnels de la santé admissibles peuvent adhérer au régime Services aux professionnels de la santé Avantage RBC s'ils ont : i) un Forfait bancaire VIP RBC et ii) une carte de crédit Avion RBC admissible (Avion Visa Platine RBC, Avion Visa Infinite RBC ou Avion Visa Infinite Privilège RBC).

² Les professionnels de la santé admissibles peuvent adhérer au régime Services aux professionnels de la santé Avantage Pro RBC s'ils ont : i) un Forfait bancaire VIP RBC ; ii) une carte de crédit Avion RBC admissible (Avion Visa Infinite RBC ou Avion Visa Infinite Privilège RBC) et iii) soit un compte de dépôt d'entreprise RBC et une carte de crédit Avion Visa Affaires RBC, soit au moins 25 000 \$ d'actifs investis dans n'importe quel produit de placement RBC en tout temps durant leur participation au régime.

³ Les produits de financement personnel sont fournis par la Banque Royale du Canada sous réserve de ses critères de prêt standards.

