
MÉMOIRE SUR LE PROJET DE LOI N° 29

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées

Présenté à la Commission des institutions

Maintenir l'interdisciplinarité pour assurer la santé
des Québécois



Ordre des denturologistes du Québec
Août 2019

TABLE DES MATIÈRES

Préambule	2
Introduction	3
Sommaire	5
Mise en contexte	6
Travaux préalables	6
Protection du public	7
Accessibilité	8
Autonomie	9
Interdisciplinarité	10
Commentaires et recommandations	11
1 ^{re} RECOMMANDATION	12
2 ^e RECOMMANDATION	15
3 ^e RECOMMANDATION	16
4 ^e RECOMMANDATION	18
5 ^e RECOMMANDATION	22
6 ^e RECOMMANDATION	24
7 ^e RECOMMANDATION	25
8 ^e RECOMMANDATION	27
Conclusion	28
Annexes : Descriptif des annexes	29
Annexe 1	30
Annexe 2	43
Annexe 3	50
Annexe 4	51
Annexe 5	78
Annexe 6	90
Annexe 7	101
Annexe 8	104

PRÉAMBULE

L'Ordre des denturologistes du Québec est un ordre professionnel regroupant près de 1000 denturologistes.

Il a pour mission principale d'assurer la protection du public tout en contrôlant l'exercice de la profession par ses membres et en assurant une qualité soutenue des services dispensés.

L'Ordre exerce son leadership afin d'assurer une meilleure santé buccodentaire aux Québécois requérant des prothèses.

Le Code des professions et la Loi sur la denturologie, qui ont créé l'Ordre en 1973, font de la denturologie une profession d'exercice exclusif.

INTRODUCTION

À l'occasion des consultations particulières et des auditions publiques relativement au projet de loi no 29, *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées*, l'Ordre des denturologistes du Québec (« l'Ordre ») répond à l'invitation de la Commission des institutions par le présent mémoire et remercie les parlementaires de lui permettre de commenter ce projet de loi.

D'entrée de jeu, l'Ordre tient à mentionner qu'il adhère aux orientations générales proposées par le projet de loi 29 et appuie sans réserve et accueille très favorablement l'objectif poursuivi par le projet de loi de redéfinir les champs d'exercice professionnel dans le domaine de la santé buccodentaire.

Ainsi, le projet de loi modifie substantiellement entre autres le champ d'exercice des denturologistes contenu à la Loi sur la denturologie. Cette dernière n'avait pas été revue fondamentalement depuis 1973, date de la création de l'Ordre et du système professionnel. L'Ordre salue la volonté de la ministre de moderniser notre loi.

L'Ordre tient à rappeler qu'il a participé activement depuis le début des années 2000 au Groupe de travail ministériel et au Comité d'experts mis en place par l'Office des professions sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire.

L'Ordre souhaite donc intervenir de nouveau auprès de la ministre de la Justice (« la ministre ») et émettre les présents commentaires afin de soulever des éléments qui doivent être pris en compte dans le cadre du présent projet de loi.

Le présent mémoire est divisé en deux parties :

- La première partie traite du contexte dans lequel s'inscrivent les présents commentaires. Il fait état des principes qui ont guidé la réalisation des travaux sur la modernisation des pratiques en matière buccodentaire.
- La deuxième partie contient des commentaires techniques sur les modifications proposées par le projet de loi 29 sur l'exercice de la denturologie.

L'Ordre espère que ses commentaires permettront à la ministre de bonifier les dispositions législatives proposées par le projet de loi et ainsi de venir pallier à

certaines problématiques de façon à permettre une utilisation optimale des compétences de chacun des professionnels concernés, et ce, au bénéfice des personnes nécessitant des soins et des services buccodentaires ainsi qu'à celui des établissements où sont dispensés les soins et les services de santé, notamment auprès des personnes âgées.

SOMMAIRE

Selon les termes du présent mémoire, l'Ordre des denturologistes du Québec fait les recommandations suivantes :

- 1 QUE SOIENT AJOUTÉS AU PREMIER PARAGRAPHE DE L'ARTICLE 6, APRÈS LES MOTS « APPAREILS DENTAIRES », LES MOTS SUIVANTS : « À PROPOSER UN PLAN DE TRAITEMENT PROTHÉTIQUE ET EN ASSURER LE SUIVI ».
- 2 QUE SOIENT RETIRÉS DE L'ALINÉA 1° DU DEUXIÈME PARAGRAPHE DE L'ARTICLE 6, LES MOTS « AMOVIBLE » ET « SAUF À L'ÉGARD DES PROTHÈSES SUR IMPLANT ».
- 3 QUE SOIENT RETIRÉS DE L'ALINÉA 2° DU DEUXIÈME PARAGRAPHE DE L'ARTICLE 6, LES MOTS « DES PROTHÈSES SUR IMPLANT ET ».
- 4 QUE SOIT AJOUTÉ À L'ALINÉA 3° DU DEUXIÈME PARAGRAPHE DE L'ARTICLE 6, APRÈS LE MOT « IMPLANTOLOGIE », « EN ÉTABLISSANT UN PLAN DE TRAITEMENT PROTHÉTIQUE ».
- 5 QUE SOIT REMPLACÉE AUX ALINÉAS 4° ET 5° DU DEUXIÈME PARAGRAPHE DE L'ARTICLE 6 L'EXPRESSION « SELON UNE ORDONNANCE » PAR « LORSQUE LE DENTUROLOGISTE DISPOSE D'UNE ÉVALUATION FAITE PAR UN DENTISTE COMPRENANT LES OBJECTIFS DE TRAITEMENT ».
- 6 QUE SOIT AJOUTÉE AUX ALINÉAS 4°, 6° ET 7° DU DEUXIÈME PARAGRAPHE DE L'ARTICLE 6 L'EXPRESSION « SOUS-GINGIVALES » APRÈS « EXCLUANT LES PROTHÈSES ET APPAREILS DENTAIRES SCELLÉS ».
- 7 QUE SOIT AJOUTÉ AU DEUXIÈME PARAGRAPHE DE L'ARTICLE 6 UN 9^E ALINÉA : « EFFECTUER LES EXAMENS RADIOGRAPHIQUES D'ÉVALUATION MÉCANIQUE SELON UNE ORDONNANCE ».
- 8 QUE SOIT RETIRÉ DE L'ARTICLE 7 DU PROJET DE LOI LE PARAGRAPHE J) DE L'ALINÉA 1,4° DE L'ARTICLE 37.1 DU CODE DES PROFESSIONS.

MISE EN CONTEXTE

TRAVAUX PRÉALABLES

En février 2000, la ministre de la Justice de l'époque mandatait un Groupe de travail ministériel afin de lui suggérer une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines, en matière de champ de pratique et de conditions d'exercice, visant à moderniser l'organisation professionnelle de cet important secteur. Le Groupe de travail a déposé son rapport en juin 2002. En mai 2011, l'Office des professions a mis sur pied le Comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire et lui a donné pour mandat de formuler des recommandations à l'égard des pratiques professionnelles liées aux soins buccodentaires, notamment quant à l'actualisation des champs d'exercice des professions des dentistes, des denturologistes, des hygiénistes dentaires et des techniciens dentaires et quant aux activités à risque de préjudice devant faire l'objet d'une réserve. Le Groupe de travail a remis son rapport à l'automne 2012.

Tout au long des travaux devant mener à la modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire, l'Ordre a constamment retenu les principes de protection du public, d'accessibilité, d'autonomie et d'interdisciplinarité chers au système professionnel.

PROTECTION DU PUBLIC

La protection du public passe nécessairement par la compétence des membres de l'Ordre, garantie par une solide formation initiale et un programme de formation continue performant. Ainsi, dès la création des cégeps en 1968, le programme de *Techniques de denturologie* a été institué au Cégep Édouard-Montpetit, lequel donne accès au Diplôme d'études collégiales (DEC) en denturologie. Le programme a évolué et comprend actuellement 2 745 heures de formation en denturologie, comprenant une formation en implantologie, à celle-ci s'ajoute une formation de 1 140 heures¹ (« Pratique avancée en denturologie »²) qui est dédiée exclusivement à la prothèse sur implants et qui permet d'obtenir une attestation d'études collégiales (AEC).

De plus, comme tous les autres professionnels de la santé, les denturologistes sont confrontés à l'évolution rapide des connaissances, des nouvelles technologies et des besoins grandissants d'une population vieillissante. Ils ont donc le souci de présenter ici des recommandations permettant d'assurer la qualité et l'intégrité des soins et des services professionnels offerts aux citoyens.

¹ 780 heures de formation théorique et 360 heures de cas pratiques

² Annexe 4 : *Pratique avancée de la denturologie CCA.01 AEC*

ACCESSIBILITÉ

Puisqu'ils exercent dans toutes les régions du Québec, les denturologistes peuvent offrir à toute personne des soins et des services compétents et accessibles, et ce, en temps opportun et à l'endroit approprié.

AUTONOMIE

Si l'Ordre accepte que la reconnaissance professionnelle entraîne la capacité d'exercer en toute autonomie, à l'intérieur de certaines limites, les denturologistes sont convaincus, de par leur formation poussée en matière prothétique, qu'ils peuvent agir de façon complémentaire, sécuritaire et indépendante à l'intérieur de leur champ de pratique.

Le Code des professions a reconnu la denturologie comme une profession d'exercice exclusif et donnant au public un accès direct, de première ligne et ne nécessitant pas d'ordonnance préalable. D'ailleurs, 90 % des personnes édentées consultent d'abord un denturologiste. C'est donc lui qui détermine le type de prothèse pouvant répondre le plus adéquatement aux attentes du patient et propose conséquemment un plan de traitement prothétique.³

³ Annexe 2 : Comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire, p.15

INTERDISCIPLINARITÉ

Les denturologistes privilégient également le travail en interdisciplinarité avec leurs collègues des autres professions du domaine buccodentaire et du domaine de la santé. Ils désirent mettre en commun avec ces derniers leur expertise unique, et ce, au bénéfice de leurs patients⁴.

⁴ Annexe 2 : Comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire, p.15

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

Cette deuxième partie contient les commentaires et recommandations de l'Ordre portant sur les dispositions particulières du PL29 relatives aux modifications apportées à la *Loi sur la denturologie*, lesquelles se retrouvent aux articles 41 à 45 du projet de loi.

Article 6 : L'exercice de la denturologie consiste à évaluer les besoins prothétiques ainsi qu'à concevoir, à fabriquer, à installer, à ajuster et à réparer des prothèses et appareils dentaires dans le but de suppléer à la perte des dents d'une personne.

L'Ordre des denturologistes est satisfait des modifications apportées à la *Loi sur la denturologie* et salue la proposition d'un nouveau champ d'exercice de la denturologie, tel que décrit au premier paragraphe de l'article 6 du projet de loi. Cette définition correspond en très bonne partie à l'ensemble des actes professionnels pour lesquels le denturologiste est formé et dont il a la compétence, notamment par la confirmation de son expertise en matière de prothèses et d'appareils dentaires.

À l'instar de plusieurs autres ordres professionnels de la santé, nous suggérons ici de compléter cette définition en proposant l'ajout du plan de traitement prothétique et sa mise en œuvre. En effet, même s'il s'agit de sa pratique courante, par cet ajout, le denturologiste aurait l'obligation juridique de suggérer à son patient un plan de traitement et de lui faire agréer. Il aurait de plus l'obligation juridique d'en assurer le suivi. Alors, non seulement le denturologiste évalue les besoins du patient et fabrique l'appareil approprié, mais il le fait selon un plan de traitement prothétique approuvé par le patient et il en assure le suivi.

1^{RE} RECOMMANDATION

- L'ORDRE DES DENTUROLOGISTES RECOMMANDE QUE SOIENT AJOUTÉS AU PREMIER PARAGRAPHE DE L'ARTICLE 6, APRÈS LES MOTS « APPAREILS DENTAIRES » LES MOTS SUIVANTS : « , À PROPOSER UN PLAN DE TRAITEMENT PROTHÉTIQUE ET EN ASSURER LE SUIVI, ».

Article 6, 1° : Déterminer le type de prothèse et d'appareils dentaires amovibles appropriés, sauf à l'égard des prothèses sur implant.

▪ LE TERME « AMOVIBLE » NE DEVRAIT PAS ÊTRE UTILISÉ

Deux observations à la lecture de l'alinéa méritent des commentaires. Tout d'abord, le texte utilise encore le mot « amovible », ce qualificatif étant une source constante d'interprétation et de confusion dans la pratique des professions du milieu dentaire. C'est l'une des raisons à la base même des modifications qui sont essentielles à apporter à la Loi sur la denturologie.

Le conflit réside dans le fait que, pour les dentistes, l'amovibilité des prothèses dentaires se détermine par le fait que le patient peut enlever lui-même sa prothèse alors que pour les denturologistes, ce qualificatif ne se perd pas par le simple accomplissement d'un acte professionnel posé soit par un denturologiste ou par un dentiste. L'action de visser ou de dévisser une prothèse dentaire ne fait pas perdre l'amovibilité de cette dernière.

Au surplus, les définitions usuelles des dictionnaires, tout comme celles des dictionnaires spécialisés en médecine dentaire datant de 2001, ne suivent plus les nouvelles désignations développées suivant l'évolution des nouvelles techniques et des produits mis en marché par l'industrie.

Traditionnellement, nous parlions de « fixe » ou d'« amovible ». Une troisième catégorie de désignation s'est ajoutée (« fixe amovible ») et c'est pourquoi les mots « amovible » et « fixe » doivent être retirés de la loi. Une prothèse peut maintenant être fixe tout en étant amovible⁵.

La modernisation de notre loi doit tenir compte de l'évolution des techniques modernes et suivre le cours de leur développement.

C'est pourquoi le Comité d'experts souhaitait que le terme « amovible » soit retiré du champ d'exercice des denturologistes⁶. Rappelons aussi que dès 2002, le Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines (GTM) écrivait dans son rapport :

⁵ Annexe 3 : Questions pour l'Ordre des denturologistes et réponses

⁶ Annexe 2

« En outre, il a retiré le terme amovible à cause des significations diverses attribuées à cet adjectif. Le libellé suivant a donc été proposé lors de la deuxième rencontre et a reçu l'assentiment de l'Ordre :

« L'exercice de la denturologie consiste à évaluer les besoins prothétiques, à concevoir, à fabriquer, à installer, à ajuster et à réparer les prothèses dentaires dans le but de suppléer à la perte de dents de la personne.

« L'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »⁷.

- « SAUF À L'ÉGARD DES PROTHÈSES SUR IMPLANT »

Le commentaire vise particulièrement l'exception prévue en ce qui a trait aux prothèses sur implant.

Cette exclusion ne tient pas compte de la réalité de l'exercice de la denturologie. La façon dont est formulé cet alinéa interdit à un denturologiste de déterminer le type de prothèse sur implant, alors qu'il en est de l'essence même de sa profession.

Déterminer les besoins prothétiques d'un patient, c'est aussi déterminer les types de prothèses dentaires qui assureraient au patient l'optimisation de sa santé buccodentaire et de son confort, en passant soit par la prothèse dite « conventionnelle » ou par celle « sur implant ».

Exclure la possibilité pour le denturologiste de déterminer le type de prothèse à l'égard des prothèses sur implant serait au détriment du patient, obligeant ultimement ce dernier à être préalablement référé à un dentiste.

Une telle situation fait fi de la compétence reconnue et de la formation du denturologiste. L'Ordre des denturologistes rappelle que la formation de ses membres est grandement supérieure à toutes celles qui tentent de se comparer en matière de prothèses dentaires, incluant celle des dentistes du Québec ou d'ailleurs, mais à l'exception des prosthodontistes.

Nous commenterons l'exclusion des prothèses sur implant avec les autres dispositions concernant l'implantologie, et, plus particulièrement, celles

⁷ Annexe 1 : Rapport du Groupe de travail ministériel

relatives aux activités réservées citées aux alinéas 2°, 3° et 4° et 5° de l'article 6 du projet de loi.

La prothèse dentaire est au cœur même de l'exercice de la denturologie.

2^E RECOMMANDATION

- L'ORDRE DES DENTUROLOGISTES RECOMMANDE QUE SOIENT RETIRÉS DE L'ALINÉA 1° DU DEUXIÈME PARAGRAPHE DE L'ARTICLE 6 LES MOTS : « AMOVIBLE » ET « SAUF À L'ÉGARD DES PROTHÈSES SUR IMPLANT »

Article 6, 2° : Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, à l'installation et à l'ajustement des prothèses et appareils dentaires, à l'exception des prothèses sur implant et des ponts et couronnes sur dents naturelles.

L'Ordre des denturologistes s'oppose au deuxième alinéa tel que rédigé, en ce qu'il crée une exception pour les prothèses sur implants. Les motifs pour s'opposer à l'exception des prothèses sur implants sont présentés ci-après à l'argumentaire relatif au 4^e alinéa de l'article 6. Mentionnons pour l'instant que les denturologistes sont qualifiés et ils ont la formation pour poser des interventions non invasives relatives aux prothèses sur implants.

3^E RECOMMANDATION

- L'ORDRE DES DENTUROLOGISTES RECOMMANDE QUE SOIENT RETIRÉS DE L'ALINÉA 2° DU DEUXIÈME PARAGRAPHE DE L'ARTICLE 6 LES MOTS « DES PROTHÈSES SUR IMPLANT ET ».

Article 6, 3° : Contribuer à la détermination d'un plan de traitement en implantologie.

Tout d'abord, il est important de comprendre les phases d'exécution d'un plan de traitement en implantologie.

L'exécution d'un traitement en implantologie nécessite une phase chirurgicale ainsi qu'une phase prothétique. Le denturologiste n'exécute pas la phase chirurgicale, cette dernière relevant exclusivement du dentiste. Par contre, la phase prothétique est manifestement du champ d'exercice du denturologiste.

Cette distinction est importante, car dans les faits, l'établissement d'un plan de traitement pour le mieux-être du patient tiendra compte du champ de compétence de chacun des professionnels impliqués en interdisciplinarité. Les connaissances de l'un, cumulées à celles de l'autre, permettront l'atteinte de l'objectif recherché par le patient.

L'Ordre des denturologistes a de maintes fois exposé et expliqué que le dentiste et le denturologiste doivent travailler en concertation et en complémentarité à la détermination d'un plan de traitement en implantologie. Ce besoin d'interdisciplinarité a été reconnu par de nombreuses études, et les intervenants se sont prononcés clairement sur cette nécessité de travailler ensemble à l'élaboration du plan de traitement et à sa réalisation⁸.

Pour le bien-être et pour la protection du public, les denturologistes et dentistes se doivent de définir, chacun dans sa sphère de compétence, les étapes menant à la réalisation du plan de traitement. L'action de chacun d'entre eux est plus qu'une simple contribution de l'un envers l'autre, mais plutôt la convergence de leurs plans de traitements respectifs vers un objectif de traitement commun. La clé du succès ici est un travail en interdisciplinarité, assurant la complémentarité des connaissances de chacun des professionnels.

Le Comité des experts mentionnait expressément que :

⁸ Annexe 1 : Rapport du Groupe de travail ministériel, p.307 ; Annexe 2 : Comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire, p.21

*« Par ailleurs, le Comité souhaite préciser que la différence entre, d'une part, le plan de traitement qui réfère à la prévention de la maladie buccodentaire et au maintien et au rétablissement de la santé buccodentaire et, d'autre part, le plan élaboré par le denturologiste qui comprend des interventions nécessaires à la conception, la fabrication, la pose et l'ajustement des prothèses dentaires ».*⁹

Devons-nous rappeler que 90 % des personnes édentées au Québec consultent dans un premier temps un denturologiste ? C'est donc avec ce dernier que se crée d'abord et avant tout le lien confiance et c'est avec lui que les discussions sont entreprises, notamment sur la possibilité de recourir à un plan de traitement en implantologie. Bien évidemment, l'apport du dentiste est reconnu et indéniable et, conjointement, il est possible de déterminer si le type de prothèse dentaire proposé est réalisable ou non au bénéfice du patient.

Dans cette perspective, le denturologiste étant souvent le premier professionnel consulté, ceci confirme son rôle fondamental à titre de professionnel de première ligne. Faire autrement reviendrait à nier la capacité du denturologiste d'exercer pleinement sa compétence et son jugement professionnel¹⁰.

Le denturologiste doit « établir » le plan de traitement prothétique en implantologie. Le dentiste quant à lui doit confirmer la faisabilité de la phase chirurgicale. C'est donc ensemble qu'ils conviendront d'un plan de traitement pour le patient.

4^E RECOMMANDATION

- L'ORDRE DES DENTUROLOGISTES RECOMMANDE QUE SOIT AJOUTÉ À L'ALINÉA 3^o DU DEUXIÈME PARAGRAPHE DE L'ARTICLE 6, APRÈS LE MOT « IMPLANTOLOGIE », « EN ÉTABLISSANT UN PLAN DE TRAITEMENT PROTHÉTIQUE ».

⁹ Annexe 2 : Comité d'experts p.21

¹⁰ Annexe 4 : Attestation d'études collégiales AEC

Article 6, 4° : Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, à l'installation et à l'ajustement des prothèses et appareils dentaires sur implant, excluant les prothèses et appareils dentaires scellés, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o du premier alinéa de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26) ;

Article 6, 5° : Retirer et remplacer un bouchon de guérison et placer un pilier sur la tête d'un implant, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o) du premier alinéa de l'article 94 du Code des professions ;

Les alinéas 4° et 5° du deuxième paragraphe de l'article 6 de la Loi sur la denturologie proposent des activités réservées aux denturologistes qui sont, d'après nous, trop restrictives.

En effet, il est proposé que l'intervention relative aux prothèses sur implant soit sujette à une « *ordonnance* » du dentiste (4°). Il en est de même pour l'activité de retirer et remplacer un bouchon de guérison et placer un pilier sur la tête d'un implant (5°).

L'ordonnance obligatoire dans ces deux cas est celle prévue à l'article 39.3 du Code des professions, soit celle d'un dentiste. Dans le cas de ces deux activités, le sens et la portée du terme « *ordonnance* » n'ont pas été développés, ne sont pas précisés et, surtout, sont sujets à interprétation. On pourrait interpréter qu'en fait celui qui émet l'ordonnance, c'est-à-dire le dentiste, déterminerait si cette intervention peut être effectuée ou non, alors que c'est une intervention nécessaire dans la séquence des procédures.

Ainsi, devrons-nous encore patienter des années avant de nous entendre sur une définition commune de l'*ordonnance* et sur sa portée effective ?

Il ne s'agit pas pour le dentiste de dicter ou de donner des directives au denturologiste pour la fabrication de la prothèse, mais plutôt d'établir, conjointement avec ce dernier, un plan de traitement en implantologie, en s'assurant ensemble que la partie prothétique du plan de traitement complète la partie chirurgicale et qu'elles formeront un tout pour le mieux-être du patient¹¹.

Contrairement à d'autres professionnels qui, eux, doivent être instruits des actes qu'ils poseront dans le cadre d'une notion d'exécutant, le denturologiste, qui travaille avec le dentiste, définit lui-même les actes à poser pour la partie prothétique du plan de traitement, lesquels doivent s'harmoniser avec les actes du dentiste.

Chacun est maître d'œuvre de ses actes professionnels et le résultat est tributaire de l'accomplissement de leurs actions respectives.

Le Groupe de travail ministériel résume bien l'interdépendance et l'autonomie de chacun des professionnels :

« En matière d'implantologie, le Groupe de travail s'est longuement questionné sur le processus qui conduit à l'installation en bouche de ce type de prothèse. Il en est venu à la conclusion que chacun des intervenants dentaires est appelé à jouer un rôle spécifique et que les professionnels en cause, le denturologiste, le dentiste et le technicien dentaire ont l'obligation de travailler en collaboration à toutes les phases du processus, pour le mieux-être du client. Dans ce cas spécifique, on peut même parler d'interdépendance puisque généralement un même professionnel n'assume pas, à lui seul, l'ensemble des phases du processus. »¹²

Contrairement à d'autres professionnels qui doivent être instruits des actes qu'ils poseront dans le cadre d'une notion d'exécutant, le denturologiste qui travaille en collaboration avec le dentiste définit lui-même les actes à poser pour la partie prothétique qui doivent s'harmoniser avec les actes du dentiste.

L'exercice de la denturologie se définit d'ailleurs de la façon suivante :

¹¹ Annexe 7 : Autorisation de la phase prothétique

¹² Annexe 1 : Groupe de travail ministériel GTM, p.309

« L'exercice de la denturologie est bien plus qu'opérationnel. La majeure partie de son activité est intellectuelle¹³. La fabrication des prothèses dentaires ne se limite pas à l'exécution d'une suite de procédures. Dans l'exercice de la profession, le denturologiste doit recueillir de l'information¹⁴, en faire l'analyse et porter un jugement à une prise de décision afin de planifier et d'effectuer le traitement prothétique. »

« Finalement, la profession de denturologiste comporte vingt-quatre tâches globales, cent vingt-trois tâches particulières et cinq cent trente-cinq procédures de travail. Sur ce total, trois cent trente-quatre procédures sont intellectuelles et deux cent une sont techniques dont cinq cent une sont ouvertes et trente sont fermées. »¹⁵

Conséquemment, ces activités réservées, prévues aux alinéas 4° et 5° du deuxième paragraphe de l'article 6, pourraient simplement être sujettes à l'obtention par le denturologiste d'une évaluation du dentiste des conditions du patient, accompagnée des objectifs de traitement et des contre-indications, s'il y a lieu. Ces préalables existent dans certains domaines de la santé dans le système professionnel et ils ont le mérite de respecter l'autonomie de chacune des professions, tout en assurant la protection du public.

Nous sommes évidemment d'accord avec les conditions de formations préalables prévues aux alinéas 4° et 5° du deuxième paragraphe de l'article 6 du projet de loi.¹⁶

¹³ cf. Étude Craie

¹⁴ cf. critères de conception en réhabilitation prothétique

¹⁵ Annexe 5 : Rapport CRAIE Rapport sur l'explication, la systémique et la représentation des manifestations de la compétence professionnelle du denturologiste

¹⁶ Annexe 4 : Attestation d'études collégiales AEC

5^E RECOMMANDATION

- L'ORDRE DES DENTUROLOGISTES RECOMMANDE QUE SOIT REMPLACÉE AUX ALINÉAS 4° ET 5° DU DEUXIÈME PARAGRAPHE DE L'ARTICLE 6 L'EXPRESSION « SELON UNE ORDONNANCE » PAR « LORSQUE LE DENTUROLOGISTE DISPOSE D'UNE ÉVALUATION FAITE PAR UN DENTISTE COMPRENANT LES OBJECTIFS DE TRAITEMENT ».

Article 6, 4° : Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, à l'installation et à l'ajustement des prothèses et appareils dentaires sur implant, excluant les prothèses et appareils dentaires scellés, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o du premier alinéa de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26) ;

Article 6, 6° : Prescrire la fabrication et la réparation des prothèses et appareils dentaires, excluant les prothèses et appareils dentaires scellés.

Article 6, 7° : Vendre des prothèses et appareils dentaires, excluant les prothèses et appareils dentaires scellés.

D'importantes distinctions sont à faire lorsqu'il s'agit de prothèses dentaires « scellées » en matière d'implantologie. On doit en effet faire la distinction entre les prothèses dentaires scellées « sous-gingivales » et celles « supra-gingivales ».

L'Ordre a démontré à maintes reprises que la protection du public n'était nullement mise en cause pour les prothèses scellées « supra-gingivales ». Que ce soit dans la littérature spécialisée en restauration prothétique, de même que dans les manuels de formation en médecine dentaire ou en denturologie, les actes professionnels posés pour ce type de prothèse n'entraînent qu'un très faible risque pour le patient, et encore un risque qui n'est pas irréversible.¹⁷

¹⁷ Annexe 6 : La prothèse sur implants, annexes 1 à 7 ; Classification SAC en implantologie dentaire, schéma 11.B

En effet, il est reconnu que les plus grands risques encourus concernent tout particulièrement les prothèses dentaires sous-gingivales et non les prothèses dentaires supra-gingivales.

Permettre aux denturologistes québécois de travailler sur des prothèses dentaires supra-gingivales, c'est leur donner la possibilité de suivre l'évolution de la denturologie. Soit dit en passant, la formation dont ils disposent est la plus perfectionnée en cette matière, non seulement en Amérique du Nord, mais également par rapport à l'Europe. En effet, la réputation de la pratique de la denturologie au Québec est reconnue mondialement.

Nous assistons à l'arrivée de nouvelles technologies en matière de prothèses dentaires. Les avancées technologiques pour celles-ci sont rapides et modifient constamment les méthodes employées, assurant ainsi le meilleur choix possible de prothèse dentaire pour un patient.

Nous vous invitons à consulter certaines informations plus techniques jointes au présent mémoire aux Annexes 6, 7 et 8. Vous pourrez constater que les difficultés rencontrées sont propres aux prothèses dentaires sous-gingivales.

Il est impératif que la modernisation de notre loi professionnelle tienne compte des techniques actuelles et futures, et ne se limite pas aux techniques traditionnelles qui sont actuellement en perte de vitesse.

6^E RECOMMANDATION

- L'ORDRE DES DENTUROLOGISTES RECOMMANDE QUE SOIT AJOUTÉE AUX ALINÉAS 4°, 6° ET 7° DU DEUXIÈME PARAGRAPHE DE L'ARTICLE 6 L'EXPRESSION « SOUS-GINGIVALES » APRÈS « EXCLUANT LES PROTHÈSES ET APPAREILS DENTAIRES SCELLÉS ».

Article 6, 8° : Concevoir, fabriquer et vendre des protecteurs buccaux.

L'Ordre des denturologistes est d'accord avec cette proposition.

LES RADIOGRAPHIES

Alors que les hygiénistes dentaires, selon une ordonnance, seraient habilitées à la prise de certaines radiographies, les denturologistes en sont toujours exclus dans le projet de loi, et ce, malgré leur formation poussée en cette matière. La formation actuelle en radiographie au Diplôme d'études collégiales (DEC) de Techniques en denturologie est de 60 heures, à cela s'ajoutent 60 heures dans le cadre de l'attestation d'études collégiales (AEC) de Pratique avancée en denturologie. Les formations offertes aux denturologistes se comparent à celles des hygiénistes dentaires pour la même compétence.

Le denturologiste devrait pouvoir agir à l'instar des hygiénistes dentaires dans les mêmes circonstances. La capacité pour le denturologiste de poser cet acte serait très avantageuse pour le patient.

7^E RECOMMANDATION

- L'ORDRE DES DENTUROLOGISTES RECOMMANDE D'AJOUTER AU DEUXIÈME PARAGRAPHE DE L'ARTICLE 6 UN 9^E ALINÉA : « EFFECTUER LES EXAMENS RADIOGRAPHIQUES D'ÉVALUATION MÉCANIQUE SELON UNE ORDONNANCE ».

ARTICLE 7 DU PROJET DE LOI 29

Le projet de Loi 29 prévoit à son article 7 de modifier l'article 37.1 du Code des professions en ajoutant l'alinéa 1.4 :

1.4° l'Ordre professionnel des hygiénistes dentaires du Québec :

...

j) prendre des empreintes de précision, selon une ordonnance

L'Ordre des denturologistes du Québec s'oppose à ce que la prise d'empreinte de précision sous ordonnance soit un acte réservé aux hygiénistes dentaires, pour les raisons suivantes :

En ce qui a trait à la prise d'empreinte de précision, il a déjà été établi que celle-ci n'est pas un acte isolé ni banal. Elle fait partie d'un processus linéaire, dont la réussite de chacune des étapes a un impact sur le succès d'un traitement. On ne peut lui attribuer un caractère de réversibilité, puisqu'elle ne peut se reproduire à l'inverse. Elle fait partie intégrante d'un rigoureux processus d'analyse, de validation d'informations et de résolution de problèmes, et elle a une incidence dans toute démarche prothétique.

Il en est autrement de la prise d'empreintes primaires pouvant servir à la fabrication de la gouttière, des protecteurs buccaux, des plaques occlusales ou encore pour des modèles d'étude ; pour établir un diagnostic ou un plan de traitement.

Le 21 novembre 2001, l'Ordre des hygiénistes dentaires présentait au Groupe de travail ministériel (GTM) ce qui suit :

« Du point de vue de l'Ordre des hygiénistes, la prise d'empreintes primaires en alginate s'inscrit dans la tâche de l'hygiéniste pour les motifs suivants. Elle n'a pas pour objet de fabriquer des prothèses dentaires visant à remplacer les dents naturelles. Elle sert à fabriquer des modèles d'étude (pour établir un diagnostic ou élaborer un plan de traitement), des gouttières de blanchiment, des protecteurs buccaux et des plaques occlusales ».

Nous comprenons bien que la finalité de la prise d'empreintes pour les hygiénistes dentaires n'est pas un acte professionnel attribué à la fabrication de prothèses dentaires.

Voici sur quels motifs se base notre objection :

Premièrement et fondamentalement, la formation académique des hygiénistes dentaires ne les forme pas à prendre une empreinte de précision, communément appelée une empreinte secondaire. L'objectif d'une telle prise d'empreinte est de procéder à la confection de prothèses dentaires, ce qui n'est pas du ressort des hygiénistes dentaires.

La prise d'empreinte primaire a toujours été une formation dispensée aux hygiénistes, aux seules fins de la fabrication de modèles d'étude pour l'accomplissement d'actes par des dentistes, particulièrement dans le cadre de soins orthodontiques. Jamais l'enseignement pour la prise d'empreinte de précision ne leur a été dispensé.

La prise d'empreinte de précision est reliée à une multitude d'actes visant tant la prothèse conventionnelle que celle attribuée aux implants dentaires. Cet acte professionnel nécessite donc une formation particulière qui, avec respect, ne relève pas de l'exercice de la profession d'hygiéniste dentaire.

Au surplus, permettre aux hygiénistes dentaires de procéder à une telle prise d'empreinte, c'est en fait indirectement permettre à nos collègues dentistes d'écarter l'exercice des actes professionnels des denturologistes par l'utilisation des services d'une personne qui ne détient pas la formation nécessaire et donc pas la compétence pour poser un tel acte.

Une telle situation professionnelle n'assure aucunement la protection du public, et ce, même si une ordonnance était émise à cet effet.

Nous vous réitérons que pour émettre et exécuter une ordonnance, il ne suffit pas d'avoir une connaissance minimale en matière prothétique, mais plutôt une connaissance approfondie de la matière, tant pour l'émetteur de l'ordonnance que pour l'exécutant de cette dernière.

8^E RECOMMANDATION

- L'ORDRE DES DENTUROLOGISTES RECOMMANDE QUE SOIT RETIRÉ DE L'ARTICLE 7 DU PROJET DE LOI LE PARAGRAPHE J) DE L'ALINÉA 1,4° DE L'ARTICLE 37.1 DU CODE DES PROFESSIONS.

CONCLUSION

Dans son ensemble, l'Ordre des denturologistes du Québec accueille très favorablement les propositions de modernisation des champs d'exercice descriptifs et les activités à risque de préjudice réservées des professions du domaine buccodentaire contenues au projet de loi no 29 : *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées*.

Il estime néanmoins que, parmi les approches modernes et reconnues en santé, l'accessibilité compétente aux soins et services et à la pratique professionnelle en interdisciplinarité ne sont pas suffisamment pris en compte par le projet législatif à l'étude. Les champs d'exercice ne doivent plus être des chasses gardées exclusives des professions et les activités professionnelles doivent s'exécuter de plus en plus en partage et dans un contexte d'interdisciplinarité.

Le public en général et les personnes âgées en particulier n'ont que faire des exclusivités professionnelles et s'attendent à recevoir des soins et des services professionnels, compétents, sécuritaires, accessibles et de qualité — partout et en tout temps.

Les denturologistes du Québec ont su démontrer qu'ils possèdent une formation de très haut niveau et une solide expertise en matière prothétique, tant en matière de prothèses conventionnelles qu'en matière de prothèse sur implant, de façon à offrir, en première ligne, les soins et services attendus par nos concitoyens.

L'Ordre réitère à la ministre son souhait de collaborer à la mise en place rapide et harmonieuse de toutes mesures qui permettraient d'améliorer la protection du public, tout particulièrement celle des personnes âgées, que ces mesures soient de nature législative, réglementaire ou autre.

ANNEXES : DESCRIPTIF DES ANNEXES

TABLE DES MATIÈRES

- Annexe 1 :** Extrait : « *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines* » Deuxième Rapport du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines. (Juin 2002) pages 303 à 312;
- Annexe 2 :** Comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire – Extrait du rapport Octobre 2012, p. 20, 21, 28 et 29 ;
- Annexe 3 :** Question pour l'Ordre des denturologistes du Québec et réponse de l'ODQ en date du 3 juillet 2015 ;
- Annexe 4 :** Présentation du programme AEC Pratique avancée de la denturologie 2012 Programme menant à l'attestation d'études collégiales- Description des cours et objectifs et standards ;
- Annexe 5 :** Rapport sur l'explication, la systémique et la représentation des manifestations de la compétence professionnelle du denturologiste (Novembre 2005) ; Étapes du processus de travail du denturologiste ;
- Annexe 6 :** La prothèse scellée sur implants, annexes 1 à 7 ; Classification SAC en implantologie dentaire ; Schéma 11.B ;
- Annexe 7 :** Autorisation de la phase prothétique ; Attestation de conformité aux normes prothétiques et protocole de suivi ;
- Annexe 8 :** Restauration implanto-portée ; Tableau.

ANNEXE 1

**Une vision renouvelée
du système professionnel
en santé et en relations humaines**

DEUXIÈME RAPPORT

du Groupe de travail ministériel sur les professions de la
santé et des relations humaines

Juin 2002

Québec 

Notes au lecteur :

- ↳ Au moment où le Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines termine la rédaction du deuxième rapport, le projet de loi n° 90, « *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* », a été présenté à l'Assemblée nationale par M. Paul Bégin, ministre responsable de l'application des lois professionnelles.

Le projet de loi s'inspire du premier rapport publié par le Groupe de travail. La publication de ce premier rapport avait donné lieu à une consultation, dont les résultats ont été portés à l'attention du Groupe de travail. Le Groupe de travail a tenu compte de cette information pour formuler les recommandations contenues au deuxième rapport.

- ↳ Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes. L'utilisation du mot professionnel fait référence aux membres des ordres.

5. L'Ordre professionnel des denturologistes du Québec

5.1. Le résultat final

5.1.1. Le champ de pratique

« L'exercice de la denturologie consiste à évaluer les besoins prothétiques, à concevoir, à fabriquer, à installer, à ajuster et à réparer les prothèses dentaires dans le but de suppléer à la perte de dents d'une personne.

L'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

5.1.2. Les activités réservées

- Déterminer le type de prothèse dentaire.
 - Réaliser des prothèses implanto-portées en consultation avec un dentiste.*
 - Effectuer les interventions nécessaires à la fabrication d'une prothèse dentaire.
 - Essayer, poser, adapter, remplacer et vendre les prothèses dentaires.
 - Prescrire la fabrication de prothèses dentaires.
 - Diriger un laboratoire de prothèses dentaires selon les permis requis.
- * Cette activité doit se réaliser avec l'implication du dentiste dans les différentes phases du processus d'implantologie.

5.1.3. Recommandation additionnelle

Que les pratiques professionnelles des dentistes et des denturologistes au regard de la prothèse implanto-portée s'appuient sur un guide de pratique conjoint.

5.2. La conformité aux critères retenus

5.2.1. *Les éléments de la définition du champ de pratique*

Le Groupe de travail a retenu une description des activités de la denturologie qui :

- décrit adéquatement les activités réalisées par les professionnels en cause;
- reconnaît spécifiquement la compétence des denturologistes en matière d'évaluation des besoins prothétiques d'une personne;
- se fonde sur la formation dispensée dans le programme actuellement offert;
- est similaire aux définitions retenues dans les autres provinces canadiennes;
- permet l'évolution de la profession.

5.2.2. *Les activités réservées et les risques de préjudice*

Le Groupe de travail a repris l'ensemble des activités que le denturologiste est présentement autorisé à exercer. À cet égard, plutôt que de réserver spécifiquement la prise d'empreintes et d'articulés, il a préféré les regrouper sous l'activité « effectuer les interventions nécessaires à la fabrication d'une prothèse dentaire ». Cette activité est plus large et permet ainsi d'englober d'autres procédés.

Par ailleurs, le Groupe de travail ne fait pas de distinction entre les différents types de prothèses dentaires. Il considère que le denturologiste est pleinement compétent pour réaliser les prothèses sur implants. Cependant, comme cette activité s'inscrit dans un processus où l'intervention du dentiste est nécessaire, il croit que le denturologiste doit réaliser cette activité en consultation avec celui-ci. ⁽¹⁾

Les six activités ainsi attribuées aux denturologistes comportent plusieurs des caractéristiques retenues par le Groupe de travail dans la grille des risques de préjudice :

- elles sont complexes;
- elles impliquent un haut degré de technicité;
- elles sont contre-indiquées dans certaines situations;
- elles sont susceptibles d'entraîner une atteinte à l'intégrité physique.

5.2.3. Les activités réservées et la formation

Le Groupe de travail a pris connaissance du programme de Techniques de denturologie et conclut que les denturologistes ont les compétences requises pour exercer les six activités qu'il entend leur confier. Les objectifs du programme permettent aux étudiants d'acquérir des connaissances tant à l'égard des prothèses dentaires complètes ou partielles amovibles que des prothèses implanto-portées. Ils apprennent notamment à dresser le portrait et les besoins du patient, à analyser la condition buccodentaire de celui-ci et à lui suggérer les différents plans de traitements denturologiques possibles.

En ce qui concerne l'activité d'essai, de pose, d'adaptation, de remplacement et de vente des prothèses dentaires, le programme de formation démontre que l'étudiant doit atteindre plusieurs compétences qui y sont liées. Il doit ainsi être en mesure d'évaluer l'adaptation du montage en bouche, de procéder aux corrections nécessaires, d'évaluer les prothèses en bouche et d'effectuer les ajustements.

Le programme démontre par ailleurs que l'étudiant apprend les différentes interventions nécessaires à la fabrication d'une prothèse dentaire, ce qui inclut la prise d'empreintes et d'articulés.

5.2.4. La profession hors Québec

Toutes les provinces ont une loi encadrant la profession de denturologiste, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard. Il s'agit dans tous les cas d'une profession d'exercice exclusif. La plupart des provinces définissent la pratique de la denturologie comme étant le fait de fabriquer, reproduire, produire, fournir, modifier ou réparer une prothèse dentaire. Certaines ajoutent à cela la prise d'empreintes nécessaire à la confection d'une prothèse.

Il est à noter que la majorité des provinces n'autorisent la pratique de la denturologie qu'à l'égard des prothèses dentaires amovibles. La Colombie-Britannique permet toutefois au denturologiste de pouvoir réaliser des prothèses amovibles sur implants. Celui-ci doit cependant être muni de qualifications additionnelles pour effectuer de telles prothèses.

5.3. La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées

5.3.1. *Libellé initial soumis à l'Ordre (21 novembre 2001)*¹⁹

5.3.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice de la denturologie consiste à évaluer les besoins prothétiques, à fabriquer, à installer, à ajuster et à réparer les prothèses dentaires amovibles dans le but de suppléer à la perte de dents d'une personne.

L'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

5.3.1.2. *Les activités réservées*

- Déterminer le type de prothèse dentaire amovible.
- Effectuer les interventions nécessaires à la fabrication d'une prothèse dentaire amovible.
- Essayer, poser, adapter et remplacer les prothèses dentaires amovibles.
- Essayer, poser, adapter et remplacer les prothèses implanto-portées amovibles selon une ordonnance.
- Vendre les prothèses dentaires amovibles et les prothèses implanto-portées amovibles.
- Diriger un laboratoire de prothèses dentaires selon les permis requis.

5.3.2. *Résultat des échanges avec l'Ordre*

Le Groupe de travail a rencontré l'Ordre à deux reprises, les 21 novembre et 3 décembre 2001. Entre-temps, il a pris connaissance de la documentation que celui-ci lui a fait parvenir et des réactions suscitées par la proposition initiale.

¹⁹ La date réfère à la première rencontre de consultation de l'Ordre par le Groupe de travail.

5.3.2.1. *Le champ de pratique*

L'Ordre est satisfait du libellé du champ de pratique et de la finalité car il souligne que le travail des denturologistes ne vise aucunement les dents naturelles. Il aimerait que l'on ajoute le mot « concevoir des prothèses dentaires ». Par ailleurs, l'Ordre demande que l'on ajoute le mot orthèse (regroupe les protecteurs buccaux, les gouttières de blanchiment et les appareils anti-rongement). Même si cela peut viser un appareil orthodontique, les denturologistes insistent sur le fait qu'ils ne pourront en confectionner car ils ne sont pas autorisés à travailler sur des dents naturelles.

Le Groupe de travail a pris connaissance de la lettre de l'Ordre du 26 novembre 2001. Il a ajouté le terme « concevoir » au libellé du champ et ce malgré le fait que, de façon générale, il préfère éviter les énumérations. Par contre, le terme « réparer » n'a pas été ajouté au champ mais il apparaît dans les activités réservées.

En outre, il a retiré le terme amovible à cause des significations diverses attribuées à cet adjectif. Le libellé suivant a donc été proposé lors de la deuxième rencontre et a reçu l'assentiment de l'Ordre :

« L'exercice de la denturologie consiste à évaluer les besoins prothétiques, à concevoir, à fabriquer, à installer, à ajuster et à réparer les prothèses dentaires dans le but de suppléer à la perte de dents d'une personne.

L'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

5.3.2.2. *Les activités réservées*

Lors de la présentation, l'Ordre a demandé pourquoi on soumettait les denturologistes à une ordonnance en regard de la prothèse implanto-portée amovible. Il explique que 90 % des gens édentés commencent par consulter un denturologiste. C'est donc lui qui détermine la faisabilité de la prothèse sur implants et qui établit le traitement avant de le référer au dentiste pour la pose des implants. Le denturologiste évalue la perspective spatiale et détermine, en collaboration avec le technicien dentaire, le type de matériau à utiliser alors que le dentiste évalue la

Chapitre 5

densité osseuse du client pour voir si l'intervention est réalisable. L'ordonnance aurait donc pour effet d'obliger le client à consulter directement le dentiste et nierait ainsi la capacité du denturologiste à déterminer le type de prothèse qui répond aux besoins du client.

En outre, l'Ordre demande ce que le Groupe de travail entend par « amovible ». S'il s'agit d'une prothèse complète ou partielle qui peut être retirée et remise en bouche à volonté par le patient, l'Ordre ne voit pas pourquoi on limite les denturologistes à ce type de prothèse. D'une part, il explique qu'il n'existe pas beaucoup de différence entre la prothèse fixe et celle amovible et, d'autre part, il mentionne qu'il arrive souvent que le denturologiste fabrique une prothèse amovible et qu'à la fin du processus le client lui demande de la fixer. De plus, l'Ordre mentionne que si on limite la prothèse à celle qui est amovible, on restreint l'utilisation des nouvelles technologies qui pourraient survenir dans le domaine de la denturologie.

Le Groupe de travail est d'avis que la fabrication d'une prothèse sur implants ne constitue qu'une étape dans tout le processus d'implantologie et qu'elle ne peut exister de façon autonome. Elle nécessite d'abord et avant tout l'intervention d'un dentiste pour la pose des implants. Cependant, à la lumière des explications fournies, le Groupe se dit prêt à trouver un autre vocable qui remplacerait le mot « ordonnance » et donnerait une indication claire quant au processus et aux conditions à respecter pour assurer la protection du public.

Lors de la deuxième rencontre, une nouvelle proposition d'activités réservées a été soumise à l'Ordre. Le texte soumis reflète les discussions du Groupe de travail à la suite de la rencontre du 21 novembre et de la correspondance qui a suivi.

D'emblée, le Groupe de travail reconnaît la compétence et l'expertise des denturologistes en matière de prothèses dentaires gingivo-portées. Il est également disposé à reconnaître une contribution accrue des denturologistes en matière de prothèses implanto-portées, comparativement à la législation actuelle. En effet, la *Loi sur la denturologie*, comporte de nombreuses exclusions et restrictions qui s'avèrent incompatibles avec l'approche développée par le Groupe de travail. Selon les dispositions actuelles, le denturologiste travaille sous la direction d'un dentiste en matière de prothèses implanto-portée amovible et il est exclu du domaine de la prothèse fixe. Si les membres du Groupe de travail sont favorables à un accroissement du rôle du denturologiste en matière de prothèse implanto-portée fixe, ils considèrent toutefois que l'exclusivité de pratique du dentiste en matière de couronnes et de ponts doit être maintenue.

Chapitre 5

Le Groupe de travail a développé une approche qui repose notamment sur les principes suivants : la protection du public et la reconnaissance de l'autonomie professionnelle dans le respect des compétences de chacun. En matière d'implantologie, le Groupe de travail s'est longuement questionné sur le processus qui conduit à l'installation en bouche de ce type de prothèse. Il en est venu à la conclusion que chacun des intervenants dentaires est appelé à jouer un rôle spécifique et que les professionnels en cause, le denturologiste, le dentiste et le technicien dentaire ont l'obligation de travailler en collaboration à toutes les phases du processus, pour le mieux-être du client. Dans ce cas spécifique, on peut même parler d'interdépendance puisque généralement un même professionnel n'assume pas, à lui seul, l'ensemble des phases du processus²⁰. Le libellé des activités 1 et 2 de la proposition en ce qui concerne la détermination du type de prothèse dentaire implanto-portée et sa réalisation ainsi que les notes qui les accompagnent entendent refléter cette préoccupation. Elles ont été reformulées de la manière suivante :

- déterminer le type de prothèse dentaire;*
- travailler en consultation avec un dentiste pour la réalisation des prothèses dentaires implanto-portées.**

* Un guide d'exercice conjoint avec l'Ordre des dentistes devra être élaboré en regard des prothèses implanto-portées afin que le public puisse exercer un choix éclairé

** Cette activité doit se réaliser en consultation et avec l'implication du dentiste dans les différentes phases du processus.

En effet, le Groupe de travail considère que le partage sécuritaire des activités professionnelles en implantologie repose sur des normes de pratique rigoureuses et communes. Dans son approche, le Groupe de travail a reconnu l'importance des guides de pratique qui constituent un moyen privilégié d'encadrer l'exercice de certaines activités réservées sans porter atteinte à l'autonomie professionnelle. En matière d'implantologie, un tel outil s'avère non seulement intéressant mais essentiel et il doit être élaboré conjointement. Le Groupe de travail s'attend à ce que les ordres concernés émettent un guide de pratique conjoint en implantologie, lequel devrait tenir compte de la contribution du denturologiste et du dentiste.

L'ajout de l'activité de prescrire la fabrication de prothèses dentaires a également été effectué pour assurer la concordance avec les activités réservées aux techniciens dentaires.

²⁰ Ce processus comporte en effet différentes phases : l'évaluation préalable, l'examen clinique, la mise en place des implants et leur intégration à la structure osseuse, la pose des piliers, la restauration elle-même (la prothèse) et le suivi.

En regard de la prise d'empreintes, le Groupe de travail n'entend pas l'ajouter à la liste des activités réservées. De l'avis de l'Ordre, la prise d'empreintes comporte des risques de préjudice dans certaines situations. C'est le cas des modèles d'étude, par exemple. Il aurait alors fallu indiquer quelles prises d'empreintes sont réservées et dans quel contexte. Or, dans son approche, le Groupe a évité d'énumérer des actes ou des gestes professionnels ou encore de décrire en détail un processus. Il a plutôt opté pour l'identification de l'activité dans sa globalité. Dans le cas de la denturologie, il a identifié une activité qui consiste à « effectuer les interventions nécessaires à la fabrication d'une prothèse dentaire ». Celle-ci regroupe les interventions en bouche, à l'exclusion de celles qui présentent un caractère invasif telles que la taille des dents, la préparation de cavités d'appuis et de plans guides. La prise d'empreintes spécifique à la fabrication des prothèses constitue une des étapes incluses dans cette activité. Si l'Ordre le juge à propos et que cet acte doit bénéficier d'une attention particulière de la part de ses membres, des normes de pratique ou des guides d'exercice semblent préférables à une réserve d'activité.

En réponse à la demande de l'Ordre de pouvoir prescrire des radiographies, le Groupe de travail n'entend pas y accéder dans l'immédiat. En cette matière et plus globalement en regard des examens diagnostiques, il a choisi d'éviter la duplication et de ne pas multiplier indûment les demandes relatives à de tels examens. Par contre, il entend favoriser l'accès aux résultats de ces examens lorsque cette information peut s'avérer utile à un professionnel. En effet, le Groupe souhaite que s'instaure une dynamique d'interdisciplinarité qui facilite la mise en commun de renseignements entre les professionnels: on songe ici au partage non seulement des connaissances et des compétences, mais aussi de l'information dont dispose un professionnel à l'égard d'un patient. Dans cette perspective, l'inclusion de la prescription de radiographies dans la liste des activités réservées au denturologiste mérite un examen plus approfondi. Une telle attribution est également tributaire de l'élaboration du guide de pratique conjoint. Si cet exercice démontre que la prescription de radiographies ou encore l'accès aux résultats de ces examens sont nécessaires à la réalisation de prothèses de qualité, le Groupe de travail en tiendra compte.

Finalement, le Groupe de travail a adopté une position en ce qui concerne les orthèses dentaires : il a choisi de ne pas en faire mention, ni dans le champ de pratique ni dans les activités réservées. Certaines orthèses ne servent ni à corriger les déficiences de la bouche, ni à rem-

placer les dents, c'est le cas du protecteur buccal, de la gouttière de blanchiment sur mesure et de l'orthèse antiroulement. Ces éléments n'ont pas été réservés par le Groupe de travail, et ce, pour aucun groupe de professionnels.

Cependant, le Groupe de travail s'est sérieusement questionné, à la suite d'une mise en garde exposée par l'Ordre des dentistes, décrivant la complexité médicale des problèmes de ronflement et l'utilisation d'un appareil d'avancement mandibulaire. Le Groupe de travail considère que cette problématique doit être documentée par l'Ordre des dentistes et le Collège des médecins, afin de prévoir les modalités conjointes concernant le traitement des personnes atteintes d'un problème de ronflement avec apnée durant le sommeil, pour qui la pertinence de porter un appareil d'avancement mandibulaire a été établie.²¹

5.3.3. Modifications apportées à la suite de la révision d'ensemble

Après avoir terminé la série de rencontres de validation auprès des ordres concernés, le Groupe de travail s'est imposé un exercice de révision de la définition des champs de pratique et de la détermination des activités réservées à chacune des professions. Cet exercice avait comme objectif de jeter un regard d'ensemble sur le résultat obtenu, afin de juger de la cohérence des différents éléments entre eux, de la justesse et de la conformité des champs et des activités réservées.

Préalablement à cet exercice, l'Ordre a transmis une lettre dans laquelle il indique être satisfait du libellé du champ de pratique. Par contre, il réitère son désaccord en regard de l'absence de la prise d'empreintes à la liste des activités réservées. De même, il considère que la prescription de radiographies devrait également être ajoutée à cette liste. Par ailleurs, il entend collaborer avec l'Ordre des dentistes pour la rédaction d'un guide de pratique conjoint.

Le Groupe de travail a pris connaissance de ces commentaires et procédé à certains ajustements. D'une part, il maintient sa décision de ne pas réserver nommément la prise d'empreintes parce que celles-ci peuvent être effectuées à diverses fins. Cependant, la prise d'empreintes en vue de fabriquer une prothèse dentaire faisant partie de l'activité qui consiste à « effectuer les

²¹ Une suggestion a été élaborée à cet effet au point 4.3.2.2 de la section 4 du présent chapitre.

interventions nécessaires à la fabrication d'une prothèse dentaire », elle s'avère donc être réservée dans ce contexte particulier.

D'autre part, il n'ajoutera pas la prescription de radiographies à la liste. Il considère encore que la collaboration entre les professionnels apparaît une avenue plus prometteuse que la permission accordée à chacun de réaliser un ensemble d'activités connexes à son champ de pratique. Finalement, il a apporté une modification importante au libellé de l'activité qui traite des prothèses implanto-portées. La formulation retenue est la suivante : « réaliser des prothèses implanto-portées en consultation avec le dentiste ». Ce faisant, il fait de la consultation une condition d'exercice et la définit comme suit : « demande que doit adresser un professionnel à un autre professionnel précisant la nature du besoin d'information; la consultation implique l'obligation de transmettre une réponse aux informations demandées ». Dans le secteur dentaire, une telle obligation conduira, notamment, à la transmission par le dentiste des résultats de son examen radiologique, si tel est l'objet de la demande de consultation. Le Groupe de travail tient en effet à rappeler que ces informations n'appartiennent pas à un professionnel en particulier mais bien au patient lui-même. Si en matière d'implantologie il est impératif que la réalisation des prothèses par un denturologiste se fasse en consultation avec un dentiste, le Groupe de travail considère souhaitable, pour le bien du client, que le denturologiste puisse également consulter le dentiste pour les prothèses gingivo-portées avec la certitude d'obtenir l'information demandée. De l'avis du Groupe de travail, une demande de consultation crée, en tout temps, une obligation de réponse au professionnel qui la reçoit.

5.3.4. Le résultat des travaux interordres

L'Ordre des denturologistes a entrepris des travaux avec l'Ordre des dentistes concernant le guide de pratique en matière de prothèses implanto-portées.

ANNEXE 2

**Comité d'experts sur la modernisation
des pratiques professionnelles
dans le domaine buccodentaire**

Rapport

Octobre 2012

L'autonomie

Le GTM a reconnu que le mécanisme de délégation d'acte contribuait à établir des liens de subordination qui allaient à l'encontre du principe de pleine reconnaissance professionnelle.

Dans cet esprit, le Comité, en tenant pour acquis que la reconnaissance professionnelle entraîne la capacité d'agir en toute autonomie dans certaines limites, a fait en sorte de restreindre, le plus possible, la dépendance d'un professionnel à l'endroit d'un membre d'une autre profession.

L'interdisciplinarité

L'interdisciplinarité est un concept qui fut privilégié pour guider les réflexions du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines et du Comité d'experts sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines. Il s'agit d'un concept qui « réfère à la concertation, à la collaboration et à la mise en commun d'expertises diverses dans le but de dispenser les meilleurs soins et services possibles⁷. »

Pour les membres du Comité, l'importance de ce principe s'est traduite, notamment, par un ajout référant à la collaboration active des professionnels du domaine buccodentaire au champ d'exercice de chacun des professionnels concernés.

7. Rapport du Comité d'experts sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines, *Partageons nos compétences*, nov. 2005, p. 5.

L'hygiéniste dentaire joue également un rôle important dans le maintien et le rétablissement de la santé buccodentaire puisqu'elle dispose des compétences nécessaires pour prodiguer certains soins et traitements buccodentaires qui s'inscrivent dans le cadre d'un plan de traitement défini par le dentiste.

Les membres du Comité sont d'avis que les compétences des hygiénistes dentaires sont sous-utilisées dans le domaine de la prévention et devraient pouvoir être exploitées davantage, notamment au profit des clientèles identifiées comme étant à risque dans le cadre du Programme national de santé dentaire publique. Le Comité est également d'avis que l'hygiéniste dentaire pourrait apporter une contribution plus importante dans la réalisation des traitements buccodentaires, comme on peut l'observer dans certaines provinces canadiennes où ont été réalisées des réformes de l'encadrement des professionnels de la santé¹⁰.

Pour les membres du Comité, ce champ d'exercice :

- + décrit les principales activités réalisées par les hygiénistes dentaires;
- + met en valeur l'ensemble des compétences développées dans le cadre du programme de formation donnant ouverture au permis;
- + se rapproche de l'exercice des hygiénistes dentaires des provinces canadiennes qui ont tenu des réformes relatives à l'encadrement des professions de la santé;
- + permet l'évolution de la profession.

Le champ d'exercice de la profession de denturologiste

Le Comité recommande que le champ d'exercice de la profession de denturologiste se lise de la façon suivante :

« L'exercice de la denturologie consiste à évaluer les besoins prothétiques, à déterminer le plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre dans le but de suppléer à la perte des dents d'une personne.

L'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités sont comprises dans le champ d'exercice du membre d'un ordre, dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles.

Les professionnels du domaine buccodentaire se doivent de collaborer activement entre eux pour assurer des soins de qualité pour les patients, incluant l'élaboration de stratégies concertées pour faciliter l'accès à des soins et des services, notamment pour les enfants et les personnes âgées. »

10. À titre d'exemple, les hygiénistes dentaires de l'Alberta peuvent prescrire et administrer de l'oxyde nitreux pour des fins de sédation ainsi que d'autres médicaments prévus dans le cadre d'une liste et selon une attestation de formation supplémentaire.

Le denturologiste reçoit à son bureau des personnes partiellement ou complètement édentées. Dans certains cas, ces dernières portent des prothèses dentaires et consultent par exemple, pour un suivi, un ajustement, un bris ou un remplacement de ces prothèses. D'autres sont à la recherche d'une solution permettant de pallier l'édentement. En ce sens, le Comité retient que le rôle du denturologiste ne se situe pas, comme tel, en santé buccodentaire et que l'ensemble des interventions qu'effectue le denturologiste vise à suppléer à la perte des dents.

Pour ce faire, le denturologiste procède d'abord à l'évaluation des besoins prothétiques de son client à partir, notamment, d'une évaluation de la cavité buccale qu'il effectue auprès de la personne ainsi que des besoins objectifs et subjectifs de cette dernière. Notons toutefois que l'introduction de la promotion de la santé et la prévention de la maladie dans le champ d'exercice du denturologiste réaffirment la responsabilité de ce dernier de considérer la santé buccodentaire de son client dans le cadre du plan de traitement qu'il détermine et réalise. Par conséquent, le denturologiste doit s'assurer que son client a récemment fait l'objet d'un examen de santé buccodentaire, par son dentiste, ou entreprendre des démarches à cet effet si tel n'est pas le cas. Dans ce contexte, la notion de « collaboration active », telle qu'introduite au champ d'exercice des professionnels du domaine buccodentaire, s'avère importante entre le denturologiste et le dentiste. Cette nécessité de collaboration est d'autant plus significative dans le domaine de l'implantologie que le denturologiste ne dispose pas des compétences lui permettant de procéder à la réalisation des gestes à caractère invasif¹¹ nécessaires à l'installation et l'ajustement de ce type de prothèse dentaire.

Par ailleurs, le Comité souhaite préciser la différence entre, d'une part, le plan de traitement qui réfère à la prévention de la maladie buccodentaire et au maintien et au rétablissement de la santé buccodentaire et, d'autre part, le plan élaboré par le denturologiste qui comprend des interventions nécessaires à la conception, la fabrication, la pose et l'ajustement des prothèses dentaires.

De plus, considérant l'évolution de la pratique dans ce domaine et tenant compte, surtout, du contenu du programme d'attestation d'études collégiales qui permettra, dès l'automne 2012, d'actualiser les compétences des denturologistes en implantologie, le Comité juge opportun de favoriser la contribution du denturologiste dans l'installation et l'ajustement de l'ensemble des prothèses dentaires sur implant.

Par conséquent, le Comité souhaite que le terme « amovible » soit retiré du champ d'exercice. En effet, ce qualificatif limite l'évolution de la profession et les difficultés liées à son interprétation sont à la source d'un différend avec l'Ordre des dentistes du Québec depuis plusieurs années.

Ainsi, les membres du Comité considèrent que ce champ d'exercice :

- + décrit les principales activités réalisées par le denturologiste;
- + rejoint la description de la profession que l'on retrouve dans les autres provinces canadiennes;
- + permet l'évolution de la profession.

11. Par « invasif » les membres du Comité entendent tout acte de nature chirurgicale ou permettant l'altération des dents naturelles et la modification du plan occlusal sur dents naturelles.

Sont également inclus à cette liste, les actes que le comité conjoint proposait d'autoriser aux assistants dentaires, à savoir : l'installation et le retrait d'une digue, le placement des matrices et des coins en bois, le mordantage à l'acide des dents et le retrait d'une corde de rétraction.

Notons également que cette liste reprend en partie plusieurs actes déjà autorisés dans le cadre du *Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires* (L.R.Q., c. D-3, s. 19, par. a) et que ces actes font partie de la pratique des hygiénistes dentaires qui exercent dans les autres provinces canadiennes.

3.3. Les activités réservées liées au domaine des prothèses et des appareils dentaires

Les activités réservées dans cette section concernent les dentistes, les denturologistes et les techniciens dentaires.

Pour ne pas reprendre les activités décrites ci-dessus, rappelons que le dentiste dispose de l'ensemble des compétences pour poser un diagnostic, déterminer le plan de traitement, utiliser les techniques et appliquer les traitements buccodentaires invasifs. Par conséquent, les activités liées au domaine des prothèses et des appareils dentaires s'inscrivent, dans le cas du dentiste, dans le cadre d'un plan global de traitement où, en plus de suppléer à la perte des dents, les gestes posés par le dentiste permettent de prévenir la maladie buccodentaire, de maintenir et de rétablir la santé buccodentaire.

Reprenant les éléments inscrits dans le droit actuel, le Comité réserve, en plus des activités mentionnées à la section précédente, les activités suivantes aux dentistes :

- + prescrire la fabrication et la réparation d'un appareil ou d'une prothèse dentaire;
- + installer, ajuster des appareils et des prothèses dentaires;
- + vendre des appareils et des prothèses dentaires.

Par ailleurs, les activités qui suivent sont réservées en partie et conformément à leur champ d'exercice, aux denturologistes ainsi qu'aux techniciens dentaires.

+ Déterminer le type de prothèse dentaire

Cette activité est réservée au denturologiste qui, sur la base de l'évaluation des besoins prothétiques effectuée à partir des éléments présentés au chapitre précédent, détermine le type de prothèse approprié.

+ Prescrire la fabrication et la réparation d'une prothèse dentaire, excluant les ponts et couronnes sur dents naturelles

Cette activité est réservée au denturologiste qui, contrairement au dentiste, ne prescrit pas la fabrication et la réparation des appareils dentaires. Le denturologiste adresse la prescription au laboratoire dentaire qui prend en charge la fabrication ou la réparation de la prothèse dentaire ou de certaines pièces de cette prothèse.

Bien que mentionné précédemment, le Comité tient à rappeler que le denturologiste ne dispose pas des compétences nécessaires pour effectuer les interventions en lien avec la conception, l'installation et l'ajustement des ponts et couronnes sur dents naturelles.

+ Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires autres que celles sur implant

Cette activité est réservée au denturologiste qui, contrairement au dentiste, ne dispose pas des compétences pour altérer les dents naturelles, pour modifier le plan occlusal sur dents naturelles et pour effectuer les actes chirurgicaux nécessaires à l'installation et l'ajustement d'une prothèse complète ou partielle. Le cas échéant, le denturologiste travaille en collaboration avec le dentiste.

+ Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement d'une prothèse dentaire sur implant lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o) de l'article 94 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26)

Cette activité est réservée au denturologiste qui, selon l'intention du Comité, pourrait dorénavant procéder à l'installation et l'ajustement de tous les types de prothèses sur implant sous réserve de la formation additionnelle, déterminée par règlement, permettant d'assurer le développement des compétences qui ne sont actuellement pas comprises dans le programme de formation initial.

Comme mentionné ci-dessus, le denturologiste ne dispose pas des compétences pour effectuer des gestes de nature invasive. Par conséquent, la collaboration du dentiste est toujours nécessaire pour tous les actes liés à la pose des implants ainsi qu'au suivi de la période d'ostéointégration. Un tableau présenté en annexe 3 fait état, pour chacun des types de prothèses identifiés par le Comité, des situations où la collaboration du dentiste est requise.

+ Vendre des prothèses dentaires excluant les ponts et couronnes sur dents naturelles

Contrairement au dentiste qui est autorisé à vendre tous les types d'appareils et de prothèses dentaires, le denturologiste vend les prothèses qu'il est autorisé à poser en bouche. Par conséquent, la réserve de cette activité exclut les ponts et les couronnes sur dents naturelles.

+ Diriger un laboratoire de prothèses dentaires selon les permis requis

Cette activité est actuellement comprise dans l'exercice de certains techniciens dentaires et denturologistes par le biais du Règlement sur le permis de directeur de laboratoire de prothèses dentaires. Le technicien dentaire est autorisé à diriger un laboratoire où il assure la fabrication et la réparation de tous les types de prothèses et d'appareils dentaires.

Pour sa part, le denturologiste peut, selon les compétences qui lui sont reconnues dans le cadre de ce règlement, assurer la fabrication et la réparation de certains ou de tous les types de prothèses et d'appareils dentaires.

ANNEXE 3

Question pour l'Ordre des denturologistes du Québec

1. Quelles sont les définitions sur lesquelles s'appuie l'Ordre pour définir le terme amovible?

Réponse

En tout premier lieu, l'Ordre des denturologistes du Québec s'opposait et s'oppose toujours à l'idée d'une ordonnance au sens de l'article 39.3 du *Code des professions* ou sous toute autre forme. Nous réitérons tous nos motifs déjà soulevés dont l'autonomie professionnelle, l'opinion du Comité des experts présidé par le Docteur Bernier, l'historique de la législation relative à la *Loi sur la denturologie* ainsi que les compétences distinctes des professionnels impliqués dans ce genre de traitement.

Mais pour répondre à la question, les définitions utilisées sont en premier lieu celles définies aux dictionnaires :

Dictionnaire Robert :

Amovible : [...] Qu'on peut enlever ou remettre à volonté.

Dictionnaire Larousse :

Amovible : [...] Qui peut être enlevé, séparé d'un ensemble.

Multi Dictionnaire de la langue Française :

Amovible : Qui peut être déplacé.

Outre les définitions des dictionnaires généraux, il existe les dictionnaires spécialisés dans le domaine dentaire. Qu'il suffise de penser au dictionnaire Lemieux qui, par opposition à amovible, définit la prothèse fixe comme celle étant scellée aux dents supports.

Nous pouvons donc dire, à contrario, que si la prothèse n'est pas scellée, elle est donc amovible.

Il faut aussi réaliser que ces définitions datent de 2001 et qu'il y a maintenant de nouvelles désignations qui se sont développées suivant l'évolution des nouvelles techniques et produits mis en marché par l'industrie.

Ainsi, on parle aujourd'hui de « fixe removeable » ou « fixe amovible ». Il y a maintenant trois catégories de désignation et c'est pourquoi les mots « amovible et fixe » doivent être retirés de notre loi, car un appareil sur implants peut maintenant être fixe tout en étant amovible. La modernisation de notre loi doit tenir compte de l'évolution des techniques modernes et suivre le cours de leurs développements.

Réponse de l'Ordre des denturologistes en date du 3 juillet 2015

ANNEXE 4



Collège
Édouard-Montpetit

AEC Pratique avancée de la denturologie
CCA.01

PROGRAMME MENANT À L'ATTESTATION D'ÉTUDES COLLÉGIALES (AEC)

**DESCRIPTION DES COURS
et
OBJECTIFS ET STANDARDS**

25 1/3 unités en formation
780 heures en formation

Service de la formation continue
Avril 2012

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

CCA.01	AEC – Pratique avancée de la denturologie	2012
--------	---	------

Type de sanction : Attestation d'études collégiales (AEC)

Nombre d'unités : 25 1/3 unités

Durée totale : 1140 heures

780	heures contact
360	heures de travail personnel

Conditions d'admission :

- DEC en denturologie ou toute combinaison de formation et d'expérience jugée pertinente par le Collège.
- Un permis d'exercer la denturologie valide au Québec.

NOTE : Dans un souci d'économie de papier, le document intitulé *Objectifs et standards* est présenté dans le même document que *Description des cours*.

veulent répondre, entre autres, aux besoins spécifiques des clientèles grandissantes subissant des pertes d'autonomie cognitives et/ou physiques.

L'attestation totalise 780 heures-contact de formation technique ainsi que pratique, rappelons-le concentrée principalement en implantologie.

DESCRIPTION DE LA PROFESSION

Voici la description de la profession que donne l'Ordre des denturologistes du Québec sur son site Web² :

«En tant que professionnels de la santé œuvrant dans le domaine dentaire, les denturologistes sont des intervenants de première ligne. Ils travaillent de façon autonome en cabinet dentaire et en laboratoire dentaire. Leur niveau de responsabilité est important dans la mesure où les décisions qu'ils doivent prendre ont une incidence sur la santé de leurs patients. De plus, ils interviennent auprès de ceux-ci sans prescription ou supervision d'un tiers. Ils ont une responsabilité mixte, c'est-à-dire qu'ils ont une obligation de moyens et de résultats. À cet égard, ils doivent utiliser tous les moyens disponibles en vue de l'atteinte de la réussite du plan de traitement et ils doivent aussi obtenir un résultat (appareillage prothétique) conforme aux règles de l'art dentaire.

De façon intrinsèque, le denturologiste devra s'exécuter en réalisant son plan de traitement à travers le spectre des quatre compétences transversales suivantes :

- Appliquer les lois et les règlements liés à la pratique professionnelle;
- Utiliser une approche clinique adaptée aux caractéristiques des patients;
- Appliquer des mesures de prévention et de contrôle antimicrobien;
- Maintenir l'équilibre du système buccodentaire.

Le denturologiste :

- Évalue les besoins du patient;
- Élabore un plan de traitement adapté à la condition et aux besoins du patient;
- Conçoit l'appareillage prothétique;
- Réalise le plan de traitement denturologique;
- Valide et contrôle le plan de traitement».

² Ordre des denturologistes du Québec 2008-2012. En ligne <http://www.odq.com/Denturologiste.aspx>. Consulté le 2012-04-11.

PRÉAMBULE

Le collège Édouard-Montpetit a dû, depuis le milieu des années 70, s'ajuster aux différents besoins de formation des denturologistes. L'évolution constante de leur pratique a imposé plusieurs aménagements dans les programmes. Depuis l'entrée en vigueur au début des années 80 des soins dentaires couverts par la RAMQ pour les jeunes du Québec, menant les denturologistes à intégrer plus de services de prothèses partielles dans leur pratique et initiant les débuts du travail en interdisciplinarité avec des dentistes, le Collège a suivi la cadence. Puis, concurremment, le marché de la prothèse sur implants a pris un essor considérable, conjugué à la libéralisation des cliniques dentaires, la position des denturologistes s'est vue passablement modifiée dans ces années. Là encore, le Collège a emboîté le pas à la pratique.

Puis, au début des années 90, un changement de loi majeur est venu modifier le paysage de la pratique denturologique, abolissant le certificat de santé dentaire, légalisant la pratique en prothèses sur implants, et libéralisant la dispense de service en prothèses partielles. Le nouveau visage de la profession demandait un ajustement majeur au programme de formation qui devait intégrer l'ajout de nouvelles tâches professionnelles. Un programme entièrement formaté pour répondre à la réelle fonction de travail du denturologiste a été implanté en 1997 au Collège.

Dans la foulée de tous ces changements, l'implantologie s'est rapidement développée ; exigeant à nouveau de s'adapter. Malgré les modifications apportées au programme en 2007, les besoins de la population québécoise commandent une formation spécialisée en prothèse adjointe aux implants. L'Ordre des denturologistes voulait aussi que cette spécialisation soit chapeautée par le Collège et a ainsi approché le Centre de services aux entreprises et de formation continue du Collège pour développer une formation menant à cette spécialisation.

BUTS ET ORIENTATIONS DU PROGRAMME

L'AEC de perfectionnement *Pratique avancée de la denturologie* cible principalement l'implantologie. Elle s'adresse aux denturologistes diplômés, expérimentés ou pas. Elle vise à développer les savoirs et savoir-faire leur permettant :

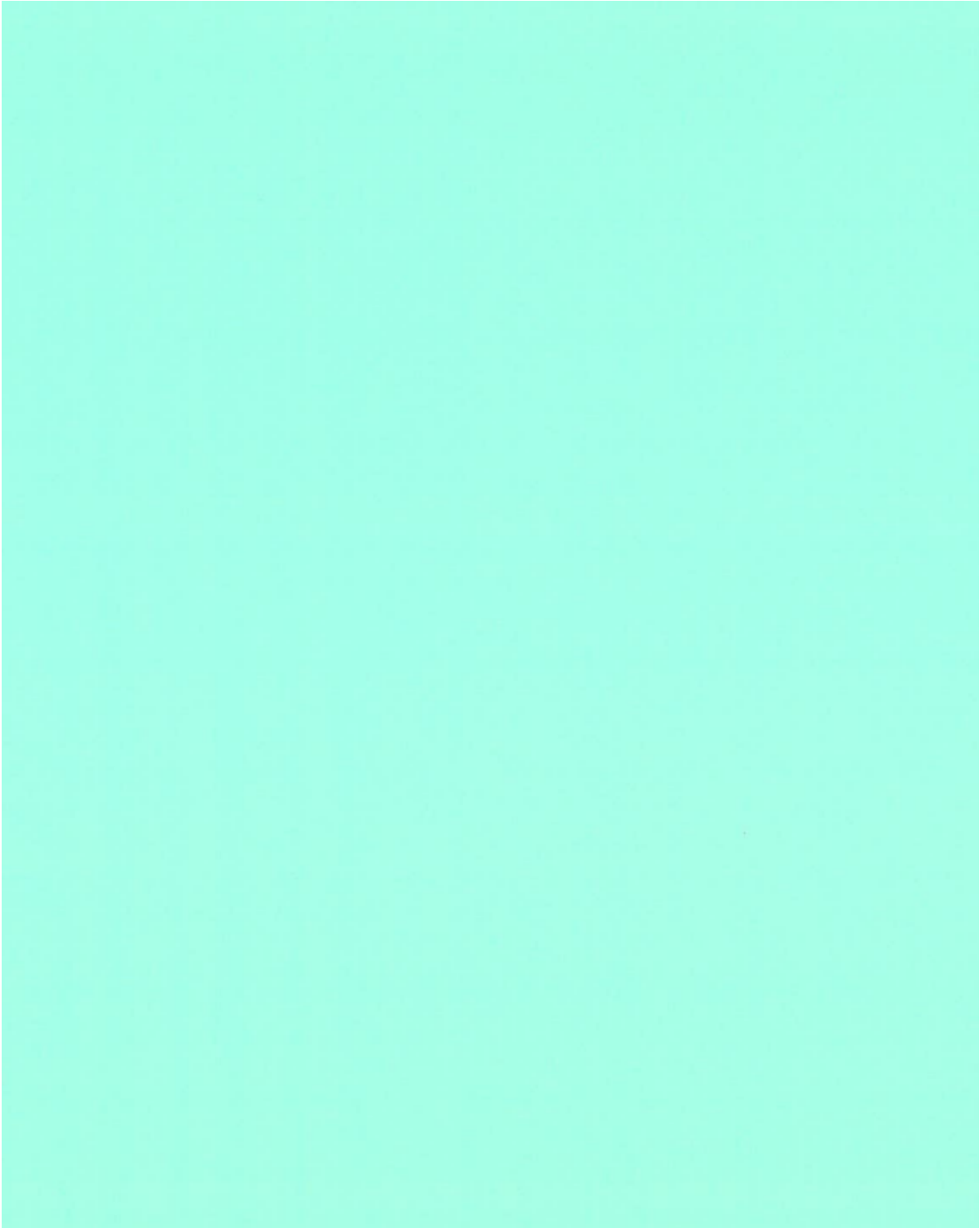
- de choisir et réaliser un plan de traitement adapté dans les cas de réhabilitation implanto-portée;
- d'analyser l'efficacité des différents types d'appareillages en réhabilitation implanto-portée;
- de traiter divers cas atypiques en denturologie;
- d'adapter sa pratique denturologique en fonction de la clientèle vieillissante (nous envisageons d'aborder par ici le volet psychosocial et communautaire de la profession).

L'attestation d'études collégiales (AEC) *Pratique avancée de la denturologie* est rattachée au diplôme d'études collégiales (DEC) *Techniques de denturologie*. Elle prend en compte une courte analyse de situation de travail réalisée en septembre 2009 faisant ressortir des besoins de formation particulièrement dans tout ce qui entoure l'utilisation des nouvelles technologies de l'implantologie¹. Un autre volet, émanant celui-ci du corps professoral du département de denturologie, a été intégré à l'AEC; il s'agit d'un volet psychosocial et communautaire. Les compétences à développer ici

¹ Dans le présent document, le terme *implantologie* est utilisé dans une acception générale de la science de l'implantologie dentaire. L'implantologie actuelle recherche une optimisation de la fiabilité thérapeutique, un résultat prothétique de plus en plus esthétique et une diminution du temps global du traitement. En ce sens, l'implantologie n'est pas limitée à l'acte chirurgical. Elle réunit les règles de l'art des traitements dentaires impliquant les implants dentaires. On doit donc comprendre que le programme d'AEC *Pratique avancée de la denturologie* s'intéressera à l'implantologie dans une perspective d'actes professionnels attribués à la denturologie c'est-à-dire à la dimension prothétique du traitement en implantologie. Référence : MARTINEZ H. et collaborateurs. *Les implants: chirurgie et prothèse. Choix thérapeutique stratégique*. Coll. «JPIO accréditée formation continue». France : Wolters Kluwer, 2008

LISTE DES COMPÉTENCES

NUMÉRO	NOM DE LA COMPÉTENCE	TOTAL (heures)
CEC1	Élaborer un plan de traitement conjoint dans les cas de réhabilitation implanto-portées ou implanto-retenues	90
CEC2	Appliquer les techniques de prise d'imagerie en contexte d'évaluation mécanique et en analyser les résultats	60
CEC3	Sélectionner et appliquer des techniques de prise d'empreintes pour prothèses sur implants	45
CEC4	Concevoir les systèmes d'attachement	75
CEC5	Appliquer les techniques de pose et de retrait d'appareils adjoints aux implants	60
CEC6	Construire l'occlusion en réhabilitation implanto-portée	45
CEC7	Évaluer l'équilibre prothétique et la passivité des structures implanto-portées ou implanto-retenues	45
CEC8	Choisir et réaliser un plan de traitement adapté dans le traitement de l'édentation totale en implantologie	60
CEC9	Choisir et réaliser un plan de traitement adapté dans le traitement de l'édentation partielle en implantologie	90
CECA	Concevoir et effectuer toutes les opérations de corrections, modifications, et de réparations de prothèses en implantologie.	60
CECB	Adapter la pratique denturologique en fonction de la population vieillissante.	60
CECC	Adapter la gestion de sa pratique aux exigences engendrées par les clientèles spécifiques	45
CECD	S'engager dans la profession et construire sa pratique avancée.	45
TOTAL		780



PRÉSENTATION DU PROGRAMME

XXXXXX

AEC – Pratique avancée de la denturologie

2012

Type de sanction : Attestation d'études collégiales (AEC)

Nombre d'unités : 25 1/3 unités

Durée totale :

1140 heures

780 heures contact

360 heures de travail personnel

7

Conditions d'admission :

Le candidat ou la candidate doit détenir un DEC en denturologie et un permis d'exercer la denturologie valide au Québec. Pour les candidats hors Québec, ils devront détenir un permis d'exercer la denturologie valide au Québec.

NOTE : Dans un souci d'économie de papier, le document intitulé *Objectifs et standards* est présenté dans le même document que *Description des cours*.

110-A05-EM Systèmes d'attache		
Données organisationnelles		
Programme :	CCA.01 AEC Pratique avancée de la denturologie	Codification : 110-A05-EM
Titre abrégé :	Systèmes d'attache	Pondération : 5 – 0 – 1
Discipline :	110-Denturologie	Unités : 2
Cours préalable :	Aucun	Heures-contact : 75
Énoncé de la compétence :	Numéro de la compétence	Nombre d'heures-contact
Concevoir les systèmes d'attache	CEC4	75/75
Objectifs d'apprentissage du cours		
1. Analyser les données sur l'état bucco-dentaire. 2. Analyser les différentes possibilités de choix liées au système d'attache. 3. Effectuer l'étude des modèles. 4. Élaborer le système d'attache. 5. Rédiger une prescription.		
Balises de contenu		
1. Répertoire des différents types d'ancrages en édentation complète et partielle. 2. Constituants des différents types d'attache ou ancrages. 3. Répertoire d'implants et de piliers. 4. Matériaux et indications. 5. Indicateurs bucco-dentaires induisant le choix des ancrages ou attaches. 6. Forces en jeu dans l'élaboration du système d'attache ou ancrage. 7. Calcul des stress. 8. Avantages et désavantages du vissé et du cimenté en pont et couronnes sur implants. 9. Particularités en prothèses unitaires. 10. Analyse de cas cliniques. 11. Grilles comparatives de résultats possibles. 12. Techniques de résolution de problèmes. 13. Modification de techniques de fabrication. 14. Sélection et déduction de paramètres idéaux. 15. Modélisation, conceptualisation. 16. Mariage de techniques.		

110-B03-EM Prise d'empreinte en Implantologie		
Données organisationnelles		
Programme :	CCA.01 AEC Pratique avancée de la denturologie	Codification : 110-B03-EM
Titre abrégé :	Prise d'empreinte en Implantologie	Pondération : 1 – 2 – 2
Discipline :	110-Denturologie	Unités : 1 2/3
Cours préalable :	Aucun	Heures-contact : 45
Énoncé de la compétence :	Numéro de la compétence	Nombre d'heures-contact
Sélectionner et appliquer des techniques de prise d'empreintes pour prothèses sur implants	CEC3	45/45
Objectifs d'apprentissage du cours		
1. Accueillir le patient. 2. Évaluer les conditions bucco-dentaires. 3. Élaborer le mode de prise d'empreinte adapté aux conditions bucco-dentaires. 4. Appliquer les techniques de prise d'empreinte sur implant. 5. Évaluer l'empreinte. 6. Fabriquer un porte-empreinte individuel.		
Balises de contenu		
1. Processus de travail. 2. Choix et utilisation des matériaux. 3. Techniques de prise d'empreinte à ciel ouvert ou fermé. 4. Technique de solidarisation des transferts. 5. Particularités pour prise d'empreinte en ponts et couronnes. 6. Application des différentes techniques de prise d'empreinte. 7. Critères de validation des porte-empreintes et des empreintes. 8. Utilisation de techniques de fabrication de porte-empreintes et leur application. 9. Évaluation de la qualité du porte-empreinte individuel et de l'empreinte. 10. Respect des règles d'asepsie.		

110-B13-EM Techniques de pose et de retrait d'appareils		
Données organisationnelles		
Programme :	CCA.01 AEC Pratique avancée de la denturologie	Codification : 110-B13-EM
Titre abrégé :	Techniques de pose et de retrait d'appareils	Pondération : 1 – 2 – 1
Discipline :	110-Denturologie	Unités : 1 2/3
Corequis :	CR 110-B03-EM	Heures-contact : 45
Énoncé de la compétence :	Numéro de la compétence	Nombre d'heures-contact
Appliquer des techniques de pose et de retrait d'appareils adjoints aux implants.	CEC5	45/60
Objectifs d'apprentissage du cours		
1. Accueillir le patient. 2. Effectuer les opérations préparatoires à la pose et au retrait d'appareillage en implantologie. 3. Organiser les opérations de pose et de retrait d'appareillage en implantologie. 4. Installer ou retirer l'appareillage prothétique en bouche.		
Balises de contenu		
1. Processus de travail 2. Normes et mesures d'asepsie, de santé et sécurité au travail 3. Travail à la chaise avec assistance 4. Techniques de manipulation des instruments en bouche 5. Positionnement des intervenants et du patient 6. Contrôle des points d'appui 7. Choix et utilisation des matériaux. 8. Techniques de vissage d'appareils. 9. Techniques de cimentage d'appareils. 10. Utilisation d'équipements nécessaire à l'ajustement d'occlusion en bouche 11. Travail avec les lunettes grossissantes 12. Application des techniques de pose et de retrait d'appareils sur implants		

110-C03-EM Occlusion et Implantologie		
Données organisationnelles		
Programme :	CCA.01 AEC Pratique avancée de la denturologie	Codification : 110-C03-EM
Titre abrégé :	Occlusion et Implantologie	Pondération : 2 – 1 – 2
Discipline :	110-Denturologie	Unités : 1 2/3
Cours préalable :	Aucun	Heures-contact : 45
Énoncé de la compétence :	Numéro de la compétence	Nombre d'heures-contact
Construire l'occlusion en réhabilitation implanto-portée	CEC6	45/45
Objectifs d'apprentissage du cours		
1. Analyser les spécificités de l'occlusion en implantologie. 2. Effectuer l'examen occlusal pré-implantaire. 3. Appliquer les techniques d'enregistrement d'occlusion et de relation maxillo-crânienne. 4. Effectuer le montage. 5. Appliquer des techniques d'ajustement occlusal.		
Balises de contenu		
1. Contacts occlusaux en prothèse complète. 2. Contacts occlusaux en ponts et couronnes. 3. Facteurs positifs et négatifs. 4. L'occlusion des prothèses transitoires en implantologie. 5. Techniques d'enregistrement d'occlusion et de relation maxillo-crânienne. 6. Montage des dents prothétiques en implantologie. 7. Meulage sélectif.		

110-C13-EM Équilibre prothétique et implantologie		
Données organisationnelles		
Programme :	CCA.01 AEC Pratique avancée de la denturologie	Codification : 110-C13-EM
Titre abrégé :	Équilibre prothétique et implantologie	Pondération : 1 – 2 – 1
Discipline :	110-Denturologie	Unités : 1 1/3
Cours préalable :	Aucun	Heures-contact : 45
Énoncé de la compétence :	Numéro de la compétence	Nombre d'heures-contact
Évaluer l'équilibre prothétique et la passivité des structures implanto-portées ou implanto-retenues	CEC7	45/45
Objectifs d'apprentissage du cours		
1. Accueillir le patient. 2. Analyser la passivité des structures. 3. Analyser l'équilibre prothétique. 4. Valider l'équilibre et la passivité de l'ensemble prothétique.		
Balises de contenu		
1. Passivité en implantologie. 2. Examen visuel et tactile des structures. 3. Évaluation de la passivité à l'aide des résultats d'imagerie. 4. Montages équilibrés. 5. Contacts proximaux en ponts et couronnes. 6. Caractéristiques de l'équilibre prothétique. 7. Évaluation de l'équilibre prothétique. 8. Établissement de liens entre la mécanique physiologique de l'appareil bucco-dentaire et la construction des prothèses dentaires.		

110-C04-EM Clinique 1		
Données organisationnelles		
Programme :	CCA.01 AEC Pratique avancée de la denturologie	Codification : 110-C04-EM
Titre abrégé :	Clinique 1	Pondération : 1 – 3 – 2
Discipline :	110-Denturologie	Unités : 2
Corequis :	CR : 110-C03-EM	Heures-contact : 60
Préalable :	PA : 110-B03-EM	
Énoncé de la compétence :	Numéro de la compétence	Nombre d'heures-contact
Appliquer les techniques de pose et de retrait d'appareils adjoints aux implants	CEC5	15/60
Choisir et réaliser un plan de traitement adapté dans le traitement de l'édentation totale en implantologie	CEC8	15/60
Choisir et réaliser un plan de traitement adapté dans le traitement de l'édentation partielle en implantologie	CEC9	30/90
Objectifs d'apprentissage du cours		
Éléments de l'objectif CEC5 1. Accueillir le patient. 2. Effectuer les opérations préparatoires à la pose et au retrait d'appareillage en implantologie. 3. Organiser les opérations de pose et de retrait d'appareillage en implantologie. 4. Installer ou retirer l'appareillage prothétique en bouche. 5. Contrôler l'opération denturologique	Éléments de l'objectif CEC8 1. Accueillir le patient. 2. Élaborer un plan de traitement provisoire. 3. Sélectionner et conclure un plan de traitement conjoint. 4. Planifier le plan de traitement denturologique. 5. Confectionner des prothèses. 6. Valider le travail prothétique.	
Élément de l'objectif CEC9 1. Accueillir le patient 2. Élaborer un plan de traitement provisoire 3. Sélectionner et conclure un plan de traitement conjoint 4. Planifier le plan de traitement denturologique 5. Confectionner des prothèses 6. Valider le travail prothétique		

110-C04-EM Clinique 1

Balises de contenu

1. Processus de travail.
2. Fabrication de modèles et de maquettes d'occlusion.
3. Analyse de modèles.
4. Paramètres de confection.
5. Conception de systèmes d'attachement.
6. Élaboration de plans de traitements provisoires et /ou conjoints.
7. Rédaction d'ordonnances pour systèmes d'attachement.
8. Rédaction d'ordonnances pour ponts ou couronnes.
9. Planification et conception de prothèses sur implants.
10. Choix et utilisation des matériaux.
11. Application de techniques de confection pour divers rapports intermaxillaires :
 - sélection et montage de dents pour divers rapports intermaxillaires;
 - moulage, bourrage, culsson et finition des prothèses;
 - vérification de l'adaptation des pièces squelettiques;
 - vérification de la passivité des structures.
12. Techniques de fabrication de prothèses transitoires.
13. Application de techniques de pose et de retrait d'appareils vissés ou cimentés.
14. Techniques de prise d'articulés et enregistrement d'occlusion.
15. Critères de validation des prises d'articulés et des montages.
16. Évaluation des produits et de leur adaptation en bouche.
17. Mesures correctrices appropriées.
18. Conseils post-insertion.
19. Traitements préprothétiques.

110-D04-EM Clinique 2		
Données organisationnelles		
Programme :	CCA.01 AEC Pratique avancée de la denturologie	Codification : 110-D04-EM
Titre abrégé :	Clinique 2	Pondération : 1 – 3 – 2
Discipline :	110-Denturologie	Unités : 2
Prérequis :	PA : 110-C04-EM	Heures-contact : 60
Énoncé de la compétence :	Numéro de la compétence	Nombre d'heures-contact
Choisir et réaliser un plan de traitement adapté dans le traitement de l'édentation totale en implantologie	CEC8	30/60
Choisir et réaliser un plan de traitement adapté dans le traitement de l'édentation partielle en Implantologie	CEC9	30/90
Objectifs d'apprentissage du cours		
Éléments de l'objectif CEC8	Éléments de l'objectif CEC9	
1. Élaborer un plan de traitement provisoire.	1. Élaborer un plan de traitement provisoire.	
2. Sélectionner et conclure un plan de traitement conjoint.	2. Sélectionner et conclure un plan de traitement conjoint.	
3. Planifier le plan de traitement denturologique.	3. Planifier le plan de traitement denturologique.	
4. Confectionner des prothèses.	4. Confectionner des prothèses.	
5. Valider le travail prothétique.	5. Valider le travail prothétique.	
Balises de contenu		
1. Processus de travail.		
2. Fabrication de modèles et de maquettes d'occlusion.		
3. Analyse de modèles.		
4. Paramètres de confection.		
5. Conception de systèmes d'attachement.		
6. Élaboration de plans de traitements provisoires et /ou conjoints.		

110-D04-EM Clinique 2

7. Rédaction d'ordonnances pour systèmes d'attachement.
8. Rédaction d'ordonnances pour ponts ou couronnes.
9. Planification et conception de prothèses sur implants.
10. Choix et utilisation des matériaux.
11. Application de techniques de confection pour divers rapports Intermaxillaires :
 - sélection et montage de dents pour divers rapports Intermaxillaires;
 - moulage, bourrage, cuisson et finition des prothèses;
 - vérification de l'adaptation des pièces squelettiques;
 - vérification de la passivité des structures;
12. Techniques de fabrication de prothèses transitoires.
13. Application de techniques de pose et de retrait d'appareils vissés ou cimentés.
14. Techniques de prise d'articulés et enregistrement d'occlusion.
15. Critères de validation des prises d'articulés et des montages.
16. Évaluation des produits et de leur adaptation en bouche.
17. Mesures correctrices appropriées.
18. Conseils post-insertion.
19. Traitements préprothétiques.
20. Analyse de cas cliniques.
21. Grilles comparatives de résultats possibles.
22. Techniques de résolutions de problèmes.
23. Modification de techniques de fabrication.
24. Sélection et déduction de paramètres idéaux.
25. Modélisation, conceptualisation.
26. Mariage de techniques.

110-E03-EM Corrections, modifications et réparations d'appareils sur implants		
Données organisationnelles		
Programme :	CCA.01 AEC Pratique avancée de la denturologie	Codification : 110-E03-EM
Titre abrégé :	Corrections, modifications et réparations d'appareils sur implants	Pondération : 1 – 2 – 1
Discipline :	110-Denturologie	Unités : 1 1/3
Cours préalable :	Aucun	Heures-contact : 45
Énoncé de la compétence :	Numéro de la compétence	Nombre d'heures-contact
Concevoir et effectuer toutes les opérations de corrections, modifications, et de réparations de prothèses en Implantologie.	CECA	45/60
Objectifs d'apprentissage du cours		
1. Accueillir le patient. 2. Évaluer le patient. 3. Planifier l'intervention denturologique. 4. Réaliser l'intervention denturologique. 5. Valider l'intervention denturologique.		
Balises de contenu		
1. Analyse de cas cliniques. 2. Grilles comparatives de résultats possibles. 3. Choix et utilisation de matériaux pour les diverses opérations denturologiques. 4. Répertoire des composantes à utiliser. 5. Description des différentes techniques de corrections, réparations, ou modifications d'appareils sur implants. 6. Techniques de résolution de problèmes. 7. Modification de techniques de corrections, réparations, ou modifications d'appareils sur implants. 8. Sélection et déduction de paramètres idéaux. 9. Modélisation, conceptualisation. 10. Mariage de techniques. 11. Rédaction de prescriptions. 12. Application de techniques de modifications, corrections, ou réparations de prothèses.		

110-E04-EM Clinique 3		
Données organisationnelles		
Programme :	CCA.01 AEC Pratique avancée de la denturologie	Codification : 110-E04-EM
Titre abrégé :	Clinique 3	Pondération : 1 – 3 – 2
Discipline :	110-Denturologie	Unités : 2
Corequis :	CR : 110-E03-EM	Heures-contact : 60
Prérequis :	PA : 110-D04-EM	
Énoncé de la compétence :	Numéro de la compétence	Nombre d'heures-contact
Choisir et réaliser un plan de traitement adapté dans le traitement de l'édentation totale en implantologie	CEC8	15/60
Choisir et réaliser un plan de traitement adapté dans le traitement de l'édentation partielle en implantologie	CEC9	30/90
Concevoir et effectuer toutes les opérations de corrections, modifications, et de réparations de prothèses en implantologie.	CECA	15/60
Objectifs d'apprentissage du cours		
Éléments de l'objectif CEC8 1. Élaborer un plan de traitement provisoire. 2. Sélectionner et conclure un plan de traitement conjoint. 3. Planifier le plan de traitement denturologique. 4. Confectionner des prothèses. 5. Valider le travail prothétique.	Éléments de l'objectif CEC9 1. Élaborer un plan de traitement provisoire. 2. Sélectionner et conclure un plan de traitement conjoint. 3. Planifier le plan de traitement denturologique. 4. Confectionner des prothèses. 5. Valider le travail prothétique.	
Éléments de l'objectif CECA 1. Accueillir le patient 2. Évaluer le patient. 3. Planifier l'intervention denturologique. 4. Réaliser l'intervention denturologique. 5. Valider l'intervention denturologique.		

110-E04-EM Clinique 3

Balises de contenu

1. Processus de travail.
2. Fabrication de modèles et de maquettes d'occlusion.
3. Analyse de modèles.
4. Paramètres de confection.
5. Conception de systèmes d'attachement.
6. Élaboration de plans de traitements provisoires et /ou conjoints.
7. Rédaction d'ordonnances pour systèmes d'attachement.
8. Rédaction d'ordonnances pour ponts ou couronnes.
9. Planification et conception de prothèses sur implants.
10. Choix et utilisation des matériaux.
11. Application de techniques de confection pour divers rapports intermaxillaires :
 - sélection et montage de dents pour divers rapports intermaxillaires;
 - moulage, bourrage, cuisson et finition des prothèses;
 - vérification de l'adaptation des pièces squelettiques.
12. Vérification de la passivité des structures.
13. Techniques de fabrication de prothèses transitoires.
14. Application de techniques de pose et de retrait d'appareils vissés ou cimentés.
15. Techniques de prise d'articulés et enregistrement d'occlusion.
16. Critères de validation des prises d'articulés et des montages.
17. Évaluation des produits et de leur adaptation en bouche.
18. Application de techniques de modifications, corrections, ou réparations de prothèses.
19. Traitements préprothétiques.
20. Analyse de cas cliniques.
21. Techniques de résolution de problèmes.
22. Modification de techniques de fabrication.
23. Sélection et déduction de paramètres idéaux.
24. Modélisation, conceptualisation.
25. Mariage de techniques.
26. Conseils post-insertion.

OBJECTIFS ET STANDARDS

CEC1 Élaborer un plan de traitement conjoint dans les cas de réhabilitation implanto-portées ou implanto-retenues	
Énoncé de la compétence	Contexte de réalisation
Élaborer un plan de traitement conjoint dans les cas de réhabilitation implanto-portées ou implanto-retenues.	• En présence de personnes présentant une édentation partielle ou complète. • À partir d'étude de cas cliniques de patients d'implant. • À l'aide des outils de références requises. • À l'aide de l'instrumentation appropriée.
Éléments de la compétence	Critères de performance
1. Accueillir la patiente ou le patient.	1.1 Préparation minutieuse du poste de travail. 1.2 Aseptisation soignée des lieux. 1.3 Installation appropriée de la patiente ou du patient. 1.4 Utilisation d'une approche clinique adaptée. 1.5 Utilisation efficace des techniques de communication.
2. Recueillir les attentes du patient.	2.1 Expression complète des attentes du patient. 2.2 Interprétation juste des informations recueillies. 2.3 Représentation précise du portrait du patient.
3. Évaluer le patient.	3.1 Réalisation minutieuse de l'examen denturologique. 3.2 Questionnement pertinent sur l'état de santé général. 3.3 Vérification minutieuse de la conformité des conditions bucco-dentaires et de l'appareillage prothétique actuel. 3.4 Consignation méthodique des données pertinentes au dossier.
4. Analyser les possibilités de traitement.	4.1 Détermination juste des caractéristiques des différents plans de traitement. 4.2 Analyse pertinente de la faisabilité des différents plans de traitement. 4.3 Prise en compte des données de l'évaluation du patient. 4.4 Prise en compte des attentes du patient. 4.5 Sélection judicieuse de plans de traitement adaptés aux besoins du patient. 4.6 Prise en compte d'une temporisation.

CEC1 Élaborer un plan de traitement conjoint dans les cas de réhabilitation Implanto-portées ou Implanto-retenues	
5. Proposer des plans de traitement.	5.1 Utilisation efficace de matériel didactique de démonstration. 5.2 Prise en considération des contraintes budgétaires. 5.3 Justesse et pertinence des explications données au patient. 5.4 Organisation de la séquence de l'intervention. 5.5 Proposition pertinente d'un plan de traitement provisoire. 5.6 Référence appropriée du patient au dentiste traitant.
6. Préparer les guides chirurgicaux et radiographiques.	6.1 Choix judicieux des matériaux. 6.2 Utilisation efficace des matériaux. 6.3 Caractérisation exhaustive des différents guides. 6.4 Application soignée des techniques de fabrication des différents guides. 6.5 Établissement de liens pertinents entre les modes d'imagerie et les types de guides à utiliser.
7. Concorder un plan de traitement conjoint.	7.1 Détermination précise des caractéristiques d'un travail interdisciplinaire. 7.2 Caractérisation de la documentation requise en implantologie. 7.3 Situation des contraintes légales liées au plan de traitement en Implanto-portée ou implanto-retenues. 7.4 Prise en considération des éléments d'information fournie par le dentiste traitant. 7.5 Communication efficace entre les professionnels impliqués. 7.6 Planification méticuleuse du plan de traitement conjoint. 7.7 Explications justes des modalités de l'entente de plan de traitement conjoint.

CEC2 Appliquer les techniques de prise d'imagerie en contexte d'évaluation mécanique et en analyser les résultats	
Énoncé de la compétence	Contexte de réalisation
Appliquer les techniques de prise d'imagerie en contexte d'évaluation mécanique et en analyser les résultats	• En cabinet dentaire. • À l'aide du matériel et de l'équipement approprié. • À partir du dossier patient. • Dans le respect des règles d'hygiène et d'asepsie, de santé et sécurité au travail.
Éléments de la compétence	Critères de performance
1. Différencier le diagnostique médical de l'évaluation mécanique.	1.1 Caractérisation précise des deux évaluations. 1.2 Identification soignée des limites d'intervention denturologique. 1.3 Association exacte entre les besoins et le type de prise d'imagerie nécessaire.
2. Expliquer les principes sous-jacents aux procédés d'imagerie.	2.1 Utilisation juste de la terminologie associée à l'imagerie. 2.2 Explication exacte du fonctionnement des appareils ainsi que des principes, des effets et des conséquences des radiations. 2.3 Vulgarisation appropriée de l'information à transmettre. 2.4 Description complète des différents modes d'imagerie.
3. Appliquer les techniques de prise d'imagerie dans un contexte d'analyse mécanique.	3.1 Établissement précis des paramètres techniques. 3.2 Application rigoureuse des mesures de radioprotection en imagerie par radiation. 3.3 Application efficace de techniques de prise d'imagerie.
4. Analyser les résultats d'imagerie.	4.1 Évaluation juste de la qualité de l'image. 4.2 Évaluation exacte de la passivité mécanique. 4.3 Évaluation judicieuse des résultats d'imagerie. 4.4 Interprétation juste des informations recueillies.

CEC6 Construire l'occlusion en réhabilitation Implanto-portée	
Énoncé de la compétence	Contexte de réalisation
Construire l'occlusion en réhabilitation implanto-portée.	- En cabinet dentaire et en laboratoire. - En présence de personnes présentant une édentation partielle ou complète requérant un appareil sur implants. - À l'aide de l'équipement et de l'instrumentation. - À l'aide d'outils de référence. - Dans le respect des règles d'hygiène, de santé et sécurité au travail.
Éléments de la compétence	Critères de performance
1. Analyser les spécificités de l'occlusion en implantologie.	1.1 Description pertinente des concepts occluso-prothétiques. 1.2 Différenciation juste de la proprioceptivité en implantologie. 1.3 Différenciation juste de la viscoélasticité en implantologie. 1.4 Description complète des composantes biomécaniques en jeu en implantologie. 1.5 Planification méticuleuse de la réduction des contraintes biomécaniques.
2. Effectuer l'examen occlusal pré-implantaire.	2.1 Description complète de l'examen occlusal pré-implantaire. 2.2 Analyse précise des informations recueillies. 2.3 Prise de décision thérapeutique adaptée. 2.4 Détermination précise du schéma occlusal de la future prothèse.
3. Appliquer les techniques d'enregistrement d'occlusion et de relation maxillo-crânienne.	3.1 Fabrication. 3.2 Évaluation soignée de l'adaptation de la maquette la maquette d'occlusion.
4. Effectuer le montage.	4.1 Sélection judicieuse de la technique de montage. 4.2 Construction juste et précise des courbes de compensation et des plans prothétiques. 4.3 Respect des axes de positionnement des dents. 4.4 Respect du profil d'émergence. 4.5 Meulage sélectif conforme aux principes d'intercuspidation fonctionnelle. 4.6 Montage fonctionnel et esthétique.

CEC6 Construire l'occlusion en réhabilitation Implanto-portée	
5. Appliquer des techniques d'ajustement occlusal.	5.1 Évaluation juste des contacts occlusaux. 5.2 Sélection judicieuse des modifications à apporter. 5.3 Utilisation efficace des techniques de travail à la chaise. 5.4 Utilisation minutieuse des techniques de meulage sélectif.

CEC9 Choisir et réaliser un plan de traitement adapté dans le traitement de l'édentation partielle en implantologie	
4. Planifier le traitement denturologique.	4.1 Détermination appropriée du profil d'émergence. 4.2 Élaboration optimale du mode d'ancrage. 4.3 Sélection judicieuse des matériaux et des techniques de réalisation des prothèses. 4.4 Prise en compte du rapport émis par le dentiste assurant la direction. 4.5 Organisation justifiée de la séquence de l'intervention. 4.6 Exécution soignée des opérations préparatoires à la fabrication des prothèses. 4.7 Rédaction méticuleuse de prescriptions.
5. Confectionner les prothèses.	5.1 Évaluation rigoureuse de la passivité des systèmes d'attachement. 5.2 Contrôle régulier de la stabilité des composants. 5.3 Exécution minutieuse des étapes de réalisation des prothèses à la chaise et en laboratoire. 5.4 Application rigoureuse des techniques de polymérisation et de finition propres aux différents systèmes. 5.5 Maintenir constant de l'équilibre prothétique. 5.6 Organisation efficace du travail. 5.7 Évaluation constante des travaux.
6. Valider le travail prothétique.	6.1 Positionnement méticuleux du système d'ancrage. 6.2 Évaluation rigoureuse de la passivité du système d'ancrage. 6.3 Mise en bouche soignée des prothèses. 6.4 Évaluation minutieuse de l'adaptation des prothèses et de l'équilibre prothétique. 6.5 Prise de décision pertinente visant à conserver, à corriger ou à refaire les prothèses. 6.6 Ajustement et corrections appropriés des prothèses. 6.7 Recommandations pertinentes liées au port et à l'entretien des prothèses.

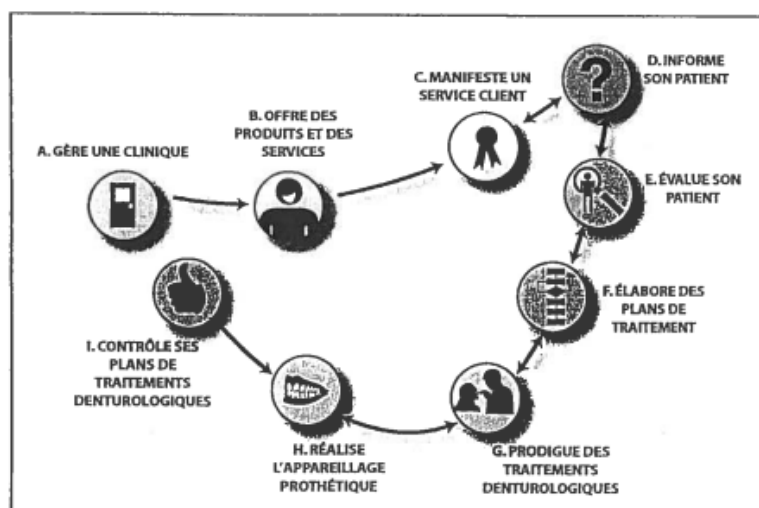
ANNEXE 5



CRAIE

Centre de recherche appliquée
en instrumentation de l'enseignement

RAPPORT SUR L'EXPLICITATION, LA SYSTÉMIQUE ET LA REPRÉSENTATION DES MANIFESTATIONS DE LA COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE DU DENTUROLOGISTE



Novembre 2005

L'OBJET DE LA PROFESSION DE DENTUROLOGISTE

L'objet d'une profession se caractérise par les savoirs, les savoir-faire, les savoir-être et le contexte professionnel dans lequel ces savoirs émergent et s'articulent en une véritable compétence professionnelle. La principale difficulté réside dans le fait que, l'objet étant complexe, il donne lieu à plusieurs interprétations selon le point de vue où se situe l'observateur.

Nous proposons une démarche qui se base sur l'expertise des acteurs de la profession. Ils deviennent les maîtres d'œuvre de la transposition de l'expertise professionnelle, à laquelle ils ajoutent la réalité professionnelle. C'est pourquoi nous avons animé cinq rencontres avec des membres représentatifs de l'ordre des denturologistes. Les capacités de ces experts de percevoir, de faire, d'agir, d'interpréter et de raisonner, notre méthodologie a permis d'organiser, de contrôler et d'explicitier les savoir-faire en y intégrant de manière claire les savoirs et éventuellement les savoir-être. Les livrables de notre méthodologie facilitent alors la réflexivité pour constater la manifestation de la compétence.

La méthodologie que nous utilisons devient le fondement d'une « grammaire » fournissant le vocabulaire et les règles qui servent à définir l'objet de la profession de denturologiste pour en favoriser la perception. Le défi consistait alors à concevoir une représentation des éléments qui constituent la compétence professionnelle du denturologiste pouvant être compréhensible par tous.

L'INGÉNIERIE DES SAVOIRS DU DENTUROLOGISTE

La technologie et les techniques sont les conséquences d'un processus de structuration par l'ingénierie. Nous utilisons, en quelque sorte, une ingénierie destinée à organiser les savoirs, ces savoirs à partir desquels on pourra amener toutes personnes à percevoir ce qui constitue la profession de denturologiste.

Nos outils permettent non seulement d'organiser l'expertise professionnelle, mais aussi d'établir une représentation des compétences du denturologiste. Une fois la représentation développée, elle servira de modèle et de moyen de communication entre l'ordre et ses interlocuteurs. L'organisation des savoirs devient plus concrète et la pertinence sera plus évidente.

L'expertise, maintenant plus claire et précise, devient une source de référence crédible, accessible et signifiante pour chacun. Elle favorise la perception de la compétence individuelle des denturologistes, le développement de la compétence des futurs denturologistes et une perception plus objective de la part des observateurs extérieurs.

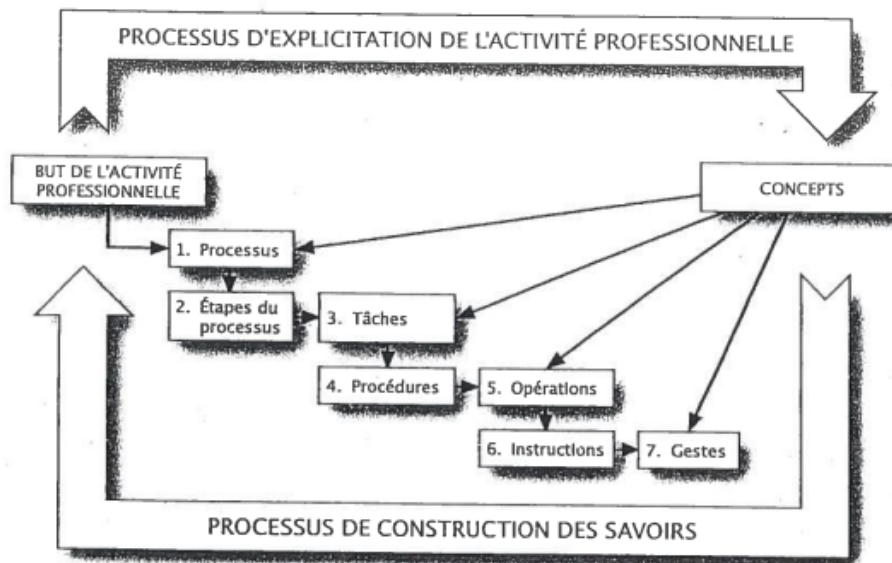
En résumé, il faut partir de la réalité du denturologiste pour rendre signifiante la démarche proposée par notre méthodologie en vue d'une représentation signifiante et crédible. Cette démarche favorise le processus de compréhension de l'objet de la profession et de construction d'une représentation fonctionnelle.

UN OUTIL POUR FORMALISER LES SAVOIRS

Notre méthodologie utilise un outil que nous nommons décodeur cognitif. Cette outil aide les intervenants à formaliser leurs expertises disciplinaires. Avec cet outil, nous avons pu construire des représentations de façon à exprimer, clairement et de manière fonctionnelle, les savoirs liés à l'expertise professionnelle. Ces représentations favoriseront la compréhension de la profession.

La structure du décodeur cognitif fait appel à une organisation des éléments qui composent l'activité professionnelle, une organisation servant à déterminer les unités, c'est-à-dire les concepts. C'est ce que nous appelons le processus d'explicitation de l'activité professionnelle. Le processus de compréhension des savoirs, pour sa part, suit le chemin inverse; il part des concepts pour guider l'observateur vers la compréhension de cette même activité professionnelle. En d'autres mots, pour clarifier l'activité professionnelle, il faut partir du but de cette activité et en venir aux concepts. Inversement, pour comprendre les savoirs, il faut partir des concepts pour en arriver au but de l'activité professionnelle (voir la figure 1).

FIGURE 1 : LE DÉCODEUR COGNITIF EST UNE ORGANISATION SYSTÉMIQUE DES ÉLÉMENTS QUI COMPOSENT UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE



Les éléments de l'activité professionnelle sont au nombre de huit : le but de la formation ou de l'activité professionnelle, le processus de travail, les tâches professionnelles, les procédures de travail, les opérations, les instructions, les gestes et les concepts.

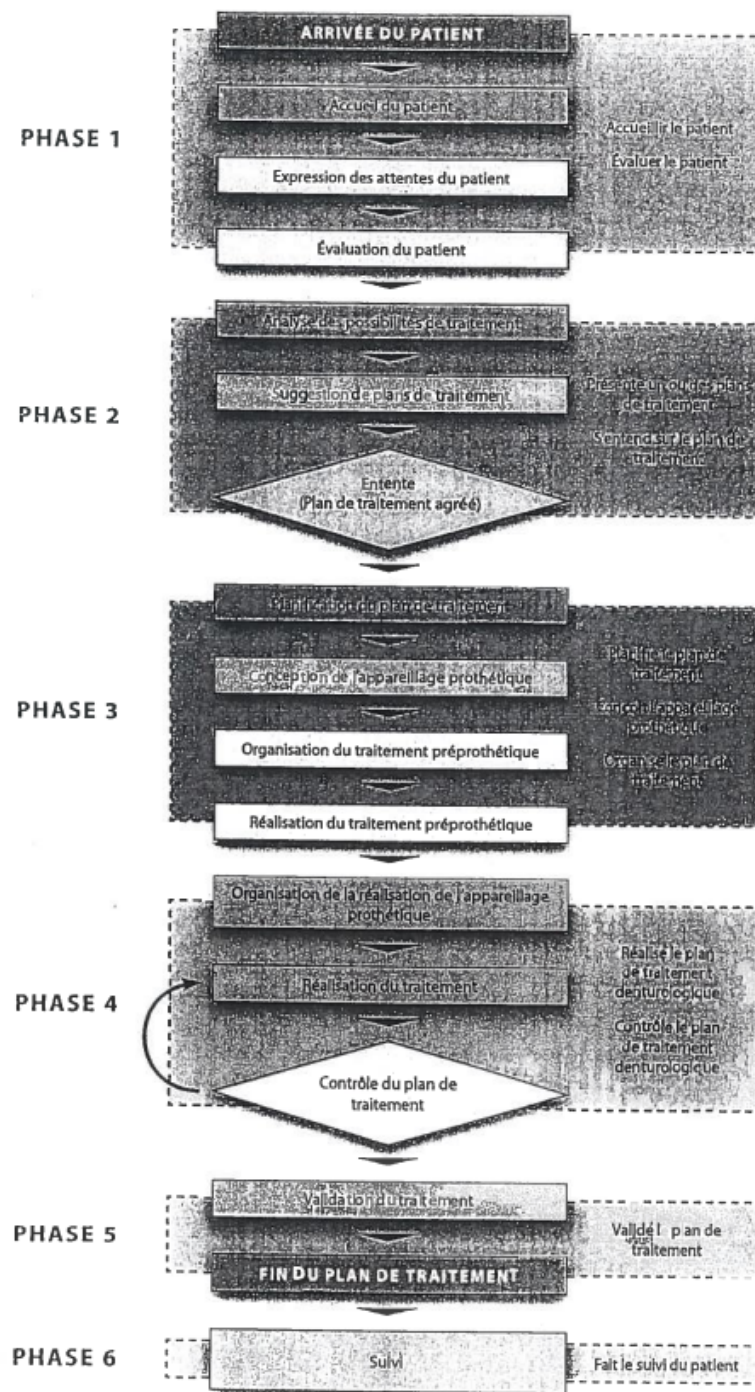
LE BUT DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

L'activité professionnelle est constituée de l'ensemble des tâches à exécuter et qui sont nécessaires pour réaliser le but du travail visé par la profession de denturologiste. Le but de l'activité professionnelle est une production attendue d'un bien et/ou d'un service.

LE PROCESSUS ET LES ÉTAPES DU PROCESSUS

Il est important d'établir un processus de travail uniforme, nos travaux nous ont amené à en définir un en six phases et en dix-sept étapes (voir la figure 2).

FIGURE 2 : ÉTAPES DU PROCESSUS DE TRAVAIL DU DENTUROLOGISTE



LES TÂCHES

Les tâches correspondent au travail que le denturologiste doit effectuer dans un temps donné et dans certaines conditions. Ainsi, à partir du processus de travail, il faut établir les diverses tâches à exécuter et les relier aux étapes du processus de travail (voir la figure 3 et 4).

Les tâches définissent de façon concrète l'activité professionnelle dans laquelle la compétence se manifeste. Elles sont prévisibles, variables ou fortuites, et leur réalisation exigera la prise de décisions.

Les décisions à prendre pour la réalisation d'une tâche ont un lien direct avec le choix des procédures à exécuter selon le temps et les conditions de réalisation de la tâche. Le professionnel choisira les procédures les plus efficaces pour accomplir la tâche selon le contexte.

Si les décisions prises par la personne qui réalise l'activité professionnelle sont conformes à son processus de travail ainsi qu'aux tâches professionnelles qui font partie de ses responsabilités, le but de l'activité professionnelle sera atteint.

FIGURE 3 : LIENS ENTRE LES ÉTAPES DU PROCESSUS DU TRAVAIL ET LES TÂCHES

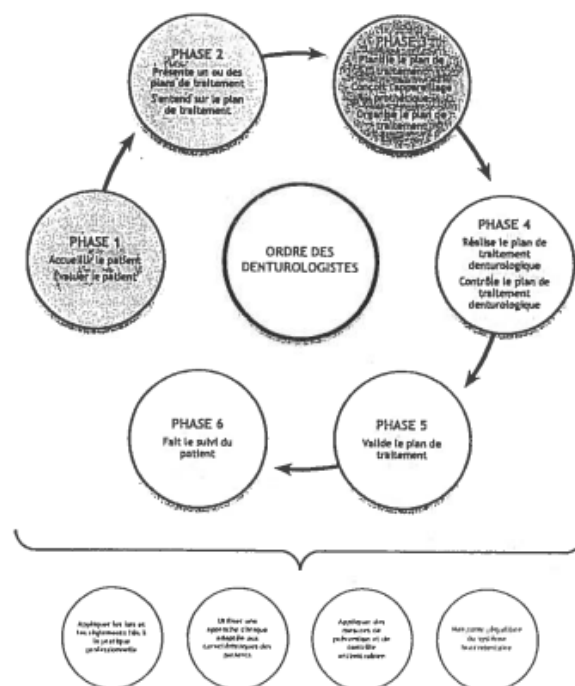
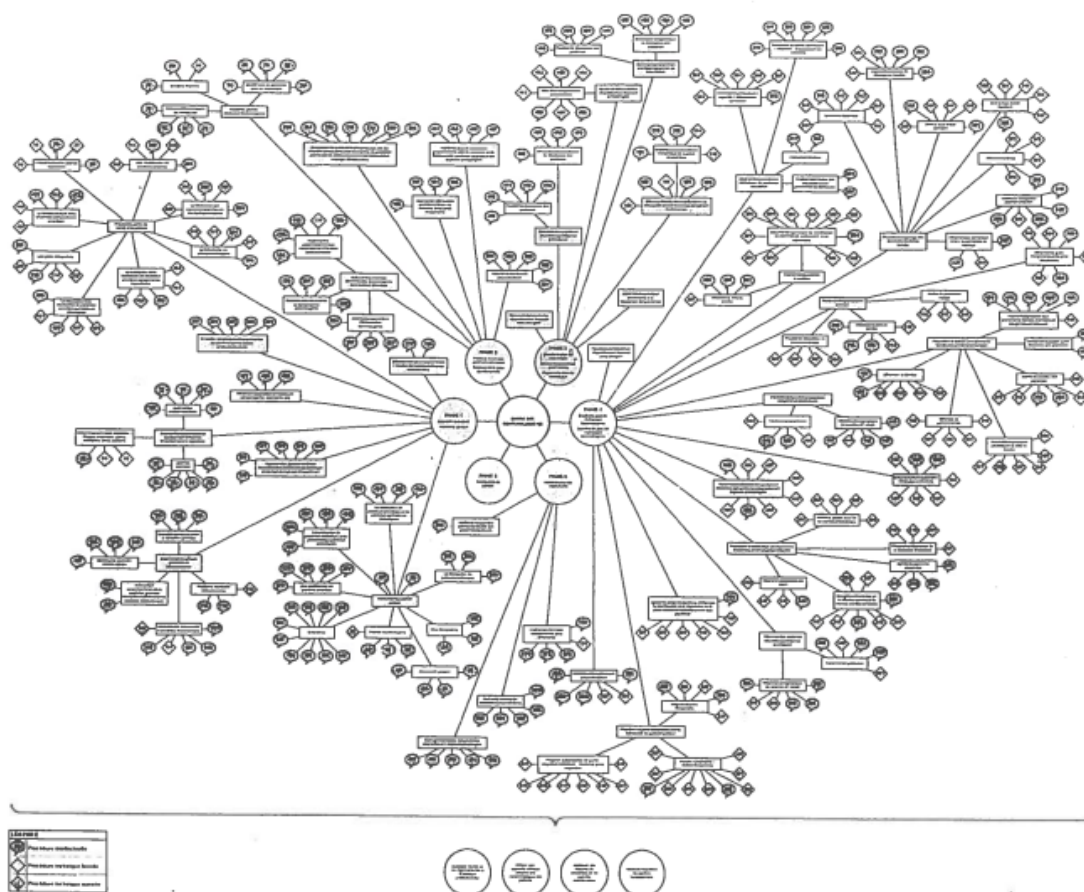


FIGURE 4 : LIENS LES TÂCHES DE LA PROFESSION



LES PROCÉDURES

Les procédures de travail constituent les représentations des façons de faire du denturologiste. Les procédures de travail ont pour but de présenter à l'observateur une référence claire et précise de la façon dont on doit exécuter une activité professionnelle. Elles représentent une façon de faire, avec une séquence d'opérations logique, qui servira de modèle de base. Une fois la procédure de travail mise au point, elle présente l'avantage de pouvoir servir de nouveau à toutes les personnes en mesure de la comprendre.

LES TYPES DE PROCÉDURES

Une tâche peut s'avérer plus ou moins complexe. La diversité de choix de procédures pour une même tâche est le premier indicateur de complexité d'une tâche (Figure 5).

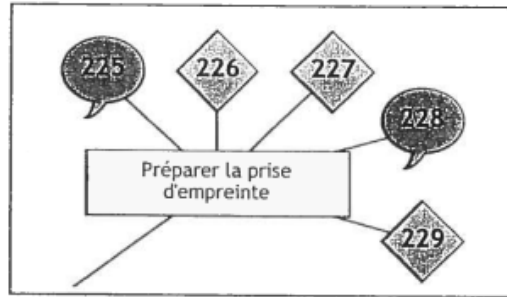


FIGURE 5 : DÉCIDER D'UNE ORGANISATION DES FAÇONS DE FAIRE

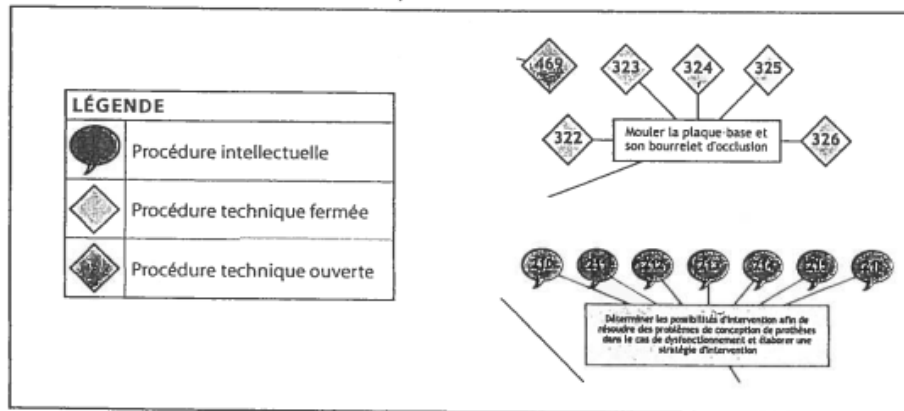
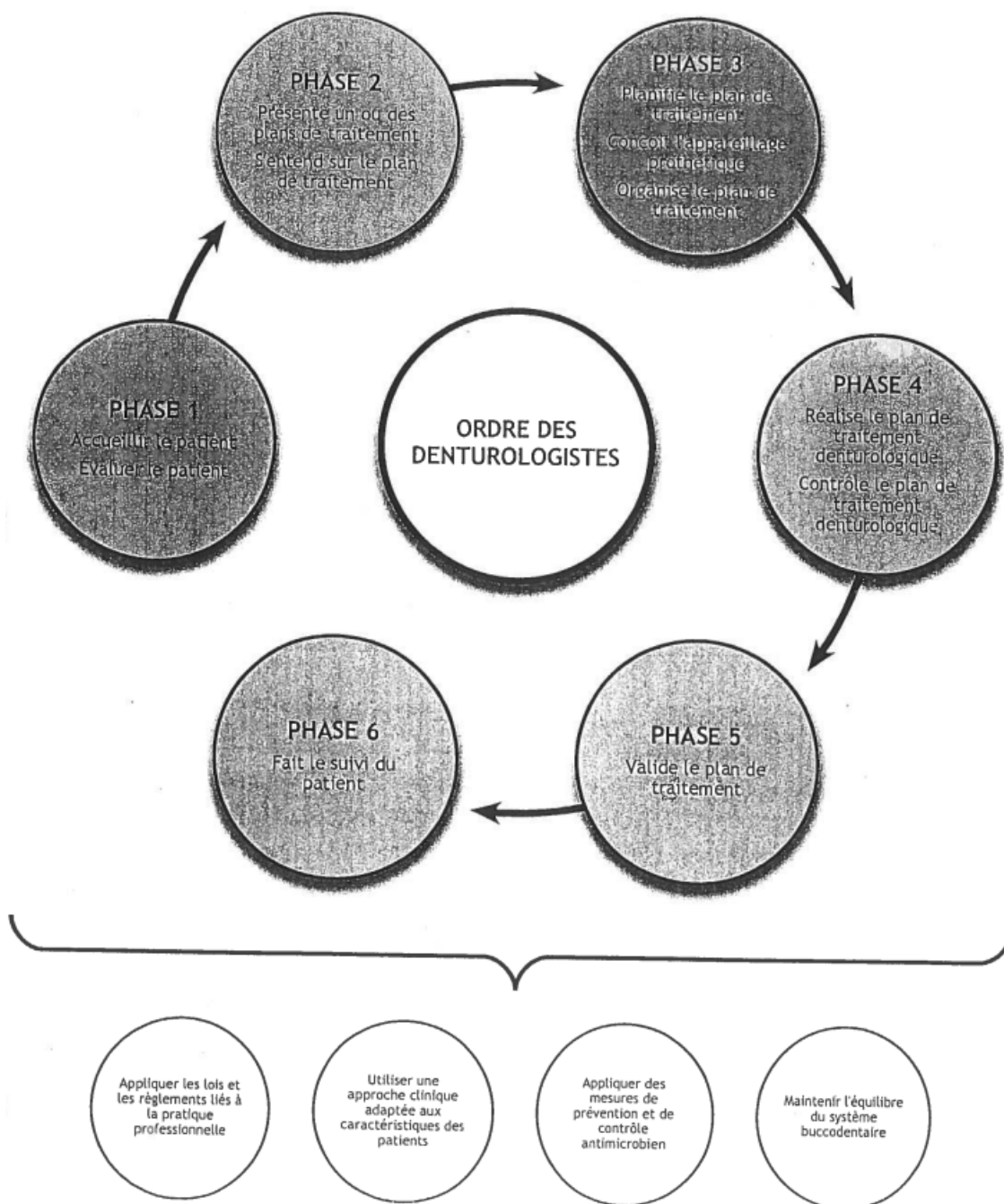


FIGURE 6 : PROCÉDURES TECHNIQUES ET INTELLECTUELLES, FERMÉES OU OUVERTES.

Deux autres indicateurs dévoilent le degré de complexité : le fait que la procédure soit technique ou intellectuelle (Figure 6), d'une part et fermée ou ouverte, d'autre part.

Une procédure technique consiste en une suite d'opérations ordonnées et observables. Une procédure intellectuelle est plus complexe qu'une procédure technique. De manière simple, c'est le processus mental qui prend place dans la tête du professionnel compétent avant l'exécution d'une procédure technique. On peut la comparer à la représentation d'une façon de faire acquise par l'expérience. En général, on pense à tort que seule l'expérience peut conduire à la capacité de réaliser ce type de procédure. Cette idée vient probablement du fait qu'on l'a rarement explicitée.

La procédure fermée se réalise toujours de la même façon, dans un contexte stable. Par contre, la procédure ouverte se fait de manière différente selon le contexte dans lequel elle se réalise.



À notre avis, c'est sur le plan des procédures intellectuelles qu'il y a démonstration du niveau de compétence d'un professionnel. Le niveau de difficulté de la procédure technique est faible parce qu'on peut l'observer dans la réalité et qu'elle ne demande généralement que le développement d'une ou de quelques habiletés ou capacités. Par contre, la procédure intellectuelle ouverte présente le plus haut niveau de difficulté parce que l'on ne peut observer que son résultat.

L'explicitation des procédures de travail met en évidence l'importance du travail du denturologiste. C'est avec les procédures que l'on donne accès au mode d'emploi de la profession. La procédure explicite le comment, tandis que la tâche indique le quand et le pourquoi et les concepts, le quoi.

LES OPÉRATIONS

Il convient de diviser la procédure en un ensemble ou une séquence d'opérations pour la rendre claire et précise pour tous les utilisateurs. Les opérations sont les règles à appliquer pour parvenir au résultat complet ou partiel attendu. Il s'agit de manœuvres stratégiques qui permettent de réaliser la procédure avec succès.

LES INSTRUCTIONS

Certaines opérations de la procédure exigent l'utilisation de matériel (machines, outils, appareils ou instruments). Les manœuvres liées à l'utilisation du matériel se retrouvent sous l'appellation d'instructions. Ces instructions regroupent les directives pour l'exécution des gestes appropriés à l'utilisation d'un matériel spécifique.

Ce qui distingue la procédure de l'instruction, c'est qu'il est possible de construire ou d'adapter la procédure selon le contexte pour en augmenter l'efficacité, alors que l'instruction est une démarche linéaire et spécifique rattachée à un matériel spécifique dans le but de le faire fonctionner.

LES GESTES

Les gestes sont les manœuvres à exécuter pour réaliser une instruction liée à l'utilisation d'un matériel.

Le processus de travail et ses étapes, les tâches et leurs procédures, les procédures et leurs opérations, finalement les instructions et les gestes constituent les éléments organisés utilisés pour rendre concrète l'expertise professionnelle et, ainsi, à favoriser la compréhension (voir la figure 7).

EN CONCLUSION

Le travail réalisé avait pour objet de rendre plus explicite la profession de denturologiste en termes de compétences à manifester et de niveaux de complexité des actes professionnels à réaliser.

La représentation de la profession sous la forme d'un iris, qui partant d'un centre que constitue le processus de travail pour finir aux façons de faire, indique clairement l'ensemble de ce qui compose la compétence d'un denturologiste.

En annexe vous retrouvez la liste des façons de faire de chacune des tâches en liens avec chacune des phases et des étapes du processus de travail. **Finalement, la profession de denturologiste comporte vingt-quatre tâches globales, cent vingt-trois tâches particulières et cinq cent trente-cinq procédures de travail. Sur ce total, trois cent trente-quatre procédures sont intellectuelles et deux cent une sont techniques dont cinq cent une sont ouvertes et trente sont fermées.**

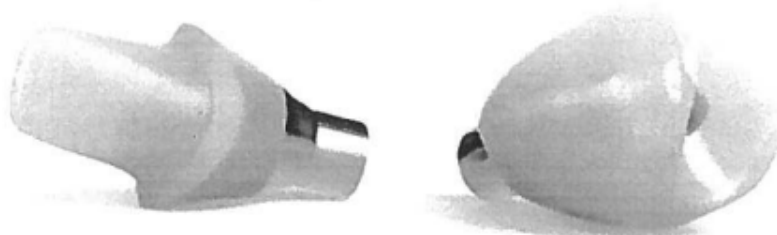
La suite de ce travail pourrait être l'explicitation des concepts sous-jacente à la réalisation des procédures intellectuelles qui, nous prétendons, demandent de réaliser des opérations mentales ou l'utilisation importante de concepts abstraits devrait se manifester. Pour faciliter l'apprentissage de ces concepts, dans l'intention de former des nouveaux denturologistes ou de perfectionner ceux en exercice, il faudrait pouvoir être en mesure d'avoir des représentations permettant leurs perceptions, leurs compréhensions et leurs utilisations dans les activités professionnelles.

 22/05/06

Henri Boudreault Ph. D.

ANNEXE 6

La prothèse scellée sur implants





esthétique remarquable

efficace

solide adhésion



La solution idéale dans chaque cas

Les restes d'ancres sur piers pressés peuvent être retirées au moyen de l'une des deux techniques suivantes :

- L'esthétique d'abord

Dans ce cas, il s'agit de fabriquer un piler hybride personnalisé de la forme des dents, puis une couronne tout-céramique IPS e.max. Le résultat obtenu est harmonieux et hautement esthétique – du fait que le piler et la zone de transit ont une forme naturelle qui s'harmonise à celle de la couronne.- L'efficacité d'abord

Pour satisfaire à cette exigence, l'option deux-en-un est recommandée : c'est-à-dire une couronne-piler. Elle réunit le piler et la couronne monolithique en un seul élément. Cette solution permet de restaurer des restaurations implanté-portées nées d'une manière hautement efficace, en plus d'éliminer les problèmes associés au collage en couche et au retrait des excédents de matériau de collage.

Pilier hybride

Agencement Press LS2



Couronne pilier hybride

IPS e.max Press LS2



Les points forts

- Des solutions pour votre laboratoire basées sur des piliers hybrides
- Esthétique durable, même en présence d'excès de résine gingivale, grâce à l'utilisation de piliers hybrides de la forme des dents
- Couronnes-piliers hybrides (solution deux-en-un) alliant fonction et efficacité et assurant un accès à la vis en tout temps
- Excellente résistance d'adhésion entre le LS2 et la base en titane grâce à Multilink Implant

92



2 - Prothèse scellée

La prothèse scellée sur implants (fig 8.5) est définie comme une restauration scellée sur des éléments intermédiaires (faux moignons), eux-mêmes transvissés sur les implants (fig 8.5 f). Ces implants sont à connexion externe ou interne.

Chaque type de rétention prothétique présente des avantages et des inconvénients que nous allons à présent aborder.

B - Prothèse vissée

1 - Avantages

Les avantages de la prothèse transvissée sont :

- le démontage aisé de la prothèse ;
- la connexion par l'intermédiaire de piliers usés ;
- l'absence d'un ciment de scellement.

En présence d'une épaisseur importante de tissus mous, l'utilisation d'un pilier intermédiaire permet de déplacer correctement la surface de travail du praticien prothésiste. Cela facilite les différentes étapes prothétiques.

2 - Inconvénients

Les inconvénients concernent :

l'esthétique :

- anatomie occlusale altérée par l'émergence des vis ;
- anatomie 3D des dents devant se placer au positionnement du puits d'accès aux vis ;

la fonction :

- morphologie occlusale altérée ;
- difficulté d'équilibration occlusale

la biomécanique :

- risque de fracture de la porcelaine lorsqu'une couronne possède une table occlusale réduite (prémolaire) ;
- risque d'éclats de céramique aux bords du puits d'accès à la vis si ceux-ci ne sont pas renforcés à l'aide d'un insert métallique qui peut être disgracieux ;

la technique :

- contrôle de passivité difficile. Lors de l'essayage de l'armature, le vissage peut provoquer une déformation de la structure et donner l'illusion d'un ajustage passif ;
- travail de laboratoire rendu délicat par la précision nécessaire du vissage. Lors de la réalisation de grandes constructions, des soudures primaires peuvent contrebalancer les déformations de coulee ;
- prothèse provisoire transvissée plus difficile à réaliser car moins courante que les autres ;

C - Prothèse scellée

1 - Avantages

L'avantage principal de la prothèse scellée est de pouvoir rattraper des axes implantaires divergents entre eux ou des axes trop vestibulés, surtout dans la zone antérieure du maxillaire. Les autres avantages concernent les domaines suivants :

esthétique : respect de l'anatomie des surfaces occlusales prothétiques ;

biomécanique et fonction :

- le jeu obtenu grâce au ciment de scellement facilite une adaptation passive de l'armature ;
- équilibration occlusale facilitée ;

technique :

- technique de laboratoire proche de celle de la prothèse conventionnelle (faux moignons parallèles sur lesquels une armature est scellée) ;
- possibilité de contrôle visuel de l'ajustage en lingual/palatin ;
- prothèse provisoire simple à réaliser.

2 - Inconvénients

Les inconvénients de la prothèse scellée sont au nombre de deux :

- difficulté de démontage ;
- risque de résidus du ciment de scellement en situation sous-gingivale.

416 DENTAL IMPLANT PROSTHETICS

Some reports indicate that almost 50% of maxillary prosthetic screws loosen at least once during the first year of function. A single-tooth implant study observed a 65% loosening of screws during a 3-year postoperative period.^{11,15,24} However, in clinical studies, reports of unretained cemented implant prostheses constitute fewer than 5% of cases.²⁴⁻²⁶ Recurring uncemented prostheses are a rare occurrence compared with loose prosthesis or abutment screws. In addition, a loose cemented prosthesis can be recemented easily.

When possible, the crown margin should be above the tissue so that cement excess can be removed more readily. Subgingival margins increase the incidence of incomplete cement removal on teeth or implant abutments. The cement may remain embedded into the sulcus of the implant abutment because of the less tenacious junctional epithelial tissue and connective tissue attachment compared with a natural tooth. Packing the implant sulcus with a retraction cord placed below the margin before cementation is an excellent protocol to follow when using a hander cement. However, one must take care not to capture any of the retraction cord under the crown, which will make cement removal more difficult.

■ ADVANTAGES OF CEMENT-RETAINED IMPLANT PROSTHESES

Considerable advantages can be gained with cement-retained restorations, including more passive castings, improved direction of loads, enhanced esthetics, improved access, progressive loading, reduced crestal bone loss, and reduced complications, cost, and time^{12,26} (Table 23-1). As a result, a growing number (more than 90%) of the fixed prostheses are cement retained in the United States. This chapter presents the principles for cement-retained fixed implant prostheses.

TABLE 23-1

Advantages of Cement-Retained Versus Screw-Retained Prostheses

	Cement Retained	Screw Retained
Retrievability	+	+
Passive casting	+	-
Axial load	+	-
Esthetics/hygiene	+	-
(emergence profile in anterior)		
Reduced occlusal material fracture	+	-
Access	+	-
Decreased fatigue/fracture of components	+	-
Progressive loading	+	-
Abutment microgap sealed	+	-
Cost and time, components decreased	+	-
Low-profile retention		+
Limited interarch space		+
No cement in sulcus		+

Passive Casting

Nonpassive castings are a primary cause of unretained restorations, crestal bone loss, implant component fracture, and implant mobility. A screw is a combination of inclined planes and wedges and is one of the most efficient machine designs. No space exists between the crown and abutment; instead, a metal-to-metal system with zero tolerance for error is created. A torque force of 20 N/cm applied on a screw can move two railroad cars. This same force applied to a nonpassive casting tends to distort the superstructure, underlying bone, and the implant components (Figs. 23-3 and 23-4). The force

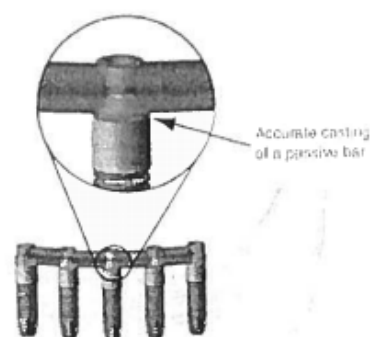


Figure 23-3 A screw-retained restoration should fit passively on the implants. The screws, however, often have a torque force of 20 to 30 N/m, which places them under tensile forces.

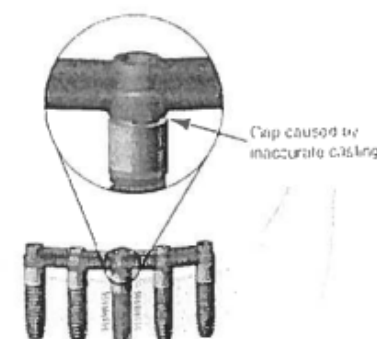


Figure 23-4 When the casting does not fit accurately on the implant platform or abutment, the tensile force applied to the screw is transferred directly to the implant-bone interface and may cause crestal bone loss if beyond physiologic limits.

dentist must consider the decrease in implant body height. In addition, a gingivoplasty almost always is indicated to decrease sulcular depth and improve oral hygiene conditions. The dentist also may consider placement of additional implants and abutments to increase retention.

Reduced Moments of Force

A screw-retained superstructure bar for an overdenture may be subjected to lesser moment forces during prosthesis movement, especially when designed for dual implant and soft tissue support. The moment force is reduced with a low-profile abutment when stress breakers on the superstructure separate the removable prosthesis from the implant support. These elements decrease the effect of lateral loads on the implant body.

Risk of Cement in the Sulcus

Another advantage of screw-retained crowns is the absence of cement in the gingival crevice, which may cause irritation to the surrounding tissues and lead to increased plaque retention and inflammation, similar to the condition on crowns for natural teeth.⁵⁰

Therefore, greater low-profile retention, reduced moment force in RPD overdentures, greater space for denture teeth or occlusal materials, and absence of cement residues are advantages for screw-retained superstructures. These conditions are more characteristic of implant-supported overdentures than fixed restorations. An interesting note is that more than a decade ago, practitioners who challenged the concept of implant-supported, screw-retained restorations were regarded as a minority. Over the past 10 years the profession seems to have reasoned in their favor, and today most fixed prostheses on implants (about 90%) are restored with cement-retained restorations compared with screw-retained prostheses, as witnessed by a shift in statistics reported by laboratories around the country.^{18,19,22,50,51,52}

The discussion of screw versus cement applies to the crown or superstructure, not the abutment. The abutment is screw retained into the implant body because of reduced surface area of the small diameter and length of abutment posts and to eliminate the risk of cement at the bone-level margin of the abutment and implant. Instead, a sealing material, such as a silicone-based material or an anaerobic cement (e.g., C&B-Bond, Preat Corp., Santa Ynez, CA), may be used to seal the gap between the abutment screw and the implant body internal threads for cement- or screw-retaining abutments.

CEMENT-RETAINED FIXED PROSTHESES

Two broad categories of abutments for cement retention are used in implant dentistry: a single-unit (or one-piece abutment) and a two-piece abutment for cement retention (Fig. 23-12). In the two-piece abutment for cement, one component engages the antirotational feature of the implant body and another component (abutment screw) fixates the abutment and implant body (or analog) together. The one-piece abutment does not engage the antirotational feature but fits flush with the implant platform.

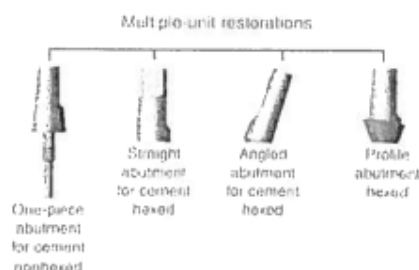


Figure 23-12 Two categories of abutments are used for cemented restorations. The one-piece abutment (for left) may be used in multiple restorations when the implant bodies are within 20 degrees of ideal. The two-piece abutments may be used for single teeth, angled implants, and with laboratory transfers or for custom abutments.

The dentist must use a two-piece abutment for single-tooth implants so as to engage the antirotational aspect of the implant body. An angled abutment also must engage the antirotational feature before placement of the abutment screw. A one-piece angled abutment will not predictably end in the correct angled position when torqued into position. The dentist also must use a two-piece abutment when selecting an indirect technique for prosthesis fabrication. The dentist makes an implant body impression that also transfers the antirotational feature of the implant. The laboratory attaches an implant body analog to the impression transfer and then pours the impression in stone. The laboratory can select and prepare the abutments and fabricate the restoration on the indirect model.

Abutment screw loosening with the two-piece abutment is a recognized complication in implant dentistry. However, it has a low incidence under cemented prostheses with multiple abutments (less than 2%).^{50,51} The screw may loosen as a result of occlusion, parafunction, crown height, fatigue, and other factors of force. Because the crown is cemented to the abutment, it must be removed to retighten the abutment screw. Removal is more difficult in a cemented prosthesis because the loose screw causes crown mobility and decreases the impact force against the cement during crown removal. As a result, often the dentist must drill a hole through the crown over the abutment screw to gain access to retighten the abutment screw. If the hole is through the incisal edge of an anterior crown, or facial aspect of the crown, esthetic concerns may require the fabrication of a new restoration. Future porcelain fracture is a more likely consequence because of the access hole. Abutment screw breakage and additional forces on the other abutments in the same prosthesis are also results of this complication.

Torque wrenches are required to stretch or preload the abutment screw 20 to 35 N/cm to limit the loosening problem (Fig. 24-13). However, the torque, or rotational shear forces, may be applied concomitantly to the implant-to-bone interface. As a result, the two-piece abutment for cement retention is limited primarily to a single-tooth abutment restoration, angled abutment situations, and indirect laboratory procedures for which the abutment must engage the antirotational hexagon or component of the implant.

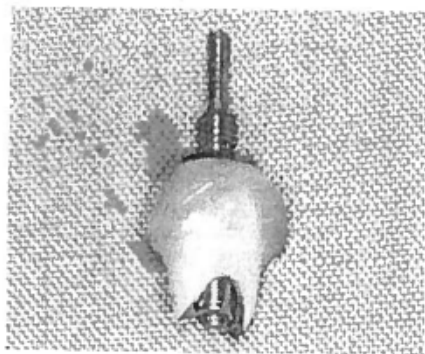


Figure 23-22 A custom abutment with pink porcelain added to the subgingival region is fabricated to enhance the cervical esthetics.

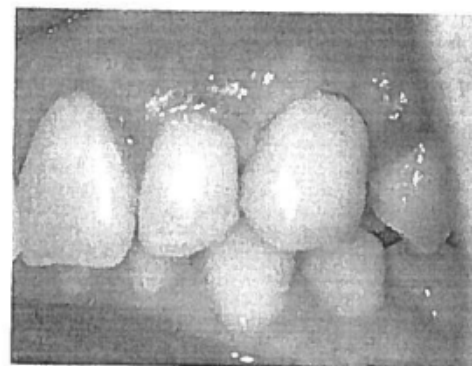


Figure 23-24 The custom abutment and crown are seated. The subgingival pink porcelain is advantageous in situations in which the soft tissues are thin and the grayish color of the titanium abutment may affect the esthetic outcome.

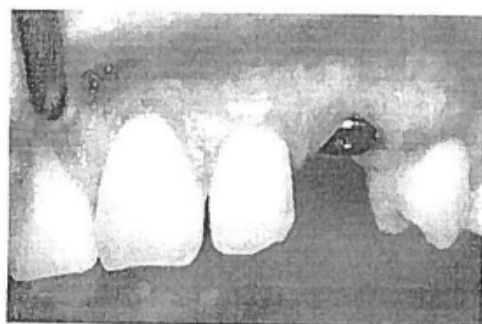


Figure 23-23 The patient has an implant replacing the left canine. A perimucosal extension is placed after obtaining an implant body impression.

The anterior implant body may be positioned or angled slightly to the facial. The anatomical abutment under these conditions creates facial overcontours that can be compared with a "subgingival ridge lap" with all the disadvantages previously discussed. Often a health-esthetic compromise is made in implant dentistry.^{27,28} The lingual aspect of a crown is seldom in the esthetic zone and many posterior crowns are out of the esthetic zone all together, especially in the mandible. In these cases the crown should not be overcontoured in the subgingival regions, but a hygienic design should be preferred, such as a reduced cervical width and subgingival margin.

An indirect method for prosthesis fabrication is necessary with an anatomical abutment. When the direct approach is used, the abutment margin is often too subgingival. In thicker tissues to capture the margins predictably in an impression. As a result, the final crown fits the abutment taper above the premade crown margin. A ledge below the crown margin appears on the radiograph, which may be misread as an open margin and lead to inappropriate criticism

or treatment to repair this condition. When the tissues are thinner than usual, the preselected margins may be above the tissues. If this is not noted before the implant body impression, the cervical regions of the final restoration have crown margins above the tissue and the metal abutments below the margins are visible above the tissue.

GUIDELINES TO REDUCE COMPLICATIONS

The long-term survival of fixed prostheses on natural teeth is well documented. Fixed prostheses on implants in partially edentulous patients have provided equal or superior survival rates during the past 10 years. Retrospective studies that identify the causes for fixed prosthesis failure permit fine-tuning of the fundamental principles of fixed prosthodontics and highlight the areas where more attention to detail is required. The three most common causes of failure of fixed prostheses on natural teeth are caries of abutment teeth (22% to 38%), uncemented restorations (17%), and porcelain fracture (16%).^{4,7,8} The most common causes for failure of cement-retained implant-supported restorations include bone loss, uncemented restorations, fracture of occlusal materials, or loose implant components. Therefore stress factors account for most common complications of implant prostheses and almost two thirds of complications for fixed restorations on natural teeth. Once the diagnosis and treatment plan are established properly, the most common cause of excessive stresses on cemented implant prostheses may be overload, faulty occlusal schemes, and undiagnosed partially retained restorations.^{29,30} The combination of natural teeth and implants within the same prosthesis further complicates the biomechanical conditions.

Caries and Abutments

Partially edentulous patients requiring implants often need complete oral rehabilitation. Crowns may be required on several teeth to restore the proper anatomy, occlusal plane,

Maxillary Anterior Single-Tooth Replacement 401

the tooth root or pink for improved facial esthetics and may be carried close to the implant/abutment connection⁶⁰ (figs. 22-77 to 22-79). In this way, should tissue shrinkage occur in the long term, the metal margin of the abutment is not seen. The facial crown margin is usually a porcelain butt joint to improve the esthetics further. This is most beneficial when placing a single-tooth crown in a young patient to account for a potential remodeling of the gingival profile over time. This abutment more often is selected as the starting point for the fabrication of an anatomical customized abutment.

The disadvantages of the custom-made abutment are related primarily to the laboratory phase. With the castable plastic pattern, the abutment can be fabricated out of any precious metal (to decrease corrosion risk between the coping and cast metal) without a two-metal interface, as when casting to a metal coping. The abutment also is much less expensive. However, the abutment-to-implant connection is much less precise. A diamond lapping tool is suggested to

improve the finish of this region, but overzealous finishing may create a larger gap. In addition, the internal platform for the abutment screw cannot be cast accurately. Hence the shoulder of the abutment screw does not seat precisely with an increased risk of abutment screw loosening, and associated complications occur.⁶² Therefore not using this plastic coping is suggested. On the contrary, UCLA abutments with a machined metal coping within the cast custom abutment have a high degree of fit at the implant-abutment connection with the added advantage of decreased screw loosening.^{62,68}

An abutment with minimum flare presents several advantages:

1. One size of abutment may be used for most all patients.
2. The abutment is seated on the implant platform and engages the hexagon without circumferential hard or soft tissue interference, which is beneficial because the abutment-to-implant connection may be several millimeters below the tissue.

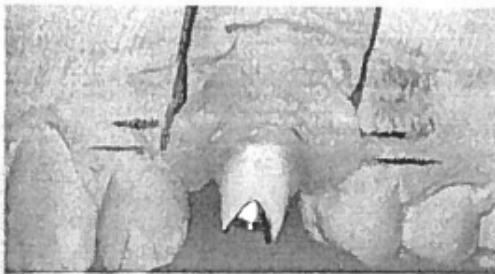


Figure 22-77 A customized anatomical abutment can be contoured to fit the existing implant and soft tissue. The undercut portion of the abutment may be pink or tooth-colored porcelain.

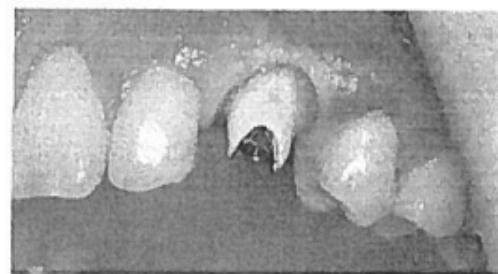


Figure 22-79 The customized abutment with subgingival pink porcelain is seated into position. When the tissue blanches, the gingival tissues begin to shrink. To avoid shrinkage, the contour of the customized abutment should be reduced.

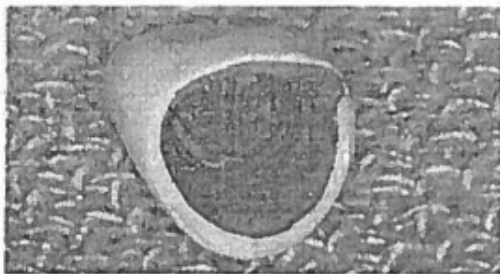


Figure 22-78 The implant crown usually has a porcelain butt joint for improved esthetics.

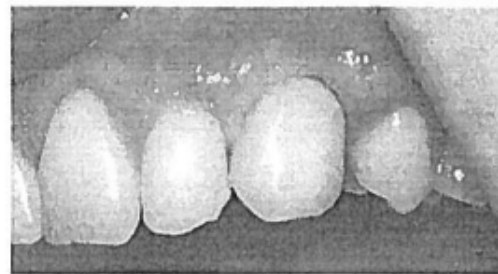


Figure 22-80 Completed implant shows superior esthetics.

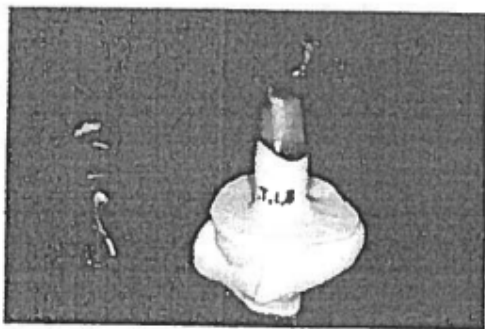


Figure 22-101 The coping for the crown may be fabricated on the individual die made from the diaphanous impression of the abutment. The coping then is placed on the full-arch cast for final reconstruction of the crown.

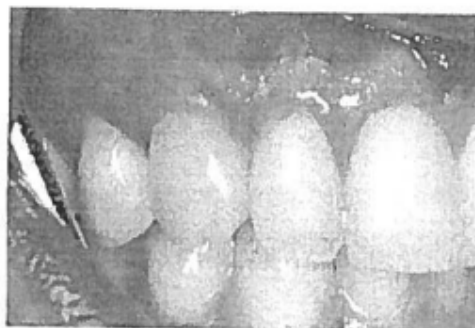


Figure 22-103 The final crown is seated, occlusion is modified with a heavy bite-force evaluation, and the crown is cemented. This crown has adequate contour, color, and soft tissue shape.

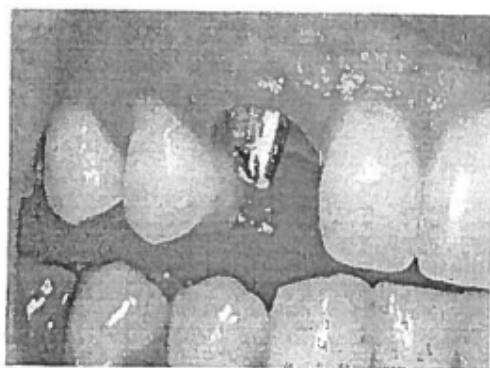


Figure 22-102 At the final delivery appointment the temporary crown is removed and the abutment and soft tissue drapes are evaluated.

technique, (2) customized emergence profile created by the doctor, instead of standard shape from a prefabricated anatomical abutment or made in the laboratory, (3) delivery of a transitional prosthesis during the same appointment, (4) decreased number of appointments, and (5) precise margins of the final crown because working on the extraoral individual die impression is as accurate as working on the actual abutment.

Transitional Prosthesis

Progressive bone loading of the implant can reduce implant failure, and bone density increases have been reported while minimizing early crestal bone loss, especially in softer bone types.^{89,101} Therefore the acrylic provisional delivered at the impression appointment is not placed in function

during the next 4 to 6 weeks. In addition, the patient is instructed to avoid the area while eating.

When soft tissues are not ideal and require manipulation at the initial prosthetic appointment, the transitional prosthesis may be used for 2 to 3 months before making the final impression. In this way, the interproximal papillae height and width may be elevated before the final impression along with the emergence of the soft tissue drape.

Soft Tissue Models

Unlike for restorations on anterior natural teeth, a soft tissue model often is fabricated for a single-tooth implant crown. Because the implant platform is only 4 to 5.5 mm wide and 3 to 4 mm below the soft tissue on the master cast, its position must be correlated precisely with the emergence profile of the soft tissues. Once the technician trims the dies for the direct technique, or adds an abutment for the indirect approach, the soft tissue portion of the model is destroyed. As a result, the laboratory technician often is unable to contour the crowns properly in the interproximal regions to avoid triangular spaces above the tissue. A soft tissue model enables the technician to maintain the soft tissue contour around the abutment and has become a popular aid in the fabrication of cervical contours of implant crowns.

Two general methods are available to fabricate a soft tissue model. If an implant body or abutment transfer is used and the implant body analog attached to the abutment is replaced in the impression, a soft resilient material mimicking the soft tissue is injected around the abutment and analog. Dental or die stone then is poured into the remainder of the impression. When separated, the implant body analog is held firmly in stone, with soft resilient material representing the soft tissue around it. The soft tissue may be detached and replaced on the cast, which may serve as the master cast to fabricate the final restoration and evaluate the emergence profile of the crown (Fig. 22-87).

The other soft tissue model technique is used with stone dies representing the abutment that remains in the patient's mouth retaining a fixed provisional restoration. In this

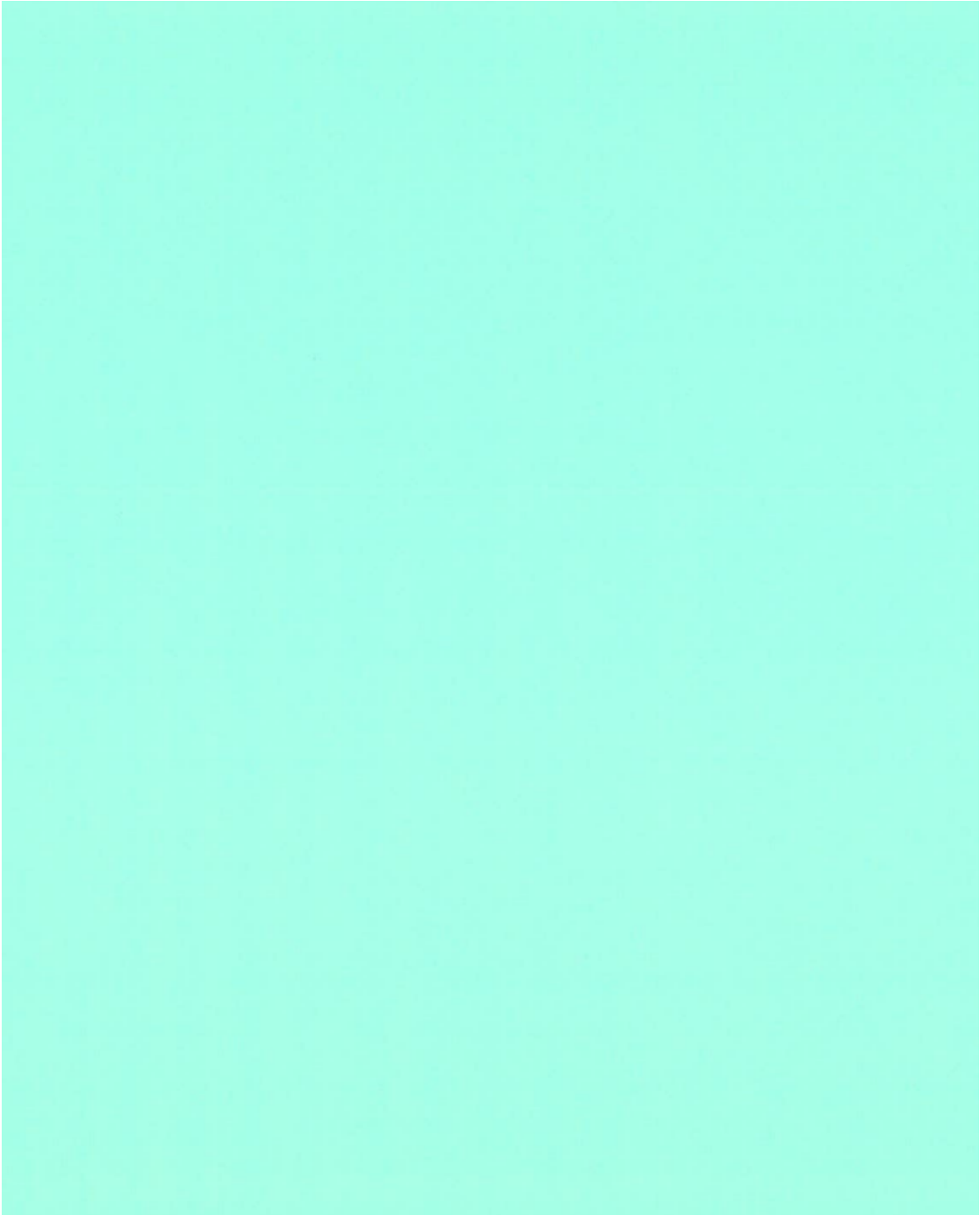


Tableau 1. Classification SAC chirurgicale d'un cas de restauration d'une molaire supérieure par une couronne unitaire implantaire portée (présentation initiale)

Facteurs généraux	Évaluation	Notes
Contre-indications médicales	Non	
Tabagisme	Non	
Considérations relatives à la croissance	Non	
Facteurs liés au site	Évaluation	Notes
Volume osseux	Suffisant	Risque d'insuffisance de la hauteur de l'os après la cicatrisation post-extraction
Risque anatomique	Faible	
Risque esthétique	Faible	
Complexité	Faible	
Risque de complications	Faible	Risque de perforation de la membrane du plancher du sinus si forage trop profond sur le site
Protocole de mise en charge	Précoce	Il est prévu de charger la prothèse sur l'implant 6 à 8 semaines après l'implantation
Classification SAC	Simple	

Tableau 2. Classification de restauration pour le remplacement sur implant d'une molaire unitaire par une prothèse scellée.

Dent postérieure unitaire	Notes	Simple	Avancé	Complexe
Distance entre arcades	Désigne la distance entre la marge de restauration de l'implant proposé et l'occlusion opposée	Hauteur idéale des dents ± 1 mm	Hauteur des dents réduite ≥ 2 mm	Restauration impossible sans traitement préparatoire adjuvant en raison de l'égression pathologique de la denture opposée
Espace mésiodistal (prémolaire)		Espace anatomique correspondant à la dent manquante ± 1 mm	Espace anatomique correspondant à la dent manquante $+2$ mm ou plus	Restauration impossible sans traitement préparatoire adjuvant en raison d'une restriction sévère de l'espace (moins de 5 mm)
Espace mésiodistal (molaire)		Espace anatomique correspondant à la dent manquante ± 1 mm	Espace anatomique correspondant à la dent manquante ± 2 mm ou plus	Restauration impossible sans traitement préparatoire adjuvant en raison d'une restriction sévère de l'espace (moins de 5 mm)
Accessibilité		Adéquate	Restreinte	Difficultés d'accès rendant le traitement par implantation impossible
Protocole de mise en charge	Les preuves scientifiques sont encore insuffisantes pour les procédures de pose et mise en charge immédiates	Conventionnelle ou précoce	Immédiate	
Risque esthétique	Voir l'ERA (Guide de traitement 1)	Faible	Moyen	Premières prémolaires maxillaires chez les patients ayant des exigences esthétiques élevées
Parafonction occlusale	Risque de complications de la restauration	Absente		Présente
Provisoires sur implants	Situations dans lesquelles les restaurations provisoires sont recommandées	Marge de la restauration < 3 mm dans le sens apical par rapport au bord sulculaire	Marge de la restauration ≥ 3 mm dans le sens apical par rapport au bord sulculaire	

ANNEXE 7



AUTORISATION DE LA PHASE PROTHÉTIQUE

Date: _____

Nom: _____

Date de naissance: _____

Adresse: _____

Cher partenaire,

Votre patient(e) :

Par la présente, je confirme avoir vu la personne mentionnée en titre le date et la déclare prête à commencer les phases prothétiques de son traitement telles qu'elles ont été discutées.

A chacun des rendez-vous prothétiques, veuillez noter l'efficacité de l'hygiène de votre patient dans le but de l'aider à atteindre une note 10 sur 10.

N'hésitez pas à communiquer avec moi pour plus d'informations.

Vous remerciant de votre confiance,

Dr.
Chirurgien-dentiste

© RC



**ATTESTATION DE CONFORMITÉ AUX NORMES PROTHÉTIQUES
ET PROTOCOLE DE SUIVI**

Date : _____

Votre patient(e) : _____

Cher partenaire : _____

Suite à la visite de contrôle post-insertion fait pour la prothèse sur implant(s) de votre patient(e), je vous avise de mon entière satisfaction puisque la prothèse répond en tous points aux normes de prosthodontie implantaire généralement reconnues et qu'elle charge l'os et les implants de façon physiologique.

Notre équipe recommande une visite de contrôle à votre cabinet d'ici six mois puis à chaque année par la suite. De plus, si nécessaire, nous vous invitons à motiver votre patient(e) pour un suivi d'hygiène et examen annuel des tissus durs et mous chez un dentiste de votre région selon sa convenance.

Ces rencontres auront pour but :

1. de maintenir la satisfaction de votre patient(e)
2. de conserver vos dossiers actifs en implantologie
3. de maintenir une bonne motivation quant à une hygiène buccale efficace et assidue
4. de détecter les besoins de nettoyage et/ou celui d'apporter des correctifs intrabuccaux.

Je vous félicite pour l'excellence de votre travail et vous remercie de votre confiance.

Dr.
Chirurgien Dentiste

© RC

La restauration implanto-portée

