

Sommaire

Les hygiénistes dentaires proposent des modifications réglementaires pour apporter des soins de base, de proximité, accessibles et abordables à l'ensemble de la population. Les groupes vulnérables font partie du quotidien de la Coopérative de solidarité des hygiénistes dentaires du Québec (Coop HD Québec) et de 3 projets-pilote en Mauricie, Montréal et Laurentides.

Le défi de la Coop HD Québec est de redonner aux usagers faisant partie des groupes vulnérables un sourire pour retrouver leur dignité, leur estime de soi, leur autonomie et une qualité de vie minimale. Par exemple, la douleur chronique aux dents influence le sommeil, l'appétit, la concentration à l'école ou au travail. Les fonctions buccales pour mastiquer sont essentielles et même si l'utilisateur reçoit un panier alimentaire en complément de la prestation de dernier recours, il ne pourra pas manger d'aliments fermes s'il n'a pas de prothèses ou de dents.

La population du Québec détient le record peu envieux des pires dents au Québec tout en payant le plus cher au Canada. Est-ce qu'on peut faire mieux? Oui avec le projet de Loi 29 qui permet aux groupes vulnérables d'avoir des services directement par les hygiénistes dentaires autonomes. Elles auront enfin de la liberté professionnelle en fonction de leurs compétences pour s'adapter aux particularités des usagers.

Le secteur privé, le secteur public et le secteur sociocommunautaire sont analysés en fonction du projet de Loi 29. Les suggestions et recommandations visent à implanter des solutions efficaces à court, moyen et long terme. L'hygiène dentaire est une profession féminine à presque 100%, ce qui nous incite à les désigner au féminin dans ce document. En 1975, elles étaient les chefs de file au Canada quant à l'autoréglementation. Aujourd'hui, il y a un grand écart dans leur champ d'exercice et leur nombre d'activités comparativement à leurs homologues des pays industrialisés. Elles souhaitent récupérer leur fierté pleinement avec la modernisation du domaine dentaire et aussi en innovant dans le milieu de vie des gens. Par exemple, la Coopérative de solidarité est une troisième alternative hybride entre les secteurs privés et publics. On utilise partiellement nos forces en respectant les lois mais ce serait tellement efficace si l'on pouvait développer la prévention, les plans de traitement et de soins en hygiène dentaire.

Le secteur privé en particulier est devenu inaccessible pour les prestataires de la sécurité du revenu (PSR), les analphabètes, les étudiants, les itinérants sans adresse, les nouveaux arrivants et les aînés de 65 ans et plus. Il leur est difficile de surmonter les peurs, la honte de sa bouche ou de son incapacité à 50 ans de dire : *Je ne comprends pas, pouvez-vous répéter encore ou le dire dans d'autres mots ou faire des dessins?* L'organisation des cabinets dentaires est centrée sur la rentabilité, la performance et le rythme y est très rapide et contingenté par l'horaire. Les hygiénistes sont des employées et la satisfaction provient des clients qui ont très confiance en eux, en général. Cependant, les patrons les traitent régulièrement comme des auxiliaires pour la facturation auprès des assurances, par exemple. Elles ont de nombreuses responsabilités et compétences qui seraient reconnues par la nouvelle Loi en développerait leur autonomie. Grâce à la nouvelle législation, elles auront la liberté professionnelle d'être employée, associée, contractuelle, dirigeante de leur entreprise. Leur qualité de vie serait grandement améliorée en choisissant la date de leurs vacances sans dépendre de la présence du dentiste, etc.

En santé publique, il existe actuellement le programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025, les plans d'action régionaux (PAR) et des initiatives isolées. La santé dentaire en fait partie par 3

programmes qui seront analysés sous l'angle du projet de Loi 29 et des recommandations en seront dressées dans la perspective d'optimiser les services préventifs aux groupes vulnérables.

Le public est le grand gagnant de la modernisation du domaine dentaire puisqu'il aura le droit de choisir le professionnel dentaire de son choix, de discuter et de comprendre les différentes alternatives pour préserver sa bouche et son corps en santé. Selon l'approche des hygiénistes dentaires de la coopérative de solidarité des hygiénistes dentaires du Québec (Coop HD Québec), les facteurs de risque et la douleur seront réduits. Le citoyen prendra une décision éclairée pour choisir des facteurs de protection comme les fluorures, les agents reminéralisants pour préserver ses dents et pour améliorer sa santé médico-bucco-dentaire.

Le sourire est une exigence sociale : propre, blanc et bonne haleine. Comment un étudiant ou un travailleur à faible revenu qui a des dents visiblement détruites ou douloureuses peut-il espérer avoir un emploi à court terme? L'emploi détermine souvent la classe sociale qui est l'un des principaux déterminants pour la qualité de vie. À une étape cruciale de leur vie d'assisté social, d'étudiant de famille ou d'ainé à faible revenu, la Coopérative de solidarité des hygiénistes dentaires du Québec (Coop HD Québec) veut les influencer positivement pour régler leurs principaux problèmes buccaux en observant des signes et symptômes et améliorer leurs fonctions comme de sourire, mastiquer, parler en stage ou en entrevue.

Voici un exemple touchant. Suite à la référence du psychologue de l'école qui savait que la Coop HD Québec pouvait prendre le temps de rencontrer les étudiants de l'Éducation des adultes sans les juger, il a eu un dépistage, référence en urgence, aide financière pour payer l'examen et les antibiotiques, plus de 5 accompagnements chez des dentistes et plusieurs séances préventives sur les soins quotidiens de sa bouche et sur l'alimentation équilibrée afin qu'un jeune de 23 ans recommence à sourire. Il est fier d'avoir une prothèse, suite à l'extraction de 15 dents du maxillaire supérieur, il relève la tête et il se tient droit. Coop a travaillé environ 40 heures pour aider ce jeune qui refusait l'aide sociale comme ses parents et qui voulait étudier, travailler dignement.

Selon l'Institut national de santé publique (INSP), dans son étude 2012-2013 ayant un vaste échantillon au Québec, il existe différents problèmes comme les dents mal brossées, les gingivites, la fluorose, les malocclusions et principalement les pertes de la structure dentaire, soient l'érosion et la carie. La carie irréversible correspond, sur le plan scientifique, à la carie évidente, aux dents extraites et/ou aux obturations (CAO) réalisées pour cause de carie. Carie non évidente : lésion carieuse présente au moment de l'examen se limitant visuellement à l'émail de la dent et ne présentant aucune cavité au sens de l'International Caries Detection and Assessment System II (stade 1 à 3 de l'ICDAS II). La carie non évidente nécessite généralement des soins préventifs afin de cesser sa progression.

Le projet de Loi 29 amendé permettra idéalement aux hygiénistes dentaires en santé publique de déterminer le plan de traitement et de soins en hygiène dentaire, établir elles-mêmes le temps nécessaire pour chaque usager en urgence, recommander des produits et effectuer les traitements et des soins selon les valeurs de chaque usager tout en utilisant les différents programmes publics, les protocoles, les données probantes et leur propre jugement. Le nouveau programme en CHSLD économisera des dizaines de millions de dollars annuellement à l'État en ressources humaines, matérielles et organisationnelles.

Par exemple, des produits réducteurs de la douleur ou qui limitent la destruction des dents seront insérés temporairement par les hygiénistes dentaires, jusqu'au moment propice pour payer au dentiste les obturations permanentes, soit par l'État, la famille ou lui-même. Les gencives seront saines grâce au travail de l'hygiéniste qui fera la planification et les soins tel que le nettoyage, l'identification des prothèses, le détartrage et le débridement puisque ce sont des activités non chirurgicales. Selon son milieu de vie en CHSLD, RTF ou à la maison, un aîné aura un suivi par lui-même, les proches aidants

ou le personnel. Même but pour tous: peu de biofilm (bactéries nocives) dans la bouche. En effet, ces bactéries peuvent se propager à distance, occasionner de graves maladies et diminuer leur autonomie.

Table des matières

Sommaire	2
Introduction	3
Partie 1 : Les groupes vulnérables et les besoins buccodentaires	5
Partie 2 : Le secteur privé actuel et le projet de Loi 29	6
Partie 3 : Le secteur public actuel et le projet de Loi 29	9
Partie 4 : Le secteur sociocommunautaire et coopératif actuel	13
Partie 5 : Amendements	16
Partie 6 : Recommandations	20
Conclusion	22
Bibliographie	23
Annexes	24
1. Coop HD Québec : Qui sommes-nous?	
2. Extraits de journaux	
3. Liste des activités et des codes des hygiénistes au Canada, les services assurés (RAMQ) et les services aux prestataires de la sécurité du revenu (PSR)	
4. Lettres d'appui à la Coop HD Québec et au Sourire Mobile Mauricie	
5. Témoignages d'usagers et d'hygiénistes dentaires	

Introduction

La Coopérative de solidarité des hygiénistes dentaires du Québec (Coop HD Québec) est fière de féliciter le gouvernement caquiste et plus particulièrement Sonia Lebel pour avoir déposé le projet de Loi 29 et d'accepter le groupe de Coop HD Québec à la Commission particulière. Humblement, les hygiénistes dentaires sont des professionnelles en santé et le monde politique est relativement inconnu dans leurs démarches pour s'accomplir à tous les niveaux.

La Coop HD Québec est très sensible aux réalités du monde et particulièrement aux groupes vulnérables. Elle cherche des solutions simples, rentables et efficaces pour améliorer la santé des gens dans leur milieu. Elle existe depuis 2010 et sa mission est simplifiée par leurs slogans:

- L'hygiène dentaire : un service essentiel de 0 à 100 ans!
- Avec la Coop HD Québec, souriez sans vous ruiner.

Le Conseil d'administration de la Coop mise sur les valeurs humaines, l'expérience et les compétences de ses membres pour risquer ses pas dans les sentiers que nul n'a foulés. Il regroupe une centaine de membres votants. Des milliers d'utilisateurs non-membres sont les bienvenus en leur offrant plusieurs services en groupe et individuellement. La Coop privilégie l'éducation à la santé dans l'approche ludique d'apprendre en s'amusant et les 5 savoirs (connaître, comprendre, pratiquer, savoir-être et savoir-vivre).

Les services préventifs dispensés par les hygiénistes dentaires sont extrêmement limités actuellement. Elles font de l'écoute active, valorisent les utilisateurs sur les nouvelles habitudes de vie comme se brosser les dents 1 fois par semaine (c'est mieux que jamais si la personne est en grande dépression), manger 2 repas et boire de l'eau chaque jour, donner des dentifrices (don de commanditaires) en leur montrant le brossage pour réduire les chaussons sur les dents, etc.

Ce mémoire est divisé en 5 parties et les recommandations pourraient être plus élaborées, à l'infini si l'on tient compte des changements majeurs reliés à court et à long terme à la Loi 29. En effet, les changements auront des conséquences importantes sur la pratique de tous les professionnels du domaine dentaire et sur les services directs à la population dont les groupes vulnérables.

Partie 1. Les groupes vulnérables et les besoins buccodentaires

Au Québec, les valeurs sociales valorisent l'accessibilité, l'égalité, la démocratie et la justice pour tous. En santé, l'accessibilité aux soins est comblée par la santé publique et par les assurances publiques comme la régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) qui inclut les enfants et les gens prestataires de la sécurité du revenu. Cependant, les coupures nombreuses ont réduit le nombre de services préventifs en santé dentaire auprès de la clientèle de dernier recours.

En 2015, l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) a déposé un rapport sur l'accès aux soins de santé buccodentaires pour les personnes vulnérables. Elle a identifié 5 critères :

*Il existe d'importants défis en ce qui concerne la capacité d'utiliser des services de soins de santé buccodentaire, à savoir: l'**abordabilité** (les frais du prestataire correspondent-ils à la capacité du client à payer les services?); la **disponibilité** (le prestataire dispose-t-il des ressources nécessaires, par exemple du personnel et de la technologie, pour répondre aux besoins du client?); l'**accessibilité** (l'établissement du prestataire est-il facilement accessible par le client?); l'**accommodement** (les activités du prestataire sont-elles organisées de manière à répondre aux contraintes et aux besoins du client?); et l'**acceptabilité** (le client est-il à l'aise avec les caractéristiques du prestataire, et inversement?).* (6) Les groupes vulnérables sont :

- Les personnes à faible revenu ;
- Les jeunes enfants de familles à faible revenu ;
- Les jeunes adultes et les personnes actives qui n'ont aucune assurance dentaire ;
- Les personnes âgées vivant en établissement ou les personnes âgées à faible revenu ;
- Les Autochtones ;
- Les réfugiés et les immigrants ;
- Les personnes handicapées ; et
- Les personnes vivant dans les régions rurales et éloignées. (6)

Certains pays incluent la catégorie Autres : toxicomanes, sans-abri, personnes incarcérées, militaires, étudiants à la charge des parents, etc.

En outre, de plus en plus de données probantes indiquent qu'avec les difficultés économiques actuelles, les familles canadiennes à revenu moyen-inférieur luttent également pour avoir un accès abordable aux soins de santé buccodentaire. (6)

Toute la population souhaite obtenir des services de qualité à prix abordable, plus particulièrement la clientèle incapable de payer les services dentaires onéreux parmi toutes leurs dépenses obligatoires pour survivre ou pour payer leurs dettes à court et long terme.

La Coopérative de solidarité existe depuis 2010. Au fil des ans, elle a développé des stratégies pour s'étendre au Québec puisque les besoins existent partout. Récemment, elle a créé 3 projets-pilote dont le Sourire Mobile Mauricie, le projet Sourire à la vie à Montréal et un partenariat avec Bouche en Santé dans les Laurentides.

En résumé, les besoins essentiels constatés par l'hygiéniste dentaire de la Coop sont l'évaluation détaillée, les soins préventifs pour ôter le biofilm abondant et les dépôts, renforcer les dents, guérir les gencives, réduire la douleur dentaire et écouter les usagers en proposant des solutions vers d'autres ressources car la souffrance physique ou psychologique sont omniprésentes. L'accompagnement chez le dentiste ou les spécialistes est une solution essentielle pour vaincre l'anxiété, expliquer le vocabulaire dentaire et négocier les prix pour les groupes vulnérables.

Partie 2 : Le secteur privé actuel et le projet de Loi 29

Le secteur privé est actuellement contrôlé par les dentistes au Québec. Par exemple, quelques dentistes du secteur privé offrent les services à domicile qui deviennent accessibles aux gens les mieux nantis de notre société. Ainsi, un examen de base et les soins préventifs mobiles coûtent 300\$ à 400\$ par visite. Une variante est d'envoyer l'hygiéniste dentaire (statut d'auxiliaire-employé avec ordonnance) pour faire le travail en CHSLD tandis que le dentiste récupère tous les paiements à son bureau.

L'Ordre des dentistes du Québec (OCDQ). *Selon leur propre sondage auprès des dentistes, quand se pose la question de la disponibilité au plan individuel pour les traitements à procurer aux personnes en perte d'autonomie à domicile ou en résidence, on ne trouve que 2,5 % des répondants qui le font sur une base régulière, 25 % occasionnellement et 40 % préfèrent s'en abstenir. (31) D'autre part, l'Ordre des dentistes du Québec (OCDQ) a déposé des mémoires à l'État concernant la clientèle des aînés, les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée, entre autres. L'État paie les services à l'acte qui sont effectués par des hygiénistes-auxiliaires en remboursant directement le dentiste-employeur.*

Nous respectons la volonté du Ministre de participer à l'assainissement des finances publiques. (...) L'Ordre des dentistes soutient que la prévention en santé dentaire devra être incluse dans une politique nationale de santé et dans le programme national de santé publique présentement en révision. Ce dernier devrait faire une grande place au fait, incontournable, que la santé buccodentaire peut contribuer directement ou indirectement à la santé de la population. En médecine dentaire, la prévention a des effets observables à court terme. (9)

Évidemment, les rapports de l'ODCQ exigent implicitement que le professionnel soit exclusivement le dentiste tandis que l'hygiéniste ferait partie de l'équipe d'auxiliaires. Coop HD Québec veut reconnaître l'autonomie et le professionnalisme des hygiénistes dentaires qui factureraient également à l'acte avec les assurances publiques et privées puisque c'est un acquis depuis des décennies au Canada. L'entière autonomie des hygiénistes dentaires est un acquis au Canada et pourquoi pas au Québec ?

Pour sa part, le Coop HD Québec effectue des services préventifs de proximité avec des visites à domicile. Les prix sont très abordables et l'approche est très appréciée par les usagers (voir l'annexe 5). L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHdq) revendique des changements législatifs depuis plus de 30 ans, sans succès. Il encourage un modèle pluraliste au lieu du modèle actuellement monopolistique qui pénalise l'État, les professionnels et les groupes vulnérables en particulier.

Il est préférable de miser sur le partenariat durant le travail d'équipe en impliquant les hygiénistes dentaires, les denturologistes et les dentistes dans une nouvelle relation gagnant-gagnant. C'est un avancement significatif pour la communauté et pour l'État qui s'impliquent auprès des gens vulnérables qui ont besoin des services de dernier recours. D'autres pistes de solutions sont présentées dans la prochaine section. Seul, on va plus vite. Ensemble, on va plus loin.

2.1 Alternatives pour offrir les soins buccodentaires dans le secteur privé.

Le partenariat-privé-public pourrait être très différent et encore plus efficient... Par exemple, l'État doit se questionner si un dentiste réclame pour les services préventifs en CHSLD environ 2 000\$ = 5-6

résidents par jour. L'État obtiendrait beaucoup plus de services préventifs par les hygiénistes autonomes ou par Coop HD Québec pour le montant de 2 000\$.

La santé dentaire publique et les aînés, c'est possible et rentable pour l'État. Le projet dentaire au CISSMO Vaudreuil-Dorion est un excellent exemple de partenariat public-privé (30). L'État embauche une hygiéniste dentaire pour 4-5 résidents/jour, évalués et suivis régulièrement par les hygiénistes. Si le patient a besoin de soins curatifs, l'hygiéniste le réfère au dentiste mobile qui fournit tout son équipement portatif, le matériel jetable, etc. C'est efficace pour les résidents et pour l'État qui récupère amplement les montants investis en prévention.

Voici les tendances les plus réalistes, rentables et novatrices pour les services de dernier recours :

1. Des hygiénistes du secteur public font les actes préventifs en CHSLD et elles réfèrent les soins curatifs aux dentistes de la santé publique ou aux services mobiles. Ex. : CHSLD Vaudreuil-Dorion (30). Les besoins de première ligne qui ne sont pas comblés par le secteur public sont développés en second lieu par les hygiénistes mobiles, autonomes ou partenaires du CSSS, par exemple Coop-HD-Québec. Selon les milieux, ces hygiénistes font la liaison entre l'infirmière pivot du CIUSSS, les dentistes, la famille et l'aîné.
2. Quelques dentistes du secteur public travaillent en CHSLD mais 1 poste-dentiste coûte environ 4 postes-HD pour effectuer les activités préventives. Ces dentistes seraient mieux utilisés en fournissant tous les soins curatifs dans les CHSLD-RI-RTF de leur région. Ils offriraient aussi des services curatifs aux gens de dernier recours et selon certains critères, aux cas humanitaires. Ils sont déjà payés à honoraires fixes (salaire annuel) au lieu du paiement à l'acte. Ce mode de rémunération du dentiste à l'heure ou au salaire annuel permettrait d'économiser des millions annuellement. Par exemple, le plafond trimestriel des dentistes à l'acte est d'environ 110 000 par trimestre, soit environ 450 000\$ annuellement. Le salaire annuel des dentistes au secteur public se situe à environ 159 000\$- 200 000\$ en y ajoutant les avantages sociaux.
3. Des hygiénistes en économie sociale et des hygiénistes indépendantes se rendent déjà dans les CHSLD-RI-RTF pour faire le dépistage et des suivis préventifs. Selon les besoins curatifs de base, elles réfèrent aux dentistes traitants, mobiles ou à proximité. Le projet de Loi 29 permettrait aux hygiénistes dentaires de prendre leur place dans le secteur privé et d'optimiser leurs compétences tout en favorisant le travail multidisciplinaire.

D'autre part, la Coop-HD-Québec inclut les services de promotion dans le milieu et elle remet une ristourne à ses membres. Tous les frais fixes, frais variables, entretien et réparation peuvent représenter facilement 50%-75% la première année dans une entreprise, ce qui représente une autre économie pour l'État si chaque professionnel dentaire fournit elle-même son équipement. Toutes les solutions veulent résoudre des problèmes. La problématique de pauvreté et de soins buccodentaire existe internationalement. La prochaine section propose une analyse sur le secteur public.

Partie 3 : Le secteur public actuel et le projet de Loi 29

Le programme de santé dentaire communautaire existait dans le milieu du XX^{ième} siècle avec le Service provincial d'hygiène qui développait des unités sanitaires dans les comtés du Québec.

Dans les années soixante-dix, le baccalauréat en hygiène dentaire a été créé pour enseigner dans le nouveau programme collégial en techniques d'hygiène dentaire et pour permettre aux hygiénistes dentaires de devenir des professionnelles à part entière. Le Québec devenait le chef de file au Canada quant à l'autoréglementation de cette profession. Il existait la notion de supervision du dentiste sur place ou à distance, ce qui semble revenir dans l'actualité avec l'expression *sous ordonnance*. Actuellement, c'est considéré comme une mesure superflue quant à l'accessibilité aux soins dans l'ensemble des provinces canadiennes.

En effet, cette procédure remet implicitement en question l'ingérence de certaines professions par rapport aux compétences reconnues légalement à des milliers de professionnels au Québec par le Ministère de l'Éducation et des Études Supérieures ((MEES) ainsi que la crédibilité de la formation continue des ordres professionnels dont la mission est la protection du public et le maintien des compétences de leurs membres. Donc, ce dédoublement humain devient généralement onéreux et une perte de temps au secteur public.

Partie 3.1 : Économies potentielles de millions de dollars par le projet de Loi 29 tout en rencontrant un nombre plus élevé de jeunes avec les suivis individuels et l'éducation à la santé en groupe. LE MESSAGE de la Coop : SOURIRE PROPRE ET EN SANTÉ POUR LA VIE!

Dans les années quatre-vingt, la direction de santé communautaire (DSC) était composée de dentistes et d'hygiénistes dentaires. L'éducation à la santé en groupe faisait partie des programmes locaux ou régionaux qui étaient généralement élaborés par les hygiénistes dentaires. C'était très populaire, efficace et rentable car des centaines de milliers de gens de tout âge recevaient les principes de base pour avoir une bouche propre et en santé. L'utilisation à grande échelle du rince-bouche fluoruré était faite pour reminéraliser la dentition des jeunes et ainsi éviter les caries dans l'ensemble des écoles primaires du Québec.

Vers 1986, l'enquête de santé dentaire Québec (ESDQ) a mis en évidence le phénomène des groupes d'enfants vulnérables aux caries. Le Dr Brodeur soulignait l'existence de 3 groupes :

1. Les dents saines chez environ 10% des jeunes de 12 ans mais il remarquait parfois de la fluorose dentaire reliée à l'ingestion excessive de fluorure systémique;
2. La majorité des jeunes faisaient partie d'une zone grise auquel il fallait poursuivre l'éducation de groupe pour les influencer vers la catégorie 1 (dents exemptes de carie);
3. L'émergence d'un groupe ayant la majorité des problèmes dentaires puisqu'environ 25 % des jeunes détenaient 75% des caries. Ce phénomène était connu depuis des décennies au Canada et dans les pays industrialisés. Il se confirmait scientifiquement au Québec.

L'État a fait un virage majeur en faisant des coupures dans la RAMQ. La couverture préventive et curative pour tous chez les jeunes de 0-16 ans est réduite progressivement et en 2019, la RAMQ couvre exclusivement l'examen du dentiste et les soins curatifs aux jeunes 0-9 ans.

Dans les années 1990, l'éducation de groupe et les initiatives aux couleurs locales par les hygiénistes dentaires en CLSC sont modifiés vers les programmes nationaux en consacrant presque tout leur temps aux suivis individuels. De plus, l'application topique des agents de scellement des puits et

fissures (désignée sous le terme populaire des scellants) constitue une autre mesure préventive qui avait commencé en Montérégie et elle s'étend progressivement au Québec.

Le suivi individuel des enfants très vulnérables à la carie a connu plusieurs stratégies : promotion de l'eau fluorurée qui est devenue un échec national. Les écoles entières ont profité de cette approche originale qui a permis de mesurer statistiquement l'efficacité des programmes préventifs dont la conséquence directe était la baisse de l'indice CAO (dents cariées, absentes et obturées à cause de la carie). L'évaluation de la propreté des dents était faite provincialement avec l'indice OHIS de Greene et Vermillon.

L'État et les professionnels du domaine dentaire constatent l'augmentation de la carie selon les récentes ESDQ et l'explosion des tarifs dans le secteur privé qui devient accessible pour une minorité de la population. **Le programme national est réduit aux suivis dentaires individuels entre la maternelle et la deuxième année. La presque totalité du temps des hygiénistes dentaires est consacré au programme des scellants.**

À ce jour, le PNSP exclut l'éducation à la santé dentaire en groupe pour réduire plusieurs problèmes majeurs : la carie dentaire, l'érosion, la gingivite et l'entretien quotidien de sa bouche ainsi que le choix judicieux d'aliments sains ou de produits dentaires en vente libre qui ne règlent pas le problème endémique de la carie dès la petite enfance. **Cependant, certains établissements acceptent l'éducation à la santé en groupe selon leurs clientèles priorisées. Aucune éducation à la santé en groupe est planifiée par l'État, ce qui influence les déterminants de la santé et les facteurs de risque, au détriment des facteurs de protection.**

Voici quelques suggestions pour rentabiliser le personnel en santé dentaire publique:

- 1- Maintien des calibrations et des protocoles pour le BET = aucun frais supplémentaire;
 - 2- Aucun dentiste pour compiler les données locales et régionales = HD, aucun frais supplémentaire;
 - 3- Économie du temps et augmentation des connaissances pour les suivis individuels en transférant les connaissances sur l'hygiène buccale en groupe, au lieu de répéter les messages individuellement.
Ex. : 15 minutes pour 30 enfants au lieu de 1 enfant X 10 000 enfants = 100 000\$ minimum;
 - 4- Éducation à la santé en groupe à l'école et en CPE aux enfants 0-5 ans = HD en été, aucun frais;
 - 5- Principes d'accessibilité pour tous est augmentée et possibilité de réduire le nombre d'enfants à risque (plusieurs millions et cette stratégie a démontré son efficacité dans les années 1980-90) = aucun frais et système plus efficace pour tous;
 - 6- Augmentation probable du nombre de jeunes ayant des dents saines = baisse du BET, des suivis individuels et de la facture à la RAMQ ou aux parents par le secteur privé de dents;
 - 7- Baisse du CAO sur les dents (obturations, extractions et anesthésie générale) primaires et permanentes;
 - 8- Impact à moyen et long terme de l'hygiène dentaire sur la santé globale en réduisant la contamination bactérienne entre la bouche et les autres parties du corps comme le cœur (100 000\$ par individu selon la crise cardiaque, l'hospitalisation, la physiothérapie, etc.), arthrite, cancer, Alzheimer, etc. = 10 millions
- NB : Réduction des problèmes (ex.: carie) et ajout aux services offerts aux gens vulnérables et à l'ensemble de la population avec les compétences mieux utilisées en hygiène dentaire.**

3.1: TOTAL DES ÉCONOMIES AVEC LE PROJET DE LOI 29 = 10 100 000\$ minimum

3.2 Le programme des scellants au 1^{er} cycle du primaire (priorité en 2^{ème} année et aux suivis individuels) et au 2^{ème} secondaire.

Pour éviter le problème carieux de santé publique ayant une cause multifactorielle, plusieurs alternatives ont été expérimentées depuis des décennies au Québec, au Canada, aux États-Unis et plusieurs pays industrialisés et leur validation permet d'insister sur certaines données probantes. **Les principaux facteurs pour altérer l'émail sont l'hygiène buccale personnelle, l'alimentation, la qualité des structures dentaires (ex. : dureté, forme, position) et le temps d'exposition aux acides (origine bactérienne ou aliments/brevages acides).**

La protection des dents est reliée régulièrement à l'ajout d'agents reminéralisants comme le fluorure dans l'eau des réseaux d'aqueduc, la visite chez le dentiste, l'application topique de fluorure (ex. : rince-bouche 2% NaF, gel, vernis, scellants). Malgré les efforts importants en santé publique, environ 50% des enfants du premier cycle au primaire et des jeunes au secondaire ne reçoivent pas les scellants à l'école. En conséquence, les parents doivent défrayer environ 150-200\$ (frais différents selon les cabinets dentaires et les régions) par jeune, en plus de frais connexes en bureau privé. Cette situation d'accessibilité physique et financière est problématique pour beaucoup de familles!

Issu du programme national, comment l'activité des scellants sur les dents saines se déroule-t-elle selon les régions? Cela varie selon les dentistes-conseils des différentes régions, l'un planifie une formation ou une calibration sur les scellants, l'autre permet d'appliquer différents produits en fonction de la condition buccodentaire et de protocoles: scellants ou vernis ou fluorure de diamine d'argent (FDA). La plupart des dentistes-conseil font l'examen et des ordonnances de 3 à 6 mois, ce qui contrevient à leur propre loi 19 sur les dentistes. Certains dentistes font une vérification des scellants dans des délais de 3 à 18 mois après la pose du scellant auprès d'échantillons d'élèves. Pourquoi existe-t-il autant de disparités entre les régions? Certains dentistes refusent que les hygiénistes dentaires évaluent les dents saines. Pourtant, le diagnostic est nécessaire sur une dent malade... Ils effectuent eux-mêmes un examen dentaire (sans radiographie) et ils contrôlent parfois la rétention des scellants, ce qui semble un dédoublement...

Partie 3.2 : Économies potentielles de plusieurs dizaines de millions de dollars annuellement par le projet de Loi 29 tout en rencontrant un nombre plus élevé de jeunes et en protégeant plus de dents permanentes.

De plus, est-ce que les scellants sont la technique la plus efficace, selon les données probantes? Oui pour les dents saines. Depuis 2018, l'association dentaire américaine (ADA) recommande sur les dents ayant l'émail légèrement altéré le fluorure de diamine d'argent (FDA) à 38%, suivi en deuxième position des scellants recouverts de vernis 5% NaF (très rapides en exigeant peu de matériel et de personnel) pour arrêter ou même renverser le processus carieux. Ce sont des excellentes alternatives selon l'éruption des dents, les facteurs de risque, l'hygiène buccale, etc. Par exemple, la région de la Beauce innove en permettant aux hygiénistes

dentaires de choisir le produit le mieux adapté à chaque jeune. Si le jeune ne brosse pas adéquatement ses dents, il est préférable de le voir aux 6 mois pour le motiver ou pour appliquer le vernis sur les dents partiellement éruptées. L'hygiéniste attendra quelques mois pour placer un scellant. Si la carie se développait rapidement, elle priorisera le fluorure diamine d'argent selon les données probantes. L'Association canadienne des hygiénistes dentaires (ACHD) ajoute le FDA à l'arsenal thérapeutique pour protéger et traiter les dents.

Suite à l'adoption du projet de Loi 29, les compétences des hygiénistes pour évaluer les dents normales, anormales et les produits sont déjà établis selon des protocoles et cette initiative beauceronne pourrait s'étendre partout au Québec. Cette pratique tient compte des récentes données probantes et rend plus efficiente les compétences des hygiénistes dentaires sans l'implication des dentistes du secteur public ou privé, ce qui est courant au Canada ainsi que des pays industrialisés.

Voici quelques suggestions pour rentabiliser le personnel en santé dentaire publique:

- 1- Maintien des calibrations et des protocoles en santé dentaire publique sur la protection des dents saines et le maintien des dents altérées, brisées = aucun frais supplémentaire;
- 2 - Aucun dentiste pour effectuer un examen visuel ou l'évaluation des dents saines = 150 000\$ min.;
- 3- Aucun dentiste pour contrôler les scellants ou l'évaluation formative=150 000\$;
- 4- Aucune gestion de l'horaire HD en fonction des disponibilités du dentiste = 10 000\$ min.;
- 5- Aucune tâche administrative supplémentaire reliée au diagnostic préalable du dentiste DSP dans les dossiers du CIUSS, lors de l'évaluation et la pose simultanée des scellants par HD = 10 000\$ min.;
- 6- Diminution de 100\$ (examen payé à l'acte) et de 40\$ (supervision de l'hygiéniste) par le dentiste en CHSLD ou dans n'importe lequel des lieux publics = 140\$ X 50 000 individus = 7 000 000\$ min.;
- 7- Optimisation du temps HD sur le terrain qui choisit le bon produit selon les besoins réels de chaque enfant = aucun frais supplémentaire et baisse de la carie.

Le projet de Loi 29 permet de traiter 10 fois plus d'ainés en payant les dentistes au tarif horaire au lieu de les rémunérer à l'acte dans les 21 CHSLD

8- Achat de vernis est moins onéreux que les scellants. Le FDA et le vernis sont effectués à 2 mains (1 HD) au lieu des procédures à 4 mains (2 HD) pour les scellants = 100 000\$ min.

9- Aucune contestation entre le dentiste du secteur public et ceux du secteur privé (interprétation très variable de carie et des plans de traitement en fonction de la dentisterie traditionnelle et la micro-dentisterie encouragée par certains dentistes et les hygiénistes qui misent beaucoup sur la

prévention et sur la conservation maximale des structures dentaires) = 10 000\$ min.

3.2 TOTAL DES ÉCONOMIES AVEC LE PROJET DE LOI 29 = 7 430 000\$ minimum/année

3.3 Le nouveau programme public en CHSLD

Dans les années 1980 et 1990, les hygiénistes s'impliquaient auprès de toutes les clientèles et de toutes les institutions. En 2018-19, la création du nouveau programme en CHSLD est une excellente initiative de la ministre responsable des aînés et des proches aidants, soit Mme Marguerite Blais. Il y existe des forces mais aussi des risques importants d'accessibilité, d'abordabilité et de rentabilité si le projet de Loi 29 de Mme Sonia Lebel n'était pas adopté, ce qui bloquerait la modernisation du domaine dentaire.

Par exemple dans l'actuelle version 2018-2019, le dentiste continue de superviser les hygiénistes, ce qui lui accorde 40\$ pour chaque aîné et ce, en frais administratifs. Il effectue un examen avec des radiographies, ce qui coûte 100\$ par examen. Pour sa part, le denturologiste effectue aussi un examen et une évaluation qui coûtent 45\$. Quant à l'hygiéniste dentaire qui utilise l'indice BET avec efficacité et rentabilité depuis des décennies auprès des jeunes, elle devient pratiquement une auxiliaire dentaire

qui dépend des dentistes et des infirmières. Son travail multidisciplinaire et ses compétences sont extrêmement limitées, voire contrôlées par d'autres professionnels, ce qui représente environ 35% du budget pour évaluer des problèmes souvent communs et évidents selon les données probantes.

Voici quelques suggestions pour rentabiliser le personnel en santé dentaire publique:

- 1- Maintien des calibrations et des protocoles en santé dentaire publique sur la protection des dents saines et le maintien des dents altérées = aucun frais supplémentaire;
- 2- Aucun dentiste pour effectuer un examen en évitant l'achat d'appareils de radiographies dentaires en CHSLD (dédoublage du secteur privé, autres équipements mobiles et de l'évaluation par 2 professionnels) = 3 000 000\$ min.;
- 3- Diminution de 100\$ (examen payé à l'acte) et de 40\$ (supervision de l'hygiéniste) par le dentiste en CHSLD ou dans n'importe lequel des lieux publics = 140\$ X 50 000 individus = 7 000 000\$ min.;
- 4- Aucune tâche administrative supplémentaire reliée au diagnostic préalable du dentiste-conseil dans les dossiers du CIUSS (service à domicile) ou du CHSLD, lors de l'évaluation par HD = 10 000\$ min.;
- 5- Optimisation du temps HD sur le terrain qui choisit le bon produit selon les besoins réels de chaque individu et les protocoles existants = aucun frais et baisse de la carie, gingivite et de la douleur;
- 6- Achat de produits anti-carie ou désensibilisants comme les verres ionomères, FDA, vernis, dentifrice et rince-dents très reminéralisants sont moins onéreux que les obturations. Ils sont utilisés par l'ainé ou par le personnel, parfois par l'hygiéniste qui travaille à 2 mains (1 HD) au lieu des procédures à 4 mains (2 HD) pour les scellants, par exemple = 100 000\$ min.;
- 7- Permettre à toutes les personnes couvertes par la RAMQ, peu importe l'âge, de recevoir les soins dentaires préventifs directement par les hygiénistes dentaires car l'aide sociale cesse à 65 ans et plus. Il existe de nombreux critères qui limitent l'accessibilité, l'un des principes fondamentaux de la RAMQ et de l'État depuis des décennies. Un dollar investi en prévention équivaut à 3 dollars en curatif (OHDQ).

3.3 TOTAL DES ÉCONOMIES AVEC LE PROJET DE LOI 29 en CHSLD = 10 210 000\$ minimum

Le passé est source d'apprentissage pour s'améliorer chaque jour et pour développer des nouvelles approches. Il est fort probable que ces prévisions d'économies potentielles soient contestées ultérieurement. La Coop HD Québec reconnaît ses limites quant aux calculs présentés dans cette partie. La réalité fournira les vrais chiffres tout au long des années en s'adaptant aux aînés et à l'équipe de soins. On réfléchit pour faire des économies tout en gardant l'usager au centre du système public.

L'un des objectifs sociaux est de réfléchir sur une nouvelle organisation du système public et aussi sur les responsabilités de chaque professionnel. Au lieu de se demander : Qu'est-ce que l'État peut payer?, on soulève la question suivante:

Qu'est-ce que chaque individu, chaque professionnel et l'État sont prêts à faire pour assainir les budgets, réduire les dettes nationales tout en offrant des services dentaires,

Total des économies potentielles dans le secteur public :

Partie 1 (3.1) = 12 100 000\$

Partie 2 (3.2) = 7 430 000\$

Partie 3 (3.3) = 10 210 000\$

Total = 29 740 000\$ annuellement

humains et accessibles pour améliorer la santé de tous?

Partie 4 : Le secteur sociocommunautaire et coopératif actuel

Le bilan des 3 projet-pilote dirigées par Coop HD Québec est présenté sommairement dans cette section.

4.1 Bilan du Sourire Mobile 2018-2019 avec les clientèles vulnérables de tout âge

La Coopérative de solidarité des hygiénistes dentaires du Québec (Coop HD Québec) mise sur la dignité des usagers de tout âge de COMSEP principalement et des familles pour les motiver et les responsabiliser face à leur routine de vie et des soins de santé. Elle fait des rencontres de groupe sur l'éducation à la santé, des suivis individuels.

Ses principaux services sont la prévention, éducation à la santé, dépistage et évaluation en hygiène dentaire, accompagnement chez des professionnels en santé, services à domicile, formations et conférences, conception et distribution et vente de matériel éducatif, rôle-conseil en hygiène dentaire. Les constats et le prochain tableau en fournissent les détails.

Constats :

- Les activités se sont déroulées durant 6 mois;
- Lieu principal : Centre d'organisation mauricien de services et d'éducation populaire (COMSEP)
- Les présentations de groupe ont rejoint plus de gens que prévu;
- Les accompagnements n'étaient pas prévus mais c'est un besoin qui est ressorti par les usagers;
- Les accompagnements chez les dentistes ou spécialistes sont presque de 1 usager sur 3;
- Références par le réseau public (CIUSSS et CEA) dont les psychologues, travailleurs sociaux, etc.
- Aucun revenu par le réseau public concernant les dépistages, suivis à domicile, accompagnements et déplacements en Mauricie et au Centre du Québec.

Tableau des activités au Sourire Mobile Mauricie

	Objectif prévu	Résultat réel en 6 mois (nombre)	Pourcentage Prévu/réel
Nombre de personnes visées	500	126	126/500 = 25 %
Nombre de soins individuels	1500	260	260/1500 = 17%
Nombre de rencontre de groupe	20	12	12/20 = 60%
Nombre de personnes visées par les rencontres de groupe	400	663	663/400 = 175%
Accompagnement externe*	Aucun	86	50% prévu pour les semestres 3-4 en 2019
Services à domicile	Aucun	22	50% prévu pour les semestres 3-4 en 2019
Références**	Aucun	10 en excluant les dentistes	50% prévu pour les semestres 3-4 en 2019

* Accompagnements externes : chez le dentiste, le médecin, spécialistes (ORL, chirurgien maxillo-facial, pharmaciens, hôpital de Shawinigan et de Trois-Rivières)

** Références : a) Les références nous proviennent du CIUSSS, dentistes, pharmaciens, écoles, organismes communautaires, résidences pour personnes âgées et les gens se présentant directement chez COMSEP ou demandes des services par téléphone.

b) La Coop HD Québec a orienté et référé des usagers chez les dentistes, médecins, CIUSSS, Hôpital, logements HLM, prévention suicide, CAVAC (victimes d'actes violents et criminels), maltraitance, paniers alimentaires des quartiers, etc.

2. Ressources humaines

1 hygiéniste travaille 10 heures par semaine (20\$/heure), soit salaire très inférieur au réseau public

1 hygiéniste dentaire bénévole et 15 heures de bénévolat en moyenne par l'employé

5 usagers bénévoles occasionnellement

3. Ressources matérielles

Dons, commandites et achat de gros volume des produits périssables et non périssables;

Prêt de l'équipement dentaire et d'un local gratuit par COMSEP durant 6 mois

4. Ressources financières et auto-financement.

Situation précaire pour poursuivre les activités. Revenus de 3 000\$, dons de 430\$. Dépenses minimales de 46,07\$/heure ou 127,81\$ par usager accompagné mais ce n'est jamais facturé à cause de leur capacité financière trop précaire. Parmi les 126 usagers, on a des gens qui ont des besoins urgents en soins préventifs et de confort.

Par exemple, le salaire des hygiénistes dentaires du secteur public se situe entre 19\$ et 32\$ et 25% environ d'avantages sociaux. Grosso modo, celui des dentistes publics à l'heure est 4 fois supérieur et on peut multiplier encore par 4 s'il est rémunéré à l'acte. Les groupes vulnérables pourront enfin sourire avec l'État en économisant des dizaines millions de dollars annuellement en s'inspirant des recommandations reliées aux programmes publics !!!

4.2 Sourire pour la Vie en équipe multidisciplinaire (50 ans et plus)

Ce projet-pilote s'adresse particulièrement aux groupes vulnérables de 50 ans et plus de Pointe St-Charles, à Montréal. La clinique communautaire de Pointe St-Charles (CCPSC) doit faire parvenir une lettre d'appui à la Commission. Ce projet a eu une mention de félicitations par leur Conseil d'administration.

En résumé en 2019, les hygiénistes dentaires bénévoles ont commencé le projet-pilote multidisciplinaire (références par l'infirmière-pivot) et elles ont rencontré 9 usagers. Leur état buccodentaire est déplorable pour la majorité et il ressemble à s'y méprendre à l'état buccal des aînés en CHSLD.

Il serait pertinent de commencer la prévention avec ce groupe d'âge à domicile pour y acquérir de bonnes habitudes avant que leur santé générale et cognitive se détériorent davantage. De

plus, les proches aidants apprendraient à la maison à superviser l'ainé dans ses soins d'hygiène buccale et personnelle. La formation au personnel du soutien à domicile (SAD) de la clinique communautaire est déjà en cours, soit en groupe ou individuellement avec certains professionnels.

Les hygiénistes dentaires ont référé les 9 usagers aux ressources suivantes:

- Les dentistes du secteur privé mais la plupart n'en ont pas depuis leur dernière consultation en urgence;
- Les dentistes mobiles ne se déplacent pas au domicile des gens ou s'ils le font, la facture n'est pas réaliste pour ceux à faible revenu;
- L'hygiéniste pourrait temporairement insérer un produit dans la cavité existante pour stabiliser les bris dentaires, réduire la douleur tout en faisant de la prévention et éviter d'autres problèmes et ce, si la Loi 29 est adoptée incessamment.

Ce manque de suivi dans les services publics occasionne de la douleur, des infections et des maladies ailleurs dans le corps. D'autres références ont eu lieu dans le corridor des soins :

- 2 usagers en anesthésie générale,
- 1 en ergothérapie,
- 1 à la nutritionniste,
- 3 en denturologie,
- 6 dans les milieux de stage du MEES, soient les cliniques d'hygiène dentaire (ex. : Cégep Maisonneuve), les cliniques de dentisterie de l'Université Mc Gill ou de Montréal.
- L'équipe du SAD avec les infirmières-pivot planifie de rencontrer les hygiénistes bénévoles de ce projet-pilote pour intégrer leur travail en hygiène dentaire au plan thérapeutique de chaque usager.
- Les ressources humaines, matérielles et financières sont du bénévolat, des dons et le matériel de la clinique communautaire ou de la Coop HD Québec.

L'implantation du programme en CHSLD se limite exclusivement à ces établissements. La prise en charge devrait se faire par la famille et par les CIUSSS car c'est plus respectueux des désirs des usagers tout en étant plus rentable pour l'État. Pourtant, le gouvernement incite le personnel à les référer dans les soins de longue durée en ultime et dernière option, ce qui semble irréaliste. Les responsabilités de chaque membre du SAD en incluant la santé dentaire sera à clarifier éventuellement.

4.3 Projet dans les Laurentides

Une hygiéniste dentaire a développé son entreprise de prévention auprès des personnes de 50 ans et plus. Elle a acheminé un document à la Commission alors la redondance est évitée dans ce mémoire.

La prochaine partie est spécifique aux amendements au projet de Loi 29.

Partie 5. Amendements au projet de Loi 29

Le projet de Loi 29 a été déposé le 5 juin 2019 à l'Assemblée nationale du Québec. La Coop HD Québec a remis des amendements au cours de l'été. Entretemps, d'autres hygiénistes dentaires ont analysé ce projet et humblement, le CA reconnaît que ces amendements sont encore plus porteurs d'avenir que ceux qui ont été acheminés antérieurement à la Commission sur le projet de Loi 29.

Dans ce contexte, la présidente et le Conseil d'administration de la Coop HD Québec adoptent ces amendements et il les inclut dans ce mémoire. Les voici au complet, tel que signé par 4 hygiénistes dentaires, dont la présidente de la Coop HD Québec.

Le 20 août 2019.

Mme Carolyne Paquette,
Secrétaire de la Commission particulière
Sur le projet de Loi 29, ci@assnat.qc.ca

Objet : Demande d'amendements au projet de Loi 29

Madame Paquette,

En tant qu'hygiéniste dentaire, nous désirons féliciter Mme Sonia Lebel, pour le dépôt du projet de Loi 29 qui aura des impacts très positifs pour toute la population du Québec, notamment les groupes vulnérables qui seront les grands gagnants de cette réforme dans le domaine dentaire.

Cette modernisation permettra aux hygiénistes dentaires d'utiliser plusieurs compétences et ce, de manière autonome tout en répondant à **trois objectifs importants pour la population: augmenter l'accès, améliorer la santé et réduire les coûts « Triple Aim of Care »**.

Toutefois, afin que le projet de Loi 29 permette une meilleure efficacité tout étant conforme aux données probantes, aux formations et aux compétences de tous les professionnels déjà inclus au Code des professions du Québec, dont les hygiénistes dentaires, nous nous permettons de demander quelques modifications à celui-ci :

Amendements demandés :

Page 3, section « Lois modifiées par ce projet »

Considérant que le projet de loi 29 est relié directement au Ministère de la Santé et des Services sociaux quant à la rémunération des professionnels qui effectuent eux-mêmes les activités réclamées à la RAMQ et remboursées par celle-ci, **nous demandons :**

- Que la Loi sur l'assurance-maladie du Québec soit ajoutée aux Lois qui seront modifiées par ce projet de Loi 29 afin que les hygiénistes dentaires soient reconnues et inscrites dans la liste des professionnels de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ);

Page 3, section « Lois modifiées par ce projet »

Considérant que la Loi sur la santé publique autorise le dépistage et des examens en vue de diagnostic par l'équipe médicale et que ces examens ont un but préventif pour préserver la santé générale et pour réduire les maladies concomitantes, nous demandons :

- **Que la Loi sur la santé publique soit ajoutée aux Lois qui seront modifiées par ce projet de Loi 29 afin que les hygiénistes dentaires recueillant des données épidémiologiques ou planifiant et dispensant des programmes en santé publique soient reconnues au même titre que les infirmières et les autres professionnels de la santé.**

Page 7, point 6, article 37 k)

«k) l'Ordre professionnel des hygiénistes dentaires du Québec : évaluer l'état de santé buccodentaire, enseigner les principes d'hygiène buccale, déterminer et assurer la réalisation du plan de soins d'hygiène dentaire et prodiguer des soins et des traitements dans le but de prévenir la maladie buccodentaire et de maintenir et rétablir la santé buccodentaire chez l'être humain;

Considérant que les hygiénistes dentaires ont la formation et les compétences pour évaluer l'état de santé général et de santé buccodentaire par les signes et symptômes, les hygiénistes dentaires sont aptes à déterminer le plan de traitement et le plan de soin dans notre profession, **nous demandons de faire le remplacement du paragraphe k) par le suivant :**

k) l'Ordre professionnel des hygiénistes dentaires du Québec : évaluer l'état de santé générale et les conditions de santé buccodentaire, enseigner les principes d'hygiène buccale, déterminer le plan de traitement en hygiène dentaire et s'assurer de la réalisation du plan de soins d'hygiène dentaire, prodiguer des soins et des traitements dans le but de prévenir la maladie buccodentaire, de maintenir et d'améliorer la santé medicobuccodentaire chez l'être humain.

Page 8, point 7, article 37.1 1.4⁰ a)

« Évaluer la condition buccodentaire d'une personne dans le but de déterminer le plan de soins d'hygiène dentaire »

Considérant que le plan de traitement dans notre profession peut constituer un préalable au plan de soins d'hygiène dentaire et que cette activité est réalisée selon les données probantes et nos compétences depuis des décennies, **nous demandons d'inclure « le plan de traitement » et de remplacer cet énoncé par l'extrait suivant :**

a) Évaluer l'état de santé générale et les conditions de santé buccodentaire, enseigner les principes d'hygiène buccale, déterminer le plan de traitement en hygiène dentaire et s'assurer de la réalisation du plan de soins d'hygiène dentaire, prodiguer des soins et des traitements;

Page 8, point 7, article 37.1 1.4⁰ f)

« Procéder à un détartrage supra et sous-gingival »

et

Point 7, article 37.1 1.4⁰ i)

« Effectuer un débridement parodontal incluant le détartrage, le surfaçage radiculaire, la désinfection des poches parodontales et l'application d'agents antimicrobiens, selon une ordonnance ».

Considérant : - que le détartrage fait traditionnellement partie des actes préventifs reconnus par la RAMQ;
- qu'il exige généralement la même instrumentation et les mêmes compétences acquises dans la formation qu'un débridement en hygiène dentaire;

- que ces activités sont réalisées régulièrement par les hygiénistes dentaires sur le marché du travail et --- que les terminologies de détartrage ou de débridement pourraient éventuellement porter à interprétation selon les professionnels du domaine dentaire et de l'évolution de la science;
- que les principes ayant trait aux activités non chirurgicales prévues dans l'actuelle modernisation sont respectées, **nous demandons d'inclure entièrement le point i) au point f) et de supprimer « selon une ordonnance »;**

Ainsi, les libellés 1.4 f) et 1.4 i) devraient être remplacés par le suivant :

f) Effectuer le détartrage supra et sous-gingival incluant le débridement parodontal, le surfaçage radiculaire, la désinfection des poches parodontales et l'application d'agents antimicrobiens;

Page 8, point 7, article 37.1 1.4⁰ g)

g) concevoir, fabriquer et vendre des protecteurs buccaux;

Considérant qu'en plus de leur formation académique, les hygiénistes dentaires ont la formation continue obligatoire requise pour les mises à jour récentes concernant les connaissances et les compétences pour fabriquer différents appareils amovibles, par exemple : protecteurs buccaux, gouttières de blanchiment, plaques occlusales ou des appareils fonctionnels, **nous demandons de le faire sans ordonnance et de remplacer cet énoncé par le suivant:**

g) Concevoir, fabriquer et vendre tout appareil dentaire amovible qui ne nécessite pas de prise d'empreinte de précision;

Page 8, point 7, article 37.1 1.4⁰ h)

« Effectuer des examens diagnostiques, selon une ordonnance »

Considérant que les examens diagnostiques permettent de compléter une évaluation de l'état de santé buccodentaire en lien avec la santé générale et que la plupart des milieux de vie des usagers n'ont pas de dentistes présents en permanence et que le travail multidisciplinaire permettrait d'effectuer des tests dans la bouche selon son jugement professionnel ou à la demande d'un médecin ou d'une infirmière praticienne spécialisée (IPS);

Considérant que les examens diagnostiques permettent de compléter une évaluation de l'état de santé buccodentaire en lien avec la santé générale et que le travail multidisciplinaire permettrait d'effectuer des tests dans la bouche selon son jugement professionnel ou à la demande d'un médecin ou d'une infirmière praticienne spécialisée (IPS), **nous demandons de supprimer « selon une ordonnance » et de remplacer par le texte suivant :**

h) Effectuer des examens diagnostiques incluant les radiographies pour évaluer précisément l'état buccodentaire en-dessous des gencives et les soins à prodiguer;

Page 9, point 7, article 37.1 1.4⁰ q)

« Appliquer des techniques de blanchiment des dents, selon une ordonnance »

Considérant qu'actuellement, la population puisse accéder sans restriction aux techniques de blanchiment dentaire par le biais d'esthéticiennes sans formation dans le domaine dentaire, que les produits sont facilement accessibles, il est illogique que les hygiénistes dentaires ayant les notions sur les contre-indications et la dispensation sécuritaire des techniques de blanchiment soient restreintes par une ordonnance. **Nous demandons de supprimer « sous une ordonnance » et de le remplacer par le texte suivant :**

q) Appliquer des techniques de blanchiment des dents;

Page 13, point 21, article 187.10, au 3^{ième} alinéa

« 3° à un membre de l'Ordre professionnel des hygiénistes dentaires du Québec lorsque ce membre fabrique un protecteur buccal pour le compte d'une personne physique recourant directement à ses services dans le cadre de l'exercice de sa profession. ».

Considérant que les hygiénistes dentaires ont la formation adéquate et des mises à jour obligatoires dans leur profession et de faire l'identification de toute prothèse ou appareil dentaire, **nous demandons de remplacer l'article 187.10 au 3^{ième} alinéa par le suivant :**

3° à un membre de l'Ordre professionnel des hygiénistes dentaires du Québec lorsque ce membre conçoit, fabrique et vend tout appareil dentaire amovible qui ne nécessite pas de prise d'empreintes de précision pour le compte d'une personne physique recourant directement à ses services dans le cadre de l'exercice de sa profession.

La prochaine partie inclut les recommandations à court et long terme pour faciliter la mise en place de services de cette modernisation qui améliorera la santé générale et buccodentaire des groupes vulnérables. Elle permettra aussi aux hygiénistes dentaires d'utiliser plusieurs compétences et ce, de manière autonome tout en répondant à **trois objectifs importants pour la population: augmenter l'accès, améliorer la santé et réduire les coûts « Triple Aim of Care ».**

Partie 6. Recommandations

NB : Les recommandations suivantes ne sont pas listées par ordre d'importance.

1. **Renforcer le rôle du gouvernement québécois en matière des champs de pratique et des activités dans le domaine dentaire.** Par exemple, les conséquences de la Loi 29 influencent à court terme les secteurs privés, publics et sociocommunautaires;
2. **Optimaliser les meilleures données probantes** en matière de l'utilisation du champ de pratique et des activités professionnelles sans ordonnance. Par exemple, il existe des produits efficaces et peu coûteux pour réduire la douleur et pour combler temporairement les cavités reliées au manque d'hygiène combinée aux sucres fermentescibles. Les hygiénistes pourraient les utiliser sans ordonnance et faire l'enlèvement des dépôts en fonction de la finalité de maintenir la santé;
3. **Planter les rencontres de groupe et des capsules informatiques sur l'éducation à la santé** (ex. : alimentation du GAC) et sur l'hygiène dentaire (ex. : brossage, produits et trucs-santé) qui devraient reprendre leur place chez 100% des jeunes dans les écoles, groupes de proches aidants et de groupes communautaires;
4. **Investir dans les suppléments fluorurés.** Par exemple, le rince-dents fluoruré serait une mesure collective *obligatoire* dans les écoles primaires ou secondaires provenant de milieux défavorisés au lieu de se battre pour fluorurer toute l'eau de consommation au Québec. Les comprimés de fluorure seraient probablement faciles à introduire dans les Centres de la petite enfance (CPE), les écoles et les camps de jour pour réduire l'incidence de la carie de la petite enfance puisque c'est endémique chez les enfants de 0-5 ans.
5. **Utiliser les compétences des hygiénistes dentaires pour évaluer les dents et les gencives**, par exemple le BET et la propreté des dents avec l'OHIS dans tous les programmes dentaires publics destinés aux bébés, aux jeunes, aux adultes et aux aînés. Ce critère est rapide, précis pour les besoins publics et il permet de comparer les données à toutes les clientèles depuis plusieurs décennies, soit des millions de dollars en économie annuellement pour l'État. Les enquêtes santé dentaire Québec avec l'indice CAOQ (ESDQ) par l'INSQ permettent les comparaisons nationales et internationales;
6. **Reconnaître les hygiénistes dentaires dans la liste des professionnels ou des dispensateurs reconnus par la RAMQ.** Leur rémunération serait sous les 3 formes actuelles pour être équitable dans le domaine dentaire et dans tous les programmes au Québec et au Canada en fonction des assurances publiques et privées, selon les milieux de pratique et les ententes gouvernementales éventuelles;
7. **Développer les projets lancés par Coop HD Québec comme le Sourire Mobile et les adapter partout au Québec.** Le financement est une préoccupation déterminante qui pourrait être faite conjointement entre l'économie sociale et le secteur public comme des subventions ou la RAMQ pour dispenser des soins préventifs par les hygiénistes, conformément au projet de Loi 29;
8. **Encourager la finalité du soin ou du traitement pour la facturation à la RAMQ dans le secteur public.** La rémunération à l'heure ou annuelle des dentistes à la DSP se situe généralement entre 68\$ et 88\$/h. ou de 90 000\$ à 115 000\$/an. Celui des hygiénistes en santé

publique varie entre 19\$ et 32\$ l'heure (voir les annexes). Les meilleures économies seraient de bannir la rémunération à l'acte au secteur public car la projection du paiement à l'acte (rendement selon le nombre de patients et le nombre d'actes très décortiqués) est très onéreux. **Par exemple, le budget de 10 millions dollars récurrent pour 21 CHSLD permettrait d'offrir des soins préventifs et curatifs par 3 fois plus de dentistes (tarif horaire au lieu du paiement à l'acte), peu importe le titre des 3 professionnels du domaine dentaire. Cette économie permettrait d'embaucher plus de professionnels dans les programmes publics québécois avec le même budget et de donner des soins à un nombre encore plus élevé de personnes;**

9. **Créer un comité permanent regroupant des ordres, associations nationales ou organismes provinciaux** (privé, public et socio-communautaire-économie) afin de garder le citoyen au centre du réseau québécois et d'optimiser les ressources selon les problèmes socio-sanitaires et les programmes publics pour améliorer l'état de santé général incluant la santé buccodentaire à court, moyen et long terme.

Il serait possible d'allonger cette liste de recommandations mais l'essentiel semble déjà identifié dans ce mémoire.

Conclusion

Les groupes vulnérables font partie de la clientèle priorisée par l'État depuis des siècles et l'accessibilité aux soins de santé est compromise dans le domaine dentaire. Le projet de Loi 29 atteindra cet objectif tout en modernisant ce domaine de la santé, en modifiant l'organisation des soins, en reconnaissant les compétences des hygiénistes dentaires et en offrant plus de services avec le même budget total annuel.

Dans le secteur privé, les groupes vulnérables consultent en urgence et l'État débourse des sommes considérables tout en obtenant des résultats mitigés pour la santé dentaire et la santé globale. Le statut de professionnelle à part entière des hygiénistes dentaires serait clair en les inscrivant dans la liste des professionnels ou des dispensateurs de la RAMQ puisqu'elles prodiguent les actes préventifs sans en obtenir la reconnaissance publique et financière actuellement. La liberté professionnelle serait améliorée pour travailler chez soi, chez d'autres professionnels associés, etc. Les perspectives d'avenir pour travailler à son rythme avec les clientèles de son choix seront facilitées, au grand bonheur des usagers qui devraient obtenir un meilleur ratio qualité-prix pour certains services.

L'État pourra optimiser les montants investis dans ses programmes en santé publique. Suite à l'adoption du projet de Loi 29, l'évaluation et les suivis seront faits par certains professionnels tandis que le diagnostic et les traitements curatifs confirmeront le rôle du dentiste dans le secteur public. Parmi les trois (3) modes de rémunération de la RAMQ, soit le tarif horaire, les honoraires fixes (salaire annuel) et la rémunération à l'acte comme le secteur privé, l'État est encouragé à se limiter au salaire annuel (aucun paiement à l'acte) pour tous les professionnels du domaine dentaire travaillant dans le secteur public. Il économiserait ainsi des centaines de millions de dollars annuellement et d'autres montants à long terme.

Le secteur sociocommunautaire est en pleine effervescence avec les coopératives, par exemple. C'est très intéressant pour les usagers, les professionnels et l'État car l'optimisation des ressources est élevée tout en améliorant la qualité de vie de tous. Les projets-pilote de Coop HD Québec répondent à des besoins évidents dans les groupes vulnérables. Ils démontrent des forces et des limites tout en incitant l'État à investir en prévention et en exigeant un certain pourcentage d'autofinancement.

L'actuelle Loi sur les dentistes et la délégation d'actes aux hygiénistes dentaires est désuète. Le projet de Loi 29, le champ d'exercice et les activités sans ordonnance permettront de combler partiellement l'écart entre le Québec, le Canada et les pays industrialisés. Les amendements proposés sur le projet de Loi 29 concernent l'ajout de la Loi sur l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Loi sur la santé publique et les différents articles sont pertinents. En fait, les services seront plus accessibles, abordables et à proximité dans les milieux dentaires et dans les milieux de vie.

Les recommandations respectent les principes des lois au Québec. Concrètement, il existe plusieurs produits à utiliser sans frailage sur les dents, il en existe une autre panoplie pour protéger les dents saines. Certaines substances sont efficaces sur la dentine des dents (primaires et permanentes) pour arrêter la progression des lésions tout en réduisant la douleur. Tous ces produits sont considérés bons à excellents selon les données probantes. Les hygiénistes dentaires au Canada peuvent les utiliser sans l'ordonnance ou la présence d'un dentiste. Le projet de Loi 29 comblerait cet écart, au grand avantage des gens qui récupéreront leurs fonctions buccales et leur qualité de vie à tout âge.

Pour terminer, le projet de Loi 29 permettra de moderniser le domaine dentaire et d'augmenter l'accessibilité tout en ouvrant les perspectives d'avenir en santé dentaire, en équipe multidisciplinaire et pour tous. Merci.

Bibliographie par ordre alphabétique

Académie canadienne des sciences de la santé. ACSS. Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada. En ligne 2016.

www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-dentaire/JSDPQ/docs

American Dental Association . Nonrestorative Treatments for Carious Lesions Clinical Practice Guideline (2018). Voir <https://www.ada.org> › science-in-the-news › silver-dia...

Association canadienne des hygiénistes dentaires. ACHD. Liste nationale de codes de services de l'ACHD. En ligne 2016.

[www.cdha.ca/pdfs/profession/IP/ACHD Liste nationale des codes de service.pdf](http://www.cdha.ca/pdfs/profession/IP/ACHD%20Liste%20nationale%20des%20codes%20de%20service.pdf)

Bureau de la concurrence. Loi sur les hygiénistes dentaires. Loi concernant la réglementation de la profession d'hygiéniste dentaire. Demande non satisfaite sur le marché, 22 décembre 2005. En ligne 2016. <http://www.bureaudelaconcurrence.gc.ca/eic/site/cb-bc.nsf/fra/02035.html>

Centre d'excellence pour la santé buccodentaire et le vieillissement. CESBV. En ligne 2016. www.cesbv.ulaval.ca/

CISSSMO Vaudreuil-Dorion. Programme en santé dentaire pour les aînés. Personne ne ressource : Rachel Beaudry, hygiéniste dentaire. En ligne 2016.

www.santemonteregie.qc.ca/vaudreuilsoulanges/apropos/csssvs/index.fr.html

Couture, J. La plus grosse facture mais les pires dents - Le Journal de Québec. En ligne 2016. www.journaldequebec.com/2016/04/01/la-plus-grosse-facture-mais-les-pires-dents**Ordre des dentistes du Québec.**

Fédération des hygiénistes dentaires du Québec. FHDQ. Rapport sur les conditions salariales des hygiénistes dentaires du Québec. En ligne 2016. fhdq.org

La Société canadienne de pédiatrie (SCP) - cps.ca. Document de principes. Les soins buccodentaires des enfants – un appel à l'action. En ligne 2016. www.cps.ca/

Le Chantier. Chantier de l'Économie sociale. En ligne 2016. www.chantier.qc.ca

Coop HD Québec. Coop de solidarité HD Québec. En ligne 2016. www.coop-hd-quebec.com

MESS. Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale – Avril 2016. En ligne 2016. www.mess.gouv.qc.ca. **Statistiques**

Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. **MEES.** C-26, r. 2 - Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels. En ligne 2016. www.mels.gouv.qc.ca/

Nelson S. and alt.. Optimizing Scopes of Practice: New Models for a New Health Care System. Ottawa

Office des professions du Québec. OPQ. Système professionnel. Code des professions.
En ligne 2016. www.opq.gouv.qc.ca/

Ordre des dentistes du Québec. ODQ. Consultation publique sur l'autonomie pour tous. Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie. En ligne 2016.
www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_ordre/ODQ

Ordre des hygiénistes dentaires du Québec. OHDQ. Étude économique de l'OHDQ. Analyse coûts-avantages de l'offre de services en soins buccodentaires préventifs. 2015. En ligne 2016.
www.ohdq.com/docs/default.../2016finaletudeeconomiqueohdq10nov2015.pdf

Publications du Québec. RAMQ. Manuel complet - Régie de l'assurance maladie du Québec. En ligne 2016. www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/.../200.../000_complet_dentiste.pdf

Association des chirurgiens -dentistes du Québec. ACDQ. Guide des tarifs des dentistes. 2015. En ligne 2016. info@acdq.qc.ca

Publications du Québec. Ministère de l'Emploi et de la solidarité sociale. MESS. Fiche des prestations spéciales - Soins dentaires. En ligne 2016
www.emploiquebec.gouv.qc.ca/publications/pdf/SR_fiche_dent.pdf
www.mess.gouv.qc.ca/regles-normatives/b-aides.../05-prestations.../05.01.01.03.html

Publications du Québec. Ministère de la santé et des services sociaux. MSSS. Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux. En ligne 2016.
www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/echelles_salariales/sss_tech.pdf

Publications du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. MSSS. Programme national de santé publique 2015-2025. PNSP. En ligne 2016.
publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/

Ramjaj C. and alt.. A macroeconomic review of dentistry in Canada in the 2000s. J Association dentaire canadienne. 2014;80:e55.

Régie de l'Assurance-Maladie du Québec. RAMQ. Services dentaires | RAMQ. En ligne 2016.
www.ramq.gouv.qc.ca/.../soins/pages/services-dentaires.aspx

The College of Dental Hygienists of Ontario. CDHO. Compétences et normes d'agrément et de pratique pour les hygiénistes dentaires. En ligne 2016. www.cdho.org/docs/default-source/pdfs/standards-of...

Annexes (voir d'autres annexes en PDF)

Extrait du [Manuel des dentistes – Entente et tarifs \(15 avril 2019\) – RAMQ](http://www.ramq.gouv.qc.ca/.../professionnels/.../dentistes/Manuel-dentistes.html). Voir : www.ramq.gouv.qc.ca/.../professionnels/.../dentistes/Manuel-dentistes.html

ANNEXE II - TAUX DE RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES ET TAUX DU TARIF HORAIRE DES DENTISTES

1.0 Taux de rémunération à honoraires fixes (salaire annuel, temps plein, 44 semaines/année), en plus des avantages sociaux.

1.1 Les échelles de rémunération suivantes s'appliquent au dentiste rémunéré à honoraires fixes nommé à plein temps pour une période régulière de travail de trente-cinq (35) heures par semaine, au cours de la période ci-après indiquée :

Expérience *	Taux annuels de rémunération		
	2013-04-01 au 2014-03-31	2014-04-01 au 2015-03-30	À compter du 2015- 03-31
Moins d'un (1) an	90 466 \$	92 275 \$	93 198 \$
Un (1) an et moins de deux (2) ans	93 056 \$	94 917 \$	95 866 \$
Deux (2) ans et moins de trois (3) ans	98 239 \$	100 204 \$	101 206 \$
Trois (3) ans et moins de quatre (4) ans	101 615 \$	103 647 \$	104 683 \$
Quatre (4) ans et moins de cinq (5) ans	105 033 \$	107 134 \$	108 205 \$
Cinq (5) ans et moins de six (6) ans	108 608 \$	110 780 \$	111 888 \$
Six (6) ans et plus	112 305 \$	114 551 \$	115 697 \$

2.0 Taux du tarif horaire (taux par période de 60 minutes jusqu'à concurrence de 1540 heures et le temps supplémentaire est repris en temps), en plus des avantages sociaux.

2.1 La rémunération au tarif horaire couvre l'ensemble des activités professionnelles que le dentiste effectue pendant qu'il est rémunéré selon ce mode.

2.2 Les taux du tarif horaire sont les suivants et les modificateurs apparaissant ci-après s'appliquent :

Expérience *	Modificateurs	2013-04-01	2014-04-01	À compter du 2015- 03-31
		au 2014-03-31	au 2015-03-30	
Moins d'un (1) an	80,6 %	68,68 \$	70,05 \$	70,75 \$
Un (1) an et moins de deux (2) ans	82,8 %	70,55 \$	71,96 \$	72,68 \$
Deux (2) ans et moins de trois (3) ans	87,5 %	74,56 \$	76,05 \$	76,81 \$

Trois (3) ans et moins de quatre (4) ans	90,5 %	77,12 \$	78,65 \$	79,44 \$
Quatre (4) ans et moins de cinq (5) ans	93,5 %	79,67 \$	81,26 \$	82,07 \$
Cinq (5) ans et moins de six (6) ans	96,7 %	82,40 \$	84,04 \$	84,88 \$
Six (6) ans et plus	100,0 %	85,21 \$	86,91 \$	87,78 \$

NOTE : * Années complètes d'expérience depuis l'obtention du permis de pratique.

*LA LOI 19 sur les dentistes est actuellement illégale dans son application avec les ordonnances dans le secteur public et elle est également illégale dans le secteur privé en facturant un service effectué par un autre professionnel. Par exemple les denturologistes sont payés directement et ce ne sont pas les dentistes qui sont remboursés par la RAMQ en leur nom. Le projet de loi 29 vient respecter les principes de l'État et de la RAMQ envers les hygiénistes dentaires.**

Selon l'entente entre la RAMQ et le MSSA du 15 avril 2019

, à l'article **4.06** Le Ministre s'engage, dans le cadre du régime, à ne pas conclure d'entente ou contrat avec d'autres que des médecins ou des dentistes, pour rendre des services dentaires irréversibles. Puisque le projet de Loi 29 inclut exclusivement des services dentaires non réversibles, l'État pourrait négocier directement avec des organismes provinciaux (ex. : FHDQ, Coop HD Québec) en hygiène dentaire et réduire la facturation à la RAMQ;

RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF (paiement à l'acte)

(Annexe VI de l'entente)

RÈGLES GÉNÉRALES

1.1 Le dentiste est rémunéré en vertu du présent tarif d'honoraires pour tout service assuré qu'il

a lui-même fourni à une personne assurée. (nous soulignons)

Toutefois, le dentiste peut se faire assister par du personnel auxiliaire pour dispenser un service assuré. (nous soulignons)

Les actes pour lesquels le dentiste se fait assister par du personnel auxiliaire, dans le cadre du régime, demeurent sous la responsabilité et la surveillance immédiate du dentiste traitant. (nous soulignons).

AVIS :

1.2 Le dentiste est rémunéré en vertu du présent tarif d'honoraires pour tout service assuré qu'il a lui-même fourni à une personne assurée. (nous soulignons)

Toutefois, le dentiste peut se faire assister par du personnel auxiliaire pour dispenser un service assuré. (nous soulignons)

Les actes pour lesquels le dentiste se fait assister par du personnel auxiliaire, dans le cadre du régime, demeurent sous la responsabilité et la surveillance immédiate du dentiste traitant. (nous soulignons).

ANNEXE VII - CONDITIONS D'APPLICATION DU TARIF À L'ACTE

Un dentiste est rémunéré selon les tarifs convenus pourvu que son revenu brut en provenance du régime soit inférieur au plafond pour un trimestre donné.

Pour la durée de l'entente, le plafond trimestriel applicable, à un trimestre donné, est de :

Du 1 ^{er} décembre 2012 au 28 février 2013	99 615 \$
Du 1 ^{er} mars 2013 au 31 mai 2013	101 663 \$
Du 1 ^{er} juin 2013 au 28 février 2014	102 703 \$
Du 1 ^{er} mars 2014 au 31 mai 2014	104 474 \$
Au 1 ^{er} juin 2014	105 373 \$

ANNEXE XIII - CONCERNANT LE VERSEMENT DE LA RÉTROACTIVITÉ DANS LE CADRE DU RENOUELEMENT DE L'ENTENTE-CADRE (2010-2015)

1. MONTANT FORFAITAIRE VERSÉ

Les parties conviennent qu'à la suite de la signature du renouvellement de l'Entente-cadre pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015, des montants doivent être versés par la Régie aux dentistes, sous forme de montants forfaitaires, selon les modalités décrites ci-après :

1.1 MODALITÉS D'APPLICATION

Le paiement de la Régie au dentiste doit être accompagné d'un relevé répartissant le montant forfaitaire selon le pourcentage des honoraires ayant servi au calcul du montant forfaitaire et selon l'année budgétaire au cours de laquelle les services ont été rendus.

1.2 MODALITÉS DE CALCUL

1.2.1 Pour les sommes perçues selon les modes de rémunération des honoraires fixes et du tarif horaire. (nous soulignons)

1.2.2 Pour les sommes gagnées selon le mode de rémunération à l'acte. (nous soulignons)

La Régie versera, le ou vers le 1^{er} décembre 2012, à chaque dentiste rémunéré à l'acte une rétroactivité de :

- 0,5 % sur les honoraires gagnés du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011;
- 4,54 % sur les honoraires gagnés du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012;
- 21,225 % sur les honoraires gagnés du 1^{er} avril 2012 au 31 mai 2012. (nous soulignons)

AVIS : *La rétroactivité s'applique seulement sur les actes négociés par l'ACDQ et le MSSS.*

Les montants rétroactifs varient selon les négociations.

Annexe 3 : Salaire des hygiénistes dentaires dans le secteur public (cat. 4 -41)

Source : **2261 - Hygiéniste dentaire - Comité patronal de négociation du secteur public et des services sociaux (CPNSSS)**. wpp01.msss.gouv.qc.ca › ... ›

Libellé

Personne qui, à partir des programmes généraux établis, élabore des programmes spécifiques d'éducation et de prévention en matière d'hygiène dentaire; collabore aux différents programmes de dépistage; elle peut assister le ou la dentiste dans l'exercice de ses fonctions. Elle applique en matière de prévention et de soins dentaires, les techniques d'hygiène dentaire; voit à l'application topique des agents anticariogènes; procède au nettoyage, au détartrage et au polissage des dents, effectue l'examen oral préliminaire et l'anamnèse; place, sculpte et finit les restaurations; prend les impressions pour modèles d'étude; tient l'inventaire et fait les commandes de fournitures dentaires. Doit détenir un diplôme d'études collégiales (DEC) en techniques d'hygiène dentaire d'une école reconnue par le ministère compétent. Doit être membre de l'Ordre professionnel des hygiénistes dentaires du Québec.

Échelle salariale des hygiénistes dentaires 2010-2019

Classe	Échelon	2010 04-01	2011 04-01	2012 04-01	2013 04-01	2014 04-01	2015 03-31	2016 04-01	2017 04-01	2018 04-01	2019 04-02
1	1	18,98	19,13	19,42	19,76	20,16	20,36	20,67	21,03	21,45	22,74
	2	19,65	19,80	20,10	20,45	20,86	21,07	21,39	21,76	22,20	23,51
	3	20,34	20,49	20,80	21,16	21,58	21,80	22,13	22,52	22,97	24,31
	4	21,07	21,23	21,55	21,93	22,37	22,59	22,93	23,33	23,80	25,12
	5	21,81	21,97	22,30	22,69	23,14	23,37	23,72	24,14	24,62	25,98
	6	22,57	22,74	23,08	23,48	23,95	24,19	24,55	24,98	25,48	26,84
	7	23,38	23,56	23,91	24,33	24,82	25,07	25,45	25,90	26,42	27,77
	8	24,18	24,36	24,73	25,16	25,66	25,92	26,31	26,77	27,31	28,70
	9	25,03	25,22	25,60	26,05	26,57	26,84	27,24	27,72	28,27	29,49
	10	25,94	26,13	26,52	26,98	27,52	27,80	28,22	28,71	29,28	30,30
	11	26,81	27,01	27,42	27,90	28,46	28,74	29,17	29,68	30,27	31,14
	12	27,77	27,98	28,40	28,90	29,48	29,77	30,22	30,75	31,37	31,99

[Retour à la liste des titres d'emploi](#)