Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec

CI – 021M
C.P. – P.L. 29
Code des
professions
VERSION RÉVISÉE

POUR UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ AUX SOINS BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS

L'autonomie des hygiénistes dentaires, au bénéfice de la santé des Québécoises et des Québécois

MÉMOIRE

PROJET DE LOI 29

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

23 août 2019

Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec

Ordre des hygiénistes dentaires du Québec
700-606, rue Cathcart
Montréal (Québec) H3B 1K9
Tél. : 514 284-7639
Sans frais : 1 800 361-2996
Téléc. : 514 284-3147

Courrier électronique : info@ohdq.com
Site web : www.ohdq.com

L'utilisation du féminin dans le présent mémoire en référence aux hygiénistes dentaires vise à alléger le texte et témoigne de la composition majoritairement féminine la profession.

TABLE DES MATIÈRES

Position de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec 4

À propos de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec 5

Introduction 6

1. Portrait des soins buccodentaires au Québec 8

1.1 La profession d'hygiéniste dentaire 8
1.2 Une formation collégiale rigoureuse 8
1.3 La mobilité de la main-d'œuvre 10
1.4 Un réel besoin d'accès aux soins buccodentaires préventifs 12

2. Commentaires de l'OHDQ sur le Projet de loi 29 14

2.1 PREMIÈRE PARTIE – Les progrès amenés par le projet de loi 14
2.1.1 Le champ d'exercice des hygiénistes dentaires 14
2.1.2 Un meilleur accès aux soins buccodentaires préventifs 14
2.1.3 La possibilité de bonifier les programmes de soins gouvernementaux et la réglementation applicable au remboursement de soins buccodentaires préventifs 16
2.2 DEUXIÈME PARTIE – Les modifications proposées par l'OHDQ 18
2.2.1 Évaluer la condition buccodentaire d'une personne symptomatique 19
2.2.2 Détenir et utiliser des agents topiques anesthésiants, anticariogènes ou désensibilisants 21
2.2.3 Effectuer un débridement parodontal non chirurgical et enlever des taches extrinsèques 21
2.2.4 Initier des mesures diagnostiques en santé publique 28
2.2.5 Effectuer des examens d'imagerie médicale, selon une ordonnance 30
2.2.6 Contribuer aux traitements et suivis orthodontiques, selon une ordonnance 32
2.2.7 Commentaires relatifs à l'encadrement du blanchiment des dents 34

Conclusion 36

Références 37

Annexe I – Propositions de l'OHDQ de libellés plus englobants et évolutifs (août 2019)

Annexe II – Formulaires

Annexe III – Étude économique

Annexe IV – Définitions des niveaux de prévention primaire, secondaire et tertiaire

POSITION DE L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC

PRINCIPES GÉNÉRAUX

L'hygiéniste dentaire est une professionnelle de la santé buccodentaire à part entière, encadrée par le système professionnel québécois, et détient les connaissances et la compétence nécessaires pour dispenser des soins buccodentaires préventifs au bénéfice de la population du Québec.

Exiger l'examen préalable d'un dentiste constitue une barrière importante à l'accès aux soins buccodentaires préventifs, et ce, particulièrement pour les personnes les plus vulnérables.

À l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, le Québec est la seule province du Canada où l'hygiéniste dentaire ne peut exercer sa profession en toute autonomie. Pourtant, elle peut demander la délivrance d'un permis dans ces autres provinces où ses compétences sont reconnues.

COMMENTAIRES SUR LE PROJET DE LOI 29

L'OHDQ accueille favorablement le Projet de loi 29 et la modification du champ d'exercice de l'hygiéniste dentaire, lequel lui reconnaît son autonomie et lui permettra de dispenser bon nombre de soins buccodentaires préventifs aux personnes dans le besoin.

L'OHDQ propose en complément des modifications aux activités réservées du Projet de loi 29, afin que l'objectif d'accessibilité aux soins buccodentaires préventifs soit atteint (Annexe I).

Principalement, l'OHDQ considère primordial que l'hygiéniste dentaire puisse effectuer un débridement parodontal non chirurgical (« DPNC »), sans l'ordonnance d'un dentiste, car :

• Ces soins buccodentaires préventifs, communément appelés « nettoyage », constituent une intervention non invasive qui se trouve au cœur de l'exercice de la profession d'hygiéniste dentaire ;

• L'hygiéniste dentaire est parfaitement formée pour savoir quand un DPNC doit ou ne doit pas être prodigué ;

• Les personnes qui ont le plus besoin d'un DPNC en profondeur sont justement celles qui ne fréquentent pas régulièrement les cliniques dentaires et qui souffrent d'un manque d'accessibilité aux soins ;

• Le DPNC est le soin de choix, reconnu mondialement, pour prévenir les affections parodontales ;

• La tendance dans les autres provinces canadiennes n'exige pas l'ordonnance d'un dentiste pour effectuer un DPNC.

Les modifications proposées visent à ce que les activités réservées aux hygiénistes dentaires soient reformulées en activités englobantes, plutôt qu'en actes faisant appel à des techniques précises, assurant ainsi la pérennité de la loi et sa cohérence avec les travaux réalisés lors de la modernisation des professions des domaines de la santé.

À PROPOS DE L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC

Le mandat d'un ordre professionnel est, en vertu du *Code des professions,* d'assurer la protection du public. L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (« **OHDQ** ») s'acquitte notamment de cette mission en assurant le maintien et le développement de ses membres, en soutenant le leadership des hygiénistes dentaires en matière d'information et d'éducation et, par son rôle sociétal, en favorisant un meilleur accès aux soins buccodentaires préventifs pour l'ensemble de la population du Québec.

Plus de 6 500 hygiénistes dentaires offrent des soins buccodentaires préventifs à la population du Québec. Environ 92 % d'entre elles prodiguent leurs soins dans le secteur privé, généralement dans les cabinets dentaires. Près de 5 % exercent leur profession en santé dentaire publique auprès des enfants et 3 % occupent d'autres types de fonctions, notamment dans le secteur de l'enseignement collégial. Un fait important est à souligner : 98 % des membres de l'OHDQ sont des femmes.

INTRODUCTION

C'est avec un très grand intérêt que l'OHDQ répond à l'invitation de la Commission des institutions de participer à cette consultation particulière 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* («**Projet de loi 29**»). L'OHDQ salue d'ailleurs le Gouvernement pour sa diligence et sa détermination à vouloir moderniser les professions du domaine buccodentaire.

Le Projet de loi 29 est une pièce législative d'une grande importance pour la santé de la population du Québec. En effet, l'OHDQ ne peut que se réjouir de cette avancée majeure pour la protection du public et pour la société québécoise, attendue depuis des décennies, particulièrement parce que ce projet de loi favorise une plus grande accessibilité aux soins buccodentaires préventifs, laquelle demeure une problématique importante pour un bon nombre de Québécoises et de Québécois.

Depuis près de trente ans, l'OHDQ participe avec assiduité à tous les travaux sur ce dossier menés par l'Office des professions en collaboration avec les ordres professionnels concernés. De nombreux rapports, documents d'orientation et commentaires ont mené à différentes propositions de définition des champs d'exercice et d'activités réservées pour les professions du domaine buccodentaire. Celles-ci connaissent enfin leur aboutissement par le dépôt du Projet de loi 29.

Au cours de cette même période, la majorité des autres professions des domaines de la santé, de la santé mentale et des relations humaines ont vu leur propre champ d'exercice modernisé et plusieurs d'entre elles se sont vu attribuer de nouvelles activités réservées. Ces travaux ont jeté les bases d'une vision contemporaine de l'exercice des professions, dont une plus grande collaboration interdisciplinaire et un meilleur accès aux compétences de tous les professionnels habilités à offrir leurs soins et leurs services à la population. L'OHDQ est d'avis que ces importantes avancées pour la protection du public et l'accessibilité aux soins et aux services de santé doivent servir de source d'inspiration pour le présent projet de loi.

En plus de dresser le portrait des soins buccodentaires au Québec, le présent mémoire contient les commentaires de l'OHDQ sur le Projet de loi 29, lesquels se divisent principalement en deux parties :

• **la première partie** vise à mettre en lumière les avancées réalisées par le Projet de loi 29, tel qu'il a été déposé à l'Assemblée nationale, et à illustrer concrètement ce en quoi ce progrès essentiel sera bénéfique pour la population ;

• **la deuxième partie** cible plutôt les éléments qui apparaissent à l'OHDQ comme les faiblesses du Projet de loi 29 et suggère des ajouts et des modifications pour y remédier.

L'OHDQ offre son entière collaboration aux travaux de la Commission afin que la profession d'hygiéniste dentaire puisse être modernisée et, en ce sens, il appuie l'adoption du Projet de loi 29. Respectueusement, l'OHDQ émet toutefois certaines réserves sur des aspects du projet et formule des recommandations visant à assurer la pérennité et l'applicabilité de ses dispositions, notamment pour qu'il atteigne pleinement l'objectif de favoriser un meilleur accès aux soins buccodentaires préventifs pour la population du Québec. L'OHDQ confirme également qu'il contribuera activement au déploiement harmonieux du Projet de loi 29 dans tous les milieux où ses membres exercent.

1. PORTRAIT DES SOINS BUCCODENTAIRES AU QUÉBEC

1.1. LA PROFESSION D'HYGIÉNISTE DENTAIRE

Actuellement, l'hygiéniste dentaire est une profession à titre réservé, mais aucune activité réservée ne lui est officiellement attribuée par la loi. Les soins dispensés par ces professionnels de la santé buccodentaire sont presque entièrement tributaires d'une autorisation conférée par le *Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires*[1] («**Règlement**»), adopté par l'Ordre des dentistes du Québec en vertu du paragraphe *h* de l'article 94 du *Code des professions,* qui leur permet d'exercer certaines activités actuellement réservées aux dentistes. Ce Règlement contient des conditions selon lesquelles aucun des actes autorisés ne peut être posé par l'hygiéniste dentaire sans l'examen préalable du patient par un dentiste, et ce, même s'il s'agit de soins préventifs prodigués en l'absence de quelque symptôme que ce soit.

L'état du droit professionnel québécois en santé buccodentaire exige donc la mobilisation de deux professionnels pour qu'un seul service préventif soit rendu par une hygiéniste dentaire, ce qui limite grandement l'accès aux soins pour l'ensemble de la population, plus particulièrement pour les groupes défavorisés, pour ceux habitant dans une région éloignée des centres urbains, ou encore, pour les personnes à mobilité réduite. Nous y reviendrons plus loin. Pourtant, les hygiénistes dentaires sont des professionnelles à part entière, dotées d'une formation collégiale rigoureuse et encadrées par l'OHDQ dont la mission, à l'instar de tous les ordres professionnels, est de protéger le public.

1.2. UNE FORMATION COLLÉGIALE RIGOUREUSE

Comme le rapportait l'OHDQ dans un rapport soumis en 2014 à l'Office des professions dans le cadre des travaux de modernisation ayant précédé le Projet de loi 29, l'élaboration du programme des *Techniques d'hygiène dentaire* a fait l'objet d'une analyse systématique de la situation de travail des hygiénistes dentaires à la fin des années 90. Le programme actuellement en place résulte d'une étroite collaboration entre plusieurs acteurs provenant de divers milieux de travail, de l'enseignement

1 *Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires,* RLRQ, c. D-3, r. 3.

et du système professionnel, notamment l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'OHDQ et l'Office des professions du Québec.

Étant donné le processus rigoureux appliqué pour déterminer les compétences acquises par le programme collégial en hygiène dentaire et son uniformité d'application à travers les neuf établissements collégiaux offrant le programme au Québec, on ne peut pas contester le fait que les hygiénistes dentaires détiennent les compétences requises pour exercer non seulement les activités réservées déjà visées par le Projet de loi 29, mais aussi celles que propose l'OHDQ dans le présent mémoire.

Listes des compétences spécifiques aux techniques d'hygiène dentaire acquises lors du parcours collégial[2]

- Analyser la fonction de travail
- Appliquer les mesures de protection universelle
- Appliquer des mesures de santé et de sécurité
- Effectuer des tâches administratives liées au milieu de travail
- Examiner les structures et les fonctions normales de la tête et du cou
- Établir des liens entre l'anamnèse et les traitements d'hygiène dentaire
- Dépister les maladies bucco-dentaires
- Prendre des radiographies bucco-dentaires
- Savoir communiquer de façon professionnelle avec la cliente et le client et l'équipe de travail
- Établir des liens entre la nutrition et la santé bucco-dentaire
- Concevoir un plan de traitement préventif
- Informer la cliente ou le client des possibilités de traitement
- Enseigner les mesures de prévention en santé dentaire
- Effectuer des opérations de parodontie
- Effectuer un polissage sélectif
- Effectuer des opérations liées à la prosthodontie
- Collaborer aux traitements orthodontiques
- Effectuer des tâches de dentisterie opératoire
- Intervenir en santé dentaire préventive

2 QUÉBEC. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, *Programme d'études techniques d'hygiène dentaire, Programme d'études collégiales*, no 111 .AO, [Québec], 1997.

Comme on peut le constater à la lecture de la précédente liste, les compétences acquises par les hygiénistes dentaires sont vastes et approfondies. À l'instar des autres professionnels de la santé ayant une formation de niveau collégial, par exemple les infirmières, les inhalothérapeutes et les techniciens en imagerie médicale, les hygiénistes dentaires ont une formation médicale qui leur permet d'assurer des soins dans leur champ d'exercice avec autonomie, de manière compétente et en toute sécurité, et ce, en tenant compte des antécédents médicaux et dentaires du patient, incluant l'utilisation de produits pharmaceutiques sous ordonnance ou non.

Par ailleurs, comme tout autre professionnel de la santé, l'hygiéniste dentaire connaît l'étendue et les limites de ses compétences et sait quand diriger son patient vers d'autres professionnels pour assurer sa sécurité et répondre à ses besoins. Un exemple de formulaire à l'Annexe II en fait foi.

1.3. LA MOBILITÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Le Canada compte environ 34 000 hygiénistes dentaires et la majorité de ces professionnelles exercent en Ontario (n = 13 800)[3] et au Québec (n = 6 500). Toutes les provinces canadiennes ont un ordre professionnel encadrant l'exercice de la profession. Ceux-ci collaborent sur divers dossiers au sein de la Fédération des organismes de règlementation en hygiène dentaire du Canada (FORHDC), dont le dossier de la mobilité de la main-d'œuvre.

Les travaux menés par ces organismes au cours de la dernière décennie aux fins de faciliter la mobilité de la main-d'œuvre professionnelle au Canada[4], ont mené à la conclusion que les compétences acquises par les hygiénistes dentaires dans l'ensemble des établissements d'enseignement canadiens étaient essentiellement équivalentes. Par le fait même, à l'exception de certaines activités particulières n'étant pas exercées par les hygiénistes dentaires de toutes les provinces, celles-ci peuvent exercer les mêmes activités professionnelles d'une province à l'autre. Leur contexte de pratique diffère toutefois, et ce, plus grandement au Québec qu'ailleurs. En effet, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, le Québec est la seule province canadienne où l'hygiéniste dentaire ne peut exercer sa profession en toute autonomie.

3 COLLÈGE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DE L'ONTARIO, *Rapport annuel 2017,* Toronto, 2018.
4 CANADA. Secrétariat du commerce intérieur, *Accord de libre-échange canadien*, chapitre 7 – Mobilité de la main-d'œuvre, Ottawa, 2017.

Tableau 1. Année du changement législatif octroyant l'autonomie professionnelle des hygiénistes dentaires, par province canadienne[5]

PROVINCE	ANNÉE
Colombie-Britannique	1995
Saskatchewan	2000
Alberta	2006
Ontario	2007
Nouvelle-Écosse	2007
Manitoba	2008
Nouveau-Brunswick	2013
Terre-Neuve-Labrador	2014

Ainsi, alors que la compétence des hygiénistes dentaires du Québec fait l'objet d'une reconnaissance mutuelle avec les autres provinces canadiennes qui leur accordent une bien plus grande marge de manœuvre dans la gamme de soins à offrir en toute autonomie professionnelle, les hygiénistes dentaires québécoises demeurent limitées dans la contribution qu'elles peuvent apporter à la santé de la population de leur propre province. On pense notamment ici à la possibilité dans certaines provinces de prendre et d'interpréter des radiographies aux fins d'évaluation en hygiène dentaire, de procéder à des injections de substances anesthésiantes (avec une attestation de formation supplémentaire) et, **surtout,** de procéder à un débridement parodontal non chirurgical (communément appelé nettoyage dentaire) en toute autonomie. Ce sont là toutes des recommandations formulées par l'OHDQ qui n'ont pas été retenues dans les orientations de l'Office des professions, ni par ailleurs dans le Projet de loi 29.

5 ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC, *Analyse coûts-avantages de l'offre de services en soins buccodentaires préventifs,* Étude de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, Montréal, 2015.

Ces importantes limitations constituent un frein à l'attraction d'hygiénistes dentaires provenant d'autres provinces canadiennes pour exercer au Québec, puisque leur reconnaissance professionnelle et leur autonomie sont réduites de manière importante. À titre d'exemple, en 2018-2019, l'OHDQ a attribué six permis à des hygiénistes dentaires provenant d'une autre province canadienne alors qu'il a préparé la documentation requise pour une quarantaine d'hygiénistes dentaires parties exercer leur profession ailleurs au Canada.

1.4. UN RÉEL BESOIN D'ACCÈS AUX SOINS BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS

En parallèle de sa contribution aux travaux menés par l'Office des professions dans le dossier de la modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire, l'OHDQ a mené diverses actions pour documenter la façon dont cette modernisation profiterait à la santé de la population québécoise, notamment par un accès direct aux soins préventifs de l'hygiéniste dentaire, ce que les lois actuelles ne permettent pas.

En 2015, l'OHDQ a publié une étude économique qui démontrait les coûts de santé liés au manque d'autonomie de l'hygiéniste dentaire et toute l'importance d'un meilleur accès aux soins préventifs pour la population, particulièrement pour la petite enfance et les personnes âgées résidant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)[6]. Dans cette lignée, l'*Enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund*[7], réalisée en 2016, a révélé que **plus d'un adulte québécois sur quatre (27 %)** n'a pas eu de soins dentaires ou d'examens dentaires au cours des 12 derniers mois, **en raison du coût** et qu'il est préoccupant de constater que ce pourcentage a presque doublé entre 2013 et 2016.

Dans la suite de sa première étude, l'OHDQ a voulu documenter plus largement l'impact économique pour l'ensemble de la société québécoise d'un meilleur accès aux soins préventifs de

6 *Ibid.*
7 QUÉBEC. COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Perceptions et expériences de la population : le Québec comparé, Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2016,* Québec, 2017.

l'hygiéniste dentaire. À cette fin, il a commandé une étude indépendante à la firme AppEco qui a été conduite par les économistes Pierre-Emmanuel Paradis et Cristina Ruscio (Annexe III)[8]. Par une solide méthodologie, leur étude démontre encore plus largement le besoin impératif de permettre un meilleur accès aux soins préventifs des hygiénistes dentaires, à l'instar de la presque totalité des provinces canadiennes.

À partir d'études scientifiquement éprouvées et de statistiques canadiennes sur la santé buccodentaire de la population du pays, l'étude démontre :

1. Qu'un meilleur accès aux soins préventifs réduirait substantiellement le recours aux examens diagnostiques et aux soins buccodentaires curatifs, générant un avantage économique récurrent d'environ **45,8 M$**;
2. Que les barrières règlementaires limitant l'accès aux soins préventifs de l'hygiéniste dentaire imposent aux Québécoises et aux Québécois des coûts annuels de **24,7 M$**;
3. Qu'une offre accrue de soins préventifs aux enfants en bas âge permettrait des économies annuelles additionnelles de **235 842 $**;
4. Qu'un accès accru aux soins amènerait, en contrepartie, un coût supplémentaire de **18,9 M$** en services préventifs, soit deux fois et demie moins que les avantages associés aux économies en soins diagnostics et curatifs.

Ainsi, l'accroissement de l'autonomie des hygiénistes dentaires produirait **un avantage social net et récurrent de 51,5 M$ pour le Québec.**

En ce sens, il est important que le Projet de loi 29 donne la plus grande latitude possible aux hygiénistes dentaires dans l'offre de soins buccodentaires préventifs afin d'optimiser les retombées démontrées par l'étude économique, notamment par les changements proposés au projet de loi par l'OHDQ dans le présent mémoire.

8 PARADIS, Pierre Emmanuel et RUSCIO, Cristina, *Analyse des avantages et des coûts économiques d'une autonomie professionnelle accrue des hygiénistes dentaires du Québec,* AppEco, Montréal, 2019.

2. COMMENTAIRES DE L'OHDQ SUR LE PROJET DE LOI 29

2.1 PREMIÈRE PARTIE — LES PROGRÈS AMENÉS PAR LE PROJET DE LOI

2.1.1 LE CHAMP D'EXERCICE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES

Tout d'abord, l'OHDQ se réjouit de constater que les termes « sous la direction d'un dentiste » ont été supprimés du champ d'exercice de l'hygiéniste dentaire et que des activités réservées lui ont été directement dévolues, avec ou sans ordonnance. De façon générale, cette notion nous semble respecter étroitement le principe d'un accès du public à des soins offerts par des personnes compétentes, dispensés par le bon professionnel, au bon moment, au bon endroit.

L'OHDQ est également heureux de lire le vocable « plan de soins d'hygiène dentaire » dans le libellé du champ d'exercice de l'hygiéniste dentaire, car ce terme est englobant et reflète l'ensemble des compétences acquises, dans son champ d'expertise, lors de la formation initiale. En effet, la finalité de l'intervention de l'hygiéniste dentaire, décrite dans la partie finale du champ d'exercice, énonce clairement que ce plan est déterminé et appliqué dans le but de prévenir les maladies et de maintenir et de rétablir la santé buccodentaire. Ainsi, l'hygiéniste dentaire peut intervenir pleinement dans le champ de la prévention, en prévention primaire, secondaire et tertiaire[9].

En somme, l'OHDQ est satisfait du nouveau libellé du champ d'exercice de l'hygiéniste dentaire qui reflète enfin l'ampleur de ses compétences, l'étendue de sa contribution à la santé de la population et sa pleine autonomie professionnelle, à l'instar de toutes les autres professions encadrées par le système professionnel québécois.

2.1.2 UN MEILLEUR ACCÈS AUX SOINS BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS

L'autonomie ainsi conférée aux hygiénistes dentaires bénéficiera grandement aux populations qui ont actuellement difficilement accès aux soins buccodentaires préventifs. En effet, puisque l'hygiéniste dentaire pourra effectuer l'évaluation de la santé buccodentaire du patient, définir elle-même le plan de soins d'hygiène dentaire, le mettre en application et en assurer le suivi en toute autonomie,

9 Faculté de médecine, Université d'Ottawa, consulté le 26 juillet 2017. (Ces définitions sont reproduites en Annexe IV) https://www.med.uottawa.ca/sim/data/prevention_f.htm

et ce, dans quelque milieu que ce soit, elle pourra aller vers les patients qui ne fréquentent pas les cabinets dentaires et qui ont néanmoins des besoins pressants de recourir à des soins.

a. Pour la petite enfance et l'enfance

L'OHDQ croit que l'adoption du Projet de loi 29 permettra une avancée importante dans l'accès aux soins buccodentaires préventifs aux enfants, particulièrement à la petite enfance.

Que ce soit dans le cadre du Programme national de santé publique ou par des services offerts dans le secteur privé, l'hygiéniste dentaire pourra dorénavant intervenir plus facilement, en toute autonomie, entre autres pour lui permettre de détecter la présence de signes et de symptômes de la carie et ainsi prévenir leur développement dès le plus jeune âge, notamment pour les enfants en situation socioéconomique précaire ou habitant en régions éloignées et dépourvues de services. Il s'agit d'activités de prévention primaire qui peuvent être accomplies sans la nécessité d'un diagnostic médical et qui sont non-invasives, mais qui ne peuvent jusqu'à présent être exercées sans l'examen et la direction du dentiste, causant ainsi des coûts et des délais superflus. À titre d'exemple, l'hygiéniste dentaire pourrait dorénavant appliquer une gamme variée de fluorures, qui sont des agents anticariogènes, en toute autonomie, dans le but de prévenir l'apparition de lésions carieuses.

L'étude économique de l'OHDQ de 2015 a démontré qu'environ 5 700 enfants québécois subissent annuellement une chirurgie dentaire sous anesthésie générale en milieu hospitalier, avec un temps d'attente d'un à deux ans. L'État a l'occasion de soulager la souffrance des enfants en permettant aux hygiénistes dentaires d'intervenir de manière précoce sur la dentition primaire. L'utilisation des fluorures par l'hygiéniste dentaire au bon moment a ainsi le potentiel d'éviter des interventions qui sont à la fois traumatisantes pour l'enfant et coûteuses pour l'État.

b. Pour les personnes à mobilité réduite, en régions moins bien desservies en services buccodentaires et celles résidant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Le Projet de loi 29 favorisera également une meilleure accessibilité aux services buccodentaires préventifs pour les personnes qui ne peuvent se déplacer vers les professionnels pour recevoir de tels services.

L'expérience d'autres provinces canadiennes où les hygiénistes dentaires peuvent exercer en toute autonomie démontre que leur principal mode d'exercice hors des cabinets dentaires traditionnels est l'entreprise indépendante, soit le travail autonome. Dans ces provinces, par exemple en Ontario, l'hygiéniste dentaire se déplace vers le patient pour lui offrir les soins requis par sa condition. À l'aide d'équipements mobiles, l'hygiéniste dentaire peut offrir toute la gamme de soins et de services découlant de son champ d'exercice, dont les activités à lui être réservées. Pour améliorer la qualité de la santé buccodentaire de la population du Québec, il faut lui offrir cette nouvelle option d'accès aux services, car bon nombre des personnes à mobilité réduite ou vivant dans des régions dépourvues de services n'aurait pas accès à des soins buccodentaires préventifs.

En centre d'hébergement et de soins de longue durée, le Gouvernement du Québec a lancé en 2019 son *Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD*[10]. Bien que l'hygiéniste dentaire soit un des professionnels contribuant à ce programme, son rôle demeure limité en raison de la règlementation actuelle où elle ne peut agir que sous la direction d'un dentiste pour offrir les soins préventifs plus que requis par les résidents des CSHLD. Avec le Projet de loi 29, il est souhaité que ces personnes puissent bénéficier de toute l'ampleur des compétences des hygiénistes dentaires afin d'améliorer leur santé buccodentaire, leur santé globale et leur qualité de vie.

2.1.3 LA POSSIBILITÉ DE BONIFIER LES PROGRAMMES DE SOINS GOUVERNEMENTAUX ET LA RÈGLEMENTATION APPLICABLE AU REMBOURSEMENT DE SOINS BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS

Les changements législatifs amenés par le Projet de loi 29 ont l'avantage d'ouvrir la porte à ce que des adaptations soient faites à des règlements et à des programmes gouvernementaux qui visent le bien-être collectif, atteignant ainsi un bien plus grand potentiel de bien-être pour la population du Québec. En voici quelques exemples :

10 QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD* - Cadre de référence, Québec, 2019 - http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002241/

a. Le *Programme national de santé publique*[11]

Le volet de ce programme applicable à la santé dentaire publique pourra être adapté afin de permettre à l'hygiéniste dentaire d'exercer sa profession selon les nouvelles habilitations du *Code des professions,* notamment le fait de pouvoir exercer sa profession en toute autonomie. Soulignons que les principaux objectifs du programme sont de dépister la présence de lésions carieuses, de sceller les puits et fissures et d'orienter les enfants ayant un besoin évident de traitement vers le dentiste.

b. Le *Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD*[12]

Ce programme prévoit la contribution de l'hygiéniste dentaire dans l'évaluation et la prestation de soins buccodentaires préventifs auprès des résidents en CHSLD. Comme nous en avons fait mention précédemment, son rôle est essentiellement restreint à agir à titre de soutien professionnel à l'infirmière et, dans une autre mesure, au dentiste. Conçu en fonction de la règlementation actuelle qui confine l'hygiéniste dentaire à n'agir que sous la direction du dentiste, on peut anticiper de grands gains d'efficacité du programme en permettant à l'hygiéniste dentaire d'offrir les soins non invasifs requis par les résidents fragilisés en temps opportun et selon sa pleine compétence.

Évidemment, l'OHDQ offre sa pleine collaboration au Gouvernement et aux ministères concernés par ces programmes dans leur révision selon la loi à être adoptée et les nouvelles habilitations à être attribuées aux hygiénistes dentaires.

11 QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique, Activités et services offerts en santé dentaire publique*, Québec, 2018. http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-dentaire/activites-et-services-sante-dentaire/eleves-des-niveaux-primaire-et-secondaire/
12 *Supra,* note 10.

2.2 DEUXIÈME PARTIE — LES MODIFICATIONS PROPOSÉES PAR L'OHDQ

De façon complémentaire à ce qui précède, l'OHDQ propose dans la présente partie quelques modifications jugées essentielles et incontournables pour la protection du public, afin que l'objectif fixé par le gouvernement de favoriser un meilleur accès aux soins buccodentaires préventifs puisse être pleinement atteint. Ces modifications visent également à assurer la cohérence du projet de loi avec les champs d'exercice et les activités réservées aux autres professions du domaine de la santé par le *Code des professions* et d'autres lois particulières.

Reformulation en « activités » professionnelles

L'OHDQ juge essentiel que la modernisation des champs d'exercice et des activités réservées des professions du domaine buccodentaire s'inscrive dans l'approche conceptuelle préconisée au cours des 15 à 20 dernières années pour les autres professions de la santé, de la santé mentale et des relations humaines. Tout au long des travaux ayant mené au dépôt du Projet de loi 29, l'OHDQ a exprimé fréquemment qu'il aurait souhaité un exercice de modernisation plus progressiste, à l'image de ce qui fut accompli pour les autres professions de la santé et davantage articulé sur une vision moderne de l'exercice de l'hygiène dentaire telle qu'elle s'exerce ailleurs au Canada. L'OHDQ répète encore ici l'importance d'une protection du public assurée et encadrée par un modèle cohérent, uniforme et efficace.

À la lecture des activités réservées énumérées au Projet de loi 29, on constate que ce qui se veut une liste d'activités réservées est en fait presque uniquement la reprise des actes déjà énumérés à l'annexe I du *Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires*[13]. La deuxième partie du présent mémoire aborde donc les obstacles que de telles formulations risquent de causer, tant du côté de la population que des professionnels. Effectivement, le Projet de loi 29 contient une liste d'éléments centrés presque exclusivement sur des actes précis plutôt que sur de réelles activités englobantes qui permettraient d'assurer la pérennité de la loi, de sorte qu'elle survive à l'évolution de la profession selon les plus récentes avancées technologiques et scientifiques. Il est par ailleurs à noter que les activités de cette liste sont déjà partiellement désuètes, car certaines ne sont plus du tout alignées sur les normes scientifiques et professionnelles en vigueur.

13 Supra, note 1.

En ce sens, l'OHDQ propose quelques modifications à la formulation d'activités réservées afin qu'elles respectent les concepts adoptés dans les réformes antérieures du *Code des professions* et d'autres lois professionnelles de même que les normes scientifiques et professionnelles en vigueur (un tableau récapitulatif de ces modifications est disponible à l'Annexe I du présent mémoire).

2.2.1 ÉVALUER LA CONDITION BUCCODENTAIRE D'UNE PERSONNE SYMPTOMATIQUE

ACTES PROPOSÉS PAR LE PL 29	PROPOSITIONS DE L'OHDQ
a) évaluer la condition buccodentaire d'une personne dans le but de déterminer le plan de soins d'hygiène dentaire ;	**a) idem**
N/A	**b) évaluer la condition buccodentaire d'une personne symptomatique**

L'OHDQ soutient fortement la disposition du Projet de loi 29 qui prévoit une activité réservée à l'hygiéniste dentaire qui consiste à faire l'évaluation de la condition buccodentaire d'une personne dans le but de déterminer le plan de soins d'hygiène dentaire.

L'OHDQ propose cependant que soit ajoutée une seconde activité réservée en matière d'évaluation buccodentaire, partagée avec les infirmières et les infirmiers, lorsqu'une personne est symptomatique. Cette proposition de l'OHDQ se calque en effet sur une activité réservée aux infirmières et aux infirmiers, soit « évaluer la condition de santé physique et mentale d'une personne symptomatique »[14].

Entre autres, le document *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et des infirmiers,*[15] publié par l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec en 2016, nous informe que la portée de cette activité comprend également les évaluations faites en amont de celle du médecin qui lui permettent « de distinguer l'anormalité de la normalité, de détecter des complications et de déterminer des problèmes de santé » et d'amener l'infirmière à orienter la personne vers les services requis par sa condition. Cette évaluation effectuée en première ligne est à haut

14 *Loi sur les infirmières et infirmiers,* RLRQ c 1-8, art. 36(1).
15 DURAND, Suzanne, HARVEY, Barbara, D'ANJOU, Hélène et collab., *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (3e édition), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Montréal, 2016, p. 29.

risque de préjudice étant donné les conséquences majeures que pourraient causer une évaluation qui n'est pas effectuée par une personne compétente. Il n'est donc pas étonnant que le Législateur ait réservé cette activité aux infirmières et aux infirmiers.

L'hygiéniste dentaire joue un rôle tout à fait similaire dans le domaine buccodentaire. Son évaluation permet de déterminer son plan de soins d'hygiène dentaire, mais également de distinguer l'anormalité de la normalité, de détecter des complications et de déterminer des problèmes de santé buccodentaire, de même que d'orienter la personne vers les services requis par sa condition. D'ailleurs, l'hygiéniste dentaire est la professionnelle de première ligne dans le domaine buccodentaire puisqu'il est déjà de pratique courante que celle-ci effectue la détection des problèmes de santé buccodentaire et qu'elle transmette cette information au dentiste préalablement à son examen diagnostique. Selon nous, il s'agit d'une évaluation qui est à risque de préjudice aussi élevé que celle de l'infirmière et qui mérite d'être réservée à un professionnel détenant toutes les compétences pour l'exercer.

Par ailleurs, il existe des contextes particuliers où les droits d'une personne pourraient être en jeu si l'évaluation de sa condition buccodentaire n'était pas effectuée par un professionnel compétent, encadré par le système professionnel québécois. Par exemple, pensons à des situations où une évaluation de la condition buccodentaire d'une personne serait requise pour permettre l'accès à un programme public de soins buccodentaires particuliers, afin de s'assurer que la condition de la personne correspond aux critères d'admissibilité du programme. Une mauvaise évaluation pourrait empêcher une personne de recevoir les soins pourtant requis par sa condition.

L'hygiéniste dentaire effectue la détection des signes et des symptômes des maladies buccodentaires au Québec depuis bientôt 45 ans. Elle est parfaitement qualifiée pour ce faire. L'activité réservée à l'hygiéniste dentaire devrait donc s'étendre à l'évaluation de la condition buccodentaire d'une personne symptomatique, sans limitation relative à la finalité de l'activité, à l'instar de l'activité réservée aux infirmières. Les deux professionnelles exerçant un rôle tout à fait similaire dans leur domaine respectif, l'OHDQ considère que leurs activités d'évaluation sont du même niveau de risque et, en conséquence, pour la protection du public, doivent être réservées à des professionnels compétents.

2.2.2 DÉTENIR ET UTILISER DES AGENTS TOPIQUES ANESTHÉSIANTS, ANTICARIOGÈNES OU DÉSENSIBILISANTS

ACTES PROPOSÉS PAR LE PL 29	PROPOSITIONS DE L'OHDQ
b) appliquer topiquement un agent anesthésiant, anticariogène ou désensibilisant;	**c) détenir et utiliser des agents topiques anesthésiants, anticariogènes ou désensibilisants;**

Dans la formulation de cette activité réservée, l'OHDQ propose de remplacer le verbe « **appliquer** » par les verbes « **détenir et utiliser** », afin de rencontrer l'objectif que les libellés soient plus larges et moins apparentés à une simple tâche ou une opération spécifique.

Cette formulation vise également à faire en sorte que l'hygiéniste dentaire puisse se procurer sans encombre les produits requis auprès de ceux qui en font la distribution commerciale, notamment les fournisseurs de produits buccodentaires. Effectivement, il serait inefficace de ne prévoir que la possibilité d'utiliser ces agents topiques, sans la possibilité de les détenir.

Finalement, en élargissant le libellé de la sorte, la formulation met en évidence l'exercice du jugement professionnel de l'hygiéniste dentaire envers le choix du meilleur agent topique pertinent aux besoins de chacun de ses patients.

2.2.3 EFFECTUER UN DÉBRIDEMENT PARODONTAL NON CHIRURGICAL ET ENLEVER LES TACHES EXTRINSÈQUES

ACTES PROPOSÉS PAR LE PL 29	PROPOSITIONS DE L'OHDQ
d) polir les dents;	**e) effectuer un débridement parodontal non chirurgical et enlever les taches extrinsèques;**
f) procéder à un détartrage supra et sous-gingival;	
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;	

L'OHDQ considère que les actes susmentionnés doivent être fusionnés en une seule activité réservée, car ils s'effectuent tous dans un même continuum de soins. De même, l'OHDQ juge essentiel que cette activité ne soit pas conditionnelle à la délivrance d'une ordonnance de la part d'un dentiste pour être exercée. Les arguments qui suivent démontrent l'absolue nécessité pour la protection du public et pour l'accessibilité aux soins buccodentaires des personnes les plus vulnérables de notre société que le gouvernement modifie le Projet de loi 29 en ce sens.

a. Des précisions importantes sur la nature du débridement parodontal non chirurgical

Le débridement parodontal non chirurgical (« **DPNC** ») est une intervention effectuée quotidiennement par l'hygiéniste dentaire, appelée communément un nettoyage dentaire. Les plus récentes éditions des livres de référence en hygiène dentaire, qui soutiennent l'enseignement professionnel sur le plan national et international, ont d'ailleurs récemment adapté le vocabulaire relatif à ce type de soins pour refléter la pratique contemporaine de l'hygiène dentaire en remplaçant, entre autres, le terme « détartrage » par « débridement parodontal », ce dernier étant plus englobant car la technique utilisée enlève simultanément le tartre et la plaque dentaire (biofilm). Ce soin se situe dorénavant selon un continuum adapté à la condition de santé buccodentaire du patient et se conclut généralement par l'enlèvement des tâches extrinsèques sur les dents, le cas échéant.[16] Par ailleurs, cette littérature exclut dorénavant le surfaçage radiculaire qui n'est plus cliniquement justifié dans une pratique moderne de soins parodontaux.[17] En conséquence, il est incontournable pour l'OHDQ que le libellé de l'activité réservée concernant ces soins reflète les plus récentes avancées scientifiques et techniques.

16 GEHRIG, Jill S., SHIN, Daniel E., WILLMAN, Donald E., *Foundation of Periodontics for the Dental Hygienist* (5th Edition), Wolters Kluwer, USA, 2019.
17 GEORGE, Marie D., DONLEY, Timothy G., PRESHAW, Philip M., *Ultrasonic Periodontal Debridement: Theory and Technique,* Wiley-Blackwell Ed., USA, 2014.

• Un continuum de soins relatifs au DPNC

L'utilisation du détartreur dentaire ultrasonique (PIÉZO) ou à magnétostriction (CAVITRON), est la technique de choix pour initier le DPNC, car l'effet vibratoire de l'appareil permet de fracturer les dépôts de tartre et de faire remonter à la surface le biofilm et les toxines. Les instruments à mains (appelés curettes) sont utilisés en dernier recours pour les dépôts récalcitrants.

Une telle technique permet entre autres d'arrêter ou de renverser le processus inflammatoire menant à la possible apparition d'une maladie parodontale due à la présence de plaque dentaire, au-dessus ou sous la gencive, qui peut être aggravée par le tartre, soit la forme minéralisée de ce biofilm. D'ailleurs, cette intervention de première intention est reconnue mondialement comme l'intervention de choix (*gold standard*) pour ce type d'affection chronique.

Pour la population qui reçoit régulièrement les soins préventifs d'une hygiéniste dentaire, un DPNC de routine est généralement suffisant pour assurer une saine condition de santé buccodentaire et prévenir les maladies parodontales. Ces personnes qui s'assurent d'un suivi continu de leur condition de santé buccodentaire ont le plus souvent une couverture d'assurance qui rembourse la majorité des frais encourus pour ces soins. Les services offerts visent donc à maintenir une bonne santé buccodentaire à long terme. Il s'agit alors de ce que la population nomme comme un « nettoyage de routine ».

Toutefois, pour les populations les plus vulnérables de notre société, par exemple les personnes à mobilité réduite, les personnes à faible revenu ou encore pour les personnes sans couverture d'assurance, et particulièrement les aînés se trouvant dans de telles situations, il est fréquent de constater l'absence de soins préventifs buccodentaires réguliers et, en conséquence, une accumulation importante de biofilm et de tartre, plaçant ces personnes à risque élevé de développer une affection parodontale. Lorsqu'elles sont prises en charge par l'hygiéniste dentaire, ces personnes nécessitent un premier nettoyage en profondeur appelé également un nettoyage initial.

À l'instar du « nettoyage de routine », le nettoyage en profondeur fait appel à l'utilisation des mêmes instruments conventionnels nommés précédemment; il requiert simplement plus de temps, allant parfois à plus d'une séance. À la suite de son évaluation, l'hygiéniste dentaire déterminera ainsi l'étendue des soins requis par son patient et, quel que soit l'état de sa santé buccodentaire, adaptera sa technique aux besoins identifiés.

À la suite du nettoyage, l'hygiéniste dentaire procède, au besoin, à l'enlèvement des taches extrinsèques résiduelles sur les dents. Cette opération n'a pas de valeur thérapeutique, il s'agit surtout d'une activité de nature esthétique. Il n'en demeure pas moins qu'un risque de préjudice est lié à cette activité qui doit être exercée par un professionnel compétent car son exécution, selon la technique employée, enlève des couches microscopiques d'émail sur la dent. Il faut donc bien maîtriser les techniques applicables et l'instrumentation requise à cette fin.[18]

Comme mentionné en préambule de la présente section, le surfaçage radiculaire n'est plus une pratique reconnue dans le domaine buccodentaire. En effet, bien que de telles techniques aient persisté dans les milieux cliniques, de plus en plus de données probantes démontrent que ce traitement est excessif et destructeur pour les tissus dentaires, qu'il prend trop de temps et qu'il provoque un inconfort inutile pour le patient. Ainsi, il a été constaté que des résultats cliniques tout aussi efficaces pouvaient être atteints par des approches moins agressives, en moins de temps, tout simplement en misant sur l'enlèvement des dépôts de tartre et du biofilm sur les surfaces dentaires, les couronnes et les racines. À partir du début des années 1980, des études ont d'ailleurs montré que les toxines bactériennes ne collent que faiblement à la surface des racines et peuvent être éliminées par une instrumentation beaucoup plus légère qui n'endommage pas la surface des racines.[19]

Quant à la désinfection des poches et l'utilisation d'agents antibactériens, ces procédures n'ajoutent rien d'essentiel sur le plan de la restauration de la santé parodontale du patient, que ce que ne fait déjà le DPNC seul.[20]

18 BOWEN, Denise M., PIEREN, Jennifer A., *Darby and Walsh Dental Hygiene: Theory and Practice,* (5th Edition), Elsevier Canada, 2019.
19 EATON, Kenneth A., OWER, Philip, *Practical Periodontics* (1st Edition), Churchill Livingstone Ed., UK, 2015.
20 *Supra,* note 18, p.522.

• Le caractère non invasif du DPNC

L'argument présenté durant les travaux préalables au dépôt du Projet de loi 29 quant à la nécessité d'une ordonnance pour cette activité est basé sur son supposé caractère invasif. Or, lors du DPNC, **il n'y a aucune action invasive sur les tissus mous.** En ce sens, il serait faux de prétendre que le débridement parodontal est une activité invasive selon les critères retenus dans les travaux antérieurs de modernisation des champs d'exercice et des activités réservées d'autres professionnels de la santé. En effet, dès l'adoption de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Projet de loi 90, adopté en 2002)[21], on a défini une activité invasive comme étant une méthode d'exploration ou de soins qui va au-delà des barrières physiologiques, qui implique l'introduction dans une ouverture du corps humain ou qui cause une lésion autre que superficielle à l'organisme[22]. Les barrières physiologiques spécifiquement identifiées sont le pharynx, le vestibule nasal, les grandes lèvres, le méat urinaire et la marge de l'anus. Aucune de ces barrières physiologiques n'est affectée par un DPNC.

Il faut aussi éviter d'associer le DPNC à la définition du terme « débridement » lié au traitement des plaies. Dans ce dernier cas, il s'agit effectivement d'une activité invasive, car le professionnel habilité coupe dans les tissus pour en retirer certaines parties. Ce qui n'est pas du tout le cas du débridement parodontal non chirurgical où le terme « débridement » prend seulement le sens de « retirer des débris ».

b. La pleine compétence des hygiénistes dentaires pour l'exercer

L'hygiéniste dentaire possède toutes les compétences pour déterminer le besoin de procéder à un DPNC et prendre la décision d'aller de l'avant ou non avec le débridement pour chacun des patients évalués, et ce, en toute sécurité. Les compétences requises pour exercer cette activité sont développées dans le cadre du programme collégial en hygiène dentaire, et ce, depuis des décennies. Il s'agit de la compétence la plus fondamentale de la profession d'hygiéniste dentaire au Québec, au Canada et par le monde. En ce sens, l'obligation préalable d'obtenir une

21 Loi 90 (2002, chapitre 33), *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (sanctionnée le 14 juin 2002).
22 OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC, Loi 90 (2002, chapitre 33), *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (sanctionnée le 14 juin 2002) : Cahier explicatif, Québec, OPQ, 2003.

ordonnance d'un dentiste est superflue en ce qu'elle rend l'organisation des soins inefficace, dresse une barrière inutile à l'accès aux soins buccodentaires préventifs offerts par l'hygiéniste dentaire et introduit une contrainte à l'indépendance de professionnels dûment formés pour exercer cette activité et encadrés par un ordre professionnel s'assurant de leur compétence et de leur intégrité.

c. La question cruciale de l'accessibilité aux soins pour des populations vulnérables

Comme le mentionnait le *Rapport du comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire,*[23] l'accessibilité aux soins buccodentaires pour diverses populations vulnérables est actuellement problématique et il est essentiel de permettre une utilisation maximale des compétences de chacun des professionnels concernés, au bon endroit et au moment opportun.

Que ce soit à domicile ou en CHSLD, l'hygiéniste dentaire doit être en mesure d'offrir l'ensemble des soins et des interventions pour lequel elle détient les compétences, dont le DPNC. Diverses études ont démontré l'importance de telles interventions pour la santé globale des personnes à faibles revenus ou présentant diverses incapacités (mobilité réduite, troubles mentaux, troubles cognitifs). L'hygiéniste dentaire pourra ainsi contribuer à l'amélioration de la condition de santé de toute la population, plus particulièrement auprès de populations vulnérables.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, on relève chez 15 à 20 % des adultes d'âge moyen (35-44 ans) des pathologies sévères touchant les gencives pouvant entraîner la perte de dents. À cet effet, selon les plus récentes données disponibles, plus du tiers de la population de Québécois de 65 ans et plus est édentée[24]. Pour les ménages à faibles revenus de cette catégorie d'âge, cette proportion grimpe à 45 %. À titre de comparaison, le taux d'édentation des 65 à 79 ans au Canada en 2009 n'était que de 22 %[25]. Il est donc nécessaire et urgent d'élargir l'accès aux soins buccodentaires préventifs pour la population québécoise si ce n'est que pour avoir un effet certain sur cette alarmante statistique.

---

23 Comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire - *Rapport déposé à l'Office des professions du Québec,* Québec, octobre 2012.
24 QUÉBEC. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *L'enquête québécoise sur la santé de la population (2014-2015) : pour en savoir plus sur la santé des Québécois* – Résultats de la deuxième édition, 2016. http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebecois-2014-2015.pdf
25 STATISTIQUES CANADA. *Feuillets d'information sur la santé. Santé buccodentaire : population édentée au Canada 2007 à 2009*, 2010. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2010001/article/11087-fra.htm

Soulignons que plusieurs autres provinces canadiennes permettent à leur population d'avoir accès à un tel soin d'hygiène dentaire sans qu'un dentiste soit impliqué d'une façon ou d'une autre — que ce soit via la délivrance d'une ordonnance ou encore une supervision directe ou indirecte. Il s'agit là d'une importante limite à l'accessibilité des soins buccodentaires de première intention et de prévention qui est loin de profiter aux Québécoises et aux Québécois. L'OHDQ est d'avis que le Législateur, dans un souci de mettre en place une réforme se voulant pérenne, devrait plutôt s'inspirer des modèles législatifs adoptés ailleurs au Canada et permettre aux hygiénistes dentaires de procéder à un DPNC de façon complètement autonome.

D'ailleurs, il est étonnant que le Législateur envisage une telle limite dans l'accès aux soins qui tend à s'effacer dans les autres provinces canadiennes, alors que les hygiénistes dentaires du Québec ont une formation tout à fait équivalente à celle des hygiénistes dentaires des autres provinces canadiennes. Comment expliquer que l'hygiéniste dentaire exerçant à la fois en Ontario et au Québec, avec le même diplôme et les mêmes compétences, ne pourrait pas exercer en toute autonomie la même activité professionnelle de ce côté-ci de la frontière ?

Ces personnes qui bénéficieront le plus de ces soins sont celles qui fréquentent peu les cabinets dentaires, tant pour des raisons économiques que sociales (inaccessibilité des cabinets dentaires, besoin d'un accompagnement, peur du dentiste, etc.). Il est donc nécessaire de les rejoindre directement dans leur milieu de vie. Une hygiéniste dentaire autonome ayant la possibilité d'effectuer un DPNC initial, sans l'ordonnance d'un dentiste, à domicile ou dans un autre milieu de vie, à moindre coût, est une composante essentielle d'un meilleur accès aux soins buccodentaires pour les personnes vulnérables qui aura une incidence importante sur leur état de santé globale et leur qualité de vie. Ses compétences lui permettront également de juger de l'opportunité de procéder à un DPNC et de diriger son patient vers un autre professionnel lorsque sa condition de santé s'avérera une contrindication à un tel soin.

2.2.4 INITIER DES MESURES DIAGNOSTIQUES EN SANTÉ PUBLIQUE

ACTES PROPOSÉS PAR LE PL 29	PROPOSITIONS DE L'OHDQ
N/A	**h) initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);**

Lors des travaux préalables à la préparation des orientations de l'Office des professions sur la modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire, un consensus des ordres concernés avait établi que la présence au *Code des professions* de l'activité réservée mentionnée dans l'encadré était justifiée. L'Office des professions et, subséquemment, le Gouvernement, ne l'ont pas retenu dans le Projet de loi 29. L'OHDQ juge toutefois que cette activité mérite d'être réservée aux hygiénistes dentaires.

À l'instar des infirmières qui ont une activité réservée similaire[26], les hygiénistes dentaires qui exercent leur profession dans le domaine de la santé publique pourraient initier des mesures diagnostiques pour les patients nécessitant une investigation plus approfondie, selon un programme de santé publique à être déterminé par les autorités compétentes. Il s'agit d'une activité à visée prospective, puisque le programme actuel de santé dentaire publique n'a pas de tel objectif pour l'instant.

26 *Supra,* note 14, art. 36(4).

Le Guide de pratique des infirmières précise la portée de l'activité ainsi :

> « Cette activité réservée signifie que l'infirmière peut décider de procéder, sans ordonnance, à des prélèvements ou demander des examens diagnostiques recommandés aux fins de dépistage dans les guides, protocoles ou autres cadres de référence officiellement entérinés par les autorités de la santé publique et qui découlent de l'actualisation du Programme national de santé publique du Québec. Par ailleurs, cette activité vise uniquement les personnes asymptomatiques, car la notion de dépistage sous-entend ce type de clientèle. »[27]

Ainsi, advenant l'adoption de guides, protocoles ou autres cadres de référence dans le domaine de la santé publique applicable au dépistage des maladies buccodentaires, une telle activité conférerait à l'hygiéniste dentaire la pleine autorité d'initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'un programme de dépistage en santé publique, et ce, sans l'obligation d'une ordonnance individuelle ou collective puisqu'elle y serait habilité par le *Code des professions.* D'ailleurs, lors de l'adoption de la Loi 90, on expliquait la portée de cette activité de l'infirmière comme suit :

> « Bien que les directions de santé publique pourraient prévoir une ordonnance collective relativement à toute activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique et requérant l'exécution de mesures diagnostiques, force est de conclure qu'en l'absence de toute ordonnance médicale, et si ces mesures doivent être exécutées par des professionnels selon une ordonnance, la demande initiée par l'infirmière constitue cette ordonnance, étant donné qu'elle est, à cette fin, une professionnelle habilitée par la loi à les demander. »[28]

27 *Supra,* note 15, p. 39.
28 *Supra,* note 22, p. 62.

À titre d'exemple, les hygiénistes dentaires pourraient effectuer des frottis (prélèvement de tissus) de la cavité buccale dans le cadre de programmes provinciaux de dépistage de maladies. Cela permettrait au ministère de la Santé et des Services sociaux de mettre à profit les compétences des hygiénistes dentaires dans ce domaine puisqu'elles détiennent les compétences pour exercer une telle activité. Cela confirmerait également le rôle fondateur et traditionnel de l'hygiéniste dentaire en matière de prévention.

2.2.5 EFFECTUER DES EXAMENS D'IMAGERIE MÉDICALE, SELON UNE ORDONNANCE

ACTES PROPOSÉS PAR LE PL 29	PROPOSITIONS DE L'OHDQ
N/A	**j) effectuer des examens d'imagerie médicale, selon une ordonnance;**

Les radiographies buccodentaires sont souvent un complément essentiel au dépistage et à l'examen d'un patient, et ce, en vue d'un diagnostic par un dentiste. Le cas échéant, ce sont généralement les hygiénistes dentaires qui, tant au Québec que partout ailleurs au Canada, effectuent la prise de radiographies.

Déjà, le 28 septembre 1983, un règlement[29] adopté en vertu de l'article 19 de la *Loi sur les dentistes*[30] était approuvé par le gouvernement du Québec afin d'autoriser les hygiénistes dentaires à prendre des radiographies, pourvu qu'un dentiste soit sur place. En 1991, ce règlement a fait place au *Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires*[31], toujours en vigueur à ce jour, qui leur permettait lui aussi de prendre des radiographies dans une clinique dentaire, après que le patient ait été examiné par un dentiste.

29 *Règlement sur la prise de radiographies par les hygiénistes dentaires,* 1983 GOQ 2, 4112 (abrogé ou caduc depuis le 13 juin 1991).
30 *Loi sur les dentistes,* RLRQ, c. D-3, art. 19 a).
31 *Supra,* note 1, Annexe 1, par. 10.

Puis, le 5 juin dernier, le Projet de loi 29 modernisant les professions du domaine de la santé buccodentaire a été déposé à l'Assemblée nationale. À sa lecture, on constate qu'il ne contient aucune mention expresse à l'effet que les hygiénistes dentaires soient autorisées à prendre des radiographies. Ce constat est surprenant, puisqu'à aucun moment dans le cadre des travaux préliminaires effectués entre les ordres professionnels du domaine buccodentaire et l'Office des professions du Québec n'a-t-il été discuté ou même envisagé de retirer cette activité aux hygiénistes dentaires. Il serait d'ailleurs improbable que le Législateur ait voulu que la profession régresse en lui retirant une activité qui est exercée depuis des décennies, qui fait partie des compétences à acquérir par les étudiants au programme de techniques d'hygiène dentaire selon les exigences ministérielles[32] et qui est autorisée dans les autres provinces canadiennes.

En somme, la prise de radiographies a vraisemblablement été omise par inadvertance du Projet de loi 29 dont le libellé est totalement silencieux à cet égard, à moins que l'on ait voulu le considérer comme inclus dans « effectuer des examens diagnostiques, selon une ordonnance ». Si tel est le cas, toutefois, le périmètre de ce qui constitue un « examen diagnostique » n'est actuellement pas défini par la science ni par la jurisprudence et il est loin d'être clair qu'il implique la prise de radiographies. Toute interprétation à l'effet contraire aurait un impact majeur sur l'organisation des soins buccodentaires dans les divers milieux où seront impliquées les hygiénistes dentaires. Il doit donc nécessairement s'agir d'un oubli.

De plus, puisque la prise de radiographies est une activité à haut risque de préjudice qui n'est réservée qu'à un groupe restreint de professionnels[33], il est essentiel que l'intention du Législateur soit non-équivoque. À titre d'exemple, citons la *Loi sur les technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale,* qui autorise ces technologues à « utiliser les radiations ionisantes, les radioéléments ou autres formes d'énergie, selon une ordonnance »[34].

L'OHDQ est donc d'avis que le texte du Projet de loi 29 mérite d'être modifié, afin de clarifier l'intention du Législateur d'inclure expressément les examens radiologiques dans les activités réservées que peuvent exercer ses membres.

---

32 *Supra,* note 2.
33 Code des professions, RLRQ, c. C-26, art. 185. *Règlement sur les normes de délivrance et de détention des permis de radiologie,* RLRQ, c. C-26, r. 6.
34 *Loi sur les technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale,* RLRQ, c. T-5, art. 7 al.2 (2).

De surcroît, l'Ordre se rallie au Collège des médecins du Québec qui dénonce la nécessité de revoir les termes «examens radiologiques» comparativement au libellé plus actualisé «examens d'imagerie médicale», lequel comporte des examens plus diversifiés que les radiographies conventionnelles par rayon X :

> «En conséquence, le Collège des médecins du Québec considère que les termes "examen radiologique" doivent être interprétés dans le contexte médical actuel et qu'en ce sens, l'expression "Imagerie médicale" correspond mieux à la réalité clinique et devrait dorénavant s'appliquer. Ce libellé a l'avantage d'offrir une interprétation plus large, de façon à permettre l'évolution sécuritaire des pratiques au sein des quelques professions autorisées. Ainsi, un chiropraticien ou un podiatre pourrait prescrire une échographie en lien avec son champ d'exercice, si cet examen d'imagerie médicale s'avère requis et approprié.
>
> En conclusion, l'imagerie médicale témoigne de l'évolution des pratiques en plus d'offrir aux patients de meilleurs examens pour leur condition et leur profession. Ces principes s'inscrivent inévitablement dans l'obligation ultime de protection du public qui gouverne tous les ordres professionnels au Québec.»[35]

2.2.6 CONTRIBUER AUX TRAITEMENTS ET SUIVIS ORTHODONTIQUES, SELON UNE ORDONNANCE

ACTES PROPOSÉS PAR LE PL 29	PROPOSITIONS DE L'OHDQ
o) poser et enlever les attaches, les fils et les ligatures orthodontiques, selon une ordonnance;	**p) contribuer aux traitements et suivis orthodontiques, selon une ordonnance**
p) poser, cimenter et enlever les appareils sur bagues, selon une ordonnance	

L'OHDQ demande de combiner les actes liés au domaine de l'orthodontie sous une seule activité réservée et de la formuler de manière à en assurer la pérennité. Effectivement, afin d'éviter que cette activité soit rapidement désuète en raison de la vitesse fulgurante des avancées scientifiques

35 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *De la radiologie à l'imagerie: la bonne pratique d'abord et avant tout !,* Direction générale, Montréal, 2016. http://www.cmq.org/nouvelles-pdf/n-3-2016-06-27-fr-radiologie-a-imagerie-bonne-pratique.pdf?t=1566506501969

et technologiques, l'OHDQ juge qu'il est nécessaire d'éviter de mentionner des techniques et des actes précis dans le libellé d'une activité réservée, particulièrement dans le domaine de l'orthodontie.

À titre d'exemple, l'usage d'attaches, fils et ligatures orthodontiques dans cette spécialité dentaire connaît déjà un important déclin au profit d'une technologie qui mise plutôt sur l'usage de coquilles ou de gouttières amovibles et transparentes pour agir sur la mobilité des dents. Dans une éventualité où le libellé des activités réservées demeurait identique à la proposition du Projet de loi 29, les hygiénistes dentaires — ni aucune autre personne — ne pourraient contribuer au plan de traitement défini par un orthodontiste s'il implique des technologies différentes de celles incluses aux libellés des activités réservées. À court terme, étant donné l'évolution technologique déjà connue, toutes les activités intrabuccales en orthodontie devraient être exercées en exclusivité par un dentiste, ce qui aurait un effet dévastateur sur l'organisation des soins offerts à la population et sur leur coût.

D'ailleurs, nous réitérons ici le principe présenté dans les commentaires généraux qui a été mis de l'avant dès l'introduction en 2002 des nouvelles activités réservées aux professionnels de la santé voulant que le libellé des activités réservées doit être englobant pour permettre l'évolution des pratiques professionnelles. Notamment en raison de ce qui précède, l'OHDQ considère que la proposition actuelle du Projet de loi 29 ne répond pas à ce critère.

Par ailleurs, puisque la contribution de l'hygiéniste dentaire se fera selon une ordonnance, le dentiste demeure le maître d'œuvre de son plan de traitement. Rappelons que la notion d'ordonnance exige d'un professionnel de recevoir les consignes claires de la part de celui qui lui confie les activités professionnelles à effectuer. Il reviendra ainsi au dentiste de déterminer l'étendue de la contribution de l'hygiéniste dentaire. Le concept de contribution a d'ailleurs déjà été défini dans deux réformes majeures du *Code des professions* et d'autres lois professionnelles dans le domaine de la santé puis de la santé mentale et des relations humaines[36] :

36 Office des professions du Québec. *Guide explicatif de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.* Québec, OPQ, 2013, p.31.

La contribution

> Cette activité réfère à l'aide apportée par différents intervenants à l'exécution de l'activité réservée au professionnel. Dans le cadre du Projet de loi 90, la notion de « contribution, lorsqu'elle constitue en soi une activité réservée, signifie une aide apportée à l'exécution de l'activité réservée à un autre professionnel. Cette notion ne permet pas d'entreprendre l'exécution de ladite activité ni de l'exercer en toute autonomie, mais plutôt d'agir en collaboration avec le professionnel à qui l'activité a été réservée. Elle permet également d'exécuter tout acte inclus dans cette activité, conjointement avec le professionnel à qui elle a été réservée. L'étendue de la contribution ou de la collaboration est déterminée par ce même professionnel.

L'OHDQ juge que le travail de l'hygiéniste dentaire dans le domaine de l'orthodontie s'inscrit en ligne directe avec ce concept de contribution qui, utilisé pour définir une activité réservée, permettra une pérennité à ladite activité sans la restreindre aux technologies actuelles qui pourraient devenir rapidement désuètes.

2.2.7 COMMENTAIRES RELATIFS À L'ENCADREMENT DU BLANCHIMENT DES DENTS

Tout au long des travaux sur la modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire, l'OHDQ a maintenu une position voulant que le blanchiment des dents ne soit pas une activité réservée aux professionnels, et ce, pour plusieurs raisons. Premièrement, il ne s'agit pas là réellement de soins de santé buccodentaire, car son objectif est strictement esthétique. De plus, ce type d'intervention présente un risque limité pour la population générale et les preuves scientifiques soutenant le besoin de réserver cette activité sont peu nombreuses. L'OHDQ a donc exprimé des réserves face au besoin d'en faire une activité réservée et a recommandé de confier à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) la réalisation d'une analyse sur la sécurité des produits et des techniques liés au blanchiment des dents, dans une perspective de santé publique et d'éducation à la population ainsi qu'aux professionnels et aux non-professionnels offrant de tels services.

L'OHDQ craint que la solution retenue par le Projet de loi 29 soit perçue par le public comme la création d'un monopole au bénéfice des professionnels, alors qu'il existe vraisemblablement d'autres moyens efficaces pour réglementer et encadrer la concentration des produits utilisés et les pratiques en la matière. Rappelons d'ailleurs que la population québécoise peut actuellement bénéficier librement de ce type de traitement et qu'une vaste gamme de produits de blanchiment des dents est disponible en vente libre.

Toutefois, aux fins de minimiser le risque de préjudice associé au blanchiment des dents pour certaines personnes ayant des conditions particulières, l'OHDQ est d'opinion qu'il est tout de même préférable qu'un professionnel de la santé dentaire dresse d'abord un profil précis du patient, examine de manière détaillée la zone extra et intrabuccale et documente tout problème au cou ou à la bouche pouvant contre-indiquer l'application d'une technique de blanchiment des dents. Il apparaît ainsi que le risque de préjudice lié à cette activité réside principalement dans l'évaluation préalable à sa réalisation plutôt que dans l'application de la technique en soi. Cette approche concorde d'ailleurs avec celle ayant été préconisée lors des travaux de modernisation pour les professions de la santé, de la santé mentale et des relations humaines où l'on a considéré que l'évaluation comportait le plus grand risque de préjudice puisqu'elle détermine les soins, traitements et interventions à être prodigués à une personne.

CONCLUSION

L'OHDQ souligne une fois de plus l'importance du progrès réalisé par le Projet de loi 29 en termes d'amélioration de l'accessibilité des soins buccodentaires préventifs compétents pour l'ensemble de la population du Québec. L'OHDQ remercie tous ceux qui de près ou de loin auront contribué à reconnaître l'apport important de ces professionnelles compétentes que sont les hygiénistes dentaires.

Le Gouvernement a démontré être à l'écoute d'un besoin bien réel et l'OHDQ, de par les propositions de modification contenues au présent mémoire, désire lui donner tous les outils nécessaires pour que le Projet de loi 29 soit viable dans le temps et que l'objectif principal d'accessibilité aux soins soit pleinement atteint. Entre autres, la possibilité d'effectuer un « nettoyage en profondeur » sans nécessiter une ordonnance préalable d'un dentiste nous semble un incontournable pour y arriver.

Il est grand temps que le Québec rattrape son retard par rapport au reste du Canada pour une meilleure accessibilité aux soins buccodentaires préventifs, et ce, au bénéfice de la santé des Québécoises et des Québécois.

RÉFÉRENCES

OUVRAGES ET PUBLICATIONS

BOWEN, Denise M., PIEREN, Jennifer A., *Darby and Walsh Dental Hygiene: Theory and Practice,* (5th Edition), Elsevier Canada, 2019.

CANADA. Secrétariat du commerce intérieur, *Accord de libre-échange canadien,* chapitre 7 – Mobilité de la main-d'œuvre, Ottawa, 2017.

COLLÈGE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DE L'ONTARIO, *Rapport annuel 2017,* Toronto, 2018.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *De la radiologie à l'imagerie : la bonne pratique d'abord et avant tout !,* Direction générale, Montréal, 2016. http://www.cmq.org/nouvelles-pdf/n-3-2016-06-27-fr-radiologie-a-imagerie-bonne-pratique.pdf?t=1566506501969

Comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire - *Rapport déposé à l'Office des professions du Québec,* Québec, octobre 2012.

DURAND, Suzanne, HARVEY, Barbara, D'ANJOU, Hélène et collab., *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (3e édition), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Montréal, 2016, p. 29 et 44.

EATON, Kenneth A., OWER, Philip, *Practical Periodontics* (1st Edition), Churchill Livingstone Ed., UK, 2015.

Faculté de médecine, Université d'Ottawa, consulté le 26 juillet 2017. (Ces définitions sont reproduites en Annexe IV) https://www.med.uottawa.ca/sim/data/prevention_f.htm

GEHRIG, Jill S., SHIN, Daniel E., WILLMAN, Donald E., *Foundation of Periodontics for the Dental Hygienist* (5th Edition), Wolters Kluwer, USA, 2019.

GEORGE, Marie D., DONLEY, Timothy G., PRESHAW, Philip M., *Ultrasonic Periodontal Debridement: Theory and Technique,* Wiley-Blackwell Ed., USA, 2014.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC, Loi 90 (2002, chapitre 33), *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (sanctionnée le 14 juin 2002) : Cahier explicatif, Québec, OPQ, 2003, p. 62.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC, *Guide explicatif de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.* Québec, OPQ, 2013, p.31.

ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC, *Analyse coûts-avantages de l'offre de services en soins buccodentaires préventifs,* Étude de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, Montréal, 2015.

PARADIS, Pierre Emmanuel et RUSCIO, Cristina, *Analyse des avantages et des coûts économiques d'une autonomie professionnelle accrue des hygiénistes dentaires du Québec,* AppEco, Montréal, 2019.

QUÉBEC. COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Perceptions et expériences de la population : le Québec comparé, Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2016,* Québec, 2017.

QUÉBEC. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *L'enquête québécoise sur la santé de la population (2014-2015) : pour en savoir plus sur la santé des Québécois* – Résultats de la deuxième édition, 2016. http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebecois-2014-2015.pdf

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD* - Cadre de référence, Québec, 2019 - http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002241/

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique, Activités et services offerts en santé dentaire publique,* Québec, 2018. http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-dentaire/activites-et-services-sante-dentaire/eleves-des-niveaux-primaire-et-secondaire/

QUÉBEC. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, *Programme d'études techniques d'hygiène dentaire,* Programme d'études collégiales, no 111 .AO, [Québec], 1997.

STATISTIQUES CANADA. *Feuillets d'information sur la santé. Santé buccodentaire : population édentée au Canada 2007 à 2009,* 2010. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2010001/article/11087-fra.htm

LOIS ET RÈGLEMENTS

Code des professions, RLRQ, c. C-26, art. 185.

Loi 90 (2002, chapitre 33), *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (sanctionnée le 14 juin 2002).

Loi sur les dentistes, RLRQ, c. D-3, art. 19 a).

Loi sur les infirmières et infirmiers, RLRQ c 1-8, art. 36(1) et 36(4).

Loi sur les technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale, RLRQ, c. T-5, art. 7 al.2 (2).

Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires, RLRQ, c. D-3, r. 3, Annexe 1, par. 10.

Règlement sur la prise de radiographies par les hygiénistes dentaires, 1983 GOQ 2, 4112 (abrogé ou caduc depuis le 13 juin 1991).

Règlement sur les normes de délivrance et de détention des permis de radiologie, RLRQ, c. C-26, r. 6.

ANNEXE I

PROPOSITIONS DE L'OHDQ DE LIBELLÉS PLUS ENGLOBANTS ET ÉVOLUTIFS (AOÛT 2019)

ACTES PROPOSÉS PAR LE PL 29	PROPOSITIONS DE L'OHDQ
a) évaluer la condition buccodentaire d'une personne dans le but de déterminer le plan de soins d'hygiène dentaire ;	**a) idem**
N/A	**b) évaluer la condition buccodentaire d'une personne symptomatique**
b) appliquer topiquement un agent anesthésiant, anti-cariogène ou désensibilisant;	**c) détenir et utiliser des agents topiques anesthésiants, anticariogènes ou désensibilisants;**
c) sceller les puits et les sillons;	**d) idem**
d) polir les dents;	**e) effectuer un débridement parodontal non chirurgical et enlever les taches extrinsèques;**
f) procéder à un détartrage supra et sous-gingival;	
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;	
e) poser une obturation temporaire sans préparation de cavité;	**f) idem**
g) concevoir, fabriquer et vendre des protecteurs buccaux;	**g) idem**
N/A	**h) initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);**
h) effectuer des examens diagnostiques, selon une ordonnance;	**i) idem**
N/A	**j) effectuer des examens d'imagerie médicale, selon une ordonnance;**
j) prendre des empreintes de précision, selon une ordonnance;	**k) idem**
k) insérer et sculpter des matériaux obturateurs, selon une ordonnance;	**l) idem**
l) fabriquer, cimenter et retirer des restaurations provisoires sur dents naturelles, selon une ordonnance;	**m) idem**
m) poser et enlever des pansements parodontaux, selon une ordonnance;	**n) idem**
n) enlever des points de suture, selon une ordonnance;	**o) idem**
o) poser et enlever les attaches, les fils et les ligatures orthodontiques, selon une ordonnance;	**p) contribuer aux traitements et suivis orthodontiques, selon une ordonnance**
p) poser, cimenter et enlever les appareils sur bagues, selon une ordonnance	
q) appliquer des techniques de blanchiment des dents, selon une ordonnance;	**Voir les réserves formulées à la section 2.2.7 du mémoire**

ANNEXE II

FORMULAIRES

LES RENSEIGNEMENTS SONT CONFIDENTIELS

Avez-vous ou avez déjà eu :	OUI	NON
Une tuberculose active ?	☐	☐
Une toux produisant du sang ?	☐	☐
Une toux persistante qui dure depuis plus de 3 semaines ?	☐	☐
Reçu une transplantation d'organe ou un implant médical ?	☐	☐
Si oui, précisez : _____		
Une **fièvre** rhumatismale ou une **fièvre** scarlatine	☐	☐
Une **malformation cardiaque** congénitale ou acquise ?	☐	☐
Un **souffle** au cœur ?	☐	☐
Si oui, type : _____		
Besoin d'antibiotiques avant une chirurgie ?	☐	☐

Si vous êtes une femme :	OUI	NON
Êtes-vous enceinte ?	☐	☐
Allaitez-vous ?	☐	☐
Prenez-vous des contraceptifs oraux ?	☐	☐
Suivez-vous une hormonothérapie substitutive ?	☐	☐

Avez-vous déjà eu une réaction allergique?	OUI	NON
SI OUI COCHEZ :	☐	☐

Anesthésie locale ○	Aspirine ○	Pénicilline ○
Iode ○	Sulfamide ○	Latex ○
Aliments ○	Autres ○	

Type de réaction : _____

BILAN GÉNÉRAL DE SANTÉ

	OUI	NON
1. Êtes-vous présentement sous les soins d'un médecin?	☐	☐
Si oui, expliquez : _____		
2. Avez-vous eu un examen médical durant la dernière année ?	☐	☐
Si oui, raison : _____		
3. Avez-vous déjà été hospitalisé ?	☐	☐
Si oui, expliquez : _____		
4. Avez-vous déjà reçu des transfusions sanguines et/ou des dérivés sanguins ?	☐	☐
Si oui, date : _____		
5. Avez-vous déjà subi des radiographies, scintigraphies, scanner, tomographie, radiothérapie au cours des 3 dernières années ?	☐	☐
Si oui, raison : _____ Date : _____ Nombre : _____		
6. Faites-vous l'usage de drogues ou d'alcool ?	☐	☐
Si oui, type : _____ Fréquence _____ x jour		
7. Faites-vous l'usage de tabac ?	☐	☐
Si oui, type : _____ Fréquence _____ x jour Depuis quand _____		
Moment précis de la première cigarette de la journée ,Si ex-fumeur, date d'arrêt :		
8. Vous considérez-vous comme une personne stressée ? Si oui, précisez :	☐	☐
9. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d'un cancer ?	☐	☐
Si oui, précisez :		
10. Souffrez-vous de conditions médicales qui peuvent affecter votre système immunitaire ?	☐	☐
Si oui, Séropositif au VIH/SIDA ○ Autre(s) ○ Spécifiez : _____		
11. Utilisez-vous des médicaments prescrits ou non prescrits, des suppléments ou des produits naturels ainsi que des médicaments intraveineux	OUI	NON
SI OUI, LA STAGIAIRE COMPLÈTERA LA SECTION DES MÉDICAMENTS AVEC VOUS.	☐	☐

ÉPROUVEZ-VOUS LES SYMPTÔMES SUIVANTS :

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
Soif constante	☐	☐	Fatigue extrême	☐	☐	Étourdissement	☐	☐
Envie d'uriner plus de 6 fois/jour	☐	☐	Douleur à la poitrine à l'effort	☐	☐	Essoufflement inexpliqué	☐	☐
Maux de tête fréquents	☐	☐	Diarrhée persistante	☐	☐	Sueur froide la nuit	☐	☐
Fièvre inexpliquée	☐	☐	Évanouissement/syncope	☐	☐	Saignement prolongé	☐	☐
Tendance à faire des bleus facilement	☐	☐	Perte de poids inexpliquée	☐	☐	Autre	☐	☐

12. Avez-vous présentement ou avez-vous déjà eu les maladies suivantes :

ENDOCRINIENNE(S)	OUI	NON
Si oui, spécifiez en cochant ci-dessous :	☐	☐
Diabète ○		
Type : _____		
Glande thyroïde ○		
Spécifiez : _____		

HEMATOLOGIQUE(S)	OUI	NON
Si oui, spécifiez en cochant ci-dessous	☐	☐
Anémie ○		
Raison : _____		
Maladie sanguine ○		
Spécifiez : _____		
Hémophilie ○		

Nom du client : _____ DDN : _____

HISTOIRE MÉDICALE

13. Avez-vous présentement ou avez-vous déjà eu les maladies suivantes : (suite)

CARDIAQUE(S) ET VASCULAIRE(S) **OUI** ☐ **NON** ☐

***Si oui, spécifiez en cochant ci-dessous* :**

Infarctus du myocarde (crise cardiaque) ○
Dernière crise : _____
Angine de poitrine ○
Dernière crise : _____
Arythmie cardiaque ○
Maladie cardiaque ○
Spécifiez : _____
Accident vasculaire cérébral (AVC) ○
Date : _____
Tension artérielle haute/basse ○
Athérosclérose/Cholestérol ○

NEUROLOGIQUE(S) **OUI** ☐ **NON** ☐

Si oui, spécifiez en cochant ci-dessous :

Épilepsie ○
Parkinson ○
Trouble du système nerveux central ○
Dépression nerveuse ○
Spécifiez : _____
Autres ○
Spécifiez : _____

MUSCULAIRE(S) – SQUELETTIQUE(S) OSSEUSE(S) **OUI** ☐ **NON** ☐

Si oui, spécifiez en cochant ci-dessous :

Arthrite/rhumatisme ○
Arthrose ○
Ostéoporose ○
Autres ○
Spécifiez : _____

GASTRO-INTESTINALES(S) GÉNITO-URINAIRE(S) **OUI** ☐ **NON** ☐

Si oui, spécifiez en cochant ci-dessous

Hépatite ○
Type : _____
Trouble de l'estomac ○
Spécifiez : _____
Jaunisse ○
Circonstance : _____
Cirrhose du foie ○
Troubles de l'estomac ou de l'intestin ○
Spécifiez : _____
Maladie rénale ○
Spécifiez : _____
Dialyse ○
Maladie transmise sexuellement ○
Spécifiez : _____

RESPIRATOIRE(S) **OUI** ☐ **NON** ☐

Si oui, spécifiez en cochant ci-dessous :

Asthme ○
Dernière crise : _____
Circonstance : _____
Tuberculose ○
Maladie pulmonaire ○
Spécifiez : _____

OTO/RINO/LARYNGO/ OPHTALMOLOGIQUE(S) **OUI** ☐ **NON** ☐

Si oui, spécifiez en cochant ci-dessous :

Congestion nasale ○
Maux de gorge/Amygdalite ○
Otite ○
Glaucome ○
Spécifiez :

14. Avez-vous des besoins particuliers dont nous devrions prendre en considération au cours de la séance? **OUI** ☐ NON ☐
Précisez : _____

15. Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui n'a pas été mentionné ci-dessus ? **OUI** ☐ NON ☐
Précisez : _____

RÉSERVÉ À LA STAGIAIRE

BESOINS

1. Alerte médicale : _____ Protection pour sa santé : _____
   Résultats attendus : _____
2. Alerte médicale : _____ Protection pour sa santé : _____
   Résultats attendus : _____
3. Alerte médicale **:** _____ Protection pour sa santé **:** _____
   Résultats attendus : _____
4. Absence de douleur **:** _____ **Résultats attendus** _____
5. Absence de stress **:** _____ **Résultats attendus** _____

T.A. : _____ **POULS/RESP :** _____ **GLYCÉMIE** : _____

_____ **Initiale de la stagiaire** | _____ **Initiale du Client** | _____ **Initiale de l'enseignante**

AUTORISATION

Au meilleur de ma connaissance, je certifie que les renseignements médicaux sont véridiques et complets. Je consens à ce que mon médecin soit contacté pour clarifier certaines informations pour mes soins à la Clinique d'hygiène dentaire si c'est nécessaire.

Signature du client _____ Date _____

Nom du client : _____ DDN : _____

HIS*T*OIRE MÉDICALE (SUITE)

CÉGEP DE L'OUTAOUAIS

Clinique d'hygiène dentaire
333, boul. de la Cité-des-Jeunes
Gatineau, (Québec) J8Y 6M4
(819) 770-4012, poste 2298
Clinique.hd@cegepoutaouais.qc.ca

RÉFÉRENCE MÉDICALE

MÉDECIN TRAITANT ☐

AUTRE ☐ _____

Nom du client : _____

DDN : _____ *Tél. :* _____

Lors de l'examen du patient, nous avons noté la condition médicale suivante : _____

_____

Afin d'assurer le bon déroulement des traitements, il serait utile de connaître la condition médicale de ce patient :

Informations requises :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Je vous remercie de votre collaboration.

Signature de l'enseignante ou dentiste : _____ *Date :* _____

J'autorise mon médecin ou mon spécialiste à transmettre ces informations médicales.

Signature du client : _____ *Date :* _____

RÉSULTAT DE LA CONSULTATION

Commentaires : _____

_____

_____

_____

_____

_____

Signature du professionnel : _____ *Date :* _____

Nom du professionnel : _____

Adresse : _____

_____

Tél. : _____

Estampe

Blanche : À retourner à la Clinique d'hygiène dentaire Jaune : Copie du professionnel Rose : Copie à conserver au dossier

ANNEXE III

ÉTUDE ÉCONOMIQUE

APPECO
ANALYSE STRATÉGIQUE • ANALYTICS

Analyse des avantages et des coûts économiques d'une autonomie professionnelle accrue des hygiénistes dentaires du Québec

Rapport final

Pierre Emmanuel Paradis
Économiste et président

Cristina Ruscio
Économiste

2 avril 2019

TABLE DES MATIÈRES

1.	Mandat	3
2.	Concepts économiques relatifs à l'élargissement de l'autonomie des hygiénistes dentaires	4
3.	Paramètres de l'étude	12
4.	Liste des avantages et des coûts	13
5.	Estimation des avantages et des coûts quantifiables	17
6.	Résultats de l'analyse	25
7.	Conclusion	28
Annexe 1 – Analyse comparative de l'autonomie des hygiénistes dentaires : Québec, Ontario et Alberta		30

1. Mandat

À l'Office des professions, des travaux ont cours en vue de revoir les champs d'exercice des professionnels du domaine buccodentaire, incluant les hygiénistes dentaires. L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (« l'Ordre ») désire apporter une contribution significative et convaincante à ces travaux, notamment en mettant de l'avant les avantages nets associés à une plus grande autonomie de pratique des hygiénistes dentaires.

Dans ce contexte, l'Ordre a mandaté AppEco pour réaliser une analyse des avantages et des coûts économiques associés à une autonomie professionnelle accrue des hygiénistes dentaires du Québec[1].

Les trois objectifs de cette analyse sont (a) de présenter les concepts économiques relatifs à l'élargissement de cette autonomie comparativement au statu quo; (b) d'établir l'approche méthodologique nécessaire à l'évaluation des avantages et des coûts de ce scénario, incluant l'identification et la description de ces effets économiques; et (c) de quantifier ces avantages et coûts économiques, ainsi que de discuter des effets intangibles associés à ces propositions.

[1] Vu que la profession d'hygiéniste est à prédominance féminine, le texte emploiera le genre féminin pour les désigner.

2. Concepts économiques relatifs à l'élargissement de l'autonomie des hygiénistes dentaires

Pour qu'un impact économique se concrétise, il faut d'abord qu'il y ait un « projet », un « programme » ou toute autre forme de changement social ou économique. Actuellement, le « projet » en question consisterait à élargir l'autonomie de pratique des hygiénistes dentaires du Québec. L'impact économique de cet élargissement correspondrait alors à la différence entre (a) l'état de l'économie dans divers scénarios d'autonomie accrue et (b) l'état présent de l'économie, donc le statu quo des conditions de pratique des hygiénistes. Cette différence entre ces deux états correspond à la contribution nette, ou impact net, de ce projet pour l'économie du Québec.

Ainsi, la perspective de cette analyse englobe tous les acteurs de la société touchés par ce projet : les individus utilisant les services de soins préventifs buccodentaires, les prestataires de soins buccodentaires en général (hygiénistes dentaires, dentistes et autres professionnels), le système de santé dans son ensemble, le gouvernement du Québec ainsi que le reste de l'économie. Il s'agit donc d'une vision globale du projet et de sa pertinence, ou non, pour l'économie dans son ensemble.

Cette section comporte quatre parties. La première partie présente l'analyse avantages-coûts, qui est la méthode désignée et reconnue pour étudier les effets globaux du projet. La seconde partie décortique les effets économiques associés à une plus grande autonomie, soit les effets de substitution et revenu du projet, ainsi que les avantages et les coûts qui en découleraient. La troisième présente les enjeux spécifiques associés à l'autonomie des hygiénistes dentaires du Québec comparativement aux autres provinces canadiennes. La quatrième brosse un portrait des dépenses des ménages en soins dentaires, lequel fait ressortir certains indicateurs associés à ces différences interprovinciales.

2.1 Analyse avantages-coûts

L'analyse avantages-coûts est la méthode indiquée et reconnue pour mesurer la contribution économique nette du projet d'élargissement de l'autonomie de pratique des hygiénistes. Dans le cas présent, elle consiste à identifier, évaluer et comparer ses avantages et ses coûts économiques :

- Les avantages économiques comprennent deux éléments :

    1. les biens et services produits par l'élargissement de l'autonomie de pratique des hygiénistes (p. ex. : meilleure santé buccodentaire des Québécois) et

    2. les économies que cette autonomie accrue permettra de réaliser (p. ex. : diminution des coûts du système de santé);

- Les coûts économiques associée à l'autonomie accrue comprennent le coût total des ressources requises pour produire ces avantages.

L'analyse s'intéresse à la fois aux effets quantifiables en termes monétaires et aux effets intangibles, donc non quantifiés, du projet. Les effets intangibles sont bien réels et peuvent être très importants, mais leur quantification est difficile sur le plan méthodologique. Lorsque jumelés aux avantages et coûts économiques quantifiés, ces effets intangibles permettent une appréciation plus globale de la valeur sociale du projet.

L'analyse permet donc d'émettre une opinion quant à la valeur économique du projet et d'identifier les variables ayant une influence notable sur cette valeur. Le déroulement standard d'une analyse avantages-coûts suivi dans le cadre de cette étude est le suivant : identification des scénarios et des paramètres de l'étude (portée, période, unité monétaire et taux d'actualisation); liste des avantages et coûts, quantifiables et intangibles; quantification des effets quantifiables; actualisation des avantages et des coûts quantifiés, calcul de la valeur actualisée nette (VAN) et du ratio avantages-coûts; analyse de sensibilité; production des résultats et de l'analyse de sensibilité; rapport présentant l'analyse (objectifs, données, méthodologie et résultats), ses limites et sa conclusion.

2.2 Effets économiques d'une autonomie de pratique accrue des hygiénistes dentaires

Présentement, l'hygiéniste dentaire ne peut pratiquer la majorité des activités comprises dans le champ d'exercice de sa profession que dans un contexte où son travail est encadré légalement par un dentiste. Concrètement, le dentiste définit le plan de traitement du patient et vérifie l'exécution des soins prodigués par l'hygiéniste dentaire. Cela fait en sorte qu'une visite chez l'hygiéniste dentaire s'accompagne généralement d'une consultation avec le dentiste, incluant un certain coût additionnel en honoraires (assumé directement ou une assurance privée) et en temps comparativement aux seuls services fournis par l'hygiéniste dentaire.

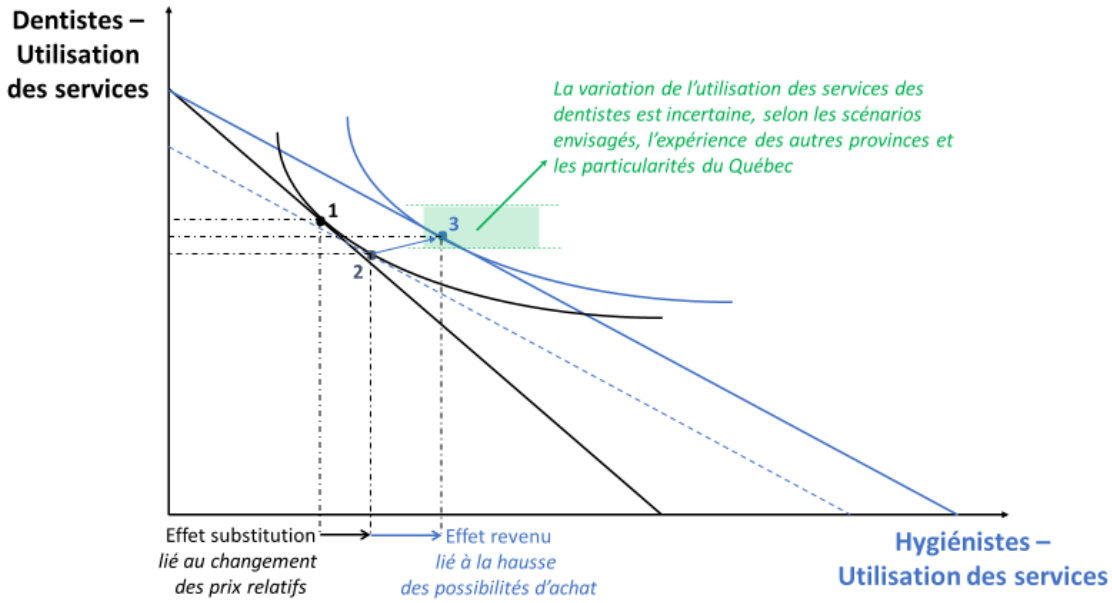
Si cette restriction était éliminée, l'hygiéniste dentaire aurait alors une plus grande autonomie professionnelle dans le choix et l'exécution des soins buccodentaires préventifs, ainsi qu'une flexibilité accrue d'organisation de sa pratique, par exemple la location ou le partage de locaux où pratiquent des dentistes, ou même possiblement l'ouverture d'un cabinet autonome pour y recevoir des patients, ou encore une offre de services mobile dans le milieu de vie des patients. Dans ce contexte, les services de dentiste ne seraient plus offerts de façon systématique, mais plutôt en fonction de la nature et des besoins de la visite. Cela donnerait alors au patient le libre choix de consulter l'hygiéniste dentaire, le dentiste, ou tout autre professionnel dans le contexte et au moment qui lui conviendraient le mieux.

L'effet premier d'une telle autonomie de pratique serait la diminution nette du coût par visite chez l'hygiéniste dentaire (à la fois pour les services fournis par les hygiénistes dentaires et les services désormais non fournis par les dentistes), entraînant une plus grande utilisation des services des hygiénistes dentaires et une variation des services des dentistes de sens indéterminé. En effet, cette variation résulterait de la combinaison des effets suivants : baisses due à la diminution du prix relatif des hygiénistes dentaires et à l'amélioration générale de la santé

buccodentaire (meilleurs entretien et prévention, pouvant mener à une diminution des besoins en soins curatifs); et hausses due à la sensibilisation à l'importance de la santé buccodentaire et à la familiarité accrue avec les services dentaires de façon générale. À ce titre, l'expérience d'autres juridictions ayant vécu de tels changements réglementaires sera déterminante pour projeter ce qui se produirait dans le contexte précis du Québec.

La Figure 1 présente ces effets économiques de façon conceptuelle. Le point 1 représente l'actuelle combinaison des quantités de services fournis par les dentistes (axe vertical) et par les hygiénistes dentaires (axe horizontal). L'autonomie accrue aurait pour effet de diminuer le prix moyen des services des hygiénistes dentaires, entraînant un déplacement vers la droite de la contrainte budgétaire : sur la figure, la ligne noire se déplace vers la droite et devient la ligne bleue. La nouvelle fourniture de services (point 3) résulte de deux effets : a) la diminution du prix relatif des services des hygiénistes dentaires, soit l'effet de substitution (impact : déplacement du point 1 au point 2), et b) la hausse du revenu disponible pour ces services, soit l'effet revenu (impact : déplacement du point 2 au point 3).

Figure 1. Effets économiques de l'autonomie accrue des hygiénistes dentaires



Dans un tel contexte, l'utilisation des services des hygiénistes dentaires augmenterait, car les deux effets (substitution et revenu) entraîneraient des hausses d'utilisation de leurs services (donc, des déplacements vers la droite sur l'axe horizontal). Toutefois, l'impact sur l'utilisation des services des dentistes est incertain (zone verte sur la figure), car les deux effets vont en sens opposé : l'effet substitution fait diminuer l'utilisation, mais l'effet revenu la fait augmenter. La réponse à cette incertitude sera livrée par la modélisation de la situation spécifique du Québec suivant une autonomie accrue des hygiénistes dentaires, compte tenu des scénarios envisagés, de l'expérience des autres provinces et des particularités du Québec.

2.3 Scénario proposé d'autonomie accrue pour les hygiénistes dentaires du Québec

Ces dernières années, l'Ordre a entrepris plusieurs démarches pour moderniser les lois professionnelles encadrant l'exercice de la profession d'hygiéniste dentaire, à la fois pour accroître l'autonomie de leurs membres et améliorer l'accès direct du public aux soins buccodentaires préventifs. En novembre 2017, cela s'est conclu par l'établissement par l'Office des professions d'une liste finalisée d'activités réservées aux professionnels du domaine buccodentaire, incluant neuf (9) activités réservées aux hygiénistes dentaires avec ordonnance et dix (10) sans ordonnance. Cette liste constituait les recommandations de l'Ordre en vue des changements législatifs requis pour une modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire.

Malgré cette ronde de consultations, d'échanges et de modifications aux activités réservées, l'Ordre considère que la dernière proposition de modernisation de la profession demeure limitée au regard des pratiques légalement reconnues aux hygiénistes dentaires dans la majorité des autres provinces canadiennes. En substance, l'Ordre estime que les orientations adoptées ne représentent pas une réelle avancée en matière de protection du public, car les patients ne peuvent accéder librement à l'ensemble des soins en hygiène dentaire requis par leur situation; qu'elles ne règlent pas le problème d'accessibilité aux soins buccodentaires préventifs, notamment pour les populations vulnérables; que les limites imposées à l'autonomie demeurent importantes, limitant les activités permises aux hygiénistes dentaires du Québec comparativement à leurs pairs d'autres provinces canadiennes détenant une formation équivalente; que certaines activités décrites dans les orientations sont désuètes et ne reflètent pas les meilleures pratiques actuellement attendues d'une hygiéniste dentaire; et que la formulation des activités réservées aux hygiénistes dentaires est restrictive et ne permet pas une évolution continue des pratiques.

À titre de référence, l'Annexe 1 compare les activités réservées des hygiénistes dentaires au Québec, en Ontario et en Alberta, soit deux provinces où l'autonomie est plus grande. Clairement, ces deux dernières provinces offrent un champ d'action plus large et une autonomie accrue à leurs hygiénistes dentaires que le Québec. Selon les informations communiquées par l'Ordre, le Québec et l'Île du Prince-Édouard sont les deux provinces où l'autonomie des hygiénistes dentaires est plus restreinte comparativement aux autres provinces. Sans avoir réalisé de comparaison détaillée des actes permis, province par province, l'analyse globale des données sur les dépenses en soins buccodentaires et sur la répartition des professionnels par catégorie (présentée à la section suivante) fait ressortir plusieurs constats cohérents avec cette évaluation générale de l'autonomie des hygiénistes à travers le pays.

2.4 Dépenses en soins dentaires et répartition des professionnels au Québec et ailleurs au Canada

Le Tableau 2.1 présente les dépenses annuelles des ménages en soins dentaires et en assurance dentaire, pour le Québec et les autres provinces canadiennes – présentées par région. Dans ce tableau, le terme « consommation » désigne les dépenses totales de consommation de biens et services des ménages du Québec durant l'année.

Tableau 2.1 Dépenses annuelles moyennes des ménages, provinces canadiennes, 2016[2]

	Québec	Atlantique	Ontario	Prairies
Soins dentaires	469 $	285 $	421 $	457 $
Prime d'assurance-dentaire privée (« prime »)	60 $	72 $	43 $	53 $
Soins dentaires + prime (« s+p »)	529 $	357 $	464 $	510 $
Ratio s+p / consommation	1,01 %	0,67 %	0,70 %	0,74 %
Ratio soins/prime	7,8	4,0	9,8	8,6
Écarts p/r Québec				
Soins dentaires, %	--	-39,2 %	-10,2 %	-2,6 %
Prime	--	20,0 %	-28,3 %	-11,7 %
Soins dentaires + prime (« s+p »), %	--	-32,5 %	-12,3 %	-3,6 %
Ratio s+p / consommation, pts %	--	-0,3	-0,3	-0,3
Ratio soins/prime, n	--	-3,9	2,0	0,8

Note : Consommation : consommation courante totale du ménage

Au Québec, en 2016, les ménages dépensaient en moyenne 529 $ en soins dentaires (incluant le prime d'assurance), soit davantage que dans les autres provinces (Atlantique : 357 $; Ontario : 464 $; et Prairies : 510 $). Cela dit, il importe aussi de relativiser ces dépenses avec le niveau global d'achats dans ces régions. Ici encore, le Québec consacre de loin la plus grande proportion de sa consommation totale aux soins buccodentaires (incluant l'assurance), soit 1,01 % contre 0,67 % à 0,74 % dans les trois autres provinces et régions. Clairement, ces dépenses plus élevées sont cohérentes avec une population ayant un accès plus limité et plus coûteux aux soins buccodentaires préventifs dispensés par les hygiénistes dentaires, induisant du même coup des besoins accrus en soins curatifs. Il ne s'agit pas ici d'une démonstration formelle, mais plutôt d'un indicateur pouvant s'expliquer en partie par la plus faible autonomie professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec.

Le Tableau 2.2 ventile ces mêmes dépenses des ménages, cette fois par quintile de revenu, soit « Q1 » représentant 20 % des ménages les plus pauvres et « Q5 » représentant les 20 % plus riches.

[2] La source de ce tableau et les deux suivants : Statistique Canada. Tableau 203-0022 - Enquête sur les dépenses des ménages (EDM), dépenses des ménages, Canada, régions et provinces, selon le quintile de revenu du ménage, annuel (dollars).

Tableau 2.2 Dépense par quintile - Québec vs Canada, 2016

	Québec				
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Soins dentaires	n.d.	218 $	387 $	646 $	772 $
Prime	n.d.	n.d.	27 $	88 $	153 $
Soins dentaires + prime	n.d.	n.d.	414 $	734 $	925 $
Ratio s+p / consommation	n.d.	n.d.	0,87 %	1,15 %	1,02 %
Ratio soins/prime	n.d.	n.d.	14,3	7,3	5,0
	Canada (provinces, incluant Québec, et territoires)				
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Soins dentaires	227 $	315 $	418 $	527 $	696 $
Prime	11 $	26 $	48 $	90 $	98 $
Soins dentaires + prime	238 $	341 $	466 $	617 $	794 $
Ratio s+p / consommation	0,77 %	0,79 %	0,80 %	0,85 %	0,75 %
Ratio soins/prime	20,6	12,1	8,7	5,9	7,1
Écarts p/r Québec	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Soins dentaires, %	--	44,5 %	8,0 %	-18,4 %	-9,8 %
Prime, %	--	--	77,8 %	2,3 %	-35,9 %
Soins dentaires + prime (« s+p »), %	--	--	12,6 %	-15,9 %	-14,2 %
Ratio s+p / consommation, pts %	--	--	-0,1	-0,3	-0,3
Ratio soins/prime, n	--	--	-5,6	-1,5	2,1

D'abord, pour ce qui est des dépenses du Québec, les données sur les deux premiers quintiles sont de moins bonne qualité, démontrant un nombre élevé de ménages avec peu ou pas de dépenses privées. Malheureusement, la santé buccodentaire de plusieurs individus de ces ménages s'avère inadéquate, ce qui fait en sorte que des soins préventifs et curatifs ne sont pas prodigués comme il se doit ou, pire encore, le sont en milieu hospitalier lors d'urgences, donc à coût bien supérieur pour la société. À mesure que le revenu augmente, les dépenses consacrées aux soins et aux assurances augmentent aussi, soit à 414 $ pour Q3, 734 $ pour Q4 et 925 $ pour Q5. De plus, le ratio soins/assurance diminue rapidement avec la hausse des revenus.

Dans l'ensemble du Canada (incluant le Québec), le ratio des dépenses (soins et assurance) sur la consommation totale est plus élevé au Québec pour chacun des quintiles (+0,1 à 0,3 pt %). Toutefois, pour Q1 et Q2, les données canadiennes laissent croire que les dépenses sont plus élevées hors du Québec, ce qui est également cohérent avec un accès plus contraint aux soins préventifs du Québec.

Le Tableau 2.3 démontre la croissance des dépenses des ménages moyenne annualisée des provinces canadiennes de 2010 à 2016.

Tableau 2.3 Croissance des dépenses des ménages, moyenne annualisée, provinces canadiennes, 2010-2016

	Québec	Atlantique	Ontario	Prairies
Soins dentaires	2,5 %	2,7 %	2,7 %	5,2 %
Prime d'assurance-dentaire privée (« prime »)	7,0 %	10,3 %	16,7 %	5,7 %
Soins dentaires + prime (« s+p »)	3,0 %	3,9 %	3,6 %	5,2 %
Écarts p/r Québec, pts %				
Soins dentaires	--	0,2	0,2	2,6
Prime	--	3,3	9,7	-1,3
Soins dentaires + prime (« s+p »)	--	1,0	0,7	2,2

Le Québec réalise une croissance des dépenses des ménages en soins buccodentaires modérée de 2,5%, semblable à celles d'Atlantique et de l'Ontario, mais inférieure à celle de l'ouest du pays. En outre, la croissance des primes d'assurance est nettement plus rapide que celle des soins. Par conséquent, les dépenses élevées du Québec en soins dentaires ne sont pas dues à leur croissance plus rapide, mais bien au fait qu'elle se situent à un niveau plus élevé que celui des autres provinces, et ce, depuis des années. Encore ici, ce résultat est cohérent avec une situation perdurant depuis plusieurs années dans laquelle l'accès aux soins d'hygiène dentaire est plus facile dans les autres provinces (en raison de la plus grande autonomie de pratique des hygiénistes dentaires) qu'au Québec.

Le Tableau 2.4 présente les nombres d'hygiénistes dentaires, de dentistes et ratios des provinces canadiennes.

Tableau 2.4 Nombres d'hygiénistes, de dentistes et ratios, provinces canadiennes, 2016[3]

	Québec	Atlantique	Ontario	Prairies
Hygiénistes dentaires	6 317	1 470	13 084	8 292
Dentistes	5 173	1 162	9 737	7 000
H+D/100 000 habitants	138	110	163	133
Hygiénistes / dentistes	122,1 %	126,5 %	134,4 %	118,5 %
Écarts p/r Québec				
H+D/100 000 habitants, %	--	-20,1 %	18,3 %	-3,4 %
Hygiénistes / dentistes, pts %	--	4,4	12,3	-3,7

En principe, les provinces où les hygiénistes dentaires ont plus d'autonomie devraient généralement être celles où il y a plus d'hygiénistes dentaires. En effet, l'autonomie accrue laisse

[3] Sources : Base de données sur la main-d'œuvre de la santé, Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada. Tableau 051-0001 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire). Base de données CANSIM. Consulté le 18 février 2016.

les hygiénistes dentaires s'organiser davantage en fonction des besoins exprimés par leurs patients, ce qui facilite l'accès aux soins préventifs, réduit (en principe) les besoins en diagnostics et soins curatifs et, en bout de ligne, accroît la demande pour leurs services. Cela ne signifie pas que le nombre d'hygiénistes dentaires par dentiste doive être systématiquement plus élevé dans les autres provinces qu'au Québec, mais plutôt que dans un contexte d'autonomie accrue, ce ratio sera plus élevé que dans un contexte d'autonomie plus restreinte, toutes choses étant égales par ailleurs.

Au Québec, le ratio hygiénistes dentaires sur dentistes était de 122,1 % en 2016, donc 1,22 hygiéniste dentaire par dentiste, alors qu'il variait de 1,19 à 1,34 dans les autres régions du pays. Entre 2014 et 2016, la moyenne québécoise s'établissait à 1,215 comparativement à 1,282 dans toutes les provinces canadiennes, excluant le Québec et l'Île du Prince-Édouard. Ainsi, le dernier constat est également cohérent avec une autonomie plus faible au Québec, même si les différents contextes démographiques, économiques, sociaux et professionnels des différentes provinces ont également leur rôle à jouer dans la formation de ce ratio.

3. Paramètres de l'étude

L'analyse avantages-coûts du projet sera réalisée selon les paramètres suivants.

- Scénario à l'étude : comparativement au scénario de référence, qui représente le statu quo, le scénario étudié est une autonomie professionnelle (relative aux activités) et organisationnelle (relative au lien d'emploi et à la forme d'entreprise) élargie au-delà des orientations de l'Office des professions, en vue de l'harmoniser avec celle des hygiénistes dentaires ayant une formation équivalente et pratiquant dans les autres provinces canadiennes.

- Portée de l'étude : l'étude couvre les avantages et coûts économiques qui se matérialiseraient dans la province de Québec.

- Période considérée : pour fins d'illustration des effets complets de l'autonomie, l'analyse projette l'ensemble des changements qui auraient lieu advenant l'instauration du scénario étudié, donc en une seule année. Évidemment, il faut beaucoup plus de temps pour que des changements réglementaires aussi significatifs se traduisent par un nouvel équilibre économique. À ce sujet, il est raisonnable de croire qu'une période d'au moins cinq ans serait requise pour permettre à la population, aux hygiénistes dentaires, à leurs institutions d'enseignement et aux dentistes de s'adapter pleinement aux changements à l'autonomie;

- Taux d'actualisation : normalement, ce coût d'opportunité de fonds investis pour réaliser autre chose que le projet, soit la moyenne des taux de rendement espérés par le secteur privé (rendement avant impôt sur le capital investi), les épargnants (rendement moyen avant impôt sur les placements) et le gouvernement (taux payé sur les obligations) pondérée par la proportion du projet financée par chacun[4]. Dans le cas présent, ce taux n'est pas requis, puisque l'analyse des impacts complets du scénario est projetée en entier sur une année.

- Unité monétaire : à moins d'avis contraire, tous les montants présentés sont en dollars canadiens constants de l'année 2016, soit celle pour laquelle les dépenses des ménages étaient disponibles.

[4] Bernard JT. Principes d'analyse avantages-coûts : rappel. ASDEQ (2013). Lien Internet : http://www.economistesquebecois.com/files/documents/ea/52/atelier-0-1-0-jt-bernard-principes-d-analyse.pdf

4. Liste des avantages et des coûts

Les effets économiques du projet d'autonomie accrue seront comparés au scénario de référence, soit le statu quo. Autrement dit, il s'agit des effets à la marge du projet. Ici, il convient de mentionner que même si un effet économique (avantage ou coût) peut être observé à travers différents impacts du projet, il ne faut le répertorier qu'une seule fois, afin de tenir compte de sa réelle contribution à l'économie.

Avantages quantifiables

- Meilleure santé buccodentaire des Québécois
    - Diminution des dépenses diagnostiques et curatives
    - Avantages liés à la prévention accrue pour la petite enfance

- Diminution de l'inefficacité économique liée aux contraintes réglementaires du champ d'exercice des hygiénistes dentaires

Coûts quantifiables

- Hausse des dépenses en soins préventifs

4.1 Avantages quantifiables

Meilleure santé buccodentaire des Québécois

- *Diminution des dépenses diagnostiques et curatives* : une autonomie accrue des hygiénistes dentaires facilite l'accès aux soins préventifs, ce qui augmente leur utilisation, rehausse la santé buccodentaire générale et réduit conséquemment les dépenses diagnostiques et curatives. Cet avantage correspond donc à l'impact de l'autonomie de pratique élargie sur l'utilisation des services des hygiénistes dentaires et des autres professionnels de la santé buccodentaire, ainsi que l'impact de ces changements sur la santé buccodentaire des Québécois. Pour calculer cet impact, il faudra déterminer dans quelle mesure l'autonomie accrue est susceptible de changer la répartition des nombres d'hygiénistes dentaires et de dentistes, ainsi que ses effets sur des différents types de soins buccodentaires.

  Ces calculs permettront d'évaluer la valeur totale des avantages économiques associés à une utilisation accrue des soins buccodentaires préventifs pour l'ensemble de la population. De plus, l'avantage des activités de prévention spécifique à la petite enfance s'ajouteront à cet impact global.

- *Avantages liés à la prévention accrue pour la petite enfance* : les hygiénistes dentaires réalisent déjà des activités de prévention, de dépistage et de scellement des dents à risque chez les enfants en bas âge et en milieu scolaire. Par conséquent, une autonomie accrue permettrait

d'accroître le volume de ces activités. Cet avantage s'évalue en estimant le nombre additionnel d'enfants possiblement traités et l'économie potentielle en soins dentaires pour ces enfants.

- *Diminution de l'inefficacité économique liée aux contraintes réglementaires du champ d'exercice des hygiénistes* : au-delà de leurs effets sur les patients, les lois et règlements restreignant l'autonomie des hygiénistes dentaires ont également des conséquences sur le marché du travail. Par exemple, les États où les dentistes contrôlent plus étroitement les hygiénistes dentaires tendent à produire des revenus plus élevés pour les dentistes et à réduire les revenus et la croissance de l'emploi pour les hygiénistes dentaires[5]. Lorsque l'autonomie des hygiénistes dentaires est plus grande, l'inverse est alors observé. Il importe toutefois d'extraire de ces transferts de revenus l'effet net de ces « frictions » du marché du travail, c'est-à-dire la réduction de l'inefficacité du marché du travail. Ainsi, lorsque la loi favorise un contrôle plus strict des activités des hygiénistes dentaires, le gain net des employeurs (dentistes) est inférieur à la perte des employées (hygiénistes dentaires), ce qui constitue une perte nette sociale. L'estimation de cet avantage serait réalisée à partir de la méthodologie décrite dans l'article de Kleiner et Park.

4.2 Coûts quantifiables

- *Hausse des dépenses en soins préventifs* : l'autonomie accrue aura pour effet de hausser les coûts d'utilisation des services des hygiénistes dentaires et de faire varier de façon incertaine ceux des dentistes. Ces niveaux de coûts seront estimés comme décrit précédemment : modélisation des dépenses en soins buccodentaires et calcul des variations dans l'utilisation des services des hygiénistes dentaires et des dentistes.

4.3 Effets intangibles

Les effets intangibles de l'autonomie accrue sont significatifs et touchent aussi bien le côté des avantages que celui des coûts. Du côté des avantages, il convient de citer les suivants :

- *Réduction des coûts de santé liés à des maladies buccodentaires* : une mauvaise santé buccodentaire peut causer la dégradation de l'état général de santé, causant divers effets négatifs tels que la malnutrition, des troubles gastro-intestinaux, le débalancement du diabète, l'affaiblissement immunologique, etc. Cette dégradation provoque des coûts accrus en soins de santé, ce qui a des répercussions financières significatives. Faute de source fiable sur l'ampleur des coûts de santé associés à une mauvaise santé buccodentaire, cet avantage significatif et d'ampleur considérable doit être cité à titre d'avantage intangible[6].

[5] Kleiner and Park, *Battles among licensed occupations: analyzing government regulations on labor market outcomes for dentists and hygienists*, NBER Working Paper No. 16560, November 2010.

[6] Il existe plusieurs études portant sur la contrepartie des interventions préventives sur la diminution des coûts de santé, mais aucune ne le faisant de façon globale. Voir notamment Nasseh K et al. *The relationship between periodontal interventions and healthcare costs and utilization. Evidence from an integrated dental, medical, and pharmacy commercial claims database.* Health Economics 26, 519-527, 2017.

- *Impacts sur l'emploi et l'activité économique* : l'autonomie accrue pourrait inciter certaines hygiénistes dentaires à ouvrir des cabinets autonomes ou à réorganiser leur pratique. De la même façon, les dentistes pourraient réorganiser leur pratique pour se concentrer davantage sur les soins diagnostics et curatifs, accroître leur efficacité générale, ou combiner ces deux aspects. Dans les deux cas, cela aurait probablement des impacts nets positifs sur l'emploi, par exemple pour les postes de soutien aux deux groupes de professionnels, ainsi que pour des services connexes : immobilier, équipement, informatique, fournitures, etc. De plus, une meilleure santé buccodentaire générale est susceptible de diminuer l'absentéisme en milieu de travail[7]. Plutôt que de tenter de quantifier ces avantages économiques de façon approximative, ils sont cités ici à titre d'avantage intangible.

- *Effets bénéfiques pour les personnes âgées* : en CHSLD, une augmentation de l'accès aux soins buccodentaires préventifs peut contribuer à non seulement une réduction de coûts de santé durant l'hébergement, mais aussi à la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie. Soulager et traiter la douleur d'origine dentaire, les problèmes de mastication, et les infections reliées à une mauvaise hygiène peuvent augmenter la qualité de vie des personnes âgées en perte d'autonomie et réduire l'agitation souvent provoquée par ces problèmes[8].

Un coût intangible unique a été identifié :

- *Risques associés à la sur-référence aux dentistes et autres professionnels de la santé* : le principal argument s'opposant à une autonomie accrue des hygiénistes dentaires concerne le risque accru de problèmes de santé buccodentaire non-traités ou non-diagnostiqués, ce qui provoquerait une hausse des coûts en soins dentaires et de santé. Or, la littérature scientifique à cet égard conclut qu'aucune preuve ne soutient l'hypothèse que la non-supervision du dentiste pose des risques à la santé des patients. En effet, une revue de littérature[9] commandée par le General Dental Council (GDC) du Royaume-Uni a évalué l'impact de l'accès direct des patients au traitement par des professionnels des soins dentaires (« dental care professionals »[10]). En examinant plus de 100 études sur la santé dentaire, les auteurs concluent qu'il n'existe aucune preuve que la santé des patients ait été compromise par une plus grande autonomie des hygiénistes dentaires et qu'en fait, l'accès aux soins buccodentaires préventifs et curatifs s'en est trouvé amélioré.

---

[7] Kelakar U. *Hours Lost to Planned and Unplanned Dental Visits Among US Adults*. Prev Chronic Dis. 2018; 15: E04.

[8] Étude économique OHDQ (2015).

[9] Turner et al., *Benefits and risks of direct access treatment by dental care professionals: A rapid evidence review*, Final Report to the General Dental Council, 29 June 2012.

[10] "DCPs include dental nurses, dental hygienists, dental therapists, dental technicians, clinical dental technicians, and orthodontic therapists, and make up over 60% of the dental workforce." Dans le cas spécifique des études revues et portant sur les impacts sur la santé, les deux groupes de professionnels étudiés étaient les hygiénistes dentaires et les techniciens dentaires.

Cependant, les auteurs ont aussi conclu que certaines hygiénistes dentaires peuvent sur-référer des patients aux dentistes, ce qui est bénéfique pour la sécurité du patient mais peut conduire à un gaspillage de ressources et un suivi inadéquat de la référence. Par conséquent, le sur-référencement dans ce cas peut conduire à des consultations inutiles et à des nombres importants de patients qui ne se présentent pas lors de leur consultation.

5. Estimation des avantages et des coûts quantifiables

Cette section présente l'estimation des avantages et coûts quantifiables associés à l'autonomie accrue des hygiénistes dentaires. Dans chacun des cas, l'objectif a été de produire une estimation non biaisée et aussi conservatrice que possible de ces effets économiques, sur la base des meilleures données disponibles à ces fins. Malgré les efforts consentis dans le cadre de ces estimations, certaines limites méthodologiques subsistent, lesquelles sont exposées à la section 6.2 de ce rapport.

5.1 Avantages quantifiables

Le principal avantage associé à l'autonomie accrue des hygiénistes dentaires est la meilleure santé buccodentaire des Québécois. La principale composante quantifiable de cet avantage est la diminution des dépenses diagnostiques et curatives, laquelle s'accompagne toutefois des coûts liés à la hausse des dépenses en soins préventifs. Les deux autres avantages quantifiables concernent les avantages liés à la prévention accrue pour la petite enfance, ainsi que la diminution de l'inefficacité économique liée aux contraintes réglementaires du champ d'exercice des hygiénistes dentaires.

Diminution des dépenses diagnostiques et curatives

Cette estimation consistera à évaluer les changements dans les profils d'utilisation de soins buccodentaires au Québec résultant de l'autonomie accrue des hygiénistes dentaires. Pour ce faire, d'abord, une étude américaine détaillée des nombres de visites, de l'utilisation des soins et de leurs coûts sera utilisée pour projeter les profils d'utilisation des soins buccodentaires au Québec en 2016. Ensuite, l'effet de l'autonomie accrue des hygiénistes dentaires du Québec sur le ratio hygiénistes dentaires sur dentistes sera calculé. Enfin, la combinaison de l'utilisation projetée des soins au Québec et de l'accès bonifié aux hygiénistes dentaires permettra d'estimer l'effet de l'autonomie accrue sur les dépenses en soins préventifs, diagnostics et curatifs.

En guise de point de départ, l'étude américaine en question a comparé les profils d'utilisation des soins dentaires et des dépenses associées pour des groupes de patients ayant reçu des soins préventifs et n'en ayant pas reçu – donc, ils n'ont reçu que des soins diagnostics et curatifs[11]. Le Tableau 5.1 présente les résultats de cette analyse.

[11] Moeller JF et al., Investing in Preventive Dental Care for the Medicare Population: A Preliminary Analysis (2010), American Journal of Public Health, November 2010, Vol 100, No. 11.

Tableau 5.1 Profil de dépenses - avec et sans dépenses préventives

	Avec prévention	Sans prévention	Total avec soins
N assurés Medicaid recevant des soins dentaires, millions	10,9	4,1	15,0
Visites, n	2,8	2,5	2,7
Soins préventifs	1,6	0,0	1,2
Examen, rayon X	0,4	0,9	0,5
Autre intervention curative	0,8	1,6	1,0
Coûts moyens par patient par année, $US 2010	560,22	821,60	630,85
Soins préventifs	204,18	0,00	149,01
Examen, rayon X	93,41	240,35	133,12
Autre intervention curative	262,63	581,25	348,73
Effet de transiter de « sans » à « avec » prévention, var. %			
Événements	19,2 %		
Coûts totaux	-28,0 %		
Soins non préventifs			
Événements	-5,8 %		
Coûts totaux	-22,1 %		

Source : Moeller et al. 2010.

L'étude est basée sur des patients de Medicare, soit des personnes âgées et ayant des problèmes de santé, mais vivant à leur domicile (et non en résidence supervisée). Il s'agit donc d'une tranche de la population ayant des besoins beaucoup plus grands que ceux de la population générale. C'est pourquoi les nombres de visites et les coûts des soins (même convertis en dollars canadiens de 2016) sont considérablement plus élevés que pour un individu d'âge moyen, sans handicap et en bonne santé. Toutefois, la valeur particulière de cette analyse tient aux faits qu'elle est basée sur un très grand nombre de patients (15,0 millions) et qu'elle compare une population relativement homogène d'individus ayant reçu ou non des soins préventifs. Ainsi, la portion du haut du tableau présente les résultats descriptifs de l'étude pour les deux groupes de patients, ainsi que le total. Il en ressort que les patients n'ayant pas reçu de soins préventifs sont aussi ceux qui ont subi le plus d'interventions curatives et de diagnostics, avec les coûts plus élevés que cela comporte.

De plus, les auteurs ont utilisé un modèle statistique pour estimer les impacts associés au passage d'un statut « sans prévention » à un statut « avec prévention » sur le nombre de visites dentaires et les dépenses associées. Entre autres, cette analyse a été réalisée en contrôlant les différences dans les caractéristiques observables des patients, faisant en sorte que ses résultats isolent les seuls effets de la transition d'un statut à l'autre : le nombre de visites augmente de 19,2 % et les coûts

totaux diminuent de 28,0 %. De l'autre côté, les résultats montrent que le nombre de visites pour les soins non-préventifs diminuent de 5,8 % et les coûts diminuent de 22,1 %[12].

Ces résultats de répartition des dépenses par type de patients ont été appliqués au contexte du Québec, donc sur la population des ménages d'ici et pour une dépense globale moyenne de 529 $[13]. Le Tableau 5.2 présente la répartition des dépenses qui en résulte.

Tableau 5.2 Projection Québec 2016

	Avec prévention	Sans prévention	Dépense totale
Coûts moyens par ménage par année, $	469,77 $	688,95 $	529,00 $
Soins préventifs	171,21 $	0,00 $	124,95 $
Examen, rayon X	78,33 $	201,55 $	111,63 $
Autre intervention curative	220,23 $	487,41 $	292,43 $

La dépense totale par ménage par année de 529 $ (indépendamment de soins préventifs ou non-préventifs) est tirée des données québécoises. Pour les autres résultats de dépenses réparties par type de soins (préventifs, diagnostics et curatifs) et par type de patients (avec et sans prévention), les proportions des résultats américains sur les données québécoises ont été appliqués de la façon suivante : coûts moyens par ménage par année, $ pour type de soins « a » et type de patient « i », Québec = coûts moyens par patient par année, $US, soins « a » et patient « i » x (dépense totale moyenne $, Québec / coûts totaux moyens $US).

Par la suite, il convient de projeter l'impact de l'autonomie accrue des hygiénistes dentaires sur les dépenses ainsi réparties. Pour ce faire, l'expérience des provinces canadiennes ayant des degrés d'autonomie plus « élevés » que ceux du Québec est utilisée, tel que présenté au Tableau 5.3.

Tableau 5.3 Impact du passage QC vers le Scénario étudié

	Scénario étudié
H/D avant (=moyenne Québec 2014-2016)	121,5 %
H/D après (=moyenne Can-Qc-IPE 2014-2016)	128,2 %
Croissance en proportion	5,5 %

En théorie, une autonomie accrue pour les hygiénistes dentaires faciliterait l'accès à leurs soins de plusieurs façons, tel qu'observé ailleurs au Canada, notamment des contextes de pratique différents (par exemple, cabinets autonomes, visites à domicile, collaboration plus flexible avec les dentistes et autres professionnels) et la baisse des coûts moyens par visite. Par conséquent, cet accès facilité devrait faire augmenter la demande pour les services de soins préventifs

[12] En fait, les coefficients β sont rapportés pour les variables explicatives exprimées en logarithme. Ainsi, le taux de variation en pourcentage est calculé comme étant l'exponentielle du coefficient moins 1, donc e^{β}-1.

[13] Cette dépense inclut une portion d'assurance, qui vise à couvrir le coût des soins et la gestion du risque financier qui y est associé. Par conséquent, comme il s'agit de vases communicants, aucun montant spécifique à l'assurance n'est présenté dans cette section.

relativement à celle pour des soins diagnostics et curatifs. Ce faisant, l'utilisation accrue de soins préventifs améliorera la santé buccodentaire des Québécois, ce qui devrait aussi avoir pour effet de stabiliser la croissance, voire même diminuer les besoins en soins diagnostics et curatifs. En définitive, cela devrait tendre à faire augmenter le ratio hygiénistes dentaires sur dentistes (« H/D »). C'est ce que montre le Tableau 2.4, qui met en parallèle les ratios du Québec et de l'ensemble du Canada moins Québec et moins l'Île du Prince-Édouard. L'hypothèse est donc que si le Québec rehaussait l'autonomie des hygiénistes dentaires au niveau général en vigueur dans ces autres provinces, son ratio H/D augmenterait au niveau de celui de ces autres provinces. Ce faisant, le ratio augmenterait alors de 5,5 %. Cette même hausse est alors directement appliquée sur la proportion de ménages faisant usage de soins préventifs (donc des hygiénistes dentaires), ce qui permet alors de projeter les changements dans les dépenses des ménages (Tableau 5.4).

Tableau 5.4 Impact sur la dépense totale par ménage

Méthode 1 : *Hausse de la proportion de patients « avec » soins préventifs appliquée aux dépenses totales respectives des « avec » et « sans » soins préventifs*	
Répartition des patients, statu quo, % avec soins préventifs	73,0 %
Répartition des patients, autonomie accrue, % avec soins préventifs	77,0 %
	Scénario étudié
Coûts moyens par ménage par année, $	520,18 $
Soins préventifs	131,84 $
Examen, rayon X	106,67 $
Autre intervention curative	281,68 $
Variations	
Coûts moyens par ménage par année, $	-1,7 %
Soins préventifs	5,5 %
Examen, rayon X	-4,4 %
Autre intervention curative	-3,7 %
Méthode 2 : *Hausse de la proportion de patients « avec » soins préventifs appliquée aux variations de dépenses associées au passage de « sans » à « avec » soins préventifs; et hausse proportionnelle des dépenses en soins préventifs liée à la proportion accrue de patients « avec » soins préventifs.*	
	Scénario étudié
Coûts moyens par ménage par année, $	523,05 $
Soins préventifs	128,51 $
Examen, rayon X	109,00 $
Autre intervention curative	285,54 $
Variation	
Coûts moyens par ménage par année, $	-1,1 %
Soins préventifs	2,9 %
Examen, rayon X	-2,4 %
Autre intervention curative	-2,4 %

Afin de déterminer l'impact sur la dépense totale des ménages, deux méthodes sont utilisées.

Méthode 1 : Hausse de la proportion de patients « avec » soins préventifs appliquée aux dépenses totales respectives des « avec » et « sans » soins préventifs

La Méthode 1 consiste à appliquer la hausse de la proportion des ménages utilisant des soins préventifs (et donc la baisse de celle n'utilisant pas de soins préventifs) sur les dépenses respectives de chaque groupe, donnés au Tableau 5.2. Ces dépenses sont calculées ainsi :

Dépense moyenne par ménage =
% ménages avec soins préventifs x Dépenses moyennes par ménage avec soins préventifs
+ (1 - % ménages avec soins préventifs) x Dépenses moyennes par ménage sans soins préventifs

La variation des dépenses est donc calculée en augmentant la proportion (%) des ménages avec soins préventifs (hausse de 5,5 %, soit de 73,0 % à 77,0 %), ce qui diminue automatiquement celle sans soins préventifs de 27 % à 23 %.

En définitive, les coûts moyens par ménage par année baissent de 1,7 %, résultat de l'augmentation des coûts des soins préventifs (+5,5 %) et des baisses des coûts d'examens et de rayons x (-4,4 %) et des autres interventions curatives (-3,7 %).

Méthode 2 : Hausse de la proportion de patients « avec » soins préventifs appliquée aux variations de dépenses associées au passage de « sans » à « avec » soins préventifs

La Méthode 2 est une façon différente, mais aussi logique de calculer les variations de coûts résultant d'une autonomie accrue. En fait, plutôt que de modifier les proportions de ménages avec et sans prévention, il s'agit d'appliquer la différence entre ces deux proportions à la diminution des coûts associée au passage de « sans prévention » à « avec prévention ». En effet, ce ne sont pas tous les ménages qui transiteront d'un état à l'autre, mais seulement une petite proportion. La variation des dépenses totales est alors estimée de la façon suivante :

[% ménages avec soins préventifs, autonomie accrue – % ménages avec soins préventifs, autonomie Québec]
x Impact de la transition de « sans » à « avec » prévention, var. % des dépenses

= +4,0 % x -28,0 % = -1,1 %

Ceci permet d'obtenir les coûts moyens par ménage par année : 529 $ x (1-1,1 %) = 523,05 $.

À partir de ce nouveau coût moyen par ménage obtenu, les coûts pour les soins préventifs est calculé en combinant a) son importance relative dans la dépense totale des ménages et b) la hausse attendue de la part des ménages avec soins préventifs. Ce faisant, la dépense des ménages en soins préventifs passe à 128,51 $, donc une hausse de 2,9 %. Quant aux autres dépenses, elles sont

calculées de façon résiduelle et cohérente avec la nouvelle dépense totale de 523,05 $, ce qui les fait diminuer toutes les deux de 2,4 %. Par conséquent, les résultats ainsi obtenus s'avèrent un peu plus conservateurs que ceux de la Méthode 1.

Le Tableau 5.5 présente le résultat de la projection des niveaux de dépenses en soins dentaires, qui est obtenue en faisant la moyenne des résultats des deux méthodes.

Tableau 5.5 Projection des dépenses totales en soins dentaires

Nombre de ménages Québec, 2016	3 609 298	
Dépenses projetées (moyenne des méthodes 1 & 2)	Par ménage	Total Québec
Coûts moyens par ménage par année, $	521,61 $	1 882 661 345 $
Soins préventifs	130,18 $	469 841 688 $
Examen, rayon X	107,83 $	389 196 109 $
Autre intervention curative	283,61 $	1 023 623 547 $
Variations		
Coûts moyens par ménage par année, $	-1,4 %	-26 657 297 $
Soins préventifs	4,2 %	18 866 446 $
Examen, rayon X	-3,4 %	-13 692 250 $
Autre intervention curative	-3,0 %	-31 831 494 $

Pour obtenir la dépense totale pour l'ensemble du Québec, le nombre de ménages au Québec en 2016 a été multiplié à la dépense moyenne par ménage. En définitive, l'autonomie accrue des hygiénistes dentaires du Québec produirait à terme une baisse des dépenses totales en soins dentaires de 1,4%, résultat d'une hausse des dépenses en soins préventifs de 4,2 % et de baisses de 3,4% pour les soins diagnostics et de 3,0% en soins curatifs. Dans ce contexte, les deux baisses de dépenses estiment de façon conservatrice les avantages liés à l'amélioration de la santé buccodentaire des Québécois. À l'inverse, la hausse projetée des dépenses pour les soins préventifs représente un coût économique auquel doit consentir la société québécoise pour obtenir cette meilleure santé buccodentaire – même si cela profite directement aux hygiénistes dentaires sous forme de revenus accrus. Cela dit, le ratio avantages/coûts pour ces trois seuls effets est nettement avantageux, car les coûts évités seraient 2,4 fois supérieurs aux coûts supplémentaires liés aux soins préventifs.

Avantages liés à la prévention accrue pour la petite enfance

Le Tableau 5.6 présente les résultats d'une revue de littérature sur la prévention accrue des caries en bas âge et la réduction conséquente des coûts en soins buccodentaires curatifs – un autre avantage lié à l'autonomie accrue des hygiénistes dentaires.

Tableau 5.6 Autre avantage : prévention accrue des caries en bas âge[14]

Auteur	Indicateur	Unité	
Savage (2004)		40 %	Diminution des coûts dentaires / 5 ans
Am J Prev Med (2002)		60 %	Diminution des taux de carie dentaire suivant des scellants à l'école
Fine (2012)		54 %	Réduction des coûts dentaires
DentaQuest Institute ECC Initiative		69 %	Réduction des nouvelles caries
Hirsch (2012)		28 %	Réduction des coûts sur 10 ans
Shirtcliff (2012)		30 %	Réduction des coûts 1 an
Ramos-Gomez (1999)		80 %	Réduction des coûts liée à des soins préventifs complets
Médiane		54 %	
		Scénario étudié	
Population pédiatrique 1-9 ans, milliers		812,0	
Proportion estimée (%) bénéficiant déjà d'un dépistage		10,0 %	
Nombre additionnel d'enfants possiblement traités, milliers		4,5	
Coûts annuels, soins dentaires enfants (RAMQ 2016), M $		79,2	
Économie potentielle, coûts en soins dentaires enfants		235 842 $	

La médiane de ces résultats est par la suite calculée : une réduction de 54 % des coûts associés à la prévention accrue des caries en bas âge est observé. Il s'agit ensuite de calculer le nombre additionnel d'enfants susceptibles de bénéficier de ces activités de prévention. Cela est estimé de la façon suivante :

Nombre additionnel d'enfants traités =
Population pédiatrique 1-9 ans x Proportion estimée (%) bénéficiant d'un dépistage
x Taux de croissance (%) du ratio H/D

Selon ces calculs, environ 4 500 enfants de plus pourraient être traités si l'autonomie des hygiénistes dentaires était bonifiée. L'économie potentielle de la prévention des caries en bas âge pour ces enfants est obtenue ainsi :

Coûts annuels, soins dentaires enfants (RAMQ 2016), M $
x Part (%) des enfants additionnels traités dans le total
x Médiane des résultats de la revue de littérature

[14] Sources : Lincoln A et Alerté S, Cost Effectiveness of Preventive Dental Services, Children's Dental Health Project, Issue Brief, April 2013. Liste des références : See citations here: http://www.cdhp.org/resource/cost_effectiveness_preventive_dental_services_0.

= 79,2 M $ x (4 500/812 000) x 54 % = 235 842 $.

L'économie potentielle liée à la prévention des caries en bas âge reliée à l'autonomie accrue des hygiénistes dentaires est d'environ 235 800 $.

Diminution de l'inefficacité économique liée aux contraintes réglementaires du champ d'exercice des hygiénistes dentaires

En plus des effets d'accroissement des soins préventifs et de diminution des soins diagnostiques et curatifs, l'assouplissement de la réglementation en faveur d'une plus grande autonomie de pratique des hygiénistes dentaires est susceptible de favoriser l'efficacité générale de prestation des soins. Toutes choses étant égales par ailleurs, un marché du travail plus libre améliorerait l'accès aux services des hygiénistes dentaires, mais augmenterait aussi la quantité totale de services offerts par tous les professionnels des soins buccodentaires.

Les chercheurs Kleiner et Park ont estimé l'ampleur de ces deux effets. D'abord, ils ont observé que les hygiénistes dentaires pratiquant dans les États leur permettant d'être indépendantes avaient des revenus environ 10 % plus élevés et une croissance de l'emploi 6 % plus élevée qu'autrement; à l'inverse, les dentistes de ces États avaient des revenus et une croissance de l'emploi plus faibles. Lorsque traduite en termes d'impact macroéconomique, ces auteurs ont évalué la perte économique nette associée à ces contraintes réglementaires à environ 1 % de la production totale des services dentaires dans les États où les hygiénistes dentaires doivent être subordonnées au dentiste. Toutefois, l'essentiel de cette perte (87 % du total) est déjà capté dans les estimations des sections précédentes, via la réallocation des dépenses vers les hygiénistes dentaires et les baisses des dépenses pour les autres types de soins. L'autre portion de cette perte est attribuable à l'inefficacité économique des contraintes à l'emploi pour les hygiénistes dentaires, soit environ 13 % du total[15].

Par conséquent, il convient de rajouter aux avantages déjà estimés un montant d'environ 24,7 M $, soit 1 % des dépenses totales en soins buccodentaires au Québec (188 M $) multiplié par 13 % lié à l'inefficacité économique qui diminuerait suivant une autonomie accrue des hygiénistes dentaires du Québec. Fait à noter, il s'agirait alors d'un accroissement général des dépenses en soins dentaires, touchant aussi bien les hygiénistes dentaires que les dentistes et les autres professionnels.

5.2 Coûts quantifiables

Le seul coût quantifiable a été estimé plus haut, au Tableau 5.5.

[15] Dans Kleiner et Park, la portion de 0,08 G $US versus celle de 0,54 à 0,68 G $US liée à la « restriction monopsonique de l'emploi ».

6. Résultats de l'analyse

6.1 Avantages et coûts quantifiables

Le Tableau 6.1 regroupe les résultats précédents de l'analyse avantages-coûts du scénario étudié d'autonomie accrue des hygiénistes dentaires.

Tableau 6.1 Analyse avantages-coûts de l'autonomie accrue des hygiénistes dentaires

Avantages économiques quantifiables	
1. Meilleure santé buccodentaire des Québécois	45 759 585 $
a. Diminution des dépenses curatives	31 831 494 $
b. Diminution des dépenses diagnostiques	13 692 250 $
c. Avantages liés à la prévention accrue pour la petite enfance	235 842 $
2. Diminution de l'inefficacité économique liée aux contraintes réglementaires du champ d'exercice des hygiénistes	24 655 738 $
Avantages économiques quantifiables (= 1. + 2.)	70 415 323 $
Coûts économiques quantifiables	
1. Hausse des coûts de fourniture des soins buccodentaires préventifs	18 866 446 $
Avantages nets quantifiables	
Valeur actualisée nette (= Avantages - Coûts)	**51 548 877 $**
Ratio avantages / coûts	3,7

Le résultat net de cette analyse des avantages et coûts quantifiables est positif. Les avantages nets incluent la somme de la diminution des dépenses diagnostiques et curatives, les économies liées à la prévention accrue pour la petite enfance et la diminution de l'inefficacité économique des règles actuelles, moins la hausse des coûts des services des soins buccodentaires préventifs. **Selon les estimations des avantages et coûts économiques quantifiables, l'accroissement de l'autonomie des hygiénistes dentaires produirait un avantage social net de 51,5 M $, soit un ratio avantages sur coûts nettement positif de 3,7**. Ces avantages nets seraient récurrents par rapport au scénario de référence, car l'autonomie accrue des hygiénistes serait maintenue d'une année à l'autre.

En somme, l'autonomie accrue des hygiénistes dentaires produirait un avantage social net pour le Québec. Les principaux bénéficiaires de ces avantages quantifiables sont la population générale du Québec (accès accrus aux soins buccodentaires préventifs et économies en coûts des soins en général), les enfants et leurs parents (économie additionnelle lies aux soins préventifs, notamment la prévention des caries en bas âges et l'augmentation des nombres d'enfants traités) et les hygiénistes dentaires (hausse de revenus).

Ce résultat doit être apprécié compte tenu des incertitudes et des limites associées à certaines données et variables de calcul, ainsi que des avantages et coûts intangibles du projet. Ces éléments sont abordés aux deux sections suivantes.

6.2 Analyse de sensibilité et limites méthodologiques

L'analyse de sensibilité sert à calculer dans quelle mesure les résultats seraient modifiés suite à des changements dans les principales données ayant permis de les calculer. Moins les résultats varient suivant de tels changements de données, plus ils sont considérés comme étant robustes, donc fiables et susceptibles de se maintenir après de possibles changements démographiques, sociaux ou économiques. Dans le cas présent, la principale source de sensibilité est le ratio H/D (donc, hygiénistes dentaires sur dentistes), qui a un impact direct sur la répartition des dépenses en services de soins dentaires. Quant aux autres variables, la population des ménages évolue de façon lente et plutôt prévisible et le taux d'actualisation n'est pas un enjeu, car l'impact est calculé d'un coup, sur une seule année.

Tableau 6.2 Analyse de sensibilité – Impact de variations du ratio H/D sur les dépenses en soins dentaires

	Hausse H/D - 2 pts %	Hausse H/D + 2 pts %
Dépenses moyennes en soins dentaires par ménage par année	-0,9%	-1,9%
Soins préventifs, pts %	2,7%	5,7%
Examen, rayon X	-2,2%	-4,6%
Autre intervention curative	-1,9%	-4,1%

Lorsque la hausse du ratio H/D varie de plus ou moins 2 points de pourcentage (pts %), les dépenses moyennes en soins dentaires par ménage par année diminuaient à l'intérieur d'un intervalle de -0,9 % à -1,9 %, soit environ ½ pt % de plus ou de moins que la diminution projetée dans le scénario étudié (-1,4 %). Naturellement, les variations par sous-catégorie de dépense sont plus grandes que ce résultat général : [+2,7 % ; +5,7 %] pour les dépenses en soins préventifs; [-2,2 % ; -4,6 %] pour les dépenses diagnostiques; et [-1,9 % ; -4,1 %] pour les interventions curatives. Dans l'ensemble, il s'agit de variations de dépenses relativement modestes et toutes cohérentes avec le scénario étudié. Cela montre que les effets d'une autonomie accrue seraient certes significatifs, mais d'ampleurs somme toute modérées.

Limites méthodologiques

Cette analyse quantitative comporte des limites liées à la qualité des données utilisées (précision, fiabilité, nombre d'années) et aux méthodes employées (analyse statistique), lesquelles peuvent avoir des effets sur la validité des résultats. Entre autres, même si les résultats de l'étude de Moeller (2010), utilisées pour la projection des profils de dépenses en soins buccodentaires (avec et sans prévention) du Québec, sont basés sur un très grand nombre de patients (15 millions) et une analyse statistique rigoureuse, certaines variables ont peut-être été exclues ou non disponibles

et auraient pu contribuer à nuancer les résultats, par exemple l'état initial de la santé buccodentaire des patients. De plus, ces résultats ont été obtenus dans un contexte américain et sur une population de patients différente de la population des ménages du Québec, car notamment plus âgée et en moins bonne santé. Les données canadiennes sur les dépenses des ménages sont des résultats moyens, qui auraient pu être raffinés avec des informations additionnelles sur leur variabilité et leur ventilation à travers différentes catégories de patients.

Néanmoins, les conclusions précédentes demeurent valides et robustes, même au regard de ces limites, qui ont pu affecter les résultats positivement ou négativement, quoique sans source apparente de biais favorable ou défavorable.

6.3 Discussion sur les effets intangibles

Les effets intangibles du projet ont été identifiés à la section 4.3 de ce rapport. Ils sont significatifs et influencent aussi bien le côté des avantages que celui des coûts.

Les avantages intangibles incluent :

- la réduction des autres coûts de santé liés à des maladies buccodentaires;
- les impacts nets positifs sur l'emploi et l'activité économique;
- les effets bénéfiques pour les personnes âgées, notamment la réduction de coût en hébergement et qualité de vie liée aux personnes en perte d'autonomie.

Un seul coût intangible a été identifié, soit :

- la possibilité d'un sur-référencement des patients aux dentistes de la part des hygiénistes dentaires, ce qui peut conduire à un gaspillage de ressources et un suivi imparfait de ces références.

Il convient également de rappeler que la littérature scientifique conclut qu'aucune preuve ne soutient l'hypothèse que la non-supervision du dentiste pose des risques significatifs à la santé des patients.

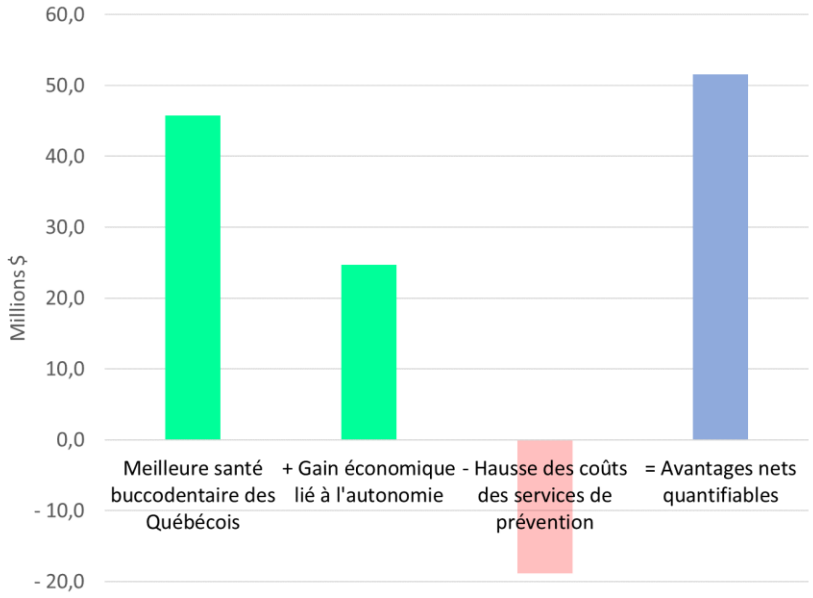
Compte tenu de la nature et de l'importance que représentent ces effets économiques intangibles de part et d'autre, il est logique de croire que les avantages intangibles liés l'autonomie accrue des hygiénistes dentaires seraient au moins aussi importants que les coûts intangibles. Par conséquent, le fait que globalement, ces effets intangibles constituent sans doute un avantage net pour l'économie contribue à renforcer les conclusions de l'analyse quantitative précédente.

7. Conclusion

Cette étude a évalué l'avantage économique net d'un scénario d'accroissement de l'autonomie de pratique des hygiénistes dentaires du Québec.

Selon les estimations des avantages et coûts économiques quantifiables, **le projet produirait un avantage social net de 51,5 M $ et un ratio avantages-coûts de 3,7.** Ces avantages nets quantifiables seraient récurrents par rapport au scénario de référence, car l'autonomie serait alors établie et générerait ces avantages année après année. Toutefois, il faudrait vraisemblablement quelques années avant qu'ils se matérialisent pleinement, le temps de mettre en place et d'internaliser un nouveau cadre réglementaire pour tous les professionnels concernés et que les patients s'adaptent en conséquence de ce nouvel environnement de prestation de services.

Figure 1. Avantages, coûts et avantages nets quantifiables d'une autonomie accrue des hygiénistes dentaires du Québec



Plus spécifiquement, l'analyse avantages-coûts a permis de quantifier les avantages économiques suivants de l'autonomie accrue :

- Meilleure santé buccodentaire des Québécois : 45,8 M $, comprenant trois avantages :
  - Diminution des dépenses curatives : 31,8 M $
  - Diminution des dépenses diagnostiques : 13,7 M $
  - Avantages liés à la prévention accrue pour la petite enfance : 235 842 $

- Diminution de l'inefficacité économique liée aux contraintes réglementaires du champ d'exercice des hygiénistes : 24,6 M $

En contrepartie, les coûts quantifiés du projet seraient :

- Hausse des coûts des soins buccodentaires préventifs
    - Hausse des coûts de fourniture des soins buccodentaires préventifs : 18,9 M $

L'analyse de sensibilité des résultats montre qu'en faisant varier la croissance projetée du ratio H/D, on obtient des variations de dépenses modestes et cohérentes avec le scénario étudié, ce qui montre que les effets d'une autonomie accrue seraient certes significatifs, mais d'ampleurs somme toute modérées.

Les effets intangibles du projet sont significatifs et influencent aussi bien le côté des avantages que celui des coûts. Compte tenu de la nature et de l'importance que représentent ces effets économiques intangibles de part et d'autre, il est logique de croire que les avantages intangibles liés l'autonomie accrue des hygiénistes seraient au moins aussi importants que les coûts intangibles. Par conséquent, cela contribue à renforcer les conclusions de l'analyse quantitative.

Annexe 1

Analyse comparative de l'autonomie des hygiénistes dentaires : Québec, Ontario et Alberta

Tableaux fournis par l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec
et préparés par Susan Badanjak, H.D., M. Sc. (HD),
responsable du développement de la profession

Les hygiénistes dentaires – Profil canadien
QUÉBEC

Encadrement
Code des professions, RLRQ c. C-26, art. 36 k)

Pour utiliser le titre d'hygiéniste dentaire ou les initiales « H.D. », une personne doit être inscrite au tableau de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec.

Champ descriptif
Code des professions, RLRQ c. C-26, art. 37 k)

Tout membre de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec peut exercer les activités professionnelles suivantes en outre de celles qui lui sont autrement permises par la loi :
Dépister les maladies bucco-dentaires, enseigner les principes de l'hygiène buccale et, sous la direction d'un dentiste, utiliser des méthodes scientifiques de contrôle et de prévention des affections bucco-dentaires.

Les actes réservés aux dentistes qui peuvent être posés par les hygiénistes
Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires, RLRQ c. D-3, r. 3

L'hygiéniste dentaire peut, dans un cabinet dentaire, poser les actes bucco-dentaires mentionnés à l'annexe I, sous réserve des conditions et restrictions :

- Appliquer topiquement une substance désensibilisante tel un vernis ou un ciment adhésif.
- Insérer et sculpter les matériaux obturateurs.
- Rassembler et recueillir les informations quant aux tests de vitalité de la pulpe.
- Enlever les points de suture.
- Placer un pansement provisoire obturateur, sans fraisage, lorsque la pulpe n'est pas exposée.
- Poser et enlever les attaches d'orthodontie.
- Enlever les pansements parodontaux.
- Cimenter les mainteneurs d'espace.
- Procéder au détartrage supra et sous gingival y compris au polissage de la partie exposée de la racine.
- Prendre des radiographies.

Le bureau de l'Ordre des dentistes du Québec est chargé de veiller à l'application du présent règlement, en évalue périodiquement le contenu et consulte à ce sujet l'Ordre professionnel des hygiénistes dentaires du Québec; il reçoit et étudie dans les meilleurs délais toute demande de modification à y apporter.

Conditions reliées à la pratique des actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires
Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires,
RLRQ c. D-3, r. 3

Dans le présent règlement, on entend par :

«cabinet dentaire» ou «cabinet» : le lieu où un dentiste dispense ses services professionnels;
«hygiéniste dentaire» : une personne inscrite au tableau de l'Ordre professionnel des hygiénistes dentaires du Québec.

- Avant de laisser un hygiéniste dentaire poser un acte mentionné dans l'Annexe I du Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires, le dentiste doit s'assurer que l'hygiéniste dentaire possède les connaissances et la préparation suffisantes pour le poser.
- Le dentiste doit enjoindre à l'hygiéniste dentaire de ne plus poser les actes mentionnées dans l'Annexe I du Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires, si ce dernier ne respecte pas les conditions prescrites au présent règlement.
- Le dentiste doit examiner le patient, poser le diagnostic et établir le plan de traitement avant de permettre à un hygiéniste dentaire de poser les actes 1 à 9 mentionnés dans l'Annexe I du Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires.
- Le dentiste doit examiner le patient avant de permettre un hygiéniste dentaire de poser l'acte 10 mentionné dans l'Annexe I du Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires.
- Le dentiste doit s'assurer, avant que le patient ne quitte son cabinet, de l'exécution et de la qualité de l'acte posé par l'hygiéniste dentaire.

Formation initiale et continue
Code des professions, RLRQ c. C-26, art. 42, 62.0.1 (6) et 94 al.1 o)
Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels, c. C-26, r. 2, art. 2.01
Règlement sur les autorisations légales d'exercer la profession d'hygiéniste dentaire hors du Québec qui donnent ouverture au permis de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, RLRQ c. C-26, r. 137
Règlement sur les normes d'équivalences de diplôme et de la formation pour la délivrance d'un permis de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, RLRQ c. C-26, r. 144

Sous réserve des autres conditions et modalités prévues au Code des professions :

- Le diplôme d'études collégiales en techniques d'hygiène dentaires donne ouverture au permis délivré par l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec.
- Les candidats d'autres provinces canadiennes peuvent accéder au permis de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec selon les conditions prévues à l'accord de reconnaissance mutuelle (ARM) intervenu entre les provinces canadiennes.
- Les candidats étrangers peuvent se voir reconnaître une équivalence totale ou partielle de leur diplôme ou de leur formation, en vue de la délivrance d'un permis de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec.

- En vertu de la politique de formation continue obligatoire de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, les hygiénistes dentaires ont l'obligation de participer à de la formation continue et de perfectionnement afin de maintenir leurs connaissances et leurs compétences professionnelles.

Les hygiénistes dentaires – Profil canadien
ALBERTA

Encadrement

Pour exercer la profession, les hygiénistes dentaires doivent s'inscrire et détenir un permis de pratique délivré par le Collège des hygiénistes dentaires enregistrés de l'Alberta.

Champ descriptif (*Health Professions Act*, R.S.A 2000, c. H-7, schedule 5, art.3)
Dans leur pratique, les hygiénistes dentaires :

- évaluent, diagnostiquent et traitent la santé buccodentaire en fournissant des services thérapeutiques, éducatifs et préventifs en hygiène dentaire et des stratégies pour promouvoir le bien-être;
- exercent les activités réservées autorisées par la réglementation, et
- fournissent les services décrits dans cette section à titre de clinicien, enseignant, chercheur, administrateur, agent de promotion de la santé ou consultant.

Les activités autorisées réservés (art. 13(1) et 13(2) du *Dental Hygienist Profession Regulation*, Alta. Reg. 255/2006)

Les membres sont autorisés, dans le cadre de l'exercice de l'hygiène dentaire et conformément aux standards de pratique approuvés par le Conseil, à exercer les activités réservées suivantes :

a) de couper un tissu corporel, d'administrer toute substance par une méthode invasive sous le derme, de pratiquer une procédure chirurgicale ou une autre procédure invasive sous le derme, sous la surface des muqueuses, sous la surface des dents, y compris le détartrage des dents, mais dans tous les cas, aux fins d'évaluer et de traiter les conditions buccodentaires, et non pas aux fins de réaliser une intervention restauratrice à caractère permanent;

b) introduire ou retirer des instruments, des appareils, des doigts ou une main au-delà du pharynx pour l'examen des tissus mous;

c) réduire des luxations de l'articulation temporo-mandibulaire aux fins de réduire une subluxation de l'articulation temporo-mandibulaire;

d) prescrire les médicaments suivants inscrits à l'annexe 1 de l'annexe 7.1 du « Government Organization Act », à des fins de traitements des conditions buccodentaires, de prophylaxie ou d'intervention d'urgence :
   - antibiotiques,
   - agents antifongiques,
   - agents anti-infectieux,
   - agents antiviraux,
   - broncho-dilatateurs,
   - épinéphrine,
   - fluorure,
   - pilocarpine,
   - corticostéroïdes topiques

e) mélanger, fournir pour la vente ou vendre, dans le cadre de la pratique d'hygiène dentaire, un médicament de l'annexe 1 ou de l'annexe 2 au sens de l'annexe 7.1 du « Government Organization Act ».

f) demander ou utiliser toute forme de radiation ionisante en radiologie médicale.

Selon un document disponible sur le site Internet du Collège des hygiénistes dentaires enregistrés de l'Alberta[9] pouvant être assimilé à un guide d'application, plusieurs des activités exercées par les hygiénistes dentaires ne sont pas des activités réservées : examen intra-oral, diagnostic d'hygiène dentaire, application de fluorure, prise d'empreintes, etc.

[9]College of Registered Dental Hygienists of Alberta, Restricted Activities Authorization, mis à jour en février 2013

Toujours selon ce même guide, les activités réservées et autorisées énoncées à l'article 13 du *Dental Hygienists Profession Regulation* comportent les éléments suivants :

- Pour l'évaluation et le traitement des conditions buccodentaires (13(1)a)) :

  - Le sondage parodontal;
  - Le débridement parodontal incluant le détartrage, le surfaçage radiculaire et le curetage manuel ou à l'aide d'instruments mécaniques des tissus mous;
  - L'irrigation gingivale;
  - L'application d'agents antimicrobiens dans le sulcus gingival;
  - L'installation de pansements;
  - Le polissage par jet d'air avant d'appliquer un scellant;
  - L'installation de restaurations temporaires, sans la préparation de la cavité (coupe);
  - L'administration d'un anesthésique local par injection ou par infiltration (après avoir suivi un cours approuvé par le Conseil).

- En ce qui concerne les interventions relatives aux restaurations permanentes (13(2) c)), cela n'inclut pas la préparation de la cavité (coupe). Elles incluent cependant la pose, la sculpture et la finition de la restauration permanente en amalgame ou en composite, et ce, une fois la cavité préparée par un dentiste.

- En matière de radiologie (13(1) f)), l'hygiéniste dentaire peut prescrire, exposer et interpréter des radiographies intra-oral et extra-oral dans le cadre de l'exercice de sa profession.

Sous réserve d'avoir suivi une formation additionnelle, le membre peut utiliser le laser dans le cadre de sa pratique, c'est-à-dire lors d'un blanchiment des dents et d'une thérapie parodontale. Le membre peut aussi posséder des équipements de radiologie et des lasers. Il doit alors se conformer aux normes législatives et réglementaires en vigueur.

Conditions reliées à la pratique des activités

Outre les conditions générales d'admission à la profession, il n'y a pas de condition de lieu d'exercice, de supervision du dentiste ou d'examen préalable.

L'hygiéniste dentaire est également autorisé à exercer les activités suivantes, en autant qu'il ait complété et maintenu à jour la formation avancée exigée et d'être inscrit sur la liste prévue à cet effet (article 13 (2) du *Règlement*) :

- prescrire ou administrer de l'oxyde nitreux pour des fins de sédation;
- en collaboration avec un dentiste, ajuster un appareil orthodontique ou périodontique dans le cadre d'un ajustement préliminaire;
- en collaboration avec un dentiste, pratiquer des interventions chirurgicales ou d'autres interventions invasives sous la surface des dents ans le cadre de l'exécution de procédures de restaurations permanentes.

L'exercice des activités suivantes est également assujetti à certaines exigences spécifiques du Collège[10]. C'est ainsi que :

- l'administration d'une anesthésie orale par injection ou par infiltration (visée à l'article 13(1)a) du *Règlement*) peut être effectuée par le membre à la condition qu'il ait complété avec succès une formation reconnue et obtenu un certificat du CRDHA;
- la prescription de médicaments (visée à l'article 13(1) d) du *Règlement*) peut être effectuée par le membre à la condition qu'il ait suivi avec succès un cours de mise à jour de ses connaissances. Par la suite, un numéro de prescripteur lui sera délivré et il sera inscrit sur un tableau contenant les noms des membres qualifiés pour exercer cette activité;
- l'utilisation de laser (13(1) f)) est soumise à une formation théorique et clinique appropriée.

[10]College of Registered Dental hygienists of Alberta, Restricted Activities Authorization, mis à jour en février 2013

Formation initiale et continue (article 17 du *Dental Hygienists Profession Regulation*)

L'inscription et la délivrance du permis de pratique sont soumises à la réussite d'une formation reconnue par le Collège. Des normes d'équivalence de diplôme ou de formation permettant également aux candidats des autres provinces ou aux candidats étrangers d'accéder au permis.

Pour la délivrance du permis, le Collège exige également la détention de la certification délivrée par le National Dental Hygienist Certification Board à la suite d'un examen.

Une formation continue obligatoire de 45 crédits sur une période de trois ans est exigée ainsi qu'un minimum de 600 heures de pratique. Les activités de formation admissibles à la reconnaissance de crédits sont prévues au règlement.

Les hygiénistes dentaires – Profil canadien
ONTARIO

Encadrement
Pour exercer la profession, les hygiénistes dentaires doivent être inscrits à l'Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario.

Champ descriptif (article 3 de la *Loi de 1991 sur les hygiénistes dentaires*, L.O. 1991, chap 22)
L'exercice de l'hygiène dentaire consiste dans l'évaluation des dents et des tissus adjacents et leur traitement par des moyens préventifs et thérapeutiques et, dans la prestation d'actes et de soins de restauration et d'orthodontie.

Les actes autorisés réservés (article 4 de la *Loi de 1991 sur les hygiénistes dentaires*, L.O. 1991, chap. 22)
Dans l'exercice de l'hygiène dentaire, un membre est autorisé, sous réserve des conditions et restrictions dont est assorti son certificat d'inscription, à accomplir les actes suivants : ▪ Le détartrage des dents et le polissage des racines, y compris le curetage des tissus avoisinants; ▪ Des actes d'orthodontie et de restauration; ▪ La prescription, la préparation, la composition ou la vente des médicaments désignés dans les règlements.

[11]Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario, « Normes de pratique pour accomplir des actes autorisés de sa propre initiative », *Normes de pratique*, 29 août 2007.

Si un membre n'est pas approuvé pour accomplir l'acte autorisé de sa propre initiative, il doit alors procéder au détartrage, au polissage des racines et au curetage en vertu d'une ordonnance. Celle- ci doit être fournie par le dentiste avant le début du traitement par l'hygiéniste dentaire et le dentiste n'a pas à superviser l'hygiéniste ni à être présent sur les lieux lorsque les soins sont dispensés. Une telle ordonnance peut être verbale ou écrite, individuelle ou collective (protocole)[12].

Le membre effectue le détartrage et le polissage des racines, y compris le curetage des tissus avoisinants, conformément aux exigences prescrites dans les règlements et il peut les accomplir, selon le cas :

- de sa propre initiative, si aucune des contre-indications prescrites dans les règlements relativement à leur accomplissement n'est présente et qu'il cesse de les accomplir lorsque l'une d'entre elles est présente;
- si un membre de l'Ordre royal de chirurgiens-dentistes de l'Ontario l'ordonne.

Selon l'article 7 de l'*Ontario Regulation* 218/94, Part III, le membre ne pourra pas effectuer le détartrage des dents et le polissage des racines si le patient se trouve dans l'une des situations suivantes et qu'il n'a pas obtenu l'autorisation d'un médecin et/ou dentiste :

- Un problème cardiaque pour lequel une prophylaxie antibiotique est recommandée dans les lignes directrices de l'American Heart Association, à moins que le membre ait consulté le médecin du patient, le dentiste ou l'infirmière praticienne et conclu qu'il était approprié d'effectuer l'intervention si le patient a pris la médication prescrite;
- Une situation pour laquelle une prophylaxie antibiotique est recommandée ou nécessaire;

- Une condition de santé générale ou bucco-dentaire instable susceptible d'affecter la sécurité du traitement;
- Un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie en cours;
- Une baisse significative du système immunitaire en raison d'une maladie, de médicaments ou de traitements;
- Tout trouble sanguin;
- Une tuberculose active;
- Une dépendance à la drogue ou à l'alcool suffisamment sévère pour être susceptible d'affecter la sécurité du traitement
- Un risque élevé d'endocardite infectieuse;
- Une condition de santé générale ou bucco-dentaire avec laquelle le membre n'est pas familier ou qui risque 'affecter la sécurité du traitement;
- Un médicament ou une combinaison de médicaments ave lequel le membre n'est pas familier ou qui risque d'affecter la sécurité du traitement.

Le membre ne doit pas accomplir de actes d'orthodontie ou de restauration, à moins qu'un membre de l'Ordre royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario ne l'ordonne (article 5 (2) de la *Loi de 1991*).

Le membre est autorisé à prescrire, à préparer, ou à vendre des médicaments en autant qu'il respecte les règlements (article 5 (2.1) de la *Loi de 1991*) La prescription de deux médicaments, soit la chlorhexedine et le fluorure est permise. Par contre, le fluorure est un produit de santé naturel et ne requiert aucune ordonnance.

En vertu de la *Loi sur la protection contre les rayons X* (L.R.O 1990, chap.H.2), l'hygiéniste dentaire peut faire fonctionner un appareil de rayon X à la condition que l'irradiation ait été prescrite par un médecin, un dentiste ou un autre professionnel identifié dans la loi (art. 5 et 6 de cette Loi).

[12] Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario, « Accomplissement des actes autorisés de sa propre initiative et utilisation des ordonnances dans le cabinet dentaire », *Ligne directrice*.

Formation initiale et continue

L'inscription est soumise à la réussite d'une formation dispensée par un établissement accrédité par la Commission de l'agrément dentaire du Canada ou l'American Dental Association Commission ou Dental Accreditation. Des normes d'équivalence de diplôme ou de formation permettent également aux candidats des autres provinces ou aux candidats étrangers d'accéder au permis.

La détention de la certification délivrée par le National Dental Hygienist Certification Board à la suite d'un examen est exigée des candidats.

En vertu de l'article 19 de l'*Ontario Regulation*, les hygiénistes dentaires ont l'obligation de participer à de la formation continue et de perfectionnement professionnel afin de maintenir leurs connaissances, leurs compétences et leur jugement.

ANNEXE IV

DÉFINITIONS DES NIVEAUX DE PRÉVENTION PRIMAIRE, SECONDAIRE ET TERTIAIRE

Définitions des niveaux de prévention primaire, secondaire et tertiaire, selon la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa (2017) :

- **La prévention primaire** cherche à protéger la santé et à prévenir l'apparition de maladies, en plus de viser la réduction de l'incidence de la maladie. Elle comprend la protection contre les répercussions découlant de l'exposition à un agent pathogène comme la vaccination contre les pathogènes infectieux. La prévention primaire peut être élargie de façon à s'appliquer aux facteurs de risque tels que l'obésité ou fumer la cigarette. Elle englobe les interventions qui sont mises en œuvre avant la preuve de la présence d'une maladie ou d'une blessure. La stratégie consiste à retirer les facteurs de causalité (réduction du risque), ce qui, en un sens, chevauche le but de la promotion de la santé. La prévention primaire inclut tant les efforts individuels que ceux déployés à l'échelle communautaire. [...]

- **La prévention secondaire** cherche à déceler une maladie le plus tôt possible, avant la manifestation des symptômes, de façon à pouvoir intervenir pour ralentir ou arrêter sa progression : « dépistage précoce ». Cela comprend l'utilisation de tests de dépistage ou d'autres procédures appropriées en vue de déceler une maladie grave le plus tôt possible, en vue de permettre l'arrêt de son évolution et, si possible, son éradication. Le dépistage est une partie centrale de la prévention secondaire parce que ce processus permet, à l'aide d'analyses qui peuvent être appliquées rapidement et à grande échelle, de détecter une maladie ou des malformations qui, autrement, passeraient inaperçues. Les tests de dépistage apportent une distinction entre les gens qui semblent en santé et ceux qui sont probablement atteints de la maladie. Le dépistage n'est qu'un examen préliminaire et requiert habituellement un suivi d'analyse et un traitement appropriés. [...]

- **La prévention tertiaire** désigne les interventions visant l'arrêt de la progression d'une maladie établie et le contrôle de ses répercussions défavorables, en l'occurrence atténuer l'incapacité et le handicap, minimiser la souffrance causée par les manquements actuels à la bonne santé et promouvoir l'adaptation du patient aux effets irrémédiables. « Minimiser les conséquences » : cela constitue un prolongement du concept de prévention dans le domaine de la réadaptation.

Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec

606, rue Cathcart, bureau 700
Montréal (Québec) H3B 1K9

514 284-7639
www.ohdq.com