
Projet de loi n° 29

Consultations particulières 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

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE EXECUTIF.....	1
INTRODUCTION.....	2
1. Présentation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec.....	2
2. L'interaction entre les pratiques dentaire et médicale : perspective historique et enjeux actuels.....	2
2.1 Champ d'exercice de la médecine prévu à la <i>Loi médicale</i>	3
2.2 L'ambiguïté de l'article 26 de la <i>Loi sur les dentistes</i>	5
2.3 Le processus de révision des lois du domaine buccodentaire mené par l'Office des professions	6
2.4 Les modifications apportées au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie.....	8
3. Projet de loi 29 – Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées : une réponse inadéquate.....	9
3.1 La conservation de l'expression « tissus avoisinants » : source d'incertitude et de risques pour la santé	10
3.2 L'ajout du terme « maladies » : un élargissement problématique de l'art dentaire et un risque pour la santé	13
3.3 Le court-circuitage des solutions proposées par le réseau de la santé et le développement d'un système de soins privé parallèle et l'impact sur les coûts du réseau de la santé	15
4. Les solutions proposées par la FMSQ : la nécessité d'analyser l'impact sur la santé des Québécois(es) et le réseau de la santé avant de légiférer	16

SOMMAIRE EXECUTIF

La FMSQ considère que le Projet de loi constitue une réponse inadéquate quant à l'incertitude actuelle régnant entre les frontières de l'art dentaire et de la médecine et qu'il pave la voie à un élargissement dangereux de la pratique dentaire en permettant aux dentistes de ne plus seulement traiter des déficiences localisées à leur aire de compétence.

Le Projet de loi n'aborde pas l'ambiguïté actuelle contenue à l'article 26 de la *Loi sur les dentistes* entourant la notion de « tissus avoisinants » et propose aussi d'élargir le champ d'exercice de l'art dentaire en ajoutant la notion de traitement de « maladies », ce qui pose un enjeu majeur pour la qualité des soins dispensés aux Québécois et Québécoises. Le Projet de loi n'aborde pas les problèmes actuels entourant la dispensation par les dentistes, et plus particulièrement les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux, de traitements visant des déficiences affectant le nez, le cou, les voies respiratoires et le visage, et ce, alors que ces régions ne relèvent pas de la santé buccodentaire.

Ces régions sont plutôt au cœur de la formation de plusieurs spécialités médicales, soit : l'oto-rhino-laryngologie et la chirurgie cervico-faciale, la chirurgie plastique et la dermatologie. Ces spécialistes ont une formation beaucoup plus étoffée qu'un chirurgien maxillo-facial ou un chirurgien-dentiste. Au surplus, ces derniers ne sont pas assujettis à la même réglementation stricte que celle applicable aux médecins pour les mêmes traitements dispensés dans un centre médical spécialisé.

L'élargissement de l'art dentaire actuellement envisagé aura également comme conséquence de créer un système privé de santé en ce que plusieurs dentistes pourront dans les faits facturer aux patients les services dentaires qu'ils offrent alors que ces services sont par ailleurs assurés s'ils sont dispensés par un médecin.

L'absence de participation de représentants de la profession médicale au processus d'élaboration du Projet de loi mené par l'Office des professions démontre que les considérations entourant la sécurité des Québécois et des Québécoises sur le plan médical n'ont pas été considérées. La préparation de l'article 35 du Projet de loi ne constitue donc pas le fruit d'une réelle réflexion interdisciplinaire et d'une évaluation de l'impact des changements proposés sur la santé des Québécois et Québécoises.

Ainsi, la FMSQ recommande que l'article 35 du Projet de loi soit retiré afin qu'un comité interdisciplinaire, réunissant des représentants des professions médicale et dentaire, soit formé sous la supervision de l'Office des professions afin de soumettre une recommandation commune et mieux cerner la portée de la pratique de l'art dentaire. Il est primordial qu'une évaluation approfondie de l'impact de l'élargissement de l'art dentaire sur la sécurité et la qualité des soins offerts aux Québécois et Québécoises soit menée, et ce, en présence, cette fois-ci, de l'ensemble des parties prenantes, incluant le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Recommandations de la FMSQ

- Retirer l'article 35 du Projet de loi et créer un comité interdisciplinaire qui réunira des représentants des professions médicale et dentaire;
- Clarifier l'article 26 entourant la notion de « tissus avoisinants » qui propose d'élargir le champ d'exercice de l'art dentaire en ajoutant la notion de traitement de « maladies ».

INTRODUCTION

La Fédération des médecins spécialistes du Québec (« **FMSQ** ») dépose le présent mémoire dans le cadre des consultations particulières menées par le gouvernement du Québec (« **Gouvernement** ») eu égard au Projet de loi 29 déposé par Mme Sonia LeBel, ministre de la Justice et ministre responsable des Relations canadiennes et de la Francophonie canadienne (« **Ministre** ») et intitulé : *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées* (« **Projet de loi** »).

La FMSQ souligne que le présent mémoire traite de la modification proposée par la Ministre à l'article 35 de son projet de loi qui modifierait l'article 26 de la *Loi sur les dentistes*.

Notons que la FMSQ partage l'opinion de l'Office des professions (« **Office** ») et de l'Ordre des dentistes du Québec (« **ODQ** ») quant au fait que la *Loi sur les dentistes* doit être modernisée. La solution envisagée n'est cependant pas la même.

1. Présentation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec

La FMSQ regroupe plus de 10 000 médecins œuvrant dans une des 59 spécialités médicales. Seule interlocutrice reconnue par le gouvernement pour représenter tous les médecins spécialistes du Québec, la FMSQ collabore étroitement avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (« **MSSS** ») dans divers dossiers.

La FMSQ participe activement à l'élaboration des grandes orientations gouvernementales en matière de dispensation des soins en médecine spécialisée, collabore au développement et à la mise en place de nouveaux services et s'assure que les autorités sont adéquatement informées des problématiques propres à chaque spécialité médicale pour qu'elles soient résolues dans l'intérêt des patients.

Traitant tous les types de clientèles et toutes les maladies, les médecins spécialistes du Québec sont aux premières loges pour poser un regard objectif sur l'organisation et le fonctionnement du système public de santé ainsi que pour juger de l'état de santé de la population dans une perspective globale et intégrée.

La mission de la FMSQ est de défendre et de soutenir les médecins spécialistes, tout en favorisant des soins et des services de qualité pour la population québécoise. Cette mission ne peut s'accomplir pleinement sans une participation aux décisions entourant l'organisation des soins de santé.

2. L'interaction entre les pratiques dentaire et médicale : perspective historique et enjeux actuels

Bien que la définition du champ d'exercice de l'art dentaire ne constitue qu'un des nombreux volets abordés par le Projet de loi qui vise avant tout à déléguer davantage d'actes des dentistes vers les autres professions du domaine buccodentaire, elle se retrouve néanmoins au cœur d'un important débat en matière de sécurité et de qualité des soins offerts aux Québécois et Québécoises.

Depuis maintenant quelques années, alors que la *Loi sur les dentistes* ne le permettait pas, la profession dentaire et, plus particulièrement, les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux (« **chirurgiens maxillo-faciaux** ») se sont donné le droit d'excéder sans autorisation du législateur leur champ d'exercice autorisé. Comme il sera démontré, le présent Projet de loi ne constitue pas qu'une simple modernisation ou reconnaissance des compétences des dentistes, mais plutôt une refonte complète du rôle d'un dentiste au Québec dans le continuum de soins.

2.1 Champ d'exercice de la médecine prévu à la *Loi médicale*

La *Loi médicale*¹ prévoit ce qui constitue l'exercice de la médecine :

31. L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé chez l'être humain en interaction avec son environnement, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes.

Dans le cadre de l'exercice de la médecine, les activités réservées au médecin sont les suivantes :

1°diagnostiquer les maladies;

2°prescrire les examens diagnostiques;

3 utiliser les techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;

4°déterminer le traitement médical;

5 prescrire les médicaments et les autres substances;

6°prescrire les traitements;

7°utiliser les techniques ou appliquer les traitements, invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques;

8°exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques;

9 effectuer le suivi de la grossesse et pratiquer les accouchements;

10°décider de l'utilisation des mesures de contention;

11°décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (chapitre S-5);

12°administrer le médicament ou la substance permettant à une personne en fin de vie d'obtenir l'aide médicale à mourir dans le cadre de l'application de la *Loi concernant les soins de fin de vie* (chapitre S-32.0001).

¹ *Loi médicale*, L.R.Q., c. M-9 (**voir onglet 1**)

Dans *Collège des médecins c. Galipeau*², l'honorable François Tôth, j.c.s., rappelle la portée à donner à l'article 31 de la *Loi médicale* :

13. Comme la *Loi médicale* établit le champ d'exercice exclusif d'une profession, elle doit recevoir une interprétation stricte. Ce principe d'interprétation stricte des dispositions législatives octroyant des monopoles d'exercice destinés à protéger le public a été émis dans l'arrêt *Pauzé c. Gauvin* et repris dans les arrêts *Laporte c. Collège des pharmaciens de la province de Québec* et *Goulet c. L'Ordre des comptables agréés du Québec*.

14. Ce principe d'interprétation stricte s'est toujours accompagné du souci des tribunaux de ne pas restreindre indûment la liberté de travail même en matière professionnelle. On a considéré en conséquence que tout ce qui n'est pas exclusivement réservé peut être fait par tous ceux qui ne font pas partie des associations fermées et contrôlées. Ce principe d'interprétation stricte ne doit pas masquer la proposition inverse : ce qui est exclusivement réservé aux professionnels ne peut pas être fait par un non-professionnel. Autrement, on perd de vue l'objet de la loi.

15. Les lois encadrant l'exercice d'une profession visent la protection du public. Ce sont des lois d'ordre public de protection. Lorsque la loi prévoit qu'une personne doit satisfaire des exigences académiques et professionnelles pour pouvoir poser certains actes réservés, c'est parce que le législateur estime que des connaissances et des compétences particulières sont nécessaires afin que l'acte posé le soit correctement et de façon compétente afin qu'aucun préjudice ne soit causé au client.

(notre soulignement)

L'interaction entre la *Loi médicale* et les autres lois régissant les professionnels de la santé a été expliquée avec acuité par la juge Côté, alors à la Cour supérieure, dans *Dubord-Bois c. Corporation professionnelle des médecins du Québec* :

20. Bien que la jurisprudence semble constante à l'effet que les statuts et lois créant des monopoles professionnels doivent être interprétés restrictivement, la seule lecture des dispositions limitant l'exercice de ces champs professionnels nous oblige à constater que le législateur a employé des termes très larges.

21. Ainsi, le médecin peut poser tout acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience de la santé d'un être humain (art. 31). Ce dernier a, de façon générale, juridiction sur le corps humain entier alors que d'autres professionnels pourront poser des actes spécifiques prévus dans les lois régissant leurs professions respectives.

22. On retrouve à l'annexe I du *Code des professions* ces autres professions d'exercice exclusif telles que: les dentistes, les optométristes, les chiropraticiens, les podiatres, les acupuncteurs, les infirmières.

23. Ces derniers peuvent poser les actes expressément accordés par leur loi habilitante qui délimite leurs champs respectifs d'exercice, d'où la réserve prévue à l'art. 43 de la *Loi médicale*.

² *Collège des médecins c. Galipeau*, 2008 QCCS 2983 aux paras 13-15 (**voir onglet 2**)

24. Cependant, en prévoyant les réserves en faveur d'autres professionnels, le législateur les a spécifiquement restreintes aux actes expressément accordés par la loi. Ainsi, un professionnel ne peut être poursuivi pour avoir posé les actes expressément décrits dans la loi régissant sa profession, mais il ne peut se prévaloir de l'interprétation libérale des actes qui relèvent de l'exercice de sa profession pour empiéter sur le domaine réservé aux autres professionnels.³

(notre soulignement)

La pratique de l'art dentaire doit ainsi s'interpréter comme étant une forme de « réserve » législative du spectre des activités générales de la profession médicale.

2.2 L'ambiguïté de l'article 26 de la *Loi sur les dentistes*

Depuis quelques années, certains dentistes s'autorisent à poser des actes exclusivement réservés aux médecins en exploitant une ambiguïté que recèle la définition de leur champ de pratique contenue à la *Loi sur les dentistes*.

L'article 26 de la *Loi sur les dentistes* prévoit ce qui suit⁴ :

26. Constitue l'exercice de l'art dentaire tout acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience des dents, de la bouche, des maxillaires ou des tissus avoisinants chez l'être humain.

Cette référence aux « tissus avoisinants » est ambiguë et ouvre la porte à des interprétations diverses quant au degré de proximité de certains tissus afin d'être considérés comme étant « avoisinants ». Ce terme revêt une portée fort différente, à titre d'exemple, du mot « attenants ».

Soulignons aussi la définition de leur champ de spécialité, non pas contenue à la *Loi sur les dentistes*, mais au *Règlement sur les spécialités et les conditions et modalités de délivrance des certificats de spécialiste de l'Ordre des dentistes*⁵ (« **Règlement sur les spécialités dentaires** »). Cette définition prévoit ce qui suit :

1. L'Ordre reconnaît les spécialités suivantes :

1° «chirurgie buccale et maxillo-faciale»: la spécialité de la médecine dentaire ayant pour objet le diagnostic, le traitement et la correction chirurgicale de toute maladie, blessure, déficience ou malformation acquise ou congénitale nécessitant une intervention sur les aspects fonctionnels et esthétiques de la cavité buccale et du complexe maxillo-facial;

(notre soulignement)

Alors que l'article 26 de la *Loi sur les dentistes* ne traite pas de la notion de « maladie », le *Règlement sur les spécialités dentaires*, préparé par l'ODQ, va plus loin et dépasse le cadre autorisé. Les dentistes, par l'entremise du conseil d'administration de leur ordre, ont empiété sur la portée de la *Loi médicale*, et ce, sans que le législateur ait analysé au

³ *Dubord-Bois c. Corporation professionnelle des médecins du Québec*, J.E. 98-72 (C.S.) (désistement en appel, 500-10-001189-974, C.A., 1999-01-12,) aux paras 20-24 (**voir onglet 3**)

⁴ *Loi sur les dentistes*, L.R.Q., c. D-3 (**voir onglet 4**)

⁵ *Règlement sur les spécialités et les conditions et modalités de délivrance des certificats de spécialiste de l'Ordre des dentistes du Québec*, c. D-3, r.14 (**voir onglet 5**)

préalable l'impact potentiel sur la santé des Québécois et Québécoises de pareil élargissement.

Plusieurs dentistes et, plus particulièrement, les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux (« **chirurgien maxillo-facial** ») offrent désormais les interventions suivantes en cabinet privé ou centre hospitalier qui dépassent largement la zone buccodentaire :

- Biopsies et analyses anatomopathologiques de lésions intra-oraux suspectes de néoplasies;
- Injections d'agents de comblement et de toxines botuliniques au visage à des fins purement esthétiques⁶;
- Chirurgies purement esthétiques du visage. Rhinoplasties, oreilles, paupières et *facelift*.

Plus encore, certains chirurgiens maxillo-faciaux traitent actuellement non seulement des déficiences de la zone buccodentaire, mais également certaines maladies s'y manifestant et ayant des ramifications systémiques. C'est notamment le cas du domaine de l'oncologie, à savoir lorsqu'un cancer se manifeste dans la zone buccodentaire.

Les professions médicale et dentaire n'ont pu jusqu'à présent en venir à une recommandation commune afin de mieux cerner la portée de la pratique de l'art dentaire, et ce, pour deux motifs principaux : les médecins n'ont jamais pu participer au processus de révision de la *Loi sur les dentistes* mené par l'Office et le gouvernement précédent a court-circuité tout processus de négociation entre les deux professions en décrétant par règlement, sans consultation, que des activités visant des zones autres que la zone buccodentaire, comme le nez, le cou et les voies respiratoires, étaient des « services dentaires assurés » aux termes de la *Loi sur l'assurance maladie* (« **LAM** »). Cela a accentué l'incertitude déjà présente entourant la frontière de l'art dentaire.

2.3 Le processus de révision des lois du domaine buccodentaire mené par l'Office des professions

En 1999, la ministre responsable de l'application des lois professionnelles, Mme Linda Goupil, lançait un plan d'action ministériel composé de six projets dont l'objectif était la mise à jour du système professionnel québécois. La modernisation de l'organisation professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines était au cœur de cette réforme⁷. Dans ce contexte, l'Office met sur pied un groupe de travail qui devra « *consulter les partenaires de la santé et les ordres professionnels pour étudier l'organisation du travail; identifier les problèmes qui affectent l'organisation des services professionnels en*

⁶Pour les exigences posées par le CMQ eu égard aux compétences et à la formation requises des médecins habilités à prodiguer des injections de comblement, voir Collège des médecins du Québec, « La médecine esthétique », en ligne : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-05-17-fr-medecine-esthetique-guide.pdf?t=1566688369379> (page consultée le 25 août 2019) (**voir onglet 6**)

⁷ Linda GOUPIL, « *La mise à jour du système professionnel québécois* », Publications du Québec, novembre 1999, page 16 (**voir onglet 7**).

cause et suggérer des orientations relativement aux domaines d'exercice en regard des nouvelles réalités⁸ ».

En 2001, le groupe de travail publie son premier rapport d'étape. Ce premier rapport propose une série de recommandations et souligne l'importance d'un accord entre les ordres professionnels concernés. Bref, la concertation et l'adhésion du milieu professionnel à la réforme s'avèrent primordiales à la réussite de la réforme du système professionnel québécois.

En juin 2002, le *Projet de loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* est sanctionné. Cette loi prévoit un nouveau partage de champs d'exercice professionnels dans le domaine de la santé et les activités réservées aux médecins, aux pharmaciens, aux infirmières et infirmiers et autres professionnels de la santé. La loi n'apporte pas de modifications à la *Loi sur les dentistes*.

En mai 2012, l'Office annonce « *la constitution d'un comité d'experts dont le mandat consiste à formuler des recommandations à l'égard de la modernisation de l'ensemble des pratiques professionnelles liées aux soins buccodentaires* » présidé par le D^r Roch Bernier et auquel participent deux dentistes, deux hygiénistes dentaires, deux denturologistes, deux techniciens dentaires, deux assistants dentaires et un membre du public⁹. Aucun représentant de la profession médicale n'est invité à siéger au comité.

Automne 2012, ce comité d'experts dépose son rapport. Pendant tout ce processus de révision, l'Office ne consulte pas la profession médicale alors qu'elle envisageait pourtant un élargissement de la pratique de l'art dentaire.

Le 6 juin 2013, le CMQ soulève auprès de l'ODQ ses préoccupations quant à la tangente prise par l'Office en ce que la définition envisagée de la pratique de l'art dentaire quant au diagnostic et au traitement vise non plus que des déficiences buccodentaires, mais plutôt le traitement de maladies ayant des ramifications systémiques¹⁰. Un comité conjoint entre le CMQ et l'ODQ sera mis sur pied en parallèle du processus de l'Office afin de pouvoir transmettre le message de la profession médicale, mais sans succès.

Le 27 mars 2014, informés des travaux de réforme menés par l'Office quant au champ d'exercice de l'art dentaire, les chefs universitaires en otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale de l'Université de Montréal, l'Université de Sherbrooke, l'Université Laval et l'Université McGill transmettent une lettre au CMQ afin d'exprimer leurs préoccupations quant à la sécurité des patients¹¹.

⁸ *Id.*

⁹ Office des professions du Québec, « Modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire », communiqué, avril 2012. **(voir onglet 8)**

¹⁰ Lettre du Collège des médecins du Québec adressée à l'Ordre des dentistes du Québec, 6 juin 2013 **(voir onglet 9)**

¹¹ Lettre des chefs des divisions ORL de l'Université de Montréal, l'Université de Sherbrooke, l'Université Laval et l'Université McGill adressée à D^r Jean-Bernard Trudeau du Collège des médecins du Québec, 27 mars 2014 **(voir onglet 10)**

En mars 2016, l'Office publie une nouvelle proposition quant au champ d'activité des hygiénistes dentaires, des dentistes, des denturologistes et des techniciens dentaires¹². L'Office précise qu'elle est dans l'attente, depuis 2014, de lignes directrices de l'ODQ à l'égard des activités qui relèvent de la médecine dentaire. « *Ces lignes directrices doivent refléter le résultat des échanges tenus avec le Collège des médecins du Québec et permettre de déterminer clairement la portée de cette activité*¹³ ». Or, dans les faits, la FMSQ ignore si l'ODQ a transmis de telles lignes directrices, donc si celles-ci reflètent les préoccupations exprimées par le CMQ.

L'absence de participation de représentants de la profession médicale à ce processus mené par l'Office visant à élargir la pratique dentaire démontre que les considérations entourant la qualité des soins des Québécois et Québécoises sur le plan médical n'ont pas été retenues. Depuis quelques années on essaie de concentrer l'expertise au profit du patient et un projet de travail multisectoriel tarde à être approuvé par la ministre de la Santé. Plus encore, le fait que les lignes directrices de l'ODQ devant refléter les préoccupations du CMQ n'aient peut-être pas été transmises à l'Office constituerait une entorse fondamentale à l'intégrité du processus de consultation. La préparation du Projet de Loi ne constitue donc pas le fruit d'une réelle réflexion interdisciplinaire et d'une évaluation de l'impact des changements proposés sur la santé des Québécois et Québécoises.

2.4 Les modifications apportées au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie

Le 19 mars 2014, le Gouvernement publie à la *Gazette officielle* un projet de règlement visant à modifier le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* (« **Règlement** »)¹⁴. Par cette modification, le Gouvernement modifie la liste des services dentaires assurés aux termes de l'article 3 de la *Loi sur l'assurance maladie* et 31, 35 et 36 du *Règlement* afin d'inclure plusieurs interventions de nature médicale affectant des zones du corps autres que la cavité buccale. Le projet de règlement prévoit, entre autres, que seront considérés comme des « services dentaires assurés » les rhinoplasties et autres actes visant davantage le nez et les voies respiratoires, l'évidement cervical qui vise le cou, la parotidectomie qui vise la glande parotide, la blépharoplastie qui vise les paupières et le prélèvement de lambeaux à distance pour greffons sur le corps. Ce projet de règlement est publié alors que l'Office est en pleine consultation avec l'ensemble des professions du domaine buccodentaire afin de revoir les lois professionnelles définissant leur champ d'exercice.

¹² Office des professions du Québec, « Modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire. Orientation de l'Office des professions-Dentiste », Publications du Québec, mars 2016 (**voir onglet 11**)

¹³ *Id.*

¹⁴ *En liasse, Règlement modifiant le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* (projet), (2014) 147 G.O. II, p. 1107-1108, *Règlement modifiant le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, (2015) 146 G.O. II, p. 101 et 102 et *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, c. A-29, r. 5 (**voir onglet 12**)

Le 30 avril 2014, le CMQ dénonce l'ajout, sans consultation, de plusieurs actes de nature médicale aux « services dentaires assurés¹⁵ ». Le CMQ souligne alors l'incohérence qui s'installera entre les champs d'exercice des professions médicale et dentaire en ce que le Gouvernement, en qualifiant ces activités de « services dentaires » à des fins de couverture pour l'assurance publique, laisse sous-entendre qu'elles font partie de la pratique de l'art dentaire, alors que la *Loi sur les dentistes*, en révision par l'Office, ne permet pas leur exercice par un dentiste.

Le 28 avril 2014, la FMSQ transmet également au MSSS une lettre afin de dénoncer cet ajout unilatéral d'actes médicaux à la liste des « services dentaires assurés¹⁶ ». La FMSQ met en exergue les enjeux de sécurité posés par l'exercice par les dentistes de ces activités médicales et souligne, tout comme le CMQ, qu'une réflexion en profondeur doit se poursuivre quant à l'interaction entre la *Loi médicale* et la *Loi sur les dentistes*.

Le projet de règlement sera finalement adopté par le précédent gouvernement sans modifications. Dès lors, les mêmes services figurent tant au manuel de facturation des médecins spécialistes qu'à celui des dentistes.

3. Projet de loi 29 – Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées : une réponse inadéquate

La FMSQ considère que le Projet de loi constitue une réponse inadéquate quant à l'incertitude actuelle régnant entre les frontières de l'art dentaire et la médecine et qu'il pave la voie à un élargissement dangereux de la pratique dentaire en permettant aux dentistes de ne plus seulement traiter des déficiences localisées à leur aire de compétence.

L'article 35 du Projet de loi propose le remplacement de l'actuel article 26 de la *Loi sur les dentistes* par le suivant :

26. L'exercice de la médecine dentaire consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants ainsi qu'à en prévenir et à en traiter les maladies dans le but de maintenir ou de rétablir la santé buccodentaire chez l'être humain.

Dans le cadre de l'exercice de la médecine dentaire, les activités réservées au dentiste sont les suivantes :

- 1° diagnostiquer les déficiences de la santé buccodentaire et les maladies buccodentaires;
- 2° prescrire les examens diagnostiques;

¹⁵ Lettre du Collège des médecins du Québec adressée au Dr Gaétan Barrette, 30 avril 2014 (**voir onglet 13**)

¹⁶ Lettre de la FMSQ adressée au Dr Gaétan Barrette, 28 avril 2014 (**voir onglet 14**)

- 3° utiliser les techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
- 4° déterminer le plan de traitement buccodentaire;
- 5° prescrire des médicaments ou autres substances;
- 6° prescrire les interventions ou les traitements;
- 7° utiliser les techniques ou appliquer les traitements, invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques;
- 8° prescrire la fabrication ou la réparation d'une prothèse dentaire ou d'un appareil dentaire;
- 9° vendre des prothèses dentaires ou des appareils dentaires.

(notre soulignement)

3.1 La conservation de l'expression « tissus avoisinants » : source d'incertitude et de risques pour la santé

La conservation de l'expression « tissus avoisinants » dans le nouvel article a pour effet de perpétuer une incertitude entre les médecins et les dentistes quant à la détermination de la frontière de l'art dentaire, telle qu'elle est décrite à la section précédente. La réforme d'une loi professionnelle doit non seulement reconnaître la compétence des membres d'une profession, mais également viser à clarifier les règles du jeu au bénéfice de tous afin d'éviter qu'une personne ne se retrouve en situation de pratique illégale avec les conséquences importantes sur le plan pénal en découlant.

Le fait de ne pas clarifier cette situation a également des impacts sur la qualité des soins. Certains dentistes continueront de prodiguer des traitements eu égard à des déficiences affectant le nez, le cou, les voies respiratoires et le visage alors que ces régions ne relèvent pas de la santé buccodentaire, et ce, en soutenant que l'expression « tissus avoisinants » des maxillaires leur ouvre ce champ d'exercice élargi. Ces régions sont plutôt au cœur de la formation de plusieurs spécialités médicales, soit l'oto-rhino-laryngologie et la chirurgie cervico-faciale, la chirurgie plastique et esthétique et la dermatologie (collectivement « **Spécialités** »).

Il n'est pas réaliste que les résidents en chirurgie buccale et maxillo-faciale puissent acquérir pendant leur formation les connaissances et aptitudes propres à leur domaine, en plus de celles propres aux médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, chirurgie plastique et dermatologie. Ces formations, ainsi que les congrès propres à chaque spécialité, présentent les derniers traitements et techniques de pointe et permettent aux médecins spécialistes de garder leurs connaissances à jour dans le contexte des soins hospitaliers québécois. Les prochaines sections présentent les différentes formations pour ces Spécialités.

Ces spécialistes ont une formation beaucoup plus étoffée qu'un chirurgien maxillo-facial ou un chirurgien-dentiste. La FMSQ tient à souligner que les médecins spécialistes des Spécialités sont formés en oncologie dès leur résidence, et non seulement à partir de leur surspécialisation (*fellowship*).

Les formations des Spécialistes

❖ Formation en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale

À la suite de ses études universitaires en médecine (cinq ans), le candidat en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale doit compléter un minimum de cinq années de formation approuvée en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale¹⁷.

Cette période doit comprendre deux années de base en chirurgie sous la direction du directeur du programme d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, de concert avec le coordonnateur du programme des fondements chirurgicaux. Le but de cette période est l'acquisition des habiletés et fondements en chirurgie générale, permettant une formation plus approfondie. Le candidat doit, pendant ces deux premières années, faire des stages en soins intensifs, anesthésiologie, trauma, oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale ou dans une spécialité connexe, telle qu'en neurochirurgie, chirurgie plastique ou reconstructive faciale, chirurgie générale, ainsi que plusieurs stages facultatifs.

Les trois années suivantes sont consacrées à une formation reconnue en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, incluant de l'expérience dans tous les domaines d'oto-rhino-laryngologie, et ce, avec une responsabilité croissante.

Afin d'être accrédité par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, le candidat doit terminer un programme de deux ans sur les fondements chirurgicaux, réussir l'examen *Connaissances fondamentales de chirurgie* du Collège royal, terminer un programme de cinq ans en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, réussir l'examen en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale et compléter un projet d'érudition. À la fin de la résidence, l'oto-rhino-laryngologiste est déjà apte à diagnostiquer, investiguer, évaluer, traiter et suivre les patients avec cancers de la tête et du cou. Il réfère les cas plus complexes aux centres universitaires.

Les oto-rhino-laryngologistes désirant se spécialiser davantage en oncologie ou reconstruction complètent une spécialisation (*fellowship*) à la suite de leur résidence. La spécialisation est d'une durée minimale de 12 mois mais, dans les faits, est d'une durée de 24 mois¹⁸. Lors de la spécialisation, les candidats doivent faire un nombre minimal de cas d'ablation/excision et de reconstruction¹⁹. Les domaines de surspécialisation en oncologie comprennent notamment la chirurgie par robotique, la chirurgie endoscopique au laser et la reconstruction complexe par lambeaux régionaux ou libres. De plus, la recherche et les avancées en cancer oto-rhino-laryngologique sont aussi des domaines d'intérêts dans lesquels les oto-rhino-laryngologistes universitaires s'impliquent activement.

¹⁷ Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, « Exigences de la formation spécialisée en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale », 2015. (**voir onglet 15**)

¹⁸ Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, « *Training Standards for Clinical Fellowships in Head & Neck Oncologic and Reconstructive Surgery* », préparé par the Canadian Association of Head and Neck Surgical Oncology (CAHNSO) Training Committee, ratifié le 11 juin, 2016, p. 33. (**voir onglet 16**)

¹⁹ *Id.*, pp. 37-38.

❖ **Formation spécialisée en chirurgie plastique**

À la suite de ses études universitaires en médecine (cinq ans), le candidat en chirurgie plastique doit compléter un minimum de cinq années de formation approuvée en chirurgie plastique²⁰.

Cette période doit comprendre deux années en fondements chirurgicaux dans le cadre de la formation de base en chirurgie sous la codirection du directeur du programme de chirurgie plastique et du directeur des fondements chirurgicaux. Le candidat doit, pendant ces deux premières années, faire des périodes en chirurgie plastique, soins intensifs, trauma, chirurgie générale, chirurgie orthopédique ainsi que plusieurs périodes facultatives. La formation de base comprend en grande partie la reconstruction microchirurgicale et la chirurgie esthétique pancorporelle.

Les trois années suivantes sont consacrées à une formation dans tous les domaines de la chirurgie plastique avec une responsabilité croissante²¹. Le candidat doit réussir les objectifs de formation pour chaque année de la résidence avant de pouvoir postuler à l'examen final. Pendant ces années, le candidat fait des périodes en chirurgie oncologique, reconstruction pancorporelle, microchirurgie, chirurgie esthétique et microchirurgie vasculaire, entre autres.

Afin d'être certifié par le Collège royal en chirurgie plastique, le candidat doit réussir le curriculum et l'examen des fondements chirurgicaux, terminer un programme de cinq ans en chirurgie plastique et réussir l'examen en chirurgie plastique du Collège royal. Cet examen permettra d'assurer avec les plus hauts standards que les aptitudes et les connaissances sont acquises.

❖ **Formation spécialisée en dermatologie**

À la suite de ses études universitaires en médecine (cinq ans), le candidat en dermatologie doit compléter un minimum de cinq années de formation approuvée en dermatologie²².

Cette période comprend une période de formation clinique de base, incluant une formation en médecine interne ou en pédiatrie, rhumatologie et maladies infectieuses, chirurgie plastique, oto-rhino-laryngologie, médecine orale, oncologie, chirurgie vasculaire, médecine d'urgence, pathologie, allergie et immunologie, médecine familiale, génétique médicale, psychiatrie et ophtalmologie.

Les trois années suivantes sont consacrées à une formation clinique en dermatologie, incluant des stages en pédiatrie et dans un centre de traitement multidisciplinaire.

²⁰ Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, « Exigences de la formation spécialisée en chirurgie plastique », 2016 (**voir onglet 17**)

²¹ La responsabilité croissante lors de la résidence est démontrée par le document « *Objectifs spécifiques en chirurgie maxillo-faciale* » pour les années trois à cinq des résidents, document préparé par l'Université de Montréal (dernière mise à jour janvier 2014). (**voir onglet 18**)

²² Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, « Exigences de la formation spécialisée en dermatologie » (2012.) (**voir onglet 19**)

Afin d'être certifié par le Collège royal en dermatologie, le candidat doit réussir le programme de cinq ans en dermatologie et réussir l'examen en dermatologie du Collège royal et participer à un projet d'érudition.

De surcroît, la FMSQ tient à souligner que le maintien de cette expression s'applique non seulement aux chirurgiens maxillo-faciaux, mais à l'ensemble des dentistes. Ainsi, des professionnels de l'art dentaire avec une formation minimale pourraient s'autoriser de cette ambiguïté afin de déborder la zone buccodentaire et traiter les régions mentionnées précédemment.

L'exemple de la podiatrie

L'utilisation de l'expression « tissus avoisinants » est unique à la *Loi sur les dentistes*. Considérant la compétence générale de la médecine sur l'ensemble du corps humain, telle qu'elle est mentionnée par l'honorable Côté, j.c.s., il est primordial de bien circonscrire la « zone d'exercice » des autres professions du domaine de la santé. L'exemple des podiatres, titulaire d'un doctorat en médecine podiatrique, est particulièrement évocateur à cet égard :

Loi sur la podiatrie, L.R.Q., c. P-12

7. Constitue l'exercice de la podiatrie tout acte qui a pour objet de traiter les affections locales des pieds qui ne sont pas des maladies du système.

(notre soulignement)

Le législateur a alors pris soin de circonscrire le champ d'exercice du docteur en podiatrie aux « affections locales ». Rien ne justifie que la même clarté ne soit pas appliquée au libellé du champ d'exercice de l'art dentaire, et ce, considérant que l'Ordre des podiatres du Québec indique que la formation reçue par ses membres est similaire à celle dispensée aux dentistes²³. Étant donné que seul le médecin a une compétence sur tout le corps humain, cette idée de « localisation » du champ d'exercice des autres professionnels de la santé entrant en concurrence avec lui est essentielle à la cohérence du système professionnel dans le domaine de la santé.

3.2 L'ajout du terme « maladies » : un élargissement problématique de l'art dentaire et un risque pour la santé

Dans un deuxième temps, la FMSQ souligne que l'ajout de la notion de traitement de « maladies » pose un enjeu majeur pour la qualité des soins offerts aux Québécois et Québécoises. L'utilisation du terme « maladie » renvoie sur le plan sémantique à une idée systémique de la santé d'un individu. Le *Petit Robert* définit d'ailleurs ce terme comme une « *altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution* ». Le passage-clé de cette définition est l'expression « *considérée dans son évolution* ». La maladie est une altération complexe, protéiforme et aux ramifications multiples. Par opposition, la « déficience » se limite selon le *Petit Robert* à « *une insuffisance physique, physiologique ou mentale* ». L'idée « d'évolution » est ici absente.

²³ Ordres de podiatres du Québec, « Qu'est-ce qu'un podiatre? », en ligne : <http://ordredespodiatres.qc.ca/public/quest-ce-quun-podiatre/> (page consultée le 25 août 2019) (voir onglet 20)

L'utilisation du terme « maladie » n'est ainsi pas anodine. Dans son *Rapport*, l'Office n'analyse pas l'impact d'utiliser un terme différent dans une même disposition entre ce que peut diagnostiquer un dentiste, soit une « déficience », tel qu'il appert du Projet de loi, et ce qu'il peut traiter. L'Office s'est plutôt limité à importer le libellé contenu à la *Loi médicale*. Or, un dentiste n'a pas compétence sur tout le corps humain en raison de sa formation lacunaire à cet égard, et ne connaît donc pas tous les systèmes le composant. Une fois de plus, l'exemple fourni par la *Loi sur la podiatrie* est particulièrement évocateur et montre la voie à suivre :

Loi sur la podiatrie, L.R.Q., c. P-12

7. Constitue l'exercice de la podiatrie tout acte qui a pour objet de traiter les affections locales des pieds qui ne sont pas des maladies du système.

(notre soulignement)

Le législateur a ainsi clairement distingué entre le professionnel ayant une compétence particulière quant à une région spécifique du corps humain et celui ayant une compétence sur l'entièreté de celui-ci. L'exercice dans une certaine zone anatomique, comme la bouche, ne confère pas toute l'expertise propre à celle-ci. Rien ne justifie que le libellé du champ d'exercice de l'art dentaire ne reflète pas cette considération fondamentale des professions de la santé.

Autrement, tel qu'il est libellé actuellement, l'article 35 du Projet de loi pave, entre autres, la voie à la prestation de soins oncologiques par des dentistes. En effet, bien qu'un cancer ne soit pas une « déficience », il est une « maladie », serait donc susceptible d'être traité par des dentistes plutôt que des spécialistes en oto-rhino-laryngologie oncologique, plastie ou dermatologie dès le moment où des déficiences au niveau des dents, de la bouche, des maxillaires ou des tissus avoisinants à ces régions, découlant de ce cancer se manifestent. Une telle situation n'est pas souhaitable pour la qualité des soins dispensés aux Québécois et Québécoises, et ce, d'autant plus dans un contexte où l'accessibilité à cette catégorie de soins médicaux n'est pas problématique.

L'enjeu de l'absence d'un encadrement strict de l'art dentaire en cabinet privé

En effet, les dentistes en cabinet privé se retrouveraient non assujettis à la réglementation stricte encadrant les mêmes traitements dispensés par un médecin dans un centre médical spécialisé, tel qu'il appert des articles 333.1 et suivants de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, du *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé* et du *Règlement sur la délivrance des permis en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces normes prévoient notamment qu'un médecin spécialiste désirant faire toute intervention qui requiert l'anesthésie générale en cabinet doit obtenir la permission et l'agrément, tandis qu'un chirurgien maxillo-facial qui effectue le même acte, avec le même type d'anesthésie, pourrait le faire sans permission, modalités ou conditions spéciales à l'exception de celles imposées par l'ODQ.

Pour ces traitements en centre médical spécialisé, les médecins spécialistes obtiennent l'agrément de leurs services d'Agrément Canada, un organisme sans but lucratif qui procède à l'agrément de 1 000 organismes qui représentent 7 000 établissements et

services répartis dans l'ensemble du Canada, incluant des hôpitaux, les cliniques et les laboratoires sans rendez-vous, les services médicaux d'urgence, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les soins et services à domicile, les services de santé mentale et les programmes de santé communautaires²⁴. En particulier, les normes d'Agrément Canada intitulées « *Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes* » s'appliquent aux cliniques à l'extérieur des hôpitaux, c'est-à-dire les centres médicaux spécialisés, où des interventions invasives ou chirurgicales (y compris les interventions diagnostiques et interventionnelles) sont effectuées avec l'administration d'une anesthésie locale ou régionale, d'une anesthésie générale ou d'une sédation consciente. Ces normes ne s'appliquent pas aux procédures dentaires²⁵.

La FMSQ rappelle que cet encadrement a été adopté par le législateur à la suite d'événements malheureux survenus dans certaines cliniques. Les mêmes enjeux se posent maintenant quant aux interventions faites par des dentistes pour traiter des « maladies ».

3.3 Le court-circuitage des solutions proposées par le réseau de la santé et le développement d'un système de soins privé parallèle et l'impact sur les coûts du réseau de la santé

Le fait de maintenir l'ambiguïté quant à la portée du champ d'exercice de l'art dentaire et d'élargir celui-ci en référant au traitement de « maladies » vient court-circuiter, en ce qui a trait notamment aux soins oncologiques, les initiatives envisagées par la Direction générale de cancérologie (« **DGC** ») du ministère de la Santé et des Services sociaux (« **MSSS** ») quant aux cancers de la tête et du cou.

En effet, le MSSS souhaite actuellement concentrer dans des centres de référence le traitement et au sein d'équipes multidisciplinaires (incluant des chirurgiens maxillo-faciaux et dentistes) supervisées par des médecins spécialistes, le traitement des cancers de la tête et du cou. Or, le Projet de loi, en élargissant le champ d'exercice de l'art dentaire, permettra à d'autres professionnels de concurrencer ce réseau qu'il souhaite mettre en place.

Cette démarche collaborative entreprise, entre autres, par les médecins spécialistes et le MSSS vise également à se prémunir contre un risque pour la qualité des soins offerts aux Québécois et Québécoises, soit une insuffisance de cas cliniques traités par un professionnel afin d'assurer le maintien de ses compétences. En effet, le degré d'exposition clinique est directement proportionnel à la compétence d'un médecin spécialiste. Or, le nombre de cancers tête et cou étant en baisse depuis plusieurs années, une nouvelle concurrence dans ce domaine n'est pas souhaitable, et ce, dans un contexte où le maintien des compétences est fondamental.

²⁴ Les CMS peuvent également être évalués par le Conseil québécois d'agrément, un organisme comparable

²⁵ Agrément Canada, « Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes », 2017, en ligne : <https://accreditation.ca/fr/cliniques-medicales-ou-chirurgicales-independantes> (page consultée en 2017) (**Onglet 21**)

Au surplus, lorsque certains soins s'avèrent complexes, comme cela est le cas pour les cancers tête et cou, la concentration de certains soins permet d'assurer le développement de l'expertise, et ce, afin d'offrir les meilleurs soins aux patients.

L'ajout de nouveaux professionnels à cet écosystème constitue un risque important pour la qualité des soins et doit faire l'objet d'une analyse approfondie avec le MSSS avant de légiférer sur cet enjeu comme le propose actuellement le Projet de loi. D'ailleurs, cet exemple donné eu égard aux soins oncologiques est susceptible de s'appliquer à d'autres soins médicaux dispensés par d'autres spécialités, telles que la plastie et la dermatologie. On ne peut sérieusement soutenir que de permettre à de nouveaux professionnels de traiter des « maladies » n'aura pas d'impact sur l'écosystème du réseau de santé. Une réflexion globale s'impose donc en la matière avec le réseau de la santé avant de légiférer à cet égard.

Finalement, la FMSQ souligne que l'élargissement de l'art dentaire actuellement envisagé aura également comme conséquence de créer un système privé de santé en ce que plusieurs dentistes pourront dans les faits facturer les patients pour les services dentaires qu'ils offrent alors que ces services sont par ailleurs assurés s'ils sont dispensés par un médecin. Il s'agit là d'une autre préoccupation qu'entretient la FMSQ quant au message véhiculé eu égard à ces services pour lesquels le patient ne devrait pas payer. Il en va du respect des principes directeurs de la *Loi sur l'assurance maladie* et de la *Loi canadienne sur la santé*.

L'élargissement de l'art dentaire est également susceptible d'engendrer des coûts importants si des actes, auparavant posés par des médecins en établissement de santé, le sont par des dentistes. En effet, les plans régionaux des effectifs médicaux ne s'appliquant pas aux dentistes, aucune limitation à l'utilisation des services des dentistes ne sera imposée aux établissements de santé.

4. Les solutions proposées par la FMSQ : la nécessité d'analyser l'impact sur la santé des Québécois(es) et le réseau de la santé avant de légiférer

À la lumière de ce qui précède, la FMSQ recommande que l'article 35 du Projet de loi présenté soit retiré afin qu'un comité interdisciplinaire réunissant des représentants des professions médicale et dentaire soit formé sous la supervision de l'Office. De cette manière, l'étude du Projet de loi en commission parlementaire pourra se poursuivre.

Il est primordial qu'une évaluation approfondie de l'impact de l'élargissement de l'art dentaire sur la sécurité et la qualité des soins offerts aux Québécois et Québécoises soit menée, et ce, en présence cette fois-ci, de l'ensemble des parties prenantes. Cette démarche qui se veut collaborative peut être entreprise rapidement et prévoir le dépôt d'un rapport d'ici la fin de la prochaine session parlementaire. L'impact sur le réseau de la santé doit également être évalué, de concert avec le MSSS, et ce, afin d'éviter de nuire à l'atteinte des objectifs de plusieurs orientations prises en matière de soins spécialisés, comme cela est actuellement le cas pour les cancers de la tête et du cou.

Aucun impératif sociétal n'impose que ce travail d'analyse ne soit pas fait avant que l'Assemblée nationale du Québec ne légifère sur cette question, et ce, considérant l'importance de l'enjeu. Les Québécois et Québécoises sont actuellement bien desservis par les spécialités médicales traitant la région anatomique au cœur du présent débat.

La FMSQ souhaite informer l'Assemblée nationale du Québec que les représentants de l'Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec, l'Association des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique du Québec et l'Association des médecins spécialistes dermatologues du Québec sont disposés à siéger rapidement à un tel comité.