CI – 032M
C.P. – P.L. 29
Code des
professions
VERSION RÉVISÉE

MÉMOIRE DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

CONCERNANT LE PROJET DE LOI N^O 29 – LOI MODIFIANT LE CODE DES PROFESSIONS ET D'AUTRES DISPOSITIONS NOTAMMENT DANS LE DOMAINE BUCCODENTAIRE ET CELUI DES SCIENCES APPLIQUÉES

Ordre des dentistes du Québec

LE DENTISTE,
LE DOCTEUR QUI VEILLE
SUR VOTRE BOUCHE

Ordre des dentistes du Québec
800, boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 1X9

Téléphone : 514 875-8511 ou 1 800 361-4887
Télécopieur : 514 393-9248

Courriel : pres@odq.qc.ca

Site Web : www.odq.qc.ca

Direction générale
Ordre des dentistes du Québec
27 août 2019

« La raison d'être de l'Ordre des dentistes du Québec est la protection du public.

Sa mission est d'assurer la qualité des services en médecine dentaire par le respect de normes élevées de pratique et d'éthique, et de promouvoir la santé buccodentaire auprès de la population du Québec. »

Monsieur le Président,

Madame la Ministre de la Justice,

Mesdames et messieurs les parlementaires,

L'Ordre des dentistes du Québec vous remercie de lui permettre de vous faire part de ses commentaires sur le projet de loi nº 29.

Au cours des 20 ans de travaux depuis l'annonce par la ministre Linda Goupil, en 1999, de la réforme du système professionnel de santé, l'Ordre a de tout temps offert son expertise et sa collaboration afin de moderniser les lois et règlements qui gouvernent l'exercice de la médecine dentaire, de l'hygiène dentaire, de la denturologie et des techniques dentaires.

L'Ordre des dentistes du Québec salue le dépôt du projet de Loi nº 29, qui permet maintenant la tenue d'un débat au terme duquel les parlementaires, au fait des meilleures pratiques et des normes scientifiques dans le domaine de la santé des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants, sauront prendre les décisions qui s'imposent pour permettre aux Québécois un accès à des soins essentiels à leur santé globale et offerts en toute sécurité.

La philosophie qui a guidé la réforme du système professionnel en santé fut celle de mettre le patient au centre des décisions à prendre au cours des dernières décennies. Cette même approche doit guider le législateur pour le projet de loi nº 29.

Aux prises avec des débats juridiques interminables depuis des années, le souhait, maintes fois exprimé, de l'Ordre est que les professionnels visés par le domaine de la santé à l'étude soient encadrés par des lois claires et disposent de guides de pratique conjoints. Ainsi, ils sauront démontrer le professionnalisme auquel tous les patients sont en droit de s'attendre.

L'Ordre est en faveur de l'autonomie des professionnels et accueille avec une grande satisfaction le concept de l'ordonnance, utilisé depuis toujours en santé physique et mentale.

Il met toutefois en garde les parlementaires contre le danger bien réel que poserait le fait de ne pas accorder un délai suffisant aux ordres professionnels pour mettre en place des guides de pratique conjoints et de ne pas offrir l'aide de l'Office des professions pour y parvenir.

En effet, les propositions adoptées par l'Office des professions en novembre 2017, et ayant servi de canevas à l'élaboration du projet de loi nº 29, ont été faites dans des termes qui laissent place à l'évolution des pratiques certes, mais qui, sans paramètres clairement définis, ne feront que créer des tensions entre professionnels et, à nouveau, donner lieu à des débats juridiques longs et coûteux. Il serait très dommage de clore 20 ans de réflexion dans un flou juridique qui n'aiderait en rien la protection du public et qui pourrait nuire à la facilité d'intervention des ordres.

Voilà pourquoi l'Ordre est proactif afin de s'assurer que cette nouvelle loi est mise en place selon les meilleures dispositions. Notre mémoire est donc rédigé dans cet état d'esprit. Il exprime les besoins qui, selon notre expertise en santé buccodentaire, permettront de rendre la dispensation des soins plus efficace et mieux adaptée aux réalités socioéconomiques actuelles et aux technologies modernes. Nous ne voulons pas ouvrir un débat, mais plutôt mettre au service des élus l'expertise de ceux qui enseignent les normes à respecter.

Mesdames et messieurs les parlementaires, je désire vous réitérer l'appui de l'Ordre des dentistes du Québec à toute modification législative qui permettra d'améliorer la santé buccodentaire de nos citoyens; nous restons à votre disposition pour y contribuer.

Je vous souhaite une bonne lecture et vous remercie d'avance pour l'attention que vous porterez à nos recommandations.

Le président,

Dr Barry Dolman

Table des matières

Préambule 6

Historique 8

Les éléments à considérer pour un avenir viable et une réelle modernisation

1. Le champ d'exercice des dentistes, les activités réservées et la modernisation de la Loi sur les dentistes.....13
2. Le champ d'exercice des denturologistes et les activités réservées 20
3. Le champ d'exercice des hygiénistes dentaires et les activités réservées 25
4. Le champ de pratique et les activités réservées aux technologues dentaires.....27

Conclusion..... 28

Annexes (disponibles sur demande)..... 29

Liste des recommandations..... 31

Préambule

La communauté scientifique internationale reconnaît que l'état de la santé buccodentaire d'une personne a une incidence directe sur sa santé globale.

La santé buccodentaire est essentielle au maintien d'un bon état de santé général et à une bonne qualité de vie. Une bouche en santé se caractérise par l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal, d'infection ou de lésion buccale, d'affection touchant les gencives, de déchaussement et de perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, de mâcher, de sourire et de parler d'une personne, et donc son bien-être général.

Les maladies les plus courantes sont la carie, les affections touchant les gencives, les maladies infectieuses buccodentaires, les traumatismes liés à des blessures, les lésions congénitales et le cancer buccal.

Parmi les facteurs de risque qui peuvent nuire à la santé buccodentaire, on retrouve la mauvaise alimentation, le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool et plusieurs facteurs sociaux liés au revenu, au niveau d'éducation et au contexte culturel. Ce sont les mêmes facteurs de risque que l'on observe pour les quatre principales catégories de maladies chroniques, c'est-à-dire les pathologies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires et le diabète. Les affections buccodentaires sont souvent associées aux maladies chroniques. Une hygiène insuffisante de la bouche s'ajoute aux facteurs de risque.

La morbidité attribuable aux affections buccodentaires est nettement plus élevée parmi les groupes de population démunis et défavorisés.

Il est possible de réduire à la fois la morbidité due à ces affections et celle liée à d'autres maladies en s'attaquant à des facteurs de risque courants et en :

- réduisant la consommation de sucre et en adoptant un régime alimentaire équilibré pour prévenir la carie et le déchaussement prématuré des dents;
- consommant des fruits et des légumes, qui jouent un rôle protecteur contre le cancer buccal;
- cessant de fumer et en diminuant la consommation d'alcool afin de réduire le risque de cancer buccal, de maladies des gencives et de déchaussement des dents;
- portant de l'équipement de protection lors de la pratique d'activités sportives afin de réduire les risques de lésions faciales;
- évoluant dans un environnement physique sain;
- consultant régulièrement un dentiste et une hygiéniste dentaire;
- ayant une bonne hygiène buccale et en utilisant un dentifrice contenant du fluorure.

Il est possible de prévenir la carie en s'exposant à une faible concentration de fluorure en permanence. Ce fluorure peut provenir de diverses sources : de l'eau de consommation, des dentifrices, d'une solution fluorée appliquée par un professionnel ou d'un rince-bouche. Une exposition de longue durée à une concentration optimale de fluorure réduit le nombre de lésions carieuses, chez l'enfant comme chez l'adulte.

Une hygiène buccodentaire inadéquate a des conséquences systémiques telles que les pneumonies d'aspiration, les endocardites bactériennes, les bactériémies, les infections, un diabète non contrôlé ou encore certaines maladies cardiovasculaires.

Au même titre que tout autre problème de santé, les maladies et affections des dents de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants doivent être diagnostiquées par un professionnel compétent.

Malheureusement, le système public de santé actuel intègre de façon minimale la santé buccodentaire et n'en fait pas, de façon effective, une composante intrinsèque de la santé globale. L'Ordre des dentistes du Québec tient toutefois à saluer les efforts récents de la ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, Danielle McCann, pour reconnaître les besoins des enfants ayant souffert de cancer, et ceux de la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants du Québec, Marguerite Blais, pour reconnaître ceux des patients en CHSLD. Du travail reste cependant à faire afin d'élargir l'enveloppe de couverture des soins, notamment pour les patients médicalement compromis et les soins préventifs pour les enfants. De nouvelles initiatives du ministère de la Santé et des Services sociaux sont proposées, et nous ne pouvons que nous en réjouir.

Nous déplorons toutefois le fait que le projet de loi nº 29 omet, en modifiant l'article 39.2 du Code des professions, à son article 8, l'ajout de l'Ordre des dentistes du Québec et de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec. Ce faisant, l'article 39.4 du Code des professions qui stipule que « l'information, la promotion de la santé et la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités font également partie de l'exercice de la profession du membre d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles », ne s'applique pas aux dentistes et aux hygiénistes.

Or, ces professionnels sont interpellés au même titre que ceux qui sont reconnus par le législateur pour toutes les actions énoncées à l'article 39.2. L'Ordre des dentistes du Québec requiert que la réforme législative et la modernisation des champs de pratique visées par cette commission fassent de la santé des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants une composante incontournable de la santé globale. Il est essentiel d'instaurer des mesures pour améliorer la qualité de vie des personnes plus vulnérables. Il est aussi essentiel de garder présent à l'esprit que les modifications aux champs de pratique devront s'inscrire dans cette optique.

Le coût élevé des traitements buccodentaires peut être évité grâce à des mesures efficaces de prévention et de promotion. Aucun diagnostic préalable n'est nécessaire en matière de prévention et d'éducation. Il s'agit de mesures simples et peu coûteuses qui auraient pour effet d'améliorer la santé globale et de diminuer les coûts de santé.

Cette iniquité envers le patient doit être corrigée.

RECOMMANDATION 1

Reconnaître que la santé des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants est une composante intégrante de la santé globale.

Reconnaître l'importance d'un diagnostic de la santé des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants comme partie essentielle du diagnostic de santé globale.

Reconnaître l'importance de la promotion et de la prévention en matière de santé des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants.

Modifier l'article 8 du projet de loi nº 29 afin d'y inclure le paragraphe 10 du premier alinéa de l'annexe I (Ordre des dentistes du Québec) et le paragraphe 8 du deuxième alinéa de l'annexe I (Ordre des hygiénistes dentaires du Québec).

Historique

En 1999, la ministre de la Justice, Linda Goupil, annonce qu'il est nécessaire d'entreprendre une mise à jour du système professionnel basée sur les changements dans l'environnement des professions et dans la société en général. Elle annonce alors la mise sur pied du chantier de la réorganisation professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines (26 professions impliquées); ce chantier devait durer trois ans.

Le mandat de procéder à cette réorganisation est alors confié au Dr Roch Bernier, médecin. Un groupe de travail présidé par ce dernier entreprend ses travaux.

Lesdits travaux visaient le domaine de la santé physique dans le secteur public, le domaine de la santé mentale et des relations humaines dans les secteurs publics et privés ainsi que le domaine de la santé physique dans le secteur privé.

En novembre 2001, le rapport d'étape du groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines est publié.

En juin 2002, le deuxième rapport du groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines est publié (le domaine buccodentaire y est couvert).

En 2002, le projet de loi nº 90 vient confirmer un nouveau partage des champs d'exercice professionnel dans le domaine de la santé physique du secteur public et l'introduction de la notion des « activités réservées » aux médecins, aux pharmaciens et autres, mais aussi à des professionnels sans loi constituante, tels que les physiothérapeutes, les infirmières auxiliaires et les technologistes médicaux.

Apparaissent alors dans le Code des professions de nouveaux termes et de nouveaux champs de pratique (voir l'article 37.1). La terminologie utilisée est celle de l'ordonnance, du diagnostic, de l'évaluation et du plan de traitement.

Viendra plus tard le projet de loi nº 21 pour le domaine de la santé mentale, basé sur le même modèle. Les travaux, dans ce cas, ont été pilotés par le Dr Jean-Bernard Trudeau, alors directeur des services professionnels de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

La proposition du groupe de travail dans le deuxième rapport, qui concerne le champ de pratique des dentistes, ressemble, quant au vocabulaire utilisé, à celui des médecins. Il y est enfin proposé de parler de médecine dentaire, et non plus d'art dentaire.

Les échanges menés avec les ordres visés et le groupe de travail ministériel seront infructueux. Aucun projet de loi ne sera alors déposé. Des discussions sur un guide de pratique conjoint en réhabilitation implanto-portée avaient eu lieu entre l'Ordre des dentistes du Québec et l'Ordre des denturologistes du Québec dans l'optique d'un changement à la loi, mais elles n'ont pas abouti.

En 2005, l'Ordre des dentistes du Québec fut contraint de déposer une requête introductive d'instance en jugement déclaratoire et en injonction interlocutoire et permanente contre l'Ordre des denturologistes du Québec (dossier 505-17-002130-054) à la Cour supérieure afin de faire déclarer contraires à la Loi sur les dentistes et à la Loi sur la denturologie les Lignes directrices en réhabilitation implanto-portée adoptées par l'Ordre des denturologistes du Québec en 2004.

Dans la requête, il était entre autres allégué par l'Ordre des dentistes que les Lignes directrices :

a) [laissaient] croire que les denturologistes étaient autorisés à entreprendre des soins et traitements en implantologie, contrevenant ainsi à la Loi sur les dentistes et à la Loi sur la denturologie;

b) [créaient] une confusion fondamentale au sujet des limites de l'exercice de la denturologie, en ne précisant pas les balises, restrictions et interdictions qui départagent l'exercice de la denturologie de l'exercice de l'art dentaire;

c) [utilisaient des expressions laissant] entendre qu'un denturologiste peut ou doit déterminer l'indication d'un traitement par implantologie, établir et proposer un plan de traitement, donner toute l'information requise à l'obtention d'un consentement libre et éclairé d'un patient, entreprendre et coordonner les travaux relevant de l'art dentaire, qu'il doit demeurer un « accompagnant » qui surveillera les services et travaux du dentiste, qui devra recommander au patient de faire appel à un autre dentiste si des services ne sont pas conformes à ses exigences ou rendus dans les délais.

Le 22 février 2005, l'honorable Carole Julien, j.c.s., a rendu une ordonnance de sauvegarde à l'encontre de l'Ordre des denturologistes du Québec.

Le 22 avril 2005, l'honorable Gilles Hébert, j.c.s., a rendu une ordonnance d'injonction interlocutoire à l'encontre de l'Ordre des denturologistes du Québec :

> *ÉMET une ordonnance d'injonction pour valoir jusqu'au jugement final;*
>
> *ENJOINT immédiatement à la partie défenderesse, ses agents, préposés, mandataires, représentants et administrateurs, de se conformer à la présente ordonnance;*
>
> *INTERDIT à la partie défenderesse de recommander à ses membres de référer aux Lignes directrices en réhabilitation implanto-portée pendant la durée de la présente ordonnance;*
>
> *ORDONNE à la partie défenderesse de transmettre par écrit à ses membres un avis, à l'occasion de la plus prochaine parution de la revue Présence, Bulletin officiel de l'Ordre des denturologistes du Québec, les informant que la légalité des Lignes directrices en réhabilitation implanto-portée est contestée devant la Cour supérieure et que la Cour interdit à la partie défenderesse de recommander à ses membres d'y référer pendant la durée de la présente instance;*
>
> *ORDONNE à la partie défenderesse d'informer toute personne du contenu de l'avis prévu à la conclusion précédente, à l'occasion de toute représentation orale ou écrite portant sur les Lignes directrices en réhabilitation implanto-portée et notamment pendant toute tournée régionale de la présidente de la partie défenderesse auprès de ses membres.*

Aucun jugement au fond n'a été rendu dans cette affaire, l'ordonnance d'injonction interlocutoire s'appliquant toujours.

En novembre 2006, sous la présidence de Gaétan Lemoyne, il y a reprise des travaux de l'Office des professions du Québec afin de régler le dossier des champs de pratique des hygiénistes dentaires et de trouver une solution pour les assistantes dentaires. Plusieurs rencontres seront tenues. L'Office, à cette époque, avait pris la position de vouloir régler les activités de la famille dentaire rapprochée, soit les hygiénistes dentaires, les assistantes et les dentistes, et d'attendre plus tard pour revoir le champ d'exercice des denturologistes.

En 2008, le dossier de l'ex-président Lemoyne est repris par la nouvelle vice-présidente de l'Office, Christiane Gagnon.

En mars 2010, sous la direction de l'Office des professions, une entente intervient entre l'Ordre des dentistes du Québec, l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec et l'Association des assistantes dentaires (annexe 1).

En 2010, l'Office des professions du Québec met sur pied un comité mixte sur la modernisation de la Loi sur la denturologie auquel participent l'Ordre des dentistes du Québec et l'Ordre des denturologistes du Québec. Les travaux du comité ne dépasseront pas le stade des rencontres de discussions.

En décembre 2010, l'Office procède à des consultations sur les modifications aux lois et règlements nécessaires à la modernisation de la pratique des hygiénistes dentaires et les intentions concernant les activités pouvant être confiées aux assistantes dentaires. Cette consultation vise les textes issus du consensus des travaux en cours depuis 2008 et ayant été approuvés à la fois par le conseil d'administration de l'Ordre des dentistes du Québec et par celui de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec.

Contre toute attente, le 19 mai 2011, l'Office des professions annonce la mise sur pied d'un comité d'experts présidé à nouveau par le Dr Roch Bernier, médecin. Il confie au comité le mandat d'effectuer des recommandations à l'égard de la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire et de se pencher notamment sur la révision du champ d'exercice et des activités à réserver à chacun des professionnels; la situation du personnel d'assistance sera analysée.

L'Ordre des dentistes du Québec s'oppose à la création du comité tel que proposé et requiert, à l'instar de ce qui a prévalu en médecine, qu'un dentiste soit nommé pour présider le comité d'experts. Cette demande restera lettre morte. En plus du président, le comité est alors composé de deux assistantes dentaires, de deux techniciens dentaires, de deux hygiénistes dentaires, de deux denturologistes et de deux dentistes.

En octobre 2012, le comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire dépose son rapport auprès de l'Office des professions. Le rapport a été expédié à l'Ordre des dentistes du Québec le 30 novembre 2012; à noter que les deux denturologistes membres du comité ont refusé de le signer.

Le 6 mars 2013, l'Ordre des dentistes du Québec fait parvenir à l'Office des professions des propositions de modifications à la Loi sur les dentistes dans le cadre des travaux entrepris par ce dernier sur les modifications législatives au Code des professions et aux lois professionnelles. Toutefois, certaines de ces demandes sont aujourd'hui obsolètes, compte tenu du projet de loi nº 11 de 2017. Toutefois, les ajouts requis, à la Loi sur les dentistes, notamment les articles 18.2, 37.1 et 37.2, sont toujours d'actualité et doivent faire partie de la réforme afin d'assurer la protection du public.

Le 28 mars 2013, l'Ordre des dentistes du Québec dépose à l'Office des professions un mémoire pour donner suite au dépôt du rapport de 2012 du Dr Roch Bernier.

Le 20 mai 2014, l'Office des professions fait part à l'Ordre des dentistes du Québec des propositions verbales quant au champ d'exercice et aux actes à réserver aux dentistes, aux hygiénistes dentaires, aux denturologistes et aux techniciens dentaires.

Le 7 janvier 2015, l'Office des professions fait parvenir à l'Ordre des dentistes du Québec une proposition écrite et sollicite une rencontre à la mi-février afin de recueillir les commentaires qui permettraient de bonifier la proposition.

Le 9 février 2015, l'Ordre des dentistes du Québec transmet à l'Office des commentaires détaillés et des documents pour soutenir ses arguments. Il faisait de plus entendre le Dr Pierre de Grandmont, prosthodon-tiste, professeur titulaire, département de dentisterie de restauration de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal (annexe 2).

Le 31 mars 2015, pour donner suite à la rencontre avec l'Office des professions et à sa demande, l'Ordre des dentistes du Québec fournit un rapport écrit du Dr Pierre de Grandmont (annexe 3), et une opinion juridique concernant la proposition législative d'activités réservées aux techniciens dentaires en matière de fabrication et de réparation de prothèses dentaires (annexe 4).

Le 7 avril 2015, l'Office sollicite une rencontre commune avec l'Ordre des dentistes du Québec et l'Ordre des denturologistes du Québec. Cette rencontre devait se tenir le 4 juin 2015. L'Ordre des dentistes du Québec accepte d'y participer, mais l'Ordre des denturologistes du Québec décline l'invitation.

Le 3 juin 2015, l'Office soumet un questionnaire à l'Ordre des dentistes du Québec relativement à certaines interrogations concernant les denturologistes, et ce, en lieu et place de la rencontre du 4 juin 2015.

Le 19 juin 2015, l'Ordre des dentistes du Québec fournit les réponses requises audit questionnaire ainsi que divers documents portant sur la réhabilitation implanto-portée et une expertise additionnelle du Dr de Grandmont (annexe 5).

Le 17 février 2016, l'Office des professions du Québec informe l'Ordre des dentistes du Québec d'une demande de la ministre de la Justice qu'il lui soit soumis un projet de loi qui tiendra compte des orientations approuvées par leur conseil d'administration du 10 décembre 2015. Une rencontre est alors proposée à l'Ordre pour discuter des orientations. Cette rencontre s'est tenue le 9 mars 2016. L'Office des professions fait part aux ordres concernés de ses propositions finales, qui devaient servir à la rédaction d'un projet de loi (annexe 6).

Le 22 mars 2016, l'Ordre des dentistes du Québec répond aux propositions dites finales de l'Office des professions du Québec et fait parvenir une correspondance à la ministre de la Justice de l'époque, Stéphanie Vallée ainsi qu'au ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette. Cette correspondance contient alors plusieurs demandes de précisions (annexe 7).

Le 12 avril 2016, Jean Paul Dutrisac répond à l'Ordre des dentistes du Québec et lui indique notamment que l'Office doit soumettre un projet de loi à la ministre qui reflète les orientations adoptées en 2015 (annexe 8).

Au cours de l'été 2016, les présidents des ordres sont convoqués par la ministre Vallée pour une rencontre.

Par la suite, et voyant que subsistent des points de discordance entre les ordres, l'Office des professions mandate un facilitateur, à la demande de la ministre de la Justice, à l'automne 2016, pour tenter de bonifier sa proposition finale. Il s'agit de Me Jean-François Roberge.

Le travail du facilitateur s'échelonnera sur plusieurs mois sans toutefois que l'Ordre des dentistes du Québec soit entendu quant à ses demandes concernant la Loi sur les dentistes. L'entièreté des travaux fut consacrée aux demandes des hygiénistes dentaires et des denturologistes.

Le 7 septembre 2017, l'Ordre des dentistes du Québec fera part de ses constats quant aux recommandations touchant les denturologistes et les hygiénistes dentaires (annexe 9).

Le 20 novembre 2017, l'Office fera parvenir aux ordres visés une lettre accompagnée des orientations adoptées par les membres de son conseil d'administration le 13 novembre.

Somme toute, la facilitation n'aura procuré aucun bénéfice. L'Office des professions déclarera que ces orientations sont le fruit de plusieurs années de travaux ainsi que des résultats du mandat de facilitation entrepris en novembre 2016, qui avait pour but de favoriser, en concertation, le cheminement des dispositions législatives pertinentes au gouvernement. Cette lettre énonçait par ailleurs ce qui suit :

> *En terminant, je désire vous informer que nous avons récemment eu l'occasion de faire le point avec la ministre de la Justice, responsable de l'application des lois professionnelles, sur ce dossier. Cette dernière nous a affirmé être convaincue de l'urgence et de la nécessité de pouvoir offrir à la population du Québec et aux personnes vulnérables un meilleur accès aux soins dentaires et attend un projet de loi incessamment à cet égard. (annexe 10)*

Le 20 avril 2018, une lettre est adressée à la ministre Vallée afin de lui indiquer que l'Ordre des dentistes du Québec avait été informé que l'Office des professions lui avait remis le projet de loi longuement attendu, relatif à la modernisation des pratiques dans le domaine buccodentaire (annexe 11).

Par cette missive, l'Ordre des dentistes du Québec informait également la ministre qu'il avait été dans l'obligation de dénoncer les publicités récentes de l'Ordre des denturologistes du Québec, lesquelles font valoir que les denturologistes sont habilités à exécuter des actes qui, de l'avis de l'Ordre des dentistes du Québec, ne sont pas permis par la loi. L'Ordre des dentistes du Québec était alors sur le point de déposer une requête en jugement déclaratoire devant les tribunaux, mais par déférence pour les instances politiques, il a attendu une réponse afin de savoir ce qu'il adviendrait du projet de loi remis par l'Office des professions du Québec.

Le 7 mai 2018, une nouvelle lettre était acheminée à la ministre de la Justice réitérant l'urgence de déposer un projet de loi pour qu'un débat sain puisse avoir lieu et que des décisions soient prises. Mis à part un accusé de réception, aucune suite ne sera donnée à cette correspondance (annexe 12).

Le 17 mai 2018, l'Ordre des dentistes du Québec signifiait à l'Ordre des denturologistes du Québec une requête en jugement déclaratoire (annexe 13. Cette requête a suivi le cheminement normal des dossiers déposés devant la Cour supérieure et, à la demande de l'Ordre des dentistes du Québec et avec le consentement de l'Ordre des denturologistes du Québec, elle a été suspendue le 21 juin 2019 par l'honorable juge François P. Duprat, j.c.s., jusqu'à l'entrée en vigueur du projet de loi nº 29. Il est à noter que dans le cadre de ces procédures, l'Ordre des denturologistes du Québec a estimé devoir poursuivre l'Ordre des dentistes du Québec pour atteinte à la réputation. Nous invitons les parlementaires à prendre connaissance des publicités que l'Ordre des dentistes du Québec a déposées devant le tribunal pour son examen (annexe 14).

Dans le cadre de cette procédure, une expertise du Dr Pierre de Grandmont a été produite par l'Ordre des dentistes du Québec afin de renseigner la Cour sur la terminologie liée au domaine dentaire et sur celle utilisée dans les lois actuelles (annexe 15).

La rédaction de lois claires pour définir le champ de pratique des professionnels du domaine dentaire, s'impose pour mettre fin à des interprétations adverses qui n'aident en rien la protection du public.

RECOMMANDATION 2

Afin de permettre aux ordres visés par le projet de loi dans le domaine dentaire de gouverner leurs membres de façon efficace et dans un contexte où historiquement les rapports interordres sont complexes, voire même litigieux, l'Ordre des dentistes du Québec demande aux parlementaires une modernisation efficace qui passera par un texte de loi clair et des guides de pratique rédigés par des professionnels compétents sous la direction assistée de dentistes reconnus pour leur expertise propre.

Les éléments à considérer pour un avenir viable et une réelle modernisation

1- Le champ d'exercice des dentistes, les activités réservées et la modernisation de la Loi sur les dentistes

Le champ d'exercice

La médecine dentaire, qui compte 10 spécialités en plus de la médecine dentaire générale, est un élément indissociable de la médecine générale et contribue à la santé globale (annexe 16).

Le champ descriptif de son exercice n'est pas restreint à la santé buccodentaire et ne l'a jamais été. L'article 26 de la Loi des dentistes de 1973 définit le champ d'exercice comme comprenant les dents, la bouche, les maxillaires et les tissus avoisinants. Cet article n'a jamais fait l'objet de modifications, ni de contestations (annexe 17).

L'intervention des dentistes en matière de cancer de la bouche aura pour objectif de rétablir la santé. En cas de traumatisme, leur expertise servira à reconstruire les structures du visage, y compris les tissus mous et les tissus durs. Des malformations congénitales, comme les fentes palatines, sont réparées et traitées par les dentistes.

Les dentistes interviennent aussi en matière de traitement de la douleur; à ce titre, leur rôle est d'offrir un soulagement approprié des symptômes. Les dentistes prescrivent des médicaments, des traitements, des analyses de laboratoire et des radiographies. Ils travaillent de concert avec les pharmaciens et les médecins dans plusieurs cas de cancer et de problèmes liés à la douleur du complexe maxillo-facial. Ils sont membres des CMDP (conseil des médecins, dentistes et pharmaciens) et des « Tumor board » dans les hôpitaux. Sans intervention au niveau de la bouche, plusieurs chirurgies cardiaques ne pourraient pas avoir lieu.

L'impact systémique de la définition qui sera donnée au champ de pratique des dentistes doit être pris en compte. Le dentiste, qui porte le titre de docteur au sens du Code des professions, doit être reconnu comme tel. Il rédige des ordonnances dirigées à d'autres professionnels, dont les pharmaciens.

Par conséquent, le champ descriptif de la médecine dentaire doit correspondre à celui que l'on trouve dans la Loi médicale, L.R.Q. c.M-9, et dans la Loi sur la pharmacie, L.R.Q. c.P-10. Le but poursuivi par le champ descriptif est de rétablir la santé en général, et non seulement la santé « buccodentaire ». Lorsqu'un médecin traite la peau, le but n'est pas restreint à la santé de cette dernière, mais bien à celle de l'individu dans son entier (annexes 18a et 18b).

Selon le *Petit Robert,* le mot « buccodentaire » signifie « qui se rapporte à la bouche et aux dents », comme dans « hygiène buccodentaire », et, selon le *Larousse* en ligne, « qui est en rapport avec la bouche et les dents ».

D'après le *Dictionnaire des termes de médecine dentaire en usage au Québec*[1], le préfixe « bucco » signifie « bouche » et l'adjectif « dentaire » désigne « qui se rapporte aux dents ».

[1] Bertrand Lemieux, *Dictionnaire des termes de médecine dentaire*, 2001, p. 23 et 40.

RECOMMANDATION 3

Modifier le premier paragraphe de l'article 26 de la Loi sur les dentistes, tel que modifié par l'article 35 du projet de loi n° 29, afin qu'il se lise ainsi :

> *« L'exercice de la médecine dentaire consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience 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 chez l'être humain ou d'offrir un soulagement approprié des symptômes. »*

Les activités réservées

L'article 35 du projet de loi nº 29 qui modifie le premier alinéa de l'article 26 de la Loi sur les dentistes, définit l'exercice de la médecine dentaire. Celui-ci comprend la bouche, les dents, les maxillaires et les tissus avoisinants. Toutefois, tel que rédigé présentement, le premier paragraphe du deuxième alinéa de l'article 26, tel que modifié par l'article 35 du projet de loi, vient restreindre ce cadre.

Il faut évidemment lire les activités réservées en lien avec le premier alinéa de l'article 26 de la Loi sur les dentistes tel que modifié par l'article 35 du projet de loi nº 29.

La terminologie utilisée dans certaines provinces pour décrire le cadre de l'exercice de la médecine dentaire fait référence au complexe orofacial. Aucune ne fait référence à la santé « buccodentaire » ou « dental oral » ou « oral health ».

Une activité réservée étant une activité que seul le professionnel autorisé par la loi peut accomplir, il est essentiel de réviser le paragraphe 1 de l'alinéa 2 de l'article 26 de la Loi sur les dentistes, tel que modifié par l'article 35 du projet de loi nº 29, afin qu'il se lise ainsi : « Diagnostiquer les déficiences et les maladies ».

Le même raisonnement s'applique au paragraphe 4 de l'alinéa 2, qui devrait quant à lui se lire ainsi : « Déterminer le plan de traitement ».

Quant aux paragraphes 8 et 9 de l'alinéa 2 de l'article 26 de la Loi sur les dentistes, tel que modifié par l'article 35 du projet de loi nº 29, qui font référence à des prothèses et des appareils dentaires, ils sont également trop restrictifs en prévoyant seulement la prothèse « dentaire » et l'appareil « dentaire ». En effet, les dentistes qui œuvrent notamment dans le domaine de la chirurgie buccale et maxillo-faciale ont recours à des prothèses maxillo-faciales qui servent à restaurer une grande perte de tissus durs ou mous dans la région des maxillaires et du visage. Ces prothèses ne sont pas des prothèses dentaires. Quant aux appareils, l'emploi de l'adjectif « dentaire » évacue certains appareils, tels les appareils antironflement ou ceux pour combattre l'apnée du sommeil qui sont prescrits par des médecins aux dentistes ainsi que les plaques occlusales, qui servent notamment à contrer le bruxisme. Ces appareils ne sont pas des appareils dentaires.

Le projet de loi nº 29 restreint la portée de la loi actuelle. Un exercice de rédaction est à faire pour traduire la réelle portée des interventions des dentistes, et ce, sans ajouter aux prérogatives actuelles.

RECOMMANDATION 4

Modifier les paragraphes 1, 4, 8 et 9 de l'alinéa 2 de l'article 26 de la Loi sur les dentistes, tel que modifié par l'article 35 du projet de loi nº 29, pour qu'ils se lisent ainsi :

«1° diagnostiquer les déficiences et les maladies;

[…]

4° déterminer le plan de traitement;

[…]

8° prescrire la fabrication ou la réparation d'une prothèse ou d'un appareil;

9° vendre des prothèses ou des appareils. »

Des ajouts requis aux activités réservées

D'autre part, des ajouts aux activités réservées sont nécessaires afin de refléter la réalité de la pratique de la médecine dentaire. L'Office des professions a avisé l'Ordre des dentistes du Québec que l'activité relative à l'utilisation des mesures de contention n'avait pas à être précisée dans les activités réservées aux dentistes, et ce, au motif que le consentement du patient est toujours requis. Nous estimons ne pas saisir la base juridique de cette explication. Rappelons seulement que les dentistes agissent aussi dans des situations urgentes où la contention doit être utilisée pour éviter des dommages irréparables.

L'Ordre des dentistes du Québec encadre la pratique de la contention par des règles semblables à celles prescrites en médecine (annexe 19). De plus, la contention peut aussi être chimique. Les dentistes sont autorisés à prescrire et à pratiquer diverses formes d'anesthésie. Omettre des activités réservées aurait des conséquences tragiques pour certains patients. Les dentistes pédiatriques sont parfois dans l'obligation de recourir à des méthodes de contention afin de traiter des enfants aux prises avec des douleurs sévères. Il en est de même en gérodontologie (médecine dentaire qui se spécialise en traitements adaptés aux personnes âgées). Le recours à ces mesures extrêmes, sous contrôle et dans des balises strictes, évite parfois l'usage de l'anesthésie générale, malheureusement souvent requise pour traiter les enfants.

Les dentistes traitent des personnes qui souffrent de handicaps physiques ou mentaux. Parfois, tout comme pour les médecins et les infirmières, la contention selon les normes scientifiques reconnues est nécessaire.

RECOMMANDATION 5

Ajouter à l'alinéa 2 de l'article 26 de la Loi sur les dentistes, tel que modifié par l'article 35 du projet de loi n° 29, le paragraphe suivant :

« 10° décider de l'utilisation des mesures de contention. »

Par ailleurs, certains dentistes travaillent en milieu hospitalier et plusieurs opèrent des patients sous anesthésie générale. Il est donc impératif qu'ils surveillent, comme leurs collègues médecins, la condition de leurs patients hospitalisés. Le traitement du cancer de la bouche en est un exemple. La reconstruction faciale après un traumatisme en est un autre. Cette responsabilité leur incombe et elle s'exerce. La loi doit le refléter par simple souci d'équité et de cohérence systémique.

RECOMMANDATION 6

Ajouter à l'alinéa 2 de l'article 26 de la Loi sur les dentistes, tel que modifié par l'article 35 du projet de loi n° 29, le paragraphe suivant :

> *« Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques. »*

Ajouter des dispositions à la Loi sur les dentistes

Après 20 ans d'attente, la modernisation de la Loi sur les dentistes, qui date de près de 46 ans, exige une attention particulière du législateur et doit tenir compte des changements dans les modèles de pratique, des avancées technologiques et des défis liés à la vente de toutes sortes de traitements dentaires. Plusieurs modifications ont été requises au fil du temps et étaient toujours reléguées au jour où le projet de loi sur la modernisation serait déposé. Ce jour est arrivé, profitons de l'opportunité pour moderniser la loi, puisqu'elle fait l'objet de votre étude (annexe 20).

Pouvoir d'enquête

À l'instar de la Loi médicale, il est nécessaire de prévoir l'ajout de l'article 18.2 à la Loi sur les dentistes, et ce, pour permettre notamment à l'Ordre des dentistes du Québec de vérifier la qualité des activités que les assistantes dentaires seront autorisées à exercer par règlement (une consultation a eu lieu et l'Office est saisi du projet; un dépôt est incessant).

RECOMMANDATION 7

Ajouter l'article 18.2 à la Loi sur les dentistes :

> *« 18.2 Le Conseil d'administration peut vérifier la qualité des activités visées au deuxième alinéa de l'article 26, lorsqu'elles sont exercées par des personnes habilitées par règlement du Conseil d'administration.*
>
> *À cette fin, un comité ou un membre de l'Ordre désigné par le Conseil d'administration peut obtenir de ces personnes et des dentistes avec lesquels celles-ci collaborent ou de tout établissement qui exploite un centre dans lequel ces activités sont exercées, tous les renseignements qu'il juge utiles et qui sont reliés directement à l'exercice de ces activités, sans qu'aucun d'eux puisse invoquer le secret professionnel.*
>
> *Dans le cas où ces personnes sont des professionnels, le Conseil d'administration, s'il le juge nécessaire, transmet le rapport de vérification à l'Ordre dont il est membre. »*

Le certificat d'immatriculation

Il y a lieu de réintroduire le certificat d'immatriculation en médecine dentaire, comme demandé depuis avril 2015 par l'Ordre des dentistes du Québec par voie de lettres adressées à l'Office des professions dans le cadre de la planification des dossiers réglementaires (annexe 21).

L'éthique et la déontologie sont des compétences à acquérir, et l'application des lois et règlements qui régissent l'exercice de la médecine dentaire doit être surveillée dès l'entrée en faculté.

RECOMMANDATION 8

Réintroduire le paragraphe *b* de l'article 19 à la Loi sur les dentistes :

> *« 19 b) déterminer les conditions et les formalités de délivrance du certificat d'immatriculation à un étudiant en médecine dentaire ou à une personne effectuant un stage de formation professionnelle ou poursuivant des études de spécialité de même que les causes, conditions et formalités de révocation de ce certificat; »*

Réintroduire la section IV de la Loi sur les dentistes :

> *« 23. L'immatriculation d'un étudiant en médecine dentaire ou d'une personne effectuant un stage de formation professionnelle ou poursuivant des études de spécialité est constatée par un certificat délivré par le secrétaire de l'Ordre.*
>
> *24. A droit à un certificat d'immatriculation l'étudiant en médecine qui :*
>
> *a) est bachelier ès arts ou ès sciences d'une université du Québec ou d'une autre université dont le diplôme est jugé équivalent par le Conseil d'administration; ou*
>
> *b) est détenteur d'un diplôme d'études collégiales décerné par le ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie ou une université du Québec ou d'un diplôme jugé équivalent par le Conseil d'administration; et*
>
> *c) a rempli les conditions et les formalités déterminées par règlement adopté en vertu du paragraphe b du premier alinéa de l'article 19.*
>
> *A également droit à un certificat d'immatriculation une personne qui effectue un stage de formation professionnelle ou qui poursuit des études de spécialité et qui a rempli les conditions et les formalités déterminées par règlement adopté en vertu du paragraphe b du premier alinéa de l'article 19.*
>
> *25. Le Conseil d'administration peut révoquer un certificat d'immatriculation conformément aux règlements adoptés en vertu du paragraphe b du premier alinéa de l'article 19. »*

La dénomination sociale

L'article 36 de la Loi sur les dentistes est antérieur à un important changement qui a été autorisé par la législation professionnelle : la pratique au sein d'une société par actions.

Afin de s'adapter à ce changement et à la pratique suivie dans d'autres ordres professionnels, il y aurait lieu d'encadrer, par règlements, la dénomination des cabinets et sociétés de dentistes.

RECOMMANDATION 9

Abroger l'article 36 de la Loi sur les dentistes

La propriété des cabinets et l'usage de l'adjectif dentaire

Dans un autre ordre d'idées, le domaine de la santé buccale comprenant quatre professions, le public peine à s'y retrouver. Les appellations « clinique dentaire » et « centre dentaire » sont utilisées par des denturologistes, ce qui peut laisser ainsi croire au public qu'ils y seront pris en charge par un dentiste.

Afin de faire dissiper toute confusion, l'Ordre des dentistes du Québec requiert l'ajout de nouvelles dispositions à la Loi sur les dentistes, inspirées de la Loi sur la pharmacie, LRQ c. P-10, afin de réserver la propriété du cabinet aux dentistes et l'appellation « dentaire » aux dentistes. Ces demandes de modification touchant la Loi sur les dentistes ont été requises à plusieurs reprises sans qu'aucun commentaire de l'Office des professions ou de représentants du gouvernement ne soit fait à ce sujet (annexe 22).

RECOMMANDATION 10

Ajouter les articles 37.1 et 37.2 à la Loi sur les dentistes :

> *« 37.1. Seuls peuvent être propriétaires d'un cabinet dentaire : un dentiste, une société de dentistes ou une société par actions constituée conformément à un règlement pris en application du paragraphe p de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).*
>
> *Aux fins du présent article, on entend par cabinet dentaire une entreprise, autre qu'un établissement, où un dentiste exerce sa profession.*
>
> *37.2. Seuls peuvent faire usage de l'adjectif « dentaire » dans un nom ou une publicité se rapportant à des services offerts au public : un dentiste, une société de dentistes ou une société par actions constituée conformément à un règlement de l'Ordre des dentistes du Québec pris en application du paragraphe p de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).*
>
> *L'interdiction prévue au premier alinéa n'empêche pas un denturologiste, une hygiéniste dentaire et un technologue en prothèses et appareils dentaires d'utiliser l'adjectif « dentaire » avec d'autres termes qui sont propres à l'exercice de leur profession. »*

Les appareils dentaires

Enfin, l'article 38 du projet de loi nº 29 ajoute les appareils dentaires aux interdictions applicables aux dentistes. Cette interdiction est totalement nouvelle, non documentée et inconvenante. Elle vise les dentistes, sans que des modifications semblables soient apportées à la Loi médicale (article 39). En effet, les médecins ne peuvent avoir d'intérêt direct ou indirect dans une entreprise de fabrication ou de vente de quelque prothèse que ce soit.

Un appareil dentaire est une pièce destinée à une autre fonction que le remplacement des dents. Ainsi, les appareils orthodontiques ou antironflement ne sont pas des prothèses. À l'heure actuelle, un dentiste peut être actionnaire d'une entreprise de fabrication d'appareils dentaires, tels que des appareils antironflement ou des gouttières orthodontiques.

Pour quelle raison vient-on restreindre la liberté de propriété du dentiste en matière d'appareils?

Il appert que la notion de prothèse et celle d'appareil font l'objet d'une confusion. Ces termes étant repris dans les activités réservées au denturologiste, nous vous invitons à lire la section relative aux denturologistes ci-après pour une meilleure compréhension des enjeux.

RECOMMANDATION 11

Supprimer l'amendement prévu au premier alinéa de l'article 38 du projet de loi nº 29.

2- Le champ d'exercice des denturologistes et les activités réservées

Le champ d'exercice

Le projet de loi nº 29, qui modifie l'article 6 de la Loi sur la denturologie, énonce à l'article 41 que l'exercice de la denturologie consiste à évaluer les besoins prothétiques d'une personne dans le but de suppléer à la perte des dents.

La portée de ce qui précède nécessite quelques mises au point :

a) Le denturologiste ne peut pas poser de diagnostic sur la santé des dents, le cas échéant, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants. Il n'est pas formé pour évaluer la condition bucco-dentaire d'une personne, dont un cancer de la bouche ou une autre maladie qui nécessiterait l'attention d'un dentiste ou d'un médecin avant la mise en bouche d'une prothèse partielle ou complète.

b) Le denturologiste ne prescrit ni ne prend de radiographies. Il ne peut pas et ne doit pas faire d'anesthésie locale ni utiliser des substances désensibilisantes. Les couronnes et ponts sur dents naturelles sont exclus de son champ d'exercice de façon spécifique par le projet de loi. D'autres exclusions devraient être spécifiées. Il ne doit pas altérer les structures des dents, de la bouche, des maxillaires ou des tissus avoisinants.

c) Une prothèse est une pièce artificielle pour remplacer une partie du corps. Selon le *Dictionnaire des termes de médecine dentaire en usage au Québec*[2], une prothèse dentaire a pour but le remplacement des dents et des structures environnantes, allant de la simple dent à une dentition complète.

d) Aucun appareil ne sert à remplacer des dents.

e) Un appareil dentaire est une pièce destinée à des fonctions autres que la perte des dents. La démarche diagnostique, l'ajustement et le suivi de la fonction des appareils buccaux s'inscrivent dans une démarche thérapeutique, sauf pour ce qui est du protecteur buccal dont la finalité est la prévention de blessures et de traumatismes.

À titre d'exemple, les gouttières occlusales, qui permettent de modifier la relation intermaxillaire et les contacts occlusaux, de stabiliser une occlusion fautive ainsi que de gérer les désordres temporo-mandibulaires et les douleurs bucco-faciales, sont des appareils dentaires. Leur fabrication est précédée d'un diagnostic du dentiste et fera l'objet d'un suivi quant à leur efficacité. Les gouttières occlusales ne sont pas des protecteurs buccaux; elles ont une fonction thérapeutique. Les appareils d'avancement mandibulaire utilisés dans le traitement de l'apnée du sommeil et du ronflement sont des appareils dentaires prescrits aux patients par des médecins. La conception d'un tel appareil est précédée d'un diagnostic du dentiste sur la santé de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus avoisinants du patient. Le port de ces appareils peut causer de l'inconfort aux dents, aux gencives et aux articulations temporo-mandibulaires. Une fois le diagnostic médical posé, seul le dentiste est habilité à fabriquer, à ajuster et à suivre le patient qui y a recours (annexe 23).

[2] Bertrand Lemieux, *Dictionnaire des termes de médecine dentaire*, 2001, p. 114

Enfin, les appareils orthodontiques sont, bien entendu, des appareils dentaires. Le domaine de l'orthodontie a récemment vu apparaître sur le marché des techniques de fabrication assistée par ordinateur de coquilles en acrylique à des fins de traitements orthodontiques. Cette technologie permet maintenant, dans certaines situations, de remplacer les appareils orthodontiques traditionnels. Malgré l'apparente simplicité de ces techniques, le diagnostic du dentiste est un prérequis à leur usage.

Le champ de pratique des denturologistes visant à suppléer à la perte des dents, « les appareils dentaires », qui ne sont pas des prothèses et ne servent pas à suppléer à la perte des dents doivent être exclus de l'exercice de la denturologie.

Le seul appareil dentaire dont la conception, la fabrication et la vente pourraient être réservées aux denturologistes selon le projet de loi nº 29 est le protecteur buccal; le paragraphe 8 de l'alinéa 2 de l'article 6 de la Loi sur la denturologie, tel que modifié par l'article 41 du projet de loi nº 29, y pourvoit.

L'Ordre des dentistes du Québec ne s'oppose pas à l'ajout des protecteurs buccaux au champ d'exercice des denturologistes, dans la mesure où un guide de pratique conjoint définira clairement le protecteur buccal comme un appareil intraoral porté durant l'exercice d'un sport de contact dans le but de prévenir ou, tout au moins, de réduire les blessures aux dents et aux tissus avoisinants.

Ces mises en garde sont importantes. Le litige avec l'Ordre des denturologistes du Québec devant la Cour supérieure portait notamment sur l'impression laissée par ledit ordre que ses membres sont autorisés à poser des actes relatifs à des « appareils dentaires ». Par souci de protection du public, cette proposition doit être retirée.

RECOMMANDATION 12

Retirer les termes « appareils dentaires » du premier paragraphe de l'article 6 et des alinéas 1, 2, 4, 6 et 7 du deuxième alinéa dudit article de la Loi sur la denturologie, tel que modifié par l'article 41 du projet de loi nº 29.

Les activités réservées aux denturologistes

Le projet de loi nº 29, au chapitre des activités à réserver aux denturologistes, vise notamment le domaine de la réhabilitation implanto-portée.

La réhabilitation implanto-portée est le volet de la dentisterie qui permet la restauration ainsi que le maintien des fonctions buccodentaires et de l'apparence du patient par le remplacement d'une ou de plus d'une dent par une couronne ou par une prothèse supportée par des implants ostéo-intégrés.

Les activités exercées dans ce domaine de la médecine dentaire comportent un niveau élevé de risque de préjudice aux patients et requièrent l'expertise unique du dentiste. Cela a été démontré et documenté auprès de l'Office des professions au moyen d'une expertise crédible et de données scientifiques reconnues (annexes 3, 5,14, 24).

Les lignes directrices régissant la pratique de la réhabilitation implanto-portée qui s'appliquent aux dentistes sont on ne peut plus claires. Toute procédure requérant l'usage d'une vis doit être vérifiée au moyen de radiographies pendant qu'elle est effectuée et après qu'elle le soit. Elle fait appel à des manœuvres qui relèvent uniquement de la compétence du dentiste (annexe 25).

L'expertise du Dr Pierre de Grandmont, prosthodontiste et professeur titulaire, département de dentisterie de restauration de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal, livrée à l'Office des professions le 31 mars 2015 pour expliquer les tenants et aboutissants de la réhabilitation prothétique sur implants, ainsi que le complément d'information fourni le 19 juin 2015 pour donner suite à un questionnaire de l'Office, n'ont pas, à notre connaissance, fait l'objet d'une contre-expertise qui en dénierait les fondements en partie ou en totalité. L'Office des professions n'a fourni aucune explication scientifique pour les écarter.

La protection du public requiert que la santé de la population soit prise en charge selon des normes scientifiques reconnues. C'est le devoir déontologique des professionnels de la santé, et la loi doit refléter ces normes dans une réforme dont la clarté est un enjeu crucial.

Une intervention non invasive sous la gencive est impossible. Tout comme la peau est la barrière physiologique du corps, la gencive est la barrière physiologique de la bouche. Dès qu'un instrument passe sous cette barrière, l'intervention devient invasive.

Partant de ce principe reconnu, les seules prothèses sur implants pouvant être installées et ajustées de façon non invasive sont celles qui sont fixées au-dessus de la gencive, donc supragingivale, et qui sont amovibles. Le terme amovible signifie « qui peut être retiré et remis en bouche par le patient ».

L'Ordre des dentistes du Québec tient à préciser qu'il n'a jamais été consulté lors de l'élaboration du programme offert aux denturologistes au cégep Édouard-Montpetit et intitulé « Pratique avancée de la denturologie ». Ce programme ne répond d'ailleurs à aucun besoin lié à l'accès aux soins.

La proposition du projet de loi nº 29 quant aux activités réservées touchant les prothèses autres que les prothèses amovibles ne répond à aucun besoin de la population. Le recours à des prothèses sur implants est coûteux et ne vise que des patients qui ont les moyens financiers d'y recourir.

Les risques associés à une restauration à l'aide de prothèses non amovibles sur implants sont élevés. Une prothèse mal vissée peut entraîner de l'inflammation gingivale, de la douleur et de la perte osseuse. Sans radiographie, il est impossible de s'assurer que l'intervention est réussie. Prendre la voie de confier aux denturologistes l'ajustement de prothèses fixes sur implants est un risque qui se soldera inévitablement par des dommages. Les expertises produites au soutien de ce mémoire sont éloquentes sur le sujet.

L'activité visant à permettre aux denturologistes de retirer et de replacer un bouchon de guérison et de placer un pilier sur la tête d'un implant est de nature invasive. De plus, elle peut nécessiter une anesthésie locale et des radiographies de contrôle. Ces activités invasives sont interdites aux denturologistes. À nouveau, nous invitons les parlementaires à déterminer les droits en fonction de la science et des normes et à se référer aux expertises.

L'Ordre des dentistes du Québec demande qu'il soit permis aux denturologistes de concevoir, d'installer ou d'ajuster des prothèses qui sont uniquement amovibles par le patient. Les normes reconnues ne peuvent supporter la thèse que des actes invasifs et comportant un risque de préjudice soient exécutés par des denturologistes.

Enfin, la contribution décrite au paragraphe 3 de l'alinéa 2 de l'article 6 de la Loi sur la denturologie, tel que modifié par l'article 41 du projet de loi nº 29, à l'effet de confier aux denturologistes l'activité de contribuer à la détermination d'un plan de traitement, doit être retirée du projet de loi. En effet, le dentiste est le seul responsable de la détermination du plan de traitement. La détermination d'un plan de traitement suppose une compréhension de tous les tenants et aboutissants d'un diagnostic et d'un pronostic et une compétence pour en tirer une conclusion. Cette proposition constitue par ailleurs un défi pour ceux qui auront à départager un jour les responsabilités en cas de dommages. Encore une fois, le public serait mal protégé.

De plus, la collaboration entre les professionnels est un concept éthique et pratique. Un médecin et un pharmacien collaborent. Un dentiste et un pharmacien collaborent. Rien ne le réserve dans une loi, c'est un devoir déontologique.

RECOMMANDATION 13

L'article 6 de la Loi sur la denturologie, tel que modifié par l'article 41 du projet de loi nº 29, devrait se lire ainsi :

Champ descriptif :

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

Activités réservées :

1. *Déterminer le type de prothèses dentaires amovibles par le patient autres que celles sur implant;*
2. *Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, à l'installation et à l'ajustement des prothèses dentaires autres que celles sur implants, excluant les ponts et les couronnes sur dents naturelles;*
3. *Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, à l'installation et à l'ajustement des prothèses dentaires amovibles par le patient, sur implants, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions;*
4. *Prescrire la fabrication et la réparation des prothèses dentaires amovibles par le patient;*
5. *Vendre des prothèses dentaires amovibles par le patient;*
6. *Concevoir et vendre des protecteurs buccaux;*
7. *Diriger un laboratoire de prothèses dentaires selon les permis requis.*

La recommandation formulée est très explicite et il resterait, avant la mise en application de la loi, à s'assurer que les expressions utilisées sont clairement définies dans un guide de pratique, notamment les termes « invasif » et « protecteur buccal ». Enfin, l'Ordre des dentistes du Québec tient à être consulté formellement sur le contenu de la formation auquel fait référence cet article avant l'entrée en vigueur de quelque règlement permettant des activités liées à la réhabilitation implanto-portée aux denturologistes.

RECOMMANDATION 14

Que la pratique de la denturologie soit encadrée par un guide de pratique conjoint.

Que le comité chargé de l'élaborer soit présidé par un prosthodontiste et composé de deux dentistes et de deux denturologistes identifiés par l'Office des professions.

Que les travaux de ce comité fassent l'objet d'un suivi et soient encadrés par l'Office des professions.

Que la loi nº 29 entre en vigueur lors de l'adoption du guide de pratique conjoint.

3- Le champ d'exercice des hygiénistes dentaires et les activités réservées

L'Ordre des dentistes du Québec a exprimé son accord au champ descriptif de l'exercice de l'hygiène dentaire et aux activités réservées tels que reproduits dans le projet de loi nº 29.

Cet accord exprimé maintes fois a toujours été tributaire de la rédaction d'un guide d'exercice conjoint élaboré par l'Ordre des dentistes du Québec et de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec en s'appuyant sur leur expertise respective, et ce, avant l'entrée en vigueur d'une nouvelle loi. L'Ordre des dentistes du Québec a offert de mettre sur pied un comité mixte présidé par la Dre Cathia Bergeron, doyenne de la Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval, et composé d'une part d'une hygiéniste dentaire et d'un dentiste en santé publique et d'autre part d'une hygiéniste dentaire et d'un dentiste exerçant en cabinet privé.

La réserve d'un guide a fait l'objet de discussions avec l'Office des professions et de négociations au cours des dernières années et il était acquis et compris qu'il est la pierre d'assise d'une réforme réussie et évolutive.

En effet, plusieurs concepts nouveaux devront être définis pour éviter des interprétations diverses et favoriser une transition réussie. Ainsi, nul ne saura prétendre qu'une évaluation de la condition bucco-dentaire constitue un diagnostic et qu'une consultation auprès d'une hygiéniste dentaire remplace la visite annuelle chez le dentiste. La santé des Québécois à ce chapitre est trop importante pour permettre des messages ambigus.

Les activités réservées aux hygiénistes dentaires sans ordonnance par le projet de loi nº 29 sont des activités préventives. Un guide doit le préciser pour éviter des interprétations différentes. Ainsi, le détartrage supra et sous-gingival fait dans le cadre d'une activité sans ordonnance doit nécessairement être un détartrage préventif. La détermination de ce qui est préventif répond à des normes élaborées par des experts de la maladie des gencives, en général des parodontistes.

Quant aux activités réservées aux hygiénistes dentaires avec ordonnance, ce sont des activités curatives.

L'éducation en santé dentaire est un défi de taille. Les enjeux économiques, s'il en est, ne peuvent gouverner les décisions. Par ailleurs, il va sans dire que l'accès aux soins ne pourra véritablement s'améliorer en évacuant le dentiste.

Plusieurs termes ou ensembles de termes sont à définir ou à préciser afin que les professionnels aient une conduite uniforme. Citons à titre d'exemple la liste des « agents anesthésiants », le détartrage supra et sous-gingival, les examens diagnostiques, le débridement parodontal, les empreintes de précision et les techniques de blanchiment des dents.

RECOMMANDATION 15

Que la pratique de l'hygiène dentaire soit encadrée par un guide de pratique conjoint.

Que le comité chargé de l'élaborer soit présidé par la Dre Cathia Bergeron, doyenne de la faculté de médecine dentaire de Laval et composé d'une part d'une hygiéniste dentaire et d'un dentiste en santé publique et d'autre part d'une hygiéniste dentaire et d'un dentiste exerçant en cabinet privé.

Que les travaux de ce comité fassent l'objet d'un suivi et soient encadrés par l'Office des professions.

Que la loi no 29 entre en vigueur lors de l'adoption du guide de pratique conjoint.

4- Le champ de pratique et les activités réservées aux technologues dentaires

À ce chapitre, l'Ordre des dentistes du Québec a fourni à l'Office des professions, le 31 mars 2015, une opinion juridique qui explique la problématique systémique que soulèverait la réserve d'activités aux techniciens dentaires. Aucune suite n'a été offerte à cette expertise par l'Office des professions. La proposition soumise créera, de toute évidence, un monopole dans le domaine de la fabrication de prothèses et d'appareils dentaires, monopole inexistant à l'heure actuelle dans les autres domaines de la santé et partout ailleurs dans le monde.

Les techniciens dentaires n'œuvrent pas auprès du public, et le Québec est la seule province canadienne comportant un ordre professionnel qui les gouverne.

L'Ordre des dentistes du Québec, à ce chapitre, tient à préciser que les vendeurs de biens ne sont pas encadrés par des ordres professionnels, mais plutôt par les règles du Code civil du Québec.

Les dentistes sont responsables de ce qu'ils mettent en bouche. Ils sont totalement imputables envers leur patient à ce chapitre.

Afin de ne pas créer, par les droits conférés aux techniciens ou aux technologues dentaires, un monopole et de, notamment, priver le public québécois de produits inexistants au Québec, il y a lieu de préciser que rien dans les activités réservées aux technologues dentaires ne saurait être interprété comme interdisant à un dentiste du Québec de faire affaire à l'extérieur de la province de Québec pour obtenir les prothèses ou les appareils que son patient requiert.

RECOMMANDATION 16

Prévoir une disposition dans la Loi sur les dentistes qui se lirait ainsi :

« Nonobstant toute autre loi générale ou spéciale, les dentistes sont habilités à émettre une ordonnance pour la conception, la fabrication et la réparation des appareils dentaires et des prothèses dentaires à une personne autre qu'un technologue dentaire à l'extérieur du territoire du Québec. »

Conclusion

Quelques minutes pour résumer et comprendre des travaux qui ont duré 20 ans, c'est peu. Permettez aux professionnels qui ont à cœur la santé de leurs patients de bénéficier d'une modernisation qui respecte les normes scientifiques, qui est claire et qui permettra aux ordres chargés de protéger le public de faire leur travail.

L'accès à des soins de qualité pour tous est la pierre angulaire de la réussite de la modernisation des pratiques.

Le temps est venu de reconnaître que la santé de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus avoisinants fait partie intégrante de la santé globale. Permettez enfin au dentiste de faire valoir son expertise et confiez-lui la présidence des comités qui seront chargés de rédiger les guides de pratique. Enfin, accordez le temps nécessaire pour terminer ces travaux avant de sanctionner le projet de loi nº 29.

Merci pour votre écoute.

Annexes

Annexe 1 : Entente intervenue entre l'Ordre des dentistes du Québec, l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec et l'Association des assistantes dentaires en mars 2010

Annexe 2 : Lettre datée du 9 février 2015 du président de l'Ordre des dentistes du Québec à la vice-présidente de l'Office des professions du Québec (pistes de solution et de bonification)

Annexe 3 Rapport daté du 30 mars 2015 de Pierre de Grandmont, DMD, Cert. (prostho), M. Sc. (avis concernant la proposition de l'Office des professions du Québec formulé relativement au dossier de la modernisation)

Annexe 4 : Opinion juridique datée du 16 mars 2015 de Bélanger Sauvé avocats concernant la proposition législative d'activités réservées aux techniciens dentaires en matière de fabrication et de réparation de prothèses dentaires

Annexe 5 : Questionnaire transmis par l'Office en remplacement de la rencontre du 4 juin 2015 / Réponse aux questions de l'Office à la suite de l'échec de la rencontre du 4 juin 2015 : lettre datée du 19 juin 2015 sur la consultation avec expertise additionnelle de Pierre de Grandmont, DMD, Cert. (prostho), M. Sc., concernant la proposition de l'Office des professions du Québec formulée en regard de la modernisation

Annexe 6 : Lettre datée du 17 février 2016 du président de l'Office des professions du Québec aux présidents et présidentes des ordres professionnels du domaine buccodentaire (orientations de l'Office des professions sur la modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire reçues le 9 mars 2016)

Annexe 7 : Lettre datée du 22 mars 2016 du président de l'Ordre des dentistes du Québec au président de l'Office des professions du Québec (réponse aux propositions finales de modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire)

Annexe 8 : Lettre datée du 12 avril 2016 du président de l'Office des professions du Québec au président de l'Ordre des dentistes du Québec (réponse de l'Office)

Annexe 9 : Lettre datée du 7 septembre 2017 du président de l'Ordre des dentistes du Québec au président de l'Office des professions du Québec

Annexe 10 : Lettre datée du 20 novembre 2017 du président de l'Office des professions du Québec au président de l'Ordre des dentistes du Québec (orientations finales)

Annexe 11 : Lettre datée du 20 avril 2018 du président de l'Ordre des dentistes du Québec à la ministre de la Justice, Stéphanie Vallée (projet de loi relatif à la modernisation des pratiques dans le domaine buccodentaire)

Annexe 12 : Lettre datée du 7 mai 2018 du président de l'Ordre des dentistes du Québec à la ministre de la Justice, Stéphanie Vallée (projet de loi relatif à la modernisation des pratiques dans le domaine buccodentaire)

Annexe 13 : Requête en jugement déclaratoire déposée en Cour supérieure du Québec par l'Ordre des dentistes du Québec contre l'Ordre des denturologistes du Québec (505-17-010633-180)

Annexe 14 : Publicités de l'Ordre des denturologistes du Québec déposées en Cour supérieure du Québec en soutien à la demande en jugement déclaratoire

Annexe 15 : Expertise datée du 14 septembre 2018 de Pierre de Grandmont, DMD, Cert. (prostho), M. Sc., relativement à la demande en jugement déclaratoire déposée à la Cour supérieure par l'Ordre des dentistes du Québec contre l'Ordre des denturologistes du Québec

Annexe 16 : Règlement sur les spécialités et les conditions et modalités de délivrance des certificats de spécialiste de l'Ordre des dentistes du Québec, RLRQ, chapitre D-3, r. 14

Annexe 17 : Extrait de la Loi sur les dentistes, RLRQ, chapitre D-3, art. 26

Annexe 18a : Loi médicale, RLRQ, chapitre M-9, art. 31

Annexe 18b : Loi sur la pharmacie, RLRQ, chapitre P-10, art. 17

Annexe 19 : Ligne directrice sur l'utilisation des mesures de contention de l'Ordre des dentistes du Québec, 29 septembre 2009

Annexe 20 : Lettres datées du 28 mars et du 6 juin 2013 du président de l'Ordre des dentistes du Québec au président de l'Office des professions du Québec (demandes de modifications au Code des professions et à la Loi sur les dentistes)

Annexe 21 : Lettres datées du 30 avril 2015 et du 29 avril 2016 adressées au président de l'Office des professions du Québec en suivi de la planification du traitement des dossiers réglementaires et fiche de renseignement concernant un nouveau règlement de l'Ordre des dentistes du Québec sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des dentistes

Annexe 22 : Lettres de l'Ordre des dentistes à l'Office des professions du Québec contenant les demandes de modification touchant la Loi sur les dentistes pour réserver la propriété du cabinet dentaire et l'appellation « dentaire » aux dentistes

Annexe 23 : Rappel du Collège des médecins concernant l'apnée du sommeil et les appareils anti-ronflement daté du 8 juin 2017 / Guide conjoint sur l'apnée obstructive du sommeil (CMQ-ODQ-OPIQ), septembre 2016

Annexe 24 : Expertise datée du 7 septembre 2017 de la Dre Véronique Benhamou, parodontiste et professeure agrégée de la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill, et du Dr Samer Abi Nader, prosthodontiste, professeur adjoint, vice-doyen de la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill et directeur de la division de dentisterie restauratrice (présentation sur les implants dentaires)

Annexe 25 : Lignes de conduite régissant la pratique de la réhabilitation implanto-portée de l'Ordre des dentistes du Québec, avril 2015, et lignes directrices du Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario (Educational Requirements & Professional Responsibilities for Implant Dentistry), mai 2013

MÉMOIRE DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

CONCERNANT LE PROJET DE LOI N^{O} 29 – LOI MODIFIANT LE CODE DES PROFESSIONS ET D'AUTRES DISPOSITIONS NOTAMMENT DANS LE DOMAINE BUCCODENTAIRE ET CELUI DES SCIENCES APPLIQUÉES

27 AOÛT 2019

RECOMMANDATIONS

Ordre des dentistes du Québec

LE DENTISTE,
LE DOCTEUR QUI VEILLE
SUR VOTRE BOUCHE

Recommandations du mémoire sur le projet de Loi n°29

RECOMMANDATION 1

Reconnaître que la santé des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants est une composante intégrante de la santé globale.

Reconnaître l'importance d'un diagnostic de la santé des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants comme partie essentielle du diagnostic de santé globale.

Reconnaître l'importance de la promotion et de la prévention en matière de santé des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants.

Modifier l'article 8 du projet de Loi nº 29 afin d'y inclure le paragraphe 10 du premier alinéa de l'annexe I (Ordre des dentistes du Québec) et le paragraphe 8 du deuxième alinéa de l'annexe I (Ordre des hygiénistes dentaires du Québec).

RECOMMANDATION 2

Afin de permettre aux ordres visés par le projet de loi dans le domaine dentaire de gouverner leurs membres de façon efficace et dans un contexte où historiquement les rapports inter ordres sont complexes, voire même litigieux, l'Ordre des dentistes du Québec demande aux parlementaires une modernisation efficace qui passera par un texte de loi clair et des guides de pratique rédigés par des professionnels compétents sous la direction assistée de dentistes reconnus pour leur expertise propre.

RECOMMANDATION 3

Modifier le premier paragraphe de l'article 26 de la Loi sur les dentistes, tel que modifié par l'article 35 du projet de Loi n° 29, afin qu'il se lise ainsi :

> *« L'exercice de la médecine dentaire consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience 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 chez l'être humain ou d'offrir un soulagement approprié des symptômes. »*

RECOMMANDATION 4

Modifier les paragraphes 1, 4, 8 et 9 de l'alinéa 2 de l'article 26 de la Loi sur les dentistes, tel que modifié par l'article 35 du projet de Loi nº 29, pour qu'ils se lisent ainsi :

«1° diagnostiquer les déficiences et les maladies;

[…]

4° déterminer le plan de traitement;

[…]

8° prescrire la fabrication ou la réparation d'une prothèse ou d'un appareil;

9° vendre des prothèses ou des appareils. »

RECOMMANDATION 5

Ajouter à l'alinéa 2 de l'article 26 de la Loi sur les dentistes, tel que modifié par l'article 35 du projet de Loi nº 29, le paragraphe suivant :

« 10° décider de l'utilisation des mesures de contention. »

RECOMMANDATION 6

Ajouter à l'alinéa 2 de l'article 26 de la Loi sur les dentistes, tel que modifié par l'article 35 du projet de Loi nº 29 le paragraphe suivant :

« Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques ».

RECOMMANDATION 7

Ajouter l'article 18.2 à la Loi sur les dentistes :

« 18.2 Le Conseil d'administration peut vérifier la qualité des activités visées au deuxième alinéa de l'article 26, lorsqu'elles sont exercées par des personnes habilitées par règlement du Conseil d'administration.

À cette fin, un comité ou un membre de l'Ordre désigné par le Conseil d'administration peut obtenir de ces personnes et des dentistes avec lesquels celles-ci collaborent ou de tout établissement qui exploite un centre dans lequel ces activités sont exercées, tous les renseignements qu'il juge utiles et qui sont reliés directement à l'exercice de ces activités, sans qu'aucun d'eux puisse invoquer le secret professionnel.

Dans le cas où ces personnes sont des professionnels, le Conseil d'administration, s'il le juge nécessaire, transmet le rapport de vérification à l'ordre dont il est membre. »

RECOMMANDATION 8

Réintroduire le paragraphe *b* de l'article 19 à la Loi sur les dentistes:

« 19 b) déterminer les conditions et les formalités de délivrance du certificat d'immatriculation à un étudiant en médecine dentaire ou à une personne effectuant un stage de formation professionnelle ou poursuivant des études de spécialité de même que les causes, conditions et formalités de révocation de ce certificat; »

Réintroduire la section IV de la Loi sur les dentistes :

« 23. L'immatriculation d'un étudiant en médecine dentaire ou d'une personne effectuant un stage de formation professionnelle ou poursuivant des études de spécialité est constatée par un certificat délivré par le secrétaire de l'Ordre.

24. A droit à un certificat d'immatriculation l'étudiant en médecine qui :

a) est bachelier ès arts ou ès sciences d'une université du Québec ou d'une autre université dont le diplôme est jugé équivalent par le Conseil d'administration; ou

b) est détenteur d'un diplôme d'études collégiales décerné par le ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie ou une université du Québec ou d'un diplôme jugé équivalent par le Conseil d'administration; et

c) a rempli les conditions et les formalités déterminées par règlement adopté en vertu du paragraphe b du premier alinéa de l'article 19.

A également droit à un certificat d'immatriculation une personne qui effectue un stage de formation professionnelle ou qui poursuit des études de spécialité et qui a rempli les conditions et les formalités déterminées par règlement adopté en vertu du paragraphe b du premier alinéa de l'article 19.

25. Le Conseil d'administration peut révoquer un certificat d'immatriculation conformément aux règlements adoptés en vertu du paragraphe b du premier alinéa de l'article 19. »

RECOMMANDATION 9

Abroger l'article 36 de la Loi sur les dentistes.

RECOMMANDATION 10

Ajouter les articles 37.1 et 37.2 à la Loi sur les dentistes :

« 37.1. Seuls peuvent être propriétaires d'un cabinet dentaire : un dentiste, une société de dentistes ou une société par actions constituée conformément à un règlement pris en application du paragraphe p *de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).*

Aux fins du présent article, on entend par cabinet dentaire une entreprise, autre qu'un établissement, où un dentiste exerce sa profession.

37.2. Seuls peuvent faire usage de l'adjectif « dentaire » dans un nom ou une publicité se rapportant à des services offerts au public un dentiste, une société de dentistes ou une société par actions constituée conformément à un règlement de l'Ordre des dentistes du Québec pris en application du paragraphe p *de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).*

L'interdiction prévue au premier alinéa n'empêche pas un denturologiste, une hygiéniste dentaire et un technologue en prothèses et appareils dentaires d'utiliser l'adjectif « dentaire » avec d'autres termes qui sont propres à l'exercice de leur profession. »

RECOMMANDATION 11

Supprimer l'amendement prévu au premier alinéa de l'article 38 du projet de Loi nº 29.

RECOMMANDATION 12

Retirer les termes « *appareils dentaires* » du premier paragraphe de l'article 6 et des alinéas 1, 2, 4, 6 et 7 du deuxième alinéa dudit article de la Loi sur la denturologie, tel que modifié par l'article 41 du projet de Loi nº 29.

RECOMMANDATION 13

L'article 6 de la Loi sur la denturologie, tel que modifié par l'article 41 du projet de Loi nº 29, devrait se lire ainsi :

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

Activités réservées :

1. Déterminer le type de prothèses dentaires amovibles par le patient autres que celles sur implants;

2. Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, à l'installation et à l'ajustement des prothèses dentaires autres que celles sur implants, excluant les ponts et les couronnes sur dents naturelles;

3. Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, à l'installation et à l'ajustement des prothèses dentaires amovibles par le patient, sur implants, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe *o* de l'article 94 du Code des professions;

4. Prescrire la fabrication et la réparation des prothèses dentaires amovibles par le patient;

5. Vendre des prothèses dentaires amovibles par le patient;

6. Concevoir et vendre des protecteurs buccaux;

7. Diriger un laboratoire de prothèses dentaires selon les permis requis.

RECOMMANDATION 14

Que la pratique de la denturologie soit encadrée par un guide de pratique conjoint.

Que le comité chargé de l'élaborer soit présidé par un prosthodontiste et composé de deux dentistes et de deux denturologistes identifiés par l'Office des professions.

Que les travaux de ce comité fassent l'objet d'un suivi et soient encadrés par l'Office des professions.

Que la Loi nº 29 entre en vigueur lors de l'adoption du guide de pratique conjoint.

RECOMMANDATION 15

Que la pratique de l'hygiène dentaire soit encadrée par un guide de pratique conjoint.

Que le comité chargé de l'élaborer soit présidé par la Dre Cathia Bergeron, doyenne de la faculté de médecine dentaire de Laval et composé d'une part d'une hygiéniste dentaire et d'un dentiste en santé publique et d'autre part d'une hygiéniste dentaire et d'un dentiste exerçant en cabinet privé.

Que les travaux de ce comité fassent l'objet d'un suivi et soient encadrés par l'Office des professions.

Que la Loi nº 29 entre en vigueur lors de l'adoption du guide de pratique conjoint.

RECOMMANDATION 16

Prévoir une disposition dans la Loi sur les dentistes qui se lirait ainsi :

> *« Nonobstant toute autre loi générale ou spéciale, les dentistes sont habilités à émettre une ordonnance pour la conception, la fabrication et la réparation des appareils dentaires et des prothèses dentaires à une personne autre qu'un technologue dentaire à l'extérieur du territoire du Québec. »*

Liste des documents annexés

Annexe 1 : Entente intervenue entre l'Ordre des dentistes du Québec, l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec et l'Association des assistantes dentaires en mars 2010

Annexe 2 : Lettre datée du 9 février 2015 du président de l'Ordre des dentistes du Québec à la vice-présidente de l'Office des professions du Québec – Pistes de solution et de bonification

Annexe 3 Rapport daté du 30 mars 2015 du Dr Pierre de Grandmont, DMD, Cert (prostho), M. Sc., Avis concernant la proposition de l'Office des professions du Québec émise relativement au dossier de la modernisation

Annexe 4 : Opinion juridique datée du 16 mars 2015, de Bélanger Sauvé avocats concernant la proposition législative d'activités réservées aux techniciens dentaires en matière de fabrication et de réparation de prothèses dentaires

Annexe 5 : Questionnaire transmis par l'Office en remplacement de la rencontre du 4 juin 2015/ Réponse aux questions de l'Office suite à l'échec de la rencontre du 4 juin 2015 : Lettre datée du 19 juin 2015 sur la consultation avec expertise additionnelle du Dr Pierre de Grandmont, DMD, Cert (prostho), M. Sc., concernant la proposition de l'Office des professions du Québec émise en regard de la modernisation

Annexe 6 : Lettre datée du 17 février 2016 du président de l'Office des professions du Québec aux présidents et présidentes des ordres professionnels du domaine buccodentaire - Orientations de l'Office des professions sur la modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire reçues le 9 mars 2016

Annexe 7 : Lettre datée du 22 mars 2016 du président de l'Ordre des dentistes du Québec au président de l'Office des professions du Québec – Réponse aux propositions finales de modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire

Annexe 8 : Lettre datée du 12 avril 2016 du président de l'Office des professions du Québec au président de l'Ordre des dentistes du Québec – Réponse de l'Office

Annexe 9 : Lettre datée du 7 septembre 2017 du président de l'Ordre des dentistes du Québec au président de l'Office des professions du Québec

Annexe 10 : Lettre datée du 20 novembre 2017 du président de l'Office des professions du Québec au président de l'Ordre des dentistes du Québec contenant les orientations finales

Annexe 11 : Lettre datée du 20 avril 2018 du président de l'Ordre des dentistes du Québec à la ministre de la Justice, Mme Stéphanie Vallée au sujet du projet de loi relatif à la modernisation des pratiques dans le domaine buccodentaire

Annexe 12 : Lettre datée du 7 mai 2018 du président de l'Ordre des dentistes du Québec à la ministre de la Justice, Mme Stéphanie Vallée au sujet du projet de loi relatif à la modernisation des pratiques dans le domaine buccodentaire

Annexe 13 : Requête en jugement déclaratoire déposée en Cour Supérieure du Québec par l'Ordre des dentistes du Québec contre l'Ordre des denturologistes du Québec (505-17-010633-180)

Annexe 14 : Publicités de l'Ordre des denturologistes du Québec déposées en Cour Supérieure du Québec au soutien de la demande en jugement déclaratoire

Annexe 15 : Expertise datée du 14 septembre 2018, du Dr Pierre de Grandmont, DMD, Cert (prostho), M. Sc., relativement à la demande en jugement déclaratoire déposée à la Cour Supérieure par l'Ordre des dentistes du Québec contre l'Ordre des denturologistes du Québec

Annexe 16 : Règlement sur les spécialités et les conditions et modalités de délivrance des certificats de spécialiste de l'Ordre des dentistes du Québec, RLRQ, chapitre D-3, r.14

Annexe 17 : Extrait de la Loi sur les dentistes, RLRQ, chapitre D-3, article 26

Annexe 18a : Loi médicale, RLRQ c M-9, art. 31

Annexe 18b : Loi sur la pharmacie, RLRQ c P-10, art.17

Annexe 19 : Ligne directrice sur l'utilisation des mesures de contention de l'Ordre des dentistes du Québec, datée du 29 septembre 2009

Annexe 20 : Lettres datées du 28 mars et du 6 juin 2013 du président de l'Ordre des dentistes du Québec au président de l'Office des professions du Québec pour demander des modifications au Code des professions et à la Loi sur les dentistes

Annexe 21 : Lettres datées 30 avril 2015 et du 29 avril 2016 adressées au président de l'Office des professions du Québec en suivi de la planification du traitement des dossiers réglementaires et fiche de renseignement concernant un nouveau règlement de l'Ordre des dentistes du Québec sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des dentistes.

Annexe 22 : Lettres de l'Ordre des dentistes à l'Office des professions du Québec contenant les demandes de modification touchant à la Loi sur les dentistes pour réserver la propriété du cabinet dentaire et de l'appellation « dentaire » aux dentistes

Annexe 23 : Rappel du Collège des médecins concernant l'apnée du sommeil et les appareils anti-ronflement daté du 8 juin 2017/ Guide conjoint sur l'apnée obstructive du sommeil (CMQ-ODQ-OPIQ), septembre 2016

Annexe 24 : Expertise datée du 7 septembre 2017 des Dre Vézonique Benhamou, parodontiste, professeure agrégée de la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill et Dr Samer Abi Nader, prosthodontiste, professeur adjoint, vice-doyen de la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill et directeur de la division de dentisterie restauratrice et présentation sur les implants dentaires

Annexe 25 : Lignes de conduite régissant la pratique de la réhabilitation implanto-portée de l'Ordre des dentistes du Québec, avril 2015 et Guidelines du Collège Royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, Educational Requirements & Professional Responsibilities for Implant Dentistry, mai 2013

Modèle de pratique des hygiénistes dentaires

L'hygiéniste dentaire qui exerce sa profession pour le compte d'un dentiste, d'une société de dentistes ou le gouvernement, incluant l'un de ses ministères ou l'une de ses agences peut, à partir du questionnaire médical et dentaire,

- appliquer topiquement du fluor;
- sceller les puits et fissures;
- appliquer topiquement une substance désensibilisante;
- polir les dents;

- et pour une personne dont la condition médicale est stable ou n'a pas changé depuis la dernière intervention dentaire,
  - effectuer un détartrage;
  - effectuer un surfaçage radiculaire;
  - désinfecter les poches parodontales, incluant l'application d'agents antimicrobiens;

- et selon une ordonnance individuelle verbale ou écrite pour une personne dont la condition médicale est instable ou a changé depuis la dernière intervention dentaire,
  - effectuer un détartrage;
  - effectuer un surfaçage radiculaire;
  - désinfecter les poches parodontales, incluant l'application d'agents antimicrobiens;

- et selon une ordonnance collective[1] ou individuelle verbale ou écrite
  - prendre des empreintes;

- et selon une ordonnance individuelle verbale ou écrite
  - prendre des radiographies intra-orales et extra-orales;
  - effectuer des tests de vitalité pulpaire;
  - insérer et sculpter les matériaux obturateurs;
  - fabriquer et cimenter des restaurations provisoires;
  - enlever des pansements parodontaux et des sutures;
  - poser et enlever les attaches, les fils et les ligatures orthodontiques;
  - poser, cimenter et enlever les appareils sur bagues.

Le modèle de pratique des hygiénistes dentaires n'a pas pour effet de limiter la pratique du dentiste. Celui-ci demeure libre d'examiner le patient préalablement à l'intervention de l'hygiéniste dentaire et de poser tous les actes qui sont inclus dans ce modèle.

---

[1] La définition d'ordonnance collective est la suivante : « Une prescription donnée par un dentiste ou un groupe de dentistes à un hygiéniste dentaire, ayant pour objet la prise d'empreintes pour groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles elles peuvent l'être, de même que les contre-indications possibles. »

Intentions du comité de travail sur la modernisation de la pratique en dentisterie concernant les activités pouvant être confiées aux assistantes dentaires.

Les activités retenues :

L'ODQ et l'OHDQ sont d'accord sur le fait de confier aux assistants dentaires, détenteurs du Diplôme d'études professionnelles en assistance dentaire, la réalisation des activités suivantes :

- Prendre des empreintes;
- Polir les dents;
- Prendre des radiographies;
- Appliquer topiquement du fluor;
- Sceller des puits et fissures;
- Appliquer topiquement une substance désensibilisante (qui remplace, dans la proposition de l'ODQ, une « substance anesthésiante »);
- Installer et retirer une digue;
- Placer les matrices et les coins;
- Mordancer à l'acide des dents;
- Retirer une corde de rétraction;
- Poser et enlever les fils et les ligatures orthodontiques

Il est entendu que l'ensemble des activités mentionnées ci-haut peut-être réalisé par une hygiéniste dentaire.

Les conditions

Les conditions selon lesquelles ces activités pourront être réalisées par l'assistant dentaire sont les suivantes :

1. Être détenteur du Diplôme d'études professionnelles en assistance dentaire sanctionné par le Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport;

2. Agir sous la supervision d'un dentiste qui en est responsable et qui est sur place lors de la réalisation de l'activité;

3. Agir selon une ordonnance individuelle verbale ou écrite.

Encadrement

Le comité de travail sur la modernisation de la pratique en dentisterie recommande que ces activités soient confiées aux assistants dentaires dans un Règlement d'autorisation d'actes de l'Ordre des dentistes.

Le dentiste sera responsable de s’assurer de la compétence de l’assistant dentaire pour effectuer les activités qui lui seront autorisées. Il devra notamment consigner au dossier des personnes concernées, le Diplôme d’études professionnelles en assistance dentaire.

Ordre des dentistes du Québec

Bureau du président

EN MAIN PROPRE

Le 9 février 2015

Madame Christiane Gagnon
Vice-présidente
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

Objet : Propositions de l'Office des professions du Québec – Pistes de solution et de bonification

Madame la Vice-présidente,

D'abord, permettez-nous de remercier l'Office des professions pour le travail accompli au cours des derniers mois et pour l'écoute dont vous avez fait preuve.

Nous avons eu la chance de partager les propositions avec les membres du conseil d'administration de l'Ordre ainsi qu'avec les associations de dentistes du Québec (spécialistes et l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec). Nous avons également remis les propositions de l'Office des professions au Collège des médecins du Québec.

Des questions demeurent et des ajouts sont nécessaires. De plus, nous avons une préoccupation importante à l'égard de la santé des Québécois advenant que les propositions relatives au champ et aux activités réservées des denturologistes ne tiennent pas compte d'un diagnostic préalable.

Les commentaires qui suivent, et dont nous vous donnons les détails à l'occasion de la rencontre de ce jour, ont pour but d'une part de bonifier les propositions tout en conservant l'approche préconisée par l'Office des professions. Des enjeux de fond sont aussi abordés à nouveau, car il en va de la protection du public. Aux fins de clarification, nous vous soumettons également quelques questions qui découlent d'une analyse systémique des textes et des actions.

800, boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 1X9

TÉLÉPHONE : **514 875-8511** | 1 800 361-4887
TÉLÉCOPIEUR : 514 393-9248
SITE WEB : **www.odq.qc.ca**

Nous commenterons dans un premier temps les champs descriptifs et les activités réservées aux hygiénistes, aux denturologistes et aux techniciens dentaires. Nous aborderons ensuite la question des assistantes dentaires, qui ne fait pas l'objet des propositions de l'Office des professions, mais qui devra vraisemblablement être réglée de façon concomitante. Enfin, nous vous suggérons un texte remodelé du champ descriptif des dentistes afin qu'il reflète la pratique et l'évolution de l'écriture juridique des champs descriptifs du domaine de la santé depuis 2002, et nous réitérerons des demandes quant aux activités réservées.

A- Le champ descriptif des hygiénistes dentaires et les activités réservées

1- Le champ descriptif des hygiénistes dentaires

Le champ descriptif des hygiénistes dentaires est représentatif de la pratique et remplit les critères de rédaction sur le plan systémique. Nous sommes d'accord avec la description proposée.

2- Les activités réservées aux hygiénistes dentaires

Quant aux activités réservées sans ordonnance, l'Ordre des dentistes est d'accord avec les activités 1, 2 et 3 telles qu'énoncées.

Quant à l'activité 4, l'Ordre considère qu'elle devrait être exercée en toute autonomie dans le cadre d'un programme de santé publique selon un protocole établi et une ordonnance collective. En cabinet, la difficulté ne se pose pas, car un diagnostic préalable de carie ou d'absence de carie sera posé par le dentiste. Le scellant de puits et fissures sera donc appliqué selon une ordonnance individuelle.

Nous vous soumettons quelques articles scientifiques récents sur le sujet des scellants. (Annexe 1) Les auteurs s'entendent sur la nécessité d'encadrer cette activité. De plus, il y aurait lieu, pour être plus juste, de désigner l'activité comme étant celle « d'appliquer des agents de scellement de puits et sillons ».

L'application d'agents de scellement est un acte invasif, puisqu'il touche à la structure de la dent. Les normes scientifiques généralement reconnues requièrent un diagnostic (incluant une radiographie) avant de le poser.

Nous proposons que cet acte soit réservé, sous ordonnance, étant entendu que cette ordonnance puisse être individuelle ou collective.

L'activité 5 ne pose pas de problème.

L'activité 6 introduit le concept du « non invasif ». Nous désirons obtenir des précisions sur la signification de ces mots. La législation actuelle utilise le concept de l'invasif pour réserver des activités à des professionnels. C'est le cas notamment des infirmières. Nous ignorons l'impact systémique de l'introduction du concept du « non invasif ».

Nous sommes d'avis, pour fins de clarification, dans le but d'éviter des discussions additionnelles et puisqu'il s'agit d'un acte et non d'un ensemble d'activités, que l'activité devrait être décrite tel

que proposé en mars 2013 avec un ajout important soit celui de la mesure diagnostic qui permettra l'usage de la sonde :

> *« Réaliser une mesure à partir d'une sonde et effectuer un détartrage supragingival lorsqu'aucun indice de l'examen de dépistage des maladies parodontales (PSR) n'est supérieur à 2. »*

Nous croyons que cette rédaction respecte le cadre de l'article 37.1 du Code des professions et qu'elle a l'avantage de clore le débat sur cette question. La modernisation doit régler des conflits d'interprétation qui soulèvent des polémiques sans fin. De cette façon, le public est protégé et les professionnels collaborent plus aisément, puisqu'ils connaissent clairement leur champ d'activités.

De plus, le seul détartrage possible selon une rédaction qui resterait telle que proposée par l'Office des professions serait le détartrage supragingival avec une mesure d'indice PSR inférieure à 2.

Pour les activités réservées selon une ordonnance, l'Ordre est d'accord avec les activités 2 à 11, telles que proposées.

L'Ordre croit que l'activité consistant à « effectuer les examens diagnostiques » qui, selon les notes explicatives, comprend la prise de radiographies, la réalisation des tests de vitalité pulpaire et les examens réalisés à partir d'une sonde, doit être bonifiée. En effet, comme elle ne réfère ni à une activité invasive ni à une activité non invasive, faut-il en déduire qu'elle inclut les deux? Effectivement dans une autre note explicative de la proposition, l'Office définissait la prise de radiographies comme une technique diagnostique invasive.

La prise de radiographies et les tests de vitalité pulpaire doivent être précédés d'une ordonnance. L'usage d'une sonde permet de prendre une mesure aux fins de dépistage des maladies parodontales. Cette activité, qui est une mesure diagnostique, devra être réalisée sans ordonnance pour permettre le détartrage supragingival lorsque l'indice PSR est inférieur à 2.

Il existe par contre plusieurs autres examens diagnostiques. À titre d'exemple l'examen de la bouche et la biopsie sont des examens diagnostiques.

Compte tenu de la difficulté de contrôler une activité si largement décrite et qui, par ailleurs, n'a pas été réservée aux infirmières et ne vise que deux actes, il y a lieu de revenir aux propositions de texte des divers groupes présidés par le Dr Roch Bernier et d'énoncer spécifiquement la prise de radiographies et les tests de vitalité pulpaire selon une ordonnance comme des activités réservées. Enfin, si nous revenons à notre proposition de définition du détartrage, l'usage de la sonde comme outil de mesure est alors inclus dans l'activité, qui se pratiquerait sans ordonnance.

B- Le champ descriptif des denturologistes et les activités réservées

L'Ordre des dentistes réitère qu'aucune activité en bouche ne doit s'exercer sans un diagnostic préalable du dentiste. Tous les arguments scientifiques et médicaux ont déjà été faits auprès de l'Office des professions à ce sujet. En 2015, un citoyen du Québec doit avoir accès à un diagnostic avant qu'un professionnel, quel qu'il soit, n'intervienne pour installer ou ajuster une

prothèse en bouche. L'Ordre a donc, après examen de la proposition et discussion avec des experts, convenu de réaffirmer la proposition faite en mars 2013 avec des ajouts de précisions [texte souligné]:

« L'exercice de la denturologie consiste à contribuer à l'évaluation des besoins prothétiques, à concevoir, à installer, à ajuster et à réparer des prothèses dentaires amovibles par le patient, dans le but de suppléer à la perte des dents chez l'être humain.

Les activités réservées :

1. Déterminer le type de prothèses dentaires amovibles par le patient lorsqu'une ordonnance est émise;

2. Effectuer, les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires amovibles par le patient, autre que celles sur implants, selon une ordonnance;

3. Effectuer les interventions non invasives et supragingivales nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires amovibles par le patient, sur implant, selon une ordonnance lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions;

4. Prescrire la fabrication et la réparation des prothèses dentaires amovibles par le patient;

5. Vendre des prothèses dentaires amovibles par le patient lorsqu'une ordonnance est émise;

6. Diriger un laboratoire de prothèses dentaires selon les permis requis. »

Les activités proposées par l'Office des professions, soit le retrait et le remplacement d'un bouchon de guérison et le placement d'un pilier sur la tête d'un implant (activité 5), sont des activités invasives pouvant nécessiter une anesthésie locale, des radiographies et ultimement l'ouverture de la gencive. Les denturologistes n'ont pas la formation pour faire ces activités et de plus elles ne répondent à aucun problème d'accès. Il en est de même pour toute intervention en matière de prothèses fixes (transvissées) ou scellées.

Il y a lieu de préciser qu'une prothèse amovible selon notre proposition est une prothèse qui est amovible par le patient, donc qui n'inclut pas une prothèse transvissée ou scellée. Cette précision au texte est nécessaire pour éviter des débats de terminologie avec l'Ordre des denturologistes et ces membres.

L'activité qui vise la conception et la vente d'une plaque occlusale adaptée à une prothèse dentaire complète est une nouveauté au sujet de laquelle nous demandons des précisions avant de nous prononcer. À noter toutefois qu'il s'agit d'un appareil et que cela devrait être exclu. Le bruxisme est en soi une condition qui doit faire l'objet d'un diagnostic.

Quant à l'activité proposée de concevoir et vendre des protecteurs buccaux, l'Ordre s'y oppose également. Les dommages pouvant être causés par un protecteur buccal mal ajusté sont sérieux et irréversibles. Cela est d'autant plus vrai chez les jeunes dont la dentition est en croissance.

C- Le champ descriptif des techniciens dentaires et les activités réservées

Ce chapitre ouvre la porte à un débat sur l'attribution d'activités réservées à un ordre professionnel dont les membres, qui fabriquent et vendent des prothèses et des appareils dentaires, n'ont pas d'interaction avec le public. Le présent cas est unique.

En effet, les orthésistes et les prothésistes membres de l'Ordre des technologues professionnels n'ont pas d'activités réservées.

La proposition de l'Office aurait pour conséquence de soulever un débat sur la portée extraterritoriale d'activités qui auraient pour objet la vente de prothèses ou d'appareils dentaires par un tiers à un dentiste. Par ailleurs, il deviendrait difficile de conseiller les dentistes sur les pratiques permises ou non, et ce, en regard de l'application de l'article 37.2 du Code des professions.

Nous avons développé une proposition qui permettrait à l'Ordre des techniciens et techniciennes dentaires du Québec (OTTDQ) de contrôler ses membres tout en évitant un monopole commercial et territorial. Cette proposition, qui touche à des amendements aux dispositions relatives au permis de directorat contenues au Code des professions, a été partagée avec l'OTTDQ. Il a été convenu que les ordres en discuteraient avant de vous la soumettre.

Quant au titre réservé de prothésiste dentaire, l'Ordre des dentistes considère toujours que cela est une source additionnelle de confusion pour le public.

D- Les assistantes dentaires

L'Ordre des dentistes soumet un projet de règlement pris en application de la Loi sur les dentistes pour discussion et bonification, le cas échéant. (Annexe 2)

Nous précisons que le ministère de l'Éducation est en train de revoir le programme du diplôme d'études professionnelles en assistance dentaire. L'Ordre sera consulté d'ici la mi-mars 2015.

Le projet de règlement respecte les ententes antérieures intervenues avec l'Ordre des hygiénistes et l'Office des professions.

E- Le champ descriptif des dentistes et les activités réservées

1- Le champ descriptif des dentistes

La « santé buccodentaire » ou « les dents, la bouche, les maxillaires et les tissus avoisinants »

Dans le rapport d'étape de novembre, 2001, le Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines indiquait que le champ d'exercice d'une profession devait être descriptif, reconnaître l'existence de chevauchements possibles entre les professions et préciser le contexte d'exercice des activités professionnelles.

Au cours des différents travaux qui ont suivi, le champ d'exercice des dentistes a toujours fait référence aux dents, à la bouche, aux maxillaires et aux tissus avoisinants. De définir l'exercice comme étant relatif à la santé buccodentaire est, selon la plupart des définitions du terme buccodentaire, un net recul. En effet le terme buccodentaire réfère généralement aux dents et à la bouche uniquement. Or, les dentistes traitent plus que les dents et la bouche. (Annexe 3)

Nous ignorons de quel ouvrage provient la définition du terme buccodentaire qui se trouve dans les notes explicatives de l'Office, mais nous suggérons, pour éviter une interprétation restrictive dont certains pourraient vouloir se servir, qu'il n'y ait pas, à ce stade des travaux, à revenir sur le champ de pratique et à soulever des polémiques qui pourraient, à terme, produire des effets pervers.

Aucun litige n'entoure le champ descriptif du dentiste. Les divers comités présidés par le Dr Roch Bernier ont toujours proposé un énoncé spécifique du champ. Aucune difficulté de nature systémique ne semble exister. Nous proposons donc de nommer les éléments contenus dans le champ de pratique afin de ne pas en omettre. Évidemment, nous concevons que le dentiste traite généralement les dents et la bouche, mais la médecine dentaire inclut aussi, notamment, la pratique des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux qui procèdent à des traitements plus complexes, dont des reconstructions complètes du complexe maxillo-facial ainsi que des interventions aux tissus avoisinants et aux maxillaires. Certaines législations provinciales réfèrent d'ailleurs dans la description de leur champ à la tête et au cou.

L'évaluation de la santé

Tout diagnostic et, par surcroît, tout traitement dentaire nécessitent que le dentiste obtienne des renseignements du patient, de son médecin et de son pharmacien sur divers aspects de sa santé.

Le dentiste est un professionnel de première ligne.

Nous joignons, à titre indicatif, l'outil développé par l'Ordre à l'intention des dentistes afin de leur permettre de recueillir l'histoire médicale des patients. (Annexe 4) Ce questionnaire ainsi que toutes les observations diagnostiques du dentiste sont nécessaires à l'établissement d'un diagnostic de la santé des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants. La bouche n'est pas un organe séparé du corps humain. Il est reconnu par les instances gouvernementales que la santé de la bouche fait partie de la santé globale.

Sans évaluer au préalable la santé d'un patient, le dentiste ne pourrait pas procéder à une anesthésie ni prescrire de médicaments. Le dentiste qui traite un patient souffrant de diverses conditions tient compte de celles-ci. Plusieurs interventions dentaires nécessitent des consultations médicales et plusieurs interventions médicales impliquent l'intervention d'un dentiste au préalable. Évacuer l'évaluation de la santé du champ, c'est ne pas reconnaître que la santé globale inclut la bouche et c'est omettre les règles établies en matière de champ descriptif.

L'ordre des mots et les conceptions erronées

Il est entendu que le dentiste est apte à diagnostiquer et à traiter toute déficience et toute maladie des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants. Il peut aussi prévenir les déficiences et les maladies qui y sont liées. Les interventions esthétiques ayant souvent pour objectif de rétablir une déficience et non de traiter une maladie, il est donc important de référer à la fois aux maladies et aux déficiences en lien avec le champ d'exercice couvert. Or, la proposition faite par l'Office des professions peut laisser entendre que le dentiste ne peut traiter une déficience même s'il peut la diagnostiquer. Nous comprenons évidemment qu'il ne s'agit pas de l'intention visée, mais nous préférons soulever le problème d'écriture que cela comporte.

Un changement dans l'ordre des termes réglerait le tout.

L'interaction avec l'environnement

Le champ descriptif de la médecine réfère à l'être humain en interaction avec son environnement. Cet ajout a été fait dans le cadre des travaux de modernisation en santé mentale. Sans vouloir ajouter à la difficulté des rédacteurs et sans vouloir prétendre à des actes en santé mentale, nous tenons à préciser qu'une bonne santé buccodentaire aura des répercussions sur l'estime de soi et plus encore.

L'Organisation mondiale de la Santé, dans un rapport publié en 2003, souligne à ce propos :

> *« Le complexe maxillo-facial nous permet de parler, de sourire, d'embrasser, de toucher, de sentir, de goûter, d'avaler et de pleurer sans éprouver de douleurs. Il nous protège contre les infections microbiennes et les menaces liées à l'environnement. Les maladies buccodentaires restreignent les activités scolaires, professionnelles et personnelles, entraînant la perte de millions d'heures d'études et de travail partout dans le monde. De plus, l'impact psychologique et social de ces maladies diminue sensiblement la qualité de vie. »* [1]

[1] PETERSEN, Poul Erik. *Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003 : poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXIe siècle - l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire*. Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2003. Page 3

En 2013, la Société canadienne de pédiatrie rappelait d'ailleurs la nécessité de se préoccuper de la santé buccodentaire des enfants :

> *« La santé dentaire peut avoir des répercussions sur les dimensions fonctionnelles, psychologiques et sociales du bien-être de l'enfant. La douleur buccodentaire a des effets dévastateurs sur les enfants y compris la perte de sommeil, le retard de croissance, les troubles du comportement et les retards d'apprentissage. Le processus de communication, de socialisation et d'estime de soi, essentiels sur le plan du développement, sont également touchés par une mauvaise santé buccodentaire. »*[2]

L'Ordre des dentistes n'a pas été invité à participer aux travaux en santé mentale et ne s'est pas non plus ingéré dans les travaux en santé physique. Aujourd'hui, la loi qui régira les dentistes devra en tenir compte, bien que les textes du passé n'y fassent pas référence.

Compte tenu de ce qui précède et de la nécessité d'harmoniser l'écriture du champ des dentistes pour qu'il s'inscrive dans une interprétation globale des professions de la santé et respecte le cadre systémique, nous proposons que soit bonifié le champ descriptif des dentistes pour qu'il se lise ainsi :

> *« L'exercice de la médecine dentaire consiste à évaluer la santé; à diagnostiquer, prévenir et traiter toute déficience des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants, ainsi que les maladies qui y sont liées dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir chez l'être humain en interaction avec son environnement. »*

2- Les activités réservées au dentiste

Au chapitre des activités réservées, nous redemandons que soit bonifié le texte pour y ajouter les deux activités suivantes : « décider de l'utilisation des mesures de contention » et « exercer la surveillance clinique des personnes malades dont l'état de santé présente des risques ».

Un argumentaire étoffé a été présenté à l'Office sur la question de la contention. Il est impératif que cette activité, pratiquée à l'heure actuelle selon des balises contrôlées par l'Ordre et sans que le Collège des médecins intervienne, soit incluse. Il est question que l'activité soit réservée à des professionnels tels que les criminologues qui, à notre connaissance, n'ont pas de formation en santé physique. Il apparaît évident que les dentistes doivent obtenir cette réserve.

Sans cette activité, des milliers d'enfants et de personnes souffrant de troubles cognitifs ou de handicaps ne pourront plus être traitées. Le recours à l'anesthésie générale n'est pas toujours la solution, en raison des risques sérieux qu'elle pose chez certaines personnes. Nous nous permettons d'insister et nous demandons des explications sur cet élément qui semble poser problème.

---

[2] ROWAN-LEGG, A**.** « *Les soins buccodentaires des enfants – un appel à l'action* »[en ligne]. *Société canadienne de pédiatrie,* Document de principes, (janvier 2013).

Quant à la question de la surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente des risques, nous réitérons que, lors de chirurgies majeures, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale, en collaboration avec d'autres professionnels médecins, doit faire une surveillance clinique de personnes dont l'état de santé présente des risques. Cette surveillance se fait selon les protocoles établis dans les hôpitaux.

Par ailleurs, compte tenu des représentations faites sur le champ descriptif, nous suggérons que l'activité 1 qui consiste à « diagnostiquer les maladies buccodentaires » soit modifiée ainsi : « diagnostiquer les déficiences et les maladies des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants; ». Dans le même ordre d'idées, le terme « buccodentaire » doit être retiré de l'activité numéro 4.

Aux seules fins de clarification, nous comprenons que l'activité qui consistait à installer et à ajuster des appareils et des prothèses dentaires ait été retirée de la proposition. Nous en déduisons que l'Office considère qu'il s'agit d'une intervention ou d'un traitement et qu'il n'y a pas lieu de la reprendre de façon spécifique. Est-ce le cas?

Par ailleurs, nous désirons soulever un nouvel enjeu qui nous est apparu à la lecture des textes et des notes. En effet, dans le domaine de la chirurgie maxillo-faciale, il existe aussi ce que l'on appelle des prothèses maxillo-faciales. Ces prothèses ne sont ni des prothèses dentaires ni des appareils dentaires. Il y a lieu d'ajuster le texte des activités 6 et 8 afin que tout type d'appareils ou de prothèses soient visés, et ce, toujours dans le cadre du champ descriptif.

Quelques ajouts

L'Ordre tient à réitérer les demandes de modifications à la Loi sur les dentistes faites le 28 mars 2013, plus spécifiquement quant à l'usage de certains termes. Une révision des dispositions des articles 37.1 et suivants sera nécessaire pour s'assurer des concordances légales. (Annexe 5) Enfin, tout projet de loi devra s'accompagner d'un nouveau règlement sur les ordonnances des dentistes. Ce règlement respectera les cadres règlementaires connus.

La gymnastique à laquelle se livrent les légistes dans l'élaboration de ces textes est complexe. En effet, le champ descriptif des médecins et des dentistes comprend le traitement des maladies, mais aucun acte « non invasif » n'y est associé dans les activités réservées. Ceci prend toute son importance par l'arrivée d'un nouveau concept en matière de description d'actes réservés en santé, les interventions « non invasives ».

En terminant

Nous souhaitons connaître quelles seront les prochaines étapes et quel est l'échéancier, et ce, afin de planifier le déploiement auprès de nos membres et la formation qui serait nécessaire.

Nous vous tiendrons au courant de nos discussions avec le Collège des médecins dès que possible. Nous vous offrons par ailleurs notre entière collaboration pour finaliser ce dossier.

Nous terminons en vous remerciant à nouveau pour vos travaux et pour l'écoute dont vous faites preuve. Les dentistes sont fiers de faire partie du domaine de la santé et ils ont à cœur la

santé de leurs patients. L'Ordre, qui est préoccupé par l'accès aux soins, est convaincu que cette modernisation saura aider la population.

Je vous prie d'accepter, Madame la Vice-présidente, mes salutations distinguées.

Le président,

Barry Dolman, DMD

P. j. Annexes

Liste des documents annexés

Annexe 1 : Liste bibliographique : Revue d'articles scientifiques en matière de pause de scellants

Annexe 2 : Projet de règlement sur les actes qui peuvent être posés par une assistante dentaire

Annexe 3 : Lettre du 27 janvier 2015, de Bélanger Sauvé avocats, concernant la proposition de l'Office des professions du Québec quant à la définition du champ de pratique des dentistes

Annexe 4 : Questionnaire médicodentaire

Annexe 5 : Demande amendée de modifications législatives au Code des professions et aux lois professionnelles

BIBLIOGRAPHIE

1. Azarpazhooh, Amir, and Patricia A. Main. “Pit and fissure sealants in the prevention of dental caries in children and adolescents: a systematic review. ” Journal of the Canadian Dental Association. - Vol. 74, No.2 (2008): p.171-178.
2. American Academy on Pediatric Dentistry Clinical Affairs Committee-Restorative Dentistry Subcommittee, and American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. "Guideline on pediatric restorative dentistry." Pediatric dentistry. - Vol.35, no.6 (2014): p.226-234.
3. Beauchamp, Jean, et al. “Evidence-based clinical recommendations for the use of pit-and-fissure sealants: a report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs.”. - *Journal of the American Dental Association*. – Vol.139, no.03 (2008): p.257-268.
4. Fontana, Margherita, et al. “Cariology for the 21st Century current caries management concepts for dental practice.”. - *Oral health*. Vol. 104, no 11 (2014) : p. 18-33
5. Gooch, Barbara F., et al. “Preventing dental caries through school-based sealant programs: updated recommendations and reviews of evidence.”. - *Journal of the American Dental Association*. – Vol.140, no.11 (2009): p.1356-1365.

Pit and Fissure Sealants in the Prevention of Dental Caries in Children and Adolescents: A Systematic Review

Amir Azarpazhooh, *DDS, MSc;* ***Patricia A. Main,*** *BDS, DDS, DDPH, MSc, FRCD(C)*

Contact Author

Dr. Azarpazhooh
Email:
amir.azarpazhooh@dentistry.utoronto.ca

ABSTRACT

Objectives: To investigate the evidence for sealants as a means to prevent caries in children and adolescents and, in the presence of suitable supporting evidence, to develop a protocol for the application of sealants.

Methods: Previous systematic reviews on this topic were used as the basis for the current review. Ovid MEDLINE, CINAHL and several other relevant bibliographic databases were searched for English-language articles, with human subjects, published from 2000 to 2007.

Results: A total of 303 articles were identified by the literature search; relevance was determined by examining the title and abstract of the articles. Thirty-eight original research studies met the inclusion criteria. These articles were read in full and scored independently by 2 reviewers, and evidence was extracted for development of recommendations.

Recommendations: The following recommendations are based on the evidence gathered in this review:

1. Sealants should be placed on all permanent molar teeth without cavitation (i.e., permanent molar teeth that are free of caries, permanent molar teeth that have deep pit and fissure morphology, permanent molar teeth with "sticky" fissures, or permanent molar teeth with stained grooves) as soon after eruption as isolation can be achieved.
2. Sealants should not be placed on partially erupted teeth or teeth with cavitation or caries of the dentin.
3. Sealants should be placed on the primary molars of children who are susceptible to caries (i.e., those with a history of caries).
4. Sealants should be placed on first and second permanent molar teeth within 4 years after eruption
5. Resin-based sealants should be preferred, until such time as glass ionomer cements with better retention capacity are developed.
6. Sealants should be placed as part of an overall prevention strategy based on assessment of caries risk.

For citation purposes, the electronic version is the definitive version of this article: www.cda-adc.ca/jcda/vol-74/issue-2/171.html

Pit and fissure sealants (ultraviolet-activated, autopolymerized or light-cured resin-based [RB] sealants and glass ionomer cement [GIC] sealants) were first developed in the 1970s and 1980s, and their effectiveness in preventing caries has now been established by randomized clinical trials.[1–4] Some evidence has also accumulated to indicate that RB sealants have higher retention rates than GIC sealants.[5,6]

Table 1 Numbers of articles identified, retrieved and used in developing recommendations

Type of study	Identified	Rejected on basis of title or abstract	Retrieved	Critically appraised and scored	Articles providing evidence
Efficacy study	82	44	38	38	25
Guideline	174	157	17[a]	0	0
Study of costs	12	0	12[a]	0	0
Secondary search (references)	35	7	28[b]	0	0
Total (duplicates removed)	303	208	95	38	25

[a]*None of the guidelines or studies of costs were scored or used as evidence for this review.*
[b]*No additional original studies were identified through the secondary search.*

The most recent Cochrane reviews[1,7] concluded that the information available at the time of the reviews (2004 and 2006) was insufficient to determine whether fissure sealants or fluoride varnishes are the most effective measure for preventing caries, although there was some evidence that pit and fissure sealants are superior to fluoride varnishes for the prevention of occlusal caries.

To update previously published reviews on this topic (the Cochrane review[1] and a review by the University of Toronto's Community Dental Health Services Research Unit [CDHSRU][2]), the present systematic review was undertaken with the aim of developing a scientifically current and evidence-based protocol. More specifically, the authors have attempted to answer the following questions:

- Who should receive sealants?
- Should dental sealants be placed on primary or permanent teeth (or both), and if so, at what age?
- How important is isolation?
- What materials should be used?
- How can retention of sealants be enhanced?
- Do sealants reduce caries increments?
- Are dental sealants cost-effective?

For the purposes of this study, it was assumed that any benefit in terms of improved health outcomes had to be both clinically (i.e., the smallest difference that clinicians and patients feel represents an improvement in oral health or wellness) and statistically ($p < 0.05$) significant; if there is no benefit at the threshold of both clinical and statistical improvement, then the procedure should not be used for that purpose.

Methods

Database Search

The following databases were searched for relevant articles about sealants and sealant guidelines, published between 2000 and 2007: Ovid MEDLINE (In-Process and Other Non-Indexed Citations, Daily Update), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), the Evidence Based Medicine section of the Cochrane Central Register of Controlled Trials, the Cochrane Database of Systematic Reviews, the Database of Abstracts of Reviews of Effects, EMBASE, Health and Psychosocial Instruments, HealthSTAR, International Pharmaceutical Abstracts, Journals@Ovid and *ACP Journal Club*.

Inclusion Criteria

The searches were limited to articles in English and those concerning humans. Other inclusion criteria were age 0 to 18 years (which resulted in no change in citations identified) and year of publication from 2000 to 2007 (the Cochrane review[1] and the CDHSRU review[2] covered the literature up to 2000).

Search Strategy

The subject heading "pit fissure sealant" was combined with several key word terms: dental fissure and prevention or effectiveness or dental caries or tooth decay or caries susceptibility or tooth surface or caries incidence or caries prediction or caries assessment or past caries or caries risk assessment. Articles were retrieved using the appropriate search strategy for each database. The results of the literature search are summarized in **Table 1**.

A total of 303 articles and their abstracts, including guideline articles, were reviewed initially. This total included review articles, which were retrieved and reviewed for their conclusions and to identify additional citations. Reference lists were checked to identify any other articles that might provide information relevant to the research question. Articles that did not address the efficacy of dental sealants or protocols for the use of sealants or that did not provide background information (review articles) were excluded. After removal of duplicates, the total number of articles selected for detailed review was 38 (**Table 1**). The 2 authors independently assessed the search strategy at each stage, critically reviewed each

selected article and rated the level of evidence according to the classification developed by the Canadian Task Force on Preventive Health Care.[8] This system includes a hierarchy of evidence, from the highest (level I; properly randomized controlled trials) to the lowest (level III; opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies or reports of expert committees). The system also includes a bidirectional classification of recommendations for specific clinical preventive actions (grades A to E and grade I, with grade A representing good evidence to recommend *for* the clinical preventive action, grade E representing good evidence to recommend *against* the clinical preventive action, and grade I representing insufficient evidence, in quantity and/or quality, to make a recommendation).

All 38 articles were retrieved and scored using the University of Toronto faculty of dentistry "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention."[9] This checklist consists of questions addressing ethics, study design, methodology and appropriateness of the results to the population of interest. Only studies with a score of at least 10 (out of a maximum score of 16) were included. This process reduced to 25 the number of articles providing evidence for this review. Recommendations for the use of dental sealants for caries prevention were developed on the basis of evidence in the included articles. The level of evidence and the recommendations for each article are given in **Appendices 1** and **2** (see www.cda-adc.ca/jcda/vol-74/issue-2/171.html). In addition, information on techniques and materials used was extracted from the studies and is presented in **Appendix 3** (see www.cda-adc.ca/jcda/vol-74/issue-2/171.html).

Results

Who Should Receive Sealants?

The literature[5,10–37] strongly recommends the use of sealants for children after eruption of molar teeth. There seems to be a benefit in placing sealants within 4 years after eruption. There is no body of knowledge advocating the use of sealants beyond adolescence (level of evidence I, grade of recommendation A; **Appendices 1** and **2**).

The CDHSRU review[2] assessed the following 2 risk factors: past caries experience (where susceptibility to onset of further caries was positively associated with a child's previous dmfs/DMFS scores[38–44]) and pit and fissure morphology (where children who had deep pits and fissures were at greater risk for dental decay on these features). The authors of the review also found that permanent molars appeared to remain at high risk for dental decay beyond 4 years after eruption.[45–52] However, this apparent association is still inconclusive because of the relatively few studies that have been conducted, differences in the age cohorts studied, variability in diagnostic techniques applied and differences in the treatment thresholds of participating dentists.

There is agreement that in high-risk populations such as First Nations and Inuit groups, all children should receive sealants.[5,12–18] For low-risk populations, the recommendation is to seal the molar teeth of susceptible children, i.e., those who already have caries at the time of assessment, those who are medically compromised and others at risk (**Appendices 1** and **2**).

Should Dental Sealants be Placed on Primary or Permanent Teeth (or Both), and if so, at What Age?

The literature strongly supports the placement of sealants on permanent molar teeth as both cost-effective and efficacious in the prevention of caries (level of evidence I, grade of recommendation A; **Appendix 1**).[45–52] The literature also supports the placement of sealants on primary molars,[53,54] although the supporting evidence is more limited (level of evidence I, grade of recommendation A; **Appendix 2**). Chadwick and others[55] found that sealing primary teeth with GIC sealants was of little value in preventing caries.

How Important is Isolation?

In terms of retention and the need to reassess sealants within a year after placement, it is very important to adequately isolate the teeth. Salivary contamination is the major cause of loss of sealants in the first year (**Appendices 1** and **2**).[2,10]

What Materials Should be Used?

Various materials have been used to seal permanent molar teeth (**Appendix 3**). Five studies[5,14,15,19,21] compared RB and GIC sealants, but the results were mixed, depending on whether regular or reinforced GICs were tested. The best retention rates were obtained with the RB sealants, which had retention rates 2%–80% better than the GIC sealants. Retention is a major problem with GIC sealants, but if this concern can be resolved, there may be advantages to the GIC sealants through the release of fluoride. Additional research is required in this area.

How Can Retention of Sealants be Enhanced?

Retention can be enhanced by isolation of the teeth, use of RB materials, application of sealants after complete eruption (i.e., once there is no gingival tissue on the crown) and good operator techniques and protocols (**Appendix 3**). Other methods have been used to enhance retention, such as application of bonding agents,[10,12] use of flowable resin,[14] pretreatment with an adhesive[11] and air abrasion following fissure preparation with phosphoric acid gels.[22,23]

Do Sealants Reduce Caries Increments?

There is clear evidence of the reduction of caries increments with satisfactory placement of sealants.[5,10–28,30,56]

For example, Beiruiti and others,[19] in a study of 103 schoolchildren, found that the relative risk of caries with GIC compared with RB sealants was 0.22, 0.32 and 0.28 at 3, 4 and 5 years after placement, respectively. Others[10,20] have shown excellent protection from caries with the use of sealants over long periods (5 and 9 years, respectively). Many other studies with similar results are included in **Appendices 1** and **2**. There is also clear evidence of a reduction in caries increments (by up to 50%) when any kind of sealant application was compared with placebo controls (either no treatment, fluoride varnish or mouth rinse treatment, or oral hygiene instructions).[15,18,20,23,30,54,55]

Are Dental Sealants Cost-Effective?

When evaluating the cost-effectiveness of any preventive intervention such as dental sealant, the costs of the intervention (consisting of both the direct costs, such as costs of materials, administration and quality assurance, and the indirect costs, such as the patient's travel time and time off work) are weighed against the benefits (i.e., reduction in caries, reduction in number of dental visits and procedures, and long-term effects, such as changes in the need for restorations and improvement in quality of life).

The search strategy used in this review identified 6 studies evaluating the cost-effectiveness of sealants. These studies considered the following aspects: time needed to apply the sealant,[57] methods of cost minimization in field trials,[58] cost-effectiveness of a school-based program in which dental auxiliary personnel applied the sealant,[59] cost-effectiveness of provision of free primary oral health care services to all public school children with low socioeconomic status,[60] cost-effectiveness of Medicaid expenditures for first permanent molars with or without dental sealants[61] and cost-effectiveness of 3 sealant delivery strategies (provide sealant for all children, provide sealant only for at-risk children, provide no sealant for any children).[62] Two of these studies are described in more detail below.

In a retrospective cohort study of children enrolled in the North Carolina Medicaid program, Weintraub and others[61] compared the likelihood of need for restorative treatments and associated Medicaid expenditures for first permanent molars with and without dental sealants. Over the period 1985 to 1992, the dental experience of 15,438 children was assessed on the basis of administrative files and Medicaid dental claims. Regression analyses were used to assess outcomes (specifically, caries-related services involving the occlusal surface [CRSOs] of permanent first molars) and cumulative expenditures, controlling for characteristics of the child, characteristics of the treating dentist and the child's county of residence. Sealant and restoration rates in this cohort were low: 23% of children and 19% of first molars underwent at least 1 sealant treatment, and one-third of the children and only 20% of first molars received at least 1 CRSO. Unsealed molars were almost 3 times more likely than sealed molars to receive a CRSO (22.2% vs. 7.9%) Effectiveness was highest for children with greater levels of CRSOs before placement of the sealant. Estimated cumulative Medicaid expenditures indicated that, for high-risk children with 2 or more prior CRSOs, application of sealant was associated with savings in the following 2 years.

Griffin and others[62] analyzed the cost-effectiveness of 3 sealant delivery strategies: provide sealant for all children ("seal all" or SA), provide sealant for children assessed to be at risk by screening (TARGET) and provide no sealant for any children ("seal none" or SN). The authors based their analysis on the following assumptions and findings from previously published studies: a 9-year analytic horizon, a 3% discount rate and zero screening costs. They estimated the costs of sealant (US$27.00 per sealant) and restorations (US$73.77 per restoration), annual caries increment (0.0624 surfaces), sealant failure rate (20% in year 1 and 3% each year thereafter), annual rate of amalgam failure (4.6%), and sensitivity (0.635) and specificity (0.795) of screening. They calculated the incremental cost, incremental effectiveness and incremental cost-effectiveness for the following comparisons: SA vs. TARGET, SA vs. SN, and TARGET vs. SN. They found that the TARGET approach was more cost-effective (lower cost and lower incidence of caries) than the SA and SN approaches. To examine the stability of these rankings, they performed 1-, 2-, and 3-way sensitivity analyses, which showed that if annual caries increment exceeded 0.095 surfaces, SA was the least costly strategy, whereas if caries increment exceeded 0.05 surfaces but was less than or equal to 0.95, the TARGET approach was least costly. The sensitivity analysis for cost showed that if sealant costs were lower than the reported cost of US$6.00 for school programs, the TARGET approach dominated the SN approach for caries increments exceeding 0.007 surfaces, whereas the SA approach dominated the TARGET approach for caries increments exceeding 0.034 surfaces.

Conclusions

In addition to reviewing the literature published since 2000, we reviewed evidence-based reviews from the Cochrane Collaboration and the University of Toronto's CDHSRU[1,2,7]; guidelines and position statements from the American Dental Association,[63] the British Society of Paediatric Dentistry,[64,65] the U.K. National Clinical Guidelines in Paediatric Dentistry,[66] the European Academy of Paediatric Dentistry,[67] and the American Academy of Pediatric Dentistry[68,69]; and other review articles.[4,6,7,70–80] Evidence derived from this literature led to the following conclusions and recommendations.

Effectiveness of Sealants

1. This review has confirmed the efficacy of dental sealants in preventing dental caries in children, in both primary and permanent teeth (level of evidence I, grade of recommendation A).
2. There is some evidence that placing sealant material over arrested caries or incipient lesions does not increase the risk of further development of caries under the sealant (level of evidence I, grade of recommendation A).
3. There is continuing evidence of the importance of isolation for retention.
4. There is good evidence of the need to review retention at least annually (level of evidence I, grade of recommendation A).
5. There is evidence that RB materials are more effective than GIC materials (level of evidence I, grade of recommendation A).

Cost-effectiveness

RB sealants are more effective and cost about the same as GIC sealants. The cost-effectiveness of any public health strategies for preventing caries can be improved by assessing the risk of caries and targeting high-risk children.

Recommendations

The following recommendations are based on the evidence gathered in this review:

1. Sealants should be placed on all permanent molar teeth without cavitation (i.e., permanent molar teeth that are free of caries, permanent molar teeth that have deep pit and fissure morphology, permanent molar teeth with "sticky" fissures, or permanent molar teeth with stained grooves) as soon after eruption as isolation can be achieved.
2. Sealants should not be placed on partially erupted teeth or teeth with cavitation or caries of the dentin.
3. Sealants should be placed on the primary molars of children who are susceptible to caries (i.e., those with a history of caries).
4. Sealants should be placed on first and second permanent molar teeth within 4 years after eruption.
5. RB sealants should be preferred, until such time as GIC sealants with better retention capacity are developed.
6. Sealants should be placed as part of an overall prevention strategy based on assessment of caries risk. Other preventive measures include application of fluoride varnish, education, nutritional counselling and regular clinical review (at least annually, but semi-annually wherever possible).

THE AUTHORS

Acknowledgments: *This paper was based on a report on pit and fissure sealants prepared for and paid by the Primary Health Care and Public Health Directorate, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada.*

Dr. Azarpazhooh *is a PhD/specialty candidate in the department of endodontics and a researcher, Community Dental Health Services Research Unit, faculty of dentistry, University of Toronto, Toronto, Ontario.*

Dr. Main *is associate professor, department of community dentistry, faculty of dentistry, University of Toronto, Toronto, Ontario.*

Correspondence to: *Dr. Amir Azarpazhooh, Community Dental Health Services Research Unit Faculty of Dentistry, University of Toronto, Room #521A, 124 Edward Street, Toronto, ON M5G 1G6*

The authors have no declared financial interests in any company manufacturing the types of products mentioned in this article.

This article has been peer reviewed.

References

1. Ahovuo-Saloranta A, Hiiri A, Nordblad A, Worthington H, Mäkelä M. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (3):CD001830.

2. Jokovic A, Locker D. Evidence-based recommendations for the use of pit and fissure sealants in Ontario's Public Dental Health Programs. In: Locker D, editor. Quality Assurance Report #21: Community Dental Health Services Research Unit (CDHSRU), University of Toronto; 2001. Available: www.caphd-acsdp.org/PDF/ebd-seal.pdf (accessed 2008 Feb 13).

3. Llodra JC, Bravo M, Delgado-Rodriguez M, Baca P, Galvez R. Factors influencing the effectiveness of sealants — a meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21(5):261–8.

4. Mejare I, Lingstrom P, Petersson LG, Holm AK, Twetman S, Kallestal C, and others. Caries-preventive effect of fissure sealants: a systematic review. *Acta Odontol Scand* 2003; 61(6):321–30.

5. Poulsen S, Beiruti N, Sadat N. A comparison of retention and the effect on caries of fissure sealing with a glass-ionomer and a resin-based sealant. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29(4):298–301.

6. Muller-Bolla M, Lupi-Pegurier L, Tardieu C, Velly AM, Antomarchi C. Retention of resin-based pit and fissure sealants: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34(5):321–36.

7. Hiiri A, Ahovuo-Saloranta A, Nordblad A, Makela M. Pit and fissure sealants versus fluoride varnishes for preventing dental decay in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4):CD003067.

8. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Canadian Task Force methodology. Table 2. Levels of evidence - research design rating. Available: www.ctfphc.org/ctfphc&methods.htm (accessed 2008 Feb 8).

9. Azarpazhooh A, Mayhall JT, Leake JL. Introducing dental students to evidence-based decisions in dental care. *J Dent Educ* 2008; 72(1):87–109.

10. Feigal RJ, Musherure P, Gillespie B, Levy-Polack M, Quelhas I, Hebling J. Improved sealant retention with bonding agents: a clinical study of two-bottle and single-bottle systems. *J Dent Res* 2000; 79(11):1850–6.

11. Feigal RJ, Quelhas I. Clinical trial of a self-etching adhesive for sealant application: success at 24 months with Prompt L-Pop. *Am J Dent* 2003; 16(4):249–51.

12. Pinar A, Sepet E, Aren G, Bolukbasi N, Ulukapi H, Turan N. Clinical performance of sealants with and without a bonding agent. *Quintessence Int* 2005; 36(5):355–60.

13. Pereira AC, Pardi V, Mialhe FL, Meneghim Mde C, Ambrosano GM. A 3-year clinical evaluation of glass-ionomer cements used as fissure sealants. *Am J Dent* 2003; 16(1):23–7.

14. Pardi V, Pereira AC, Ambrosano GM, Meneghim Mde C. Clinical evaluation of three different materials used as pit and fissure sealant: 24-months results. *J Clin Pediatr Dent* 2005; 29(2):133–7.

15. de Luca-Fraga LR, Pimenta LA. Clinical evaluation of glass-ionomer/resin-based hybrid materials used as pit and fissure sealants. *Quintessence Int* 2001; 32(6):463–8.

16. Grande RH, de Lima AC, Rodrigues Filho LE, Witzel MF. Clinical evaluation of an adhesive used as a fissure sealant. *Am J Dent* 2000; 13(4):167–70.

17. Gungor HC, Altay N, Alpar R. Clinical evaluation of a polyacid-modified resin composite-based fissure sealant: two-year results. *Oper Dent* 2004; 29(3):254–60.

18. Florio FM, Pereira AC, Meneghim Mde C, Ramacciato JC. Evaluation of non-invasive treatment applied to occlusal surfaces. *ASDC J Dent Child* 2001; 68(5-6):326–31, 301.

19. Beiruti N, Frencken JE, van't Hof MA, Taifour D, van Palenstein Helderman WH. Caries-preventive effect of a one-time application of composite resin and glass ionomer sealants after 5 years. *Caries Res* 2006; 40(1):52–9.

20. Bravo M, Montero J, Bravo JJ, Baca P, Llodra JC. Sealant and fluoride varnish in caries: a randomized trial. *J Dent Res* 2005; 84(12):1138–43.

21. Poulsen S, Laurberg L, Vaeth M, Jensen U, Haubek D. A field trial of resin-based and glass-ionomer fissure sealants: clinical and radiographic assessment of caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34(1):36–40.

22. Yazici AR, Kiremitci A, Celik C, Ozgunaltay G, Dayangac B. A two-year clinical evaluation of pit and fissure sealants placed with and without air abrasion pretreatment in teenagers. *J Am Dent Assoc* 2006; 137(10):1401–5.

23. Hamilton JC, Dennison JB, Stoffers KW, Welch KB. A clinical evaluation of air-abrasion treatment of questionable carious lesions. A 12-month report. *J Am Dent Assoc* 2001; 132(6):762–9.

24. Holmgren CJ, Lo EC, Hu D, Wan H. ART restorations and sealants placed in Chinese school children — results after three years. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28(4):314–20.

25. Staninec M, Artiga N, Gansky SA, Marshall GW, Eakle S. Bonded amalgam sealants and adhesive resin sealants: five-year clinical results. *Quintessence Int* 2004; 35(5):351–7.

26. Autio-Gold JT. Clinical evaluation of a medium-filled flowable restorative material as a pit and fissure sealant. *Oper Dent* 2002; 27(4):325–9.

27. Yildiz E, Dorter C, Efes B, Koray F. A comparative study of two fissure sealants: a 2-year clinical follow-up. *J Oral Rehabil* 2004; 31(10):979–84.

28. Morgan MV, Adams GG, Campain AC, Wright FA. Assessing sealant retention using a Poisson frailty model. *Community Dent Health* 2005; 22(4):237–45.

29. Ortengren U. On composite resin materials. Degradation, erosion and possible adverse effects in dentists. *Swed Dent J Suppl* 2000; (141):1–61.

30. Pardi V, Pereira AC, Mialhe FL, Meneghim Mde C, Ambrosano GM. A 5-year evaluation of two glass-ionomer cements used as fissure sealants. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(5):386–91.

31. Makhija SK, Childers NK, Lauten J, Dorantes CE, Chafin T, Dasanayake AP. Evaluation of initial caries score and caries incidence in a public health sealant program: a retrospective study. *Pediatr Dent* 2006; 28(5):420–4.

32. Puppin-Rontani RM, Baglioni-Gouvea ME, deGoes MF, Garcia-Godoy F. Compomer as a pit and fissure sealant: effectiveness and retention after 24 months. *J Dent Child (Chic)* 2006; 73(1):31–6.

33. Lavonius E, Kerosuo E, Kervanto-Seppala S, Halttunen N, Vilkuna T, Pietila I. A 13-year follow-up of a comprehensive program of fissure sealing and resealing in Varkaus, Finland. *Acta Odontol Scand* 2002; 60(3):174–9.

34. Folke BD, Walton JL, Feigal RJ. Occlusal sealant success over ten years in a private practice: comparing longevity of sealants placed by dentists, hygienists, and assistants. *Pediatr Dent* 2004; 26(5):426–32.

35. Dennison JB, Straffon LH, Smith RC. Effectiveness of sealant treatment over five years in an insured population. *J Am Dent Assoc* 2000; 131(5):597–605.

36. Wendt LK, Koch G, Birkhed D. Long-term evaluation of a fissure sealing programme in Public Dental Service clinics in Sweden. *Swed Dent J* 2001; 25(2):61–5.

37. Schulte A, Rossbach R, Tramini P. Association of caries experience in 12-year-old children in Heidelberg, Germany, and Montpellier, France, with different caries preventive measures. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29(5):354–61.

38. Steiner M, Helfenstein U, Marthaler TM. Validation of long-term caries prediction in children (Abstract). *Caries Res* 1995; 29(4):297–8.

39. Steiner M, Helfenstein U, Marthaler TM. Dental predictors of high caries increment in children. *J Dent Res* 1992; 71(12):1926–33.

40. Demers M, Brodeur JM, Mouton C, Simard PL, Trahan L, Veilleux G. A multivariate model to predict caries increment in Montreal children aged 5 years. *Community Dent Health* 1992; 9(3):273–81.

41. ter Pelkwijk A, van Palenstein Helderman WH, van Dijk JW. Caries experience in the deciduous dentition as predictor for caries in the permanent dentition. *Caries Res* 1990; 24(1):65–71.

42. Helfenstein U, Steiner M, Marthaler TM. Caries prediction on the basis of past caries including precavity lesions. *Caries Res* 1991; 25(5):372–6.

43. Beck JD, Weintraub JA, Disney JA, Graves RC, Stamm JW, Kaste LM, and other. University of North Carolina Caries Risk Assessment Study: comparisons of high risk prediction, any risk prediction, and any risk etiologic models. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; 20(6):313–21.

44. Disney JA, Graves RC, Stamm JW, Bohannan HM, Abernathy JR, Zack DD. The University of North Carolina Caries Risk Assessment study: further developments in caries risk prediction. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; 20(2):64–75.

45. Chestnutt IG, Schafer F, Jacobson AP, Stephen KW. Incremental susceptibility of individual tooth surfaces to dental caries in Scottish adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24(1):11–6.

46. Stahl JW, Katz RV. Occlusal dental caries incidence and implications for sealant programs in a US college student population. *J Public Health Dent* 1993; 53(4):212–8.

47. Foreman FJ. Sealant prevalence and indication in a young military population. *J Am Dent Assoc* 1994; 125(2):182–4, 86.

48. Richardson PS, McIntyre IG. Susceptibility of tooth surfaces to carious attack in young adults. *Community Dent Health* 1996; 13(3):163–8.

49. Ripa LW, Leske GS, Varma AO. Longitudinal study of the caries susceptibility of occlusal and proximal surfaces of first permanent molars. *J Public Health Dent* 1988; 48(1):8–13.

50. Eklund SA, Ismail AI. Time of development of occlusal and proximal lesions: implications for fissure sealants. *J Public Health Dent* 1986; 46(2):114–21.

51. King NM, Shaw L, Murray JJ. Caries susceptibility of permanent first and second molars in children aged 5-15 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980; 8(3):151–8.

52. Bohannan HM, Disney JA, Graves RC, Bader JD, Klein SP, Bell RM. Indications for sealant use in a community-based preventive dentistry program. *J Dent Educ* 1984; 48(2 Suppl):45–55.

53. Corona SA, Borsatto MC, Garcia L, Ramos RP, Palma-Dibb RG. Randomized, controlled trial comparing the retention of a flowable restorative system with a conventional sealant: one-year follow up. *Int J Paediatr Dent* 2005; 15(1):44–50.

54. Rajic Z, Gvozdanovic Z, Rajic-Mestrovic S, Bagic I. Preventive sealing of dental fissures with Heliosil: a two-year follow-up. *Coll Antropol* 2000; 24(1):151–5.

55. Chadwick BL, Treasure ET, Playle RA. A randomised controlled trial to determine the effectiveness of glass ionomer sealants in pre-school children. *Caries Res* 2005; 39(1):34–40.

56. Warren DP, Infante NB, Rice HC, Turner SD, Chan JT. Effect of topical fluoride on retention of pit and fissure sealants. *J Dent Hyg* 2001; 75(1):21–4.

57. Kervanto-Seppala S, Lavonius E, Kerosuo E, Pietila I. Can glass ionomer sealants be cost effective? *J Clin Dent* 2000; 11(1):1–3.

58. Arrow P. Cost minimisation analysis of two occlusal caries preventive programmes. *Community Dent Health* 2000; 17(2):85–91.

59. Werner CW, Pereira AC, Eklund SA. Cost-effectiveness study of a school-based sealant program. *ASDC J Dent Child* 2000; 67(2):93–7, 82.

60. Zabos GP, Glied SA, Tobin JN, Amato E, Turgeon L, Mootabar RN, and other. Cost-effectiveness analysis of a school-based dental sealant program for low-socioeconomic-status children: a practice-based report. *J Health Care Poor Underserved* 2002; 13(1):38–48.

61. Weintraub JA, Stearns SC, Rozier RG, Huang CC. Treatment outcomes and costs of dental sealants among children enrolled in Medicaid. *Am J Public Health* 2001; 91(11):1877–81.

62. Griffin SO, Griffin PM, Gooch BF, Barker LK. Comparing the costs of three sealant delivery strategies. *J Dent Res* 2002; 81(9):641–5.

63. Garvin J. Sealants undergo EBD treatment from panel. *ADA News* Dec. 12, 2006. Available: www.ada.org/prof/resources/pubs/adanews/adanewsarticle.asp?articleid=2262 (accessed 2008 Feb 13).

64. Fayle SA, Welbury RR, Roberts JF; British Society of Paediatric Dentistry. BSPD. British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on management of caries in the primary dentition. *Int J Paediatr Dent* 2001; 11(2):153–7.

65. Nunn JH, Murray JJ, Smallridge J; British Society of Paediatric Dentistry. British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on fissure sealants in paediatric dentistry. *Int J Paediatr Dent* 2000; 10(2):174–7.

66. Smallridge J; Faculty of Dental Surgery, Royal College of Surgeons. UK National Clinical Guidelines in Paediatric Dentistry. Management of the stained fissure in the first permanent molar. *Int J Paediatr Dent* 2000; 10(1):79–83.

67. Welbury R, Raadal M, Lygidakis NA. EAPD guidelines for the use of pit and fissure sealants. *Eur J Paediatr Dent* 2004; 5(3):179–84.

68. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical Affairs Committee - Restorative Subcommittee. Guideline on Pediatric Restorative Dentistry. Reference Manual; 2005–2006. p. 122–9.

69. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical Affairs Committee - Restorative Subcommittee. Policy on third party reimbursement of fees related to dental sealants. Reference Manual; 2006–2007. p. 61–2.

70. Patterson S. Pit and fissure sealants: effectiveness, decision making, protocols for appropriate use. Edmonton, Alberta: Dental Public Health Centre, University of Alberta; 2002. p. 1–12.

71. Patterson S. Fluoride varnish: effectiveness, patient assessment, protocols for appropriate use. Edmonton, Alberta: Dental Public Health Centre, University of Alberta; 2002. p. 1–16.

72. Bader JD, Shugars DA, Bonito AJ. A systematic review of selected caries prevention and management methods. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29(6):399–411.

73. Bader JD, Shugars DA, Bonito AJ. Systematic reviews of selected dental caries diagnostic and management methods. *J Dent Educ* 2001; 65(10):960–8.

74. Morphis TL, Toumba KJ, Lygidakis NA. Fluoride pit and fissure sealants: a review. *Int J Paediatr Dent* 2000; 10(2):90–8.

75. Rozier RG. Effectiveness of methods used by dental professionals for the primary prevention of dental caries. *J Dent Educ* 2001; 65(10):1063–72.

76. Rozier RG, Sutton BK, Bawden JW, Haupt K, Slade GD, King RS. Prevention of early childhood caries in North Carolina medical practices: implications for research and practice. *J Dent Educ* 2003; 67(8):876–85.

77. Simonsen RJ. Pit and fissure sealant: review of the literature. *Pediatr Dent* 2002; 24(5):393–414.

78. Simonsen RJ. Preventive resin restorations and sealants in light of current evidence. *Dent Clin North Am* 2005; 49(4):815–23, vii.

79. Uribe S. The effectiveness of fissure sealants. *Evid Based Dent* 2004; 5(4):92.

80. Uribe S. Sealants recommended to prevent caries. *Evid Based Dent* 2004; 5(4):93–4.

Editor's note: Recommendations 1 and 4 in the abstract and in the conclusion of this article were modified to specify that sealants should be placed on permanent molar teeth. *(Modified web version posted May 7, 2008)*

Appendix 1 Efficacy of pit and fissure sealants for permanent teeth: included studies

Citation: Poulsen S, Laurberg L, Vaeth M, Jensen U, Haubek D. A field trial of resin-based and glass-ionomer fissure sealants: clinical and radiographic assessment of caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006; 34(1):36–40.

Population: 153 children with at least one pair of sealed permanent molars (364 site-pairs) and a set of bitewing radiographs. All were enrolled in the dental service and would receive free, systematic care from birth until 18 years of age. Sound surfaces and surfaces with initial or arrested caries (white or brown fissures) were sealed, if the dentist's clinical assessment indicated a caries risk.

- Age: 8–13 years
- Sex: Not mentioned
- Location: Municipality of Værløse (0.25 ppm fluoride in water), located 15 km north of Copenhagen, Denmark, over the period 1996–2001
- Representative of schoolchildren with free access to public oral health care

Intervention: Fuji III glass ionomer sealant (GC Corporation, Tokyo, Japan). Children born on even dates had Fuji III placed on teeth in the right side of the mouth (both upper and lower); the opposite procedure was used for children born on odd dates.

Control: Delton ultraviolet-light-cured opaque resin-based sealant (Ash Dentsply, York, Penn.). Children born on even dates had Delton placed on teeth in the left side of the mouth (both upper and lower); the opposite procedure was used for children born on odd dates.

Outcomes: Mean follow-up time: 38–39 months for sites on first permanent molars and 28–29 months for sites on second permanent molars; n = 364 site-pairs or a total of 728 sealed sites.

Complete retention:

- Delton: 60%–80%
- Glass ionomer cement: < 10%

Caries development in Delton vs. GIC:

- Clinical diagnosis: relative risk (RR) = 0.435 (95% confidence interval [CI] 0.150–0.846)
- Radiographic diagnosis: RR = 0.559 (95% CI 0.342–0.905)
- Clinical over radiographic diagnosis: ratio about 1 (0.778; 95% CI 0.272–1.481)

Authors' Conclusion: Delton-sealed teeth had a lower risk than Fuji III-sealed teeth of developing caries, independent of the diagnostic method used.

Critical Appraisal:

- Allocation procedure not truly random
- Several different operators, located in different clinics

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade A for sealing teeth with Delton or equivalent resin, grade E for sealing with glass ionomer cement; score 15/16

Citation: Beiruti N, Frencken JE, van't Hof MA, Taifour D, van Palenstein Helderman WH. Caries-preventive effect of a one-time application of composite resin and glass ionomer sealants after 5 years. *Caries Res* 2006; 40(1):52–9.

Population: 103 schoolchildren in Damascus, Syria, with sound pits and fissures or with an early enamel lesion or small dentin lesion in the permanent first molars with no caries in the deciduous dentition.

- Age (mean): 7.8 years
- Sex: 45%/55% distribution for both groups, but breakdown unclear; difference not statistically significant
- Location: Regional World Health Organization Demonstration, Training and Research Centre for Oral Health, Damascus, Syria
- Representative of schoolchildren with low to medium caries risk

Intervention: Light-polymerized composite resin sealant (for 53 children with a total of 180 fully erupted first molars)

Control: High-viscosity glass ionomer (for 50 children with a total of 180 fully erupted first molars)

Outcomes (evaluated annually for 5 years by calibrated examiners):
Sealant retention at 5-year follow-up:

- Composite resin: 14%
- Glass ionomer (GI): 12% (complete loss of sealant: 40% of subjects)

Caries development in pits and fissures after complete loss of sealants and re-exposure (significantly less with GI):
- At 2–3 years (long-term re-exposure):

- Composite resin: 13%
- GI: 3%

- At 0–1 years (short-term re-exposure):

- Composite resin: 3.9%
- GI: 0.8%

Relative risk (RR) (and 95% confidence interval [CI]) of caries development for GI vs. composite resin:

- At 3 years: 0.22 (0.06–0.82)
- At 4 years: 0.32 (0.14–0.73)
- At 5 years: 0.28 (0.13–0.61)

RR (95% CI) of dentinal caries development for GI vs. composite resin:

- At 0–1 years (short-term): 0.13 (0.05–0.33)
- At 1–2 years (mid-term): 0.26 (0.14–0.48)
- At 2–3 years (long-term): 0.25 (0.09–0.68)

RR (95% CI) of caries development (enamel or dentinal) for GI vs. composite resin:

- At 0–1 years (short-term): 0.94 (0.60–1.50)
- At 1–2 years (mid-term): 0.66 (0.54–0.81)
- At 2–3 years (long-term): 0.68 (0.56–0.82)

Authors' Conclusion: The caries-preventive effect of high-viscosity GI sealants, placed using the atraumatic restorative treatment (ART) procedure, was between 3.1 and 4.5 times higher than that of composite resin sealants after 3 to 5 years. Furthermore, high-viscosity (ART) GI sealants appeared to have a 4 times higher chance than light-cured composite resin sealant of preventing caries development in re-exposed pits and fissures of occlusal surfaces in first molars over a 1- to 3-year period.

Critical Appraisal:

- No control for possible confounders: number of brushing sessions, diet, exposure to fluoride, etc.
- Loss to follow-up as high as 48%
- No placebo control

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade A for sealing retention and preventing caries; score 15/16

Citation: Bravo M, Montero J, Bravo JJ, Baca P, Llodra JC. Sealant and fluoride varnish in caries: a randomized trial. *J Dent Res* 2005; 84(12):1138–43.

Population: 350 children recruited in 1990
Characteristics of children (n = 120) who remained in the study after 9 years:
- Age (mean ± standard deviation): 7.4 ± 0.7 for control group, 7.3 ± 0.8 for sealant group, 7.6 ± 0.7 for fluoride (F) varnish group
- Sex: 51.1% females for control group, 67.6% females for sealant group, 47.4% females for F varnish group
- Location: Granada, Spain (no fluoridation)
- Representative of middle-class children in Granada, Spain

Intervention:
- *n* = 105 children, Delton light-polymerized opaque fissure sealant (Johnson & Johnson Dental Products Co., East Windsor, N.J.) applied to all healthy, permanent, fully erupted first molars; after 6, 12, 18, 24 and 36 months, sealant was applied to newly erupted molars and was replaced if there had been partial or total loss.
- *n* = 110 children, Duraphat fluoride varnish (Colgate-Palmolive Co., New York, N.Y.) was applied to all healthy permanent first molars with partially or fully erupted occlusal surfaces; after 6, 12, 18, 24, 30, 36 and 42 months, varnish was applied to newly erupted molars and was reapplied to all molars that had remained healthy.

Control: *n* = 135 children

Outcomes: Follow-up after 9 years; only those with at least one sound and fully erupted permanent first molar who were examined at both the 4-year and the 9-year follow-up were included for analysis.
- Loss to follow-up: 51% in control group, 52% in sealant group, 55% in F varnish group
- 120 children for analysis at 9-year follow-up (45 in control group, 37 in sealant group and 38 in F varnish group), 371 molars (129 in control group, 113 in sealant group and 129 in varnish group)

No significant differences in sex, age, social level or baseline caries scores between the followed children and the 185 lost to follow-up
No significant difference in the average number of examination visits per child (8.75; standard deviation [SD] 0.55), excluding the 9-year follow-up visit

Average number of treatment visits per child during the active phase of the programs:
- 2.24 (SD 1.14) for sealant group
- 7.26 (SD 0.98) for F varnish group

Occlusal caries at 9 years:
Significant difference between the groups, adjusted for multiple molars within each child and cluster (school classes rather than children) random allocation ($p < 0.001$)
- Control: 76.7%; decayed (D) = 59, missing (M) = 4, filled (F) = 36, filled occlusal surfaces that had been declared sound at the previous visit = 12; D = 17, M = 1, F = 12, filled occlusal surfaces that had been declared sound at the previous visit = 4
- Sealant: 26.6%
- Varnish: 55.8%; D = 40, M = 0, F = 32, filled occlusal surfaces that had been declared sound at the previous visit = 13

Effectiveness of treatments:
- At 4 years: 76.3% (standard error [SE] 7.9%) for sealant vs. control, 43.9% (SE 10.3%) for varnish vs. control, 57.8% (SE 14.7%) for sealant vs. varnish
- At 9 years: 65.4% (SE 8.5%) for sealant vs. control, 27.3% (SE 10.2%) for varnish vs. control, 52.4% (SE 12.2%) for sealant vs. varnish

Sealant retention rate (*n* = 113):
- Complete retention: 44 (38.9%)
- Partial or complete loss: 55 (48.7%)

Authors' Conclusion: The varnish program was not effective during the discontinuation period.

Critical Appraisal:
- Longest follow-up period to date in a study of caries reduction with a third-generation (visible-light-cured) sealant
- 50% loss to follow-up because of children moving to other districts or cities

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade A for long-term sealing retention and preventing caries; score 14.5/16

Citation: Warren DP, Infante NB, Rice HC, Turner SD, Chan JT. Effect of topical fluoride on retention of pit and fissure sealants. *J Dent Hyg* 2001; 75(1):21–4.

Population: 16 first-year dental hygiene students with virgin molars or premolars, no caries present, no medical contraindications for treatment
- Age: > 18 years
- Sex: Not mentioned
- Location: University of Texas, Houston Health Science Center
- Representative of university students

Intervention: Full-mouth topical fluoride application of 1.23% acidulated phosphate fluoride + Concise Light Cure White Sealant (CLC) and Concise White Sealant System (CSC) in the 2 remaining quadrants

Control: CLC and CSC placed in the 2 nonfluoridated quadrants of each participant

Outcomes: Overall sealant retention at 6, 12 and 18 months: 68%, 48% and 49%, respectively
- Significant difference between fluoridated and nonfluoridated teeth
- More retention on fluoridated teeth, with respect to sealant material (CLC–fluoride)
- Significant differences between CLC–fluoride and CLC–no fluoride treatment groups
- No significant differences in retention between CSC–fluoride and CSC–no fluoride groups, although more partial loss and less total loss
- Overall, no significant differences between CLC and CSC, irrespective of fluoridation
- Significantly greater retention on premolars vs. molars
- More retention in the CLC–fluoride group than the CLC–no fluoride group

Authors' Conclusion: Sealant retention may not be adversely affected by a topical fluoride treatment applied immediately before placement.

Critical Appraisal:
- Study of insufficient duration

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade B for use of fluoride therapy before sealing teeth and for sealing retention and preventing caries; score 14.5/16

Citation: Feigal RJ, Musherure P, Gillespie B, Levy-Polack M, Quelhas I, Hebling J. Improved sealant retention with bonding agents: a clinical study of two-bottle and single-bottle systems. *J Dent Res* 2000; 79(11):1850–6.

Population: 165 children with a total of 617 molars (410 first molars and 207 second molars) and a total of 1,058 tooth surfaces (617 being occlusal sealants and 441 buccal–lingual sealants); split-mouth design (half receiving sealant alone and half receiving bonding agent plus sealant)

- Age: 5–19 years
- Sex: Not mentioned
- Location: Pediatric dentistry clinic at the University of Michigan
- Representative of children attending the university dental clinics

Intervention: 1 maxillary and 1 mandibular molar received bonding agent (3 bonding agent groups: Tenure primer, Scotchbond Multi-Purpose and 3 single-bottle dentin bonding agents) plus sealant

Control: Opposite molar in each arch received sealant alone

Outcomes:

- Overall average yearly failure rates: 15%–29% over the 6 cohort–treatment groups
- Caries development for all sealed teeth over 5 years: 12 caries lesions (1.1%)

Hazard ratio (HR) of preventing sealant failure, where HR > 1 means increased risk of failure and HR < 1 means protective effect:

- Single-bottle group vs. control: 0.53 ($p = 0.014$) for occlusal sealants, 0.35 ($p = 0.006$) for buccal–lingual sealants
- Scotchbond vs. control: 2.96 ($p = 0.0003$) for occlusal sealants, no difference for buccal–lingual sealants
- Tenure primer vs. control: 1.0 (neutral)

Significant factors affecting the success between occlusal and buccal–lingual sealants:

- Significant for both: early eruption stage (occlusal HR = 2.91, buccal–lingual HR = 1.52)
- Significant only for occlusal sealants: behaviour (HR = 1.96), salivary problems (HR = 1.73), visually apparent variations in enamel (HR = 1.51)

Authors' Conclusion: Single-bottle bonding agents protect sealant survival, yielding half the usual risk of failure for occlusal sealants and one-third the risk of failure for buccal–lingual sealants.

Critical Appraisal:

- No control over care provided outside of study
- 38% loss to follow-up at 4 and 5 years

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade A for using single-bottle adhesive systems before sealant placement, grade A for caries-preventive effect of sealant; score 14.5/16

Citation: Yazici AR, Kiremitci A, Celik C, Ozgunaltay G, Dayangac B. A two-year clinical evaluation of pit and fissure sealants placed with and without air abrasion pretreatment in teenagers. *J Am Dent Assoc* 2006; 137(10):1401–5.

Population: Dental school patients with good oral hygiene, no restorations or sealants on fissures, no detectable caries

- Age: 16 and 17 years
- Sex: 14 female, 2 male
- Location: Hacettepe University Dental School, Ankara, Turkey
- Representative of teenagers, dental school patients

Intervention: 16 subjects, with a total of 162 teeth (46 molars, 116 premolars)
Group I: Fissure preparation with phosphoric acid gel on randomly assigned maxillary and mandibular permanent premolars and molars from one side of the mouth

Control: Group II: Air abrasion followed by acid etching on the contralateral side of the mouth

Outcomes: n = 162 teeth, recall at 6, 12 and 24 months
Retention rate:

- At 6 months, no statistically significant difference between groups
- At 12 months, higher retention rate in group II than group I (95.1% vs. 84%, $p = 0.025$)
- At 24 months, higher retention rate in group II than group I (91.4% vs. 76.5%, $p = 0.002$)
- Total sealant loss: group II, none; group I, 7 sealants (8.6%) at the 24-month recall appointment
- Complete or partial retention rates of premolars statistically higher than those for molars in both groups

Caries development:

- 0 sealed surfaces throughout the 24-month recall period in both groups

Authors' Conclusion: Given that air abrasion followed by acid etching resulted in significantly higher sealant retention rates, this method could be a good choice for fissure preparation before sealant placement for long-term success.

Critical Appraisal:

- Use of rubber dam for isolation is noted
- No mention of ethics approval
- No placebo control

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade A for using air abrasion before sealant for improving the retention rate, grade A for sealing teeth to prevent caries development; score 14/16

Citation: Pereira AC, Pardi V, Mialhe FL, Meneghim Mde C, Ambrosano GM. A 3-year clinical evaluation of glass-ionomer cements used as fissure sealants. *Am J Dent* 2003; 16(1):23–7.

Population: 208 schoolchildren from low-income area with all permanent molars sound and sealed living in Piracicaba (0.7 ppm fluoride in water), São Paulo, Brazil, for the 2 years preceding the study
- Age: 6–8 years of age
- Sex: Not mentioned
- Location: Department of community dentistry, School of Dentistry, University of Campinas, Piracicaba, São Paulo, Brazil
- Representative of low-income schoolchildren 6–8 years of age

Intervention: 100 children with a total of 400 permanent first molars received conventional glass ionomer sealants (Ketac Bond; $n = 200$ teeth) and resin-modified glass ionomer sealants (Vitremer; $n = 200$ teeth)

Control: 200 resin-modified glass ionomer sealants (Vitremer) in 108 children ($n = 432$ teeth)

Outcomes: Sealant retention at 6, 12, 24, and 36 months after sealant application:
- Ketac Bond: 26%, 12%, 3% and 4%, respectively
- Vitremer: 61%, 31%, 14% and 13%, respectively

The differences between the 2 materials were statistically significant.

Caries incidence (experimental groups vs. control group) at 6, 12, 24, and 36 months after sealant application:
- 93%, 78%, 49% and 56% lower, respectively, than control group ($p < 0.01$)

Correlation between previous caries experience and caries incidence after 3 years:
- Experimental group: nonsignificant
- Control group: odds ratio (OR) 4.2, $p < 0.01$

Correlation between active incipient caries and caries incidence after 3 years:
- Ketac-Band, Vitremer, control: OR 4.47, 5.33, 1.77, respectively (all significant)

Authors' Conclusion: The retention rates for ionomeric materials were low. Nevertheless, these materials showed a cariostatic effect, supported by statistically lower caries incidence in experimental groups compared with the control group. Presence of active incipient caries was statistically associated with caries incidence in the first molars after 36 months, in relation to either experimental or control groups.

Critical Appraisal:
- Care outside study was not identified or controlled for.
- It is unethical to withhold a proven caries-preventive therapy.

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade A for sealing retention and preventing caries, grade E for use of glass ionomer cement as sealant (because of loss rates); score 14/16

Citation: Pinar A, Sepet E, Aren G, Bolukbasi N, Ulukapi H, Turan N. Clinical performance of sealants with and without a bonding agent. *Quintessence Int* 2005; 36(5):355–60.

Population: 30 schoolchildren with all permanent first molars sound and unsealed (*n* =120 teeth)
- Age: 8–10 years
- Sex: Not mentioned
- Location: Pediatric dentistry clinic, faculty of dentistry, University of Istanbul, Istanbul, Turkey
- Representative of schoolchildren with low socioeconomic status and high risk of caries

Intervention: Split-mouth design using 4 molars from each child; *n* = 60 teeth, with 1 maxillary and 1 mandibular molar from each child receiving sealant (Fissurit F, Voco/Cuxhaven) with a bonding agent

Control: *n* = 60 contralateral teeth, which received only sealant (Fissurit F, Voco/Cuxhaven)

Outcomes: Assessed at 3, 6, 12 and 24 months (only data from 12 and 24 months were abstracted)
- At 12-month follow-up, *n* = 48 teeth in each group; total loss to follow-up 20%
- At 24-month follow-up, *n* = 44 teeth in each group; total loss to follow-up 27%

Marginal integrity (clinically acceptable) at 12- and 24-month follow-ups:
- Significant difference in each group relative to baseline
- Nonsignificant difference between experimental groups
- Sealant + bonding agent: 83.3% and 79.5% at 12 and 24 months, respectively
- Sealant only: 81.2% and 77.2% at 12 and 24 months, respectively
- No marginal discoloration at 12- and 24-month follow-ups
- Significant difference in each group relative to baseline
- Nonsignificant difference between experimental groups
- Sealant + bonding agent: 81% and 75% at 12 and 24 months, respectively
- Sealant only: 79% and 72% at 12 and 24 months, respectively

Retention rate at 12- and 24-month follow-ups:
- Significant difference in each group relative to baseline
- Nonsignificant difference between experimental groups
- Sealant + bonding agent: 83% and 79% at 12 and 24 months, respectively
- Sealant only: 81% and 75% at 12 and 24 months, respectively

Authors' Conclusion: At 2 years after application, placement of a bonding agent under sealants did not significantly affect the clinical success of sealants.

Critical Appraisal:
- No placebo control for caries incidence
- No power calculation
- 27% loss to follow-up after 2 years

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade A for caries protection and retention rate of both techniques for sealing teeth; score 13.5/16

Citation: Pardi V, Pereira AC, Ambrosano GM, Meneghim Mde C. Clinical evaluation of three different materials used as pit and fissure sealant: 24-months results. *J Clin Pediatr Dent* 2005; 29(2):133–7.

Population: 113 children (from 2 public schools) with 356 permanent first molars with no previous filling, sealant or evidence of caries

- Age: 7–8 years
- Sex: Not mentioned
- Location: Piracicaba (0.7 ppm fluoride in water), São Paulo, Brazil
- Representative of schoolchildren 7–8 years of age with high risk of caries

Intervention: Each child received one of the following sealing materials

- *n* = 117 teeth, resin-modified glass ionomer cement (Vitremer, 3M ESPE, St. Paul, Minn.)
- *n* = 119 teeth, flowable resin composite (Revolution, Kerr Corporation, Orange, Calif.)
- *n* = 120 teeth, compomer (Dyract Flow, Dentsply Caulk, Dentsply International Inc., Milford, Del.)

Control: No placebo control; the 3 groups were compared with each other

Outcomes::24-month loss to follow-up: overall retention rate 17% for Vitremer (*n* = 97 remaining), 21% for Revolution (*n* = 93 remaining), 26% for Dyract Flow (*n* = 89 remaining);
Retention rate: better for Revolution, with statistically significant differences occuring only between retention rates for Vitremer and Revolution and between Revolution and Dyract Flow after 2 years

Total retention rate after 6, 12 and 24 months:

- Vitremer: 97.4%, 77.4% and 47.4%, respectively
- Revolution: 96.3%, 84.4% and 76.3%, respectively
- Dyract Flow: 89.4%, 75.7% and 58.4%, respectively

Small partial retention rate (2/3 of extension present) after 6, 12 and 24 months:

- Vitremer: 0.9%, 12.3% and 20.6%, respectively
- Revolution: 3.7%, 11.9% and 15.1%, respectively
- Dyract Flow: 15.3%, 21.3% and 5.3%, respectively

Large partial retention rate (1/3 of extension present) after 6, 12 and 24 months:

- Vitremer: 1.8%, 4.7% and 16.5%, respectively
- Revolution: 0.0%, 1.8% and 2.2%, respectively
- Dyract Flow: 5.3%, 7.2% and 6.7%, respectively

Total loss rate after 6, 12 and 24 months:

- Vitremer: 0.0%, 5.7% and 15.5%, respectively
- Revolution: 0.0%, 0.9% and 6.5%, respectively
- Dyract Flow: 0.0%, 1.8% and 13.5%, respectively

Caries development (carious/filled) at 12 and 24 months:

- Nonsignificant difference
- Vitremer: 0.9% and 3.1%, respectively
- Revolution: 2.8% and 4.3%, respectively
- Dyract Flow: 2.7% and 6.7%, respectively

No association between caries presence after 2 years and plaque index, deft score and socioeconomic status.

Authors' Conclusion: These results suggest that flowable resin composite had satisfactory retention after this period of evaluation and that all 3 materials were effective in preventing occlusal caries.

Critical Appraisal:

- Loss to follow-up > 20% for Dyract Flow and Revolution
- Blinding unclear
- Care outside the study was not mentioned

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade A for sealing retention and prevention of caries for all 3 materials; score 13.5/16

Citation: Gungor HC, Altay N, Alpar R. Clinical evaluation of a polyacid-modified resin composite-based fissure sealants: two-year results. *Oper Dent* 2004; 29(3):254–60.

Population: 53 children with a total of 192 fully erupted caries-free permanent first molars living in nonfluoridated area
- Age: 7–10 years
- Sex: 51% female
- Location: Pedodontics clinic, faculty of dentistry, Hacettepe University, Ankara, Turkey
- Representative of schoolchildren with low socioeconomic status and high risk of caries

Intervention: Half-mouth design, random on right and left side of both jaws; *n* = 96 teeth sealed with a polyacid-modified resin-composite-based fissure sealant (Dyract Seal, Dentsply DeTrey, Konstanz, Germany)

Control: *n* = 96 teeth sealed with Delton FS+ resin-based fluoridated fissure sealant (Dentsply International, York, Pa.)

Outcomes: Follow-up at 3, 6, 12 and 24 months (only data from 12 and 24 months were abstracted)
- At 12-month follow-up, *n* = 79 teeth in each group; total loss to follow up 18%
- At 24-month follow-up, *n* = 70 teeth in each group; total loss to follow up 27%

Retention rate (Dyract Seal vs. Delton FS+) not statistically significantly different at either follow-up:
At 12-month follow-up:
- Totally present: 91.1% vs. 86.1%
- Partially lost: 8.9% vs. 13.9%
- Totally lost: 0 in both groups

At 24-month follow-up
- Totally present: 80% vs. 71.4%
- Partially lost: 15.7% vs. 15.7%
- Totally lost: 4.3% vs. 12.9%

Caries development (Dyract Seal vs. Delton FS+) not statistically significantly different:
- At 12-month follow-up: 6.3% vs. 11.4%
- At 24-month follow-up: 14.3% vs. 17.1%

Marginal integrity (Dyract Seal vs. Delton FS+) significantly better for Delton FS+ at 12-month evaluation only
At 12-month follow up:
- Excellent margin (no crevice): 65.9% vs. 81.0%
- Acceptable margin (small crevice): 31.6% vs. 17.7%
- Unacceptable margin (large crevice): 2.5% vs. 1.3%

At 24-month follow up:
- Excellent margin (no crevice): 81.4% vs. 70.0%
- Acceptable margin (small crevice): 10.0% vs. 17.1%
- Unacceptable margin (large crevice): 8.6% vs. 12.9%

Authors' Conclusion: The use of Dyract Seal on permanent molars (invasive technique) was clinically comparable to Delton FS+ for the 24-month evaluation period.

Critical Appraisal:
- No placebo control for caries incidence
- No power calculation
- 27% loss to follow-up in 2 years

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade A for caries protection and retention rate of both materials for sealing teeth; score 13.5/16

Citation: Grande RH, de Lima AC, Rodrigues Filho LE, Witzel MF. Clinical evaluation of an adhesive used as a fissure sealant. *Am J Dent* 2000; 13(4):167–70.

Population: 38 subjects with caries-free premolars and molars, all undergoing orthodontic therapy
- Age: 11–17 years (mean 14 years)
- Sex: 23 females and 15 males
- Location: School of Dentistry, University of São Paulo, Brazil; research environment not mentioned
- Representative of schoolchildren undergoing orthodontic treatment

Intervention:
- Split-mouth design on 171 teeth (124 premolars and 47 molars)
- *n* = 85 teeth, OptiBond, a dual-cure glass-filled adhesive

Control: *n* = 86 teeth, Delton, a self-cured sealant

Outcomes: Follow-up every 3 to 6 months up to 30 months, with an average of 20.6 ± 5.3 months
Loss to follow up: 25%
Failure rate:
- OptiBond: 13%
- Delton: 37%

Time to loss of retention:
- OptiBond: 27.5 ± 0.7 months
- Delton: 22.1 ± 1.1 months

Cox proportional hazards regression model:
- Nonsignificant: age, sex and arch
- Significant: material (OptiBond better than Delton) and type of teeth (premolars about 3 times [95% confidence interval 1.67–5.69] better than molars)

Authors' Conclusion: Statistical analysis based on a stratified Cox proportional hazards regression model indicated that OptiBond had better clinical performance than Delton.

Critical Appraisal:
- No data on caries incidence
- No follow-up of failures for caries development
- 25% loss to follow-up
- Insufficient duration (< 2 years)
- Retention on premolars 3 times retention on molars

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade A for sealing teeth with OptiBond sealing retention; score 13.5/16

Citation: de Luca-Fraga LR, Pimenta LA. Clinical evaluation of glass-ionomer/resin-based hybrid materials used as pit and fissure sealants. *Quintessence Int* 2001; 32(6):463–8.

Population: Children with caries-free mandibular first permanent molars
- Age: 7–8 years
- Sex: Not mentioned
- Location: School of Dentistry of Nova Friburgo, Rio de Janeiro, Brazil
- Representative of schoolchildren with low socioeconomic status (SES)

Intervention: 100 children received 2 types of sealants, each randomly assigned to either right or left side of mouth:
- Polyacid-modified resin composite (Dyract), followed by application of nail varnish
- Resin-modified glass ionomer sealant (Vitremer), followed by application of nail varnish

Control: 66 children, same age and SES, with no sealing but professional supervision in their school environment

Outcomes (only 12-month recall is presented):
Complete retention (statistically significant difference):
- Dyract: 95.9%
- Vitremer: 85.7%

Caries incidence:
- Test: 1%
- Control: 10%
- Statistically significant protective effect in the test vs. control at 6 months (odds ratio [OR] 18.80, 95% confidence interval [CI] 2.31–152.67) and 12 months (OR 13.43, 95% CI 2.83–63.77)

Authors' Conclusion: The hybrid materials were able to control occlusal caries. Better retention for resin composite modified by polyacids (Dyract) than for resin-modified glass ionomer (Vitremer) sealants

Critical Appraisal:
- No control over care outside the study
- Study duration was short (1 year)
- Unclear whether the groups were similar at baseline regarding oral health (although similar SES was noted)

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade A for sealing teeth; score 13/16

Citation: Feigal RJ, Quelhas I. Clinical trial of a self-etching adhesive for sealant application: success at 24 months with Prompt L-Pop. *Am J Dent* 2003; 16(4):249–51.

Population: Children with contralateral pairs of newly erupted first or second permanent molars
- Age: 7–13 years (mean 10.5 years)
- Sex: Not mentioned
- Location: Dental school, University of Michigan
- Representative of children with low to moderate caries risk, from a mixed fluoride region

Intervention: Prompt L-Pop, the first self-etching adhesive, as the sole etching and adhesive step before placement of sealant on 31 permanent molars

Control: Sealant placed on 31 permanent molars after etching with phosphoric acid

Outcomes (follow-up at 1, 3, 6, 12, 18 and 24 months):
24-month success with no significant loss of material or need for repair:
- Occlusal sealants: control vs. Prompt L-Pop, 61% vs. 61%
- Buccal–lingual sealants: control vs. Prompt L-Pop, 54% vs. 62%
- No statistically significant difference

Time of placement for sealants:
- Control vs test: 3.1 vs. 1.8 minutes (statistically significant)

Authors' Conclusion: Prompt L-Pop self-etching adhesive is effective in bonding sealant to enamel, and the simplified method dramatically shortens treatment time and treatment complexity.

Critical Appraisal:
- Small sample size
- No indication of caries-preventive effect
- No indication of entry sample size and loss to follow-up

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade C for using Prompt L-Pop before sealant placement other than to save time; score 12/16

Citation: Poulsen S, Beiruti N, Sadat N. A comparison of retention and the effect on caries of fissure sealing with a glass-ionomer and a resin-based sealant. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29(4):298–301.

Population: 179 children at high risk of caries, with at least one pair of permanent first molars that were caries free or only had incipient lesions.

- Age: 7 years old at start of study
- Sex: Not mentioned
- Location: World Health Organization Regional Demonstration, Training and Research Centre for Oral Health, Damascus, Syrian Arab Republic
- Representative of: high-risk children

Intervention: *n* = 179 children, glass ionomer developed for fissure sealing (Fuji III)

Control: Split-mouth design using contralateral teeth in the same children; chemically polymerized resin-based fissure sealant (Delton)

Outcomes: Retention and caries-preventive effect of sealant
Follow-up sample size: 129 after 6 months, 121 after 1 year, 115 after 2 years, 116 after 3 years

At 3-year follow-up:

- Glass ionomer sealant was completely lost from almost 90% of teeth compared to complete loss from less than 10% of resin-sealed teeth.
- Relative risk for tooth sealed with glass ionomer over that for tooth sealed with resin was 3.38 (95% confidence interval 1.98–5.79)
- Relative risk lower for maxillary than mandibular permanent first molars (not significant)

Authors' Conclusion: The glass ionomer sealant had poorer retention and less caries-protective effect than the resin-based sealant.

Critical Appraisal:

- Care outside study was not identified or controlled for.
- No control for possible confounders: number of brushing sessions, diet, exposure to fluoride, active treatment, etc.
- Loss to follow-up high (27%–35%) in first 6 months
- No placebo control
- Difficult to assess caries prevention comparisons when so many in one group (intervention) lost sealants
- Examiner blinding unclear

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade A for sealing teeth with resin, grade E for use of GI; score 11.5/16

Citation: Florio FM, Pereira AC, Meneghim Mde C, Ramacciato JC. Evaluation of non-invasive treatment applied to occlusal surfaces. *ASDC J Dent Child* 2001; 68(5-6):326–31, 301.

Population: 34 Brazilian preschool children of low socioeconomic status (SES), from 4 different public day nursery schools, with at least 2 permanent first molars with restricted enamel decay (total of 108 teeth) (selected from among 250 children assessed)

- Age: 6 years ± 6 months
- Sex: Not mentioned
- Location: University of Campinas, Piracicaba School of Dentistry, Piracicaba, São Paulo, Brazil
- Representative of children with low SES

Intervention: Initially all had all necessary treatment.

- Group 1, *n* = 12 children with 35 teeth: fissure sealants with resin-modified glass ionomer (Vitremer)
- Group 2, *n* = 11 children with 36 teeth: 2.26% fluoride varnish (Duraphat)

Control: *n* =11 children with 37 teeth: tooth-brushing and weekly mouthwashing with 0.2% sodium fluoride

Outcomes:

- Loss to follow-up: 6 teeth from group 1 and 4 teeth from control group
- Four clinical evaluations carried out over 3, 6, 9 and 12 months

Arrestment of caries activity at 12-month follow-up:

- Group 1 : 100%
- Group 2: 83.3%
- Control: 72.7%

Caries progression at 12-month follow-up (no significant difference):

- Group 1: 0%
- Group 2: 5.5%
- Control: 6.1%

Better inactivation property in group 1 than the other groups ($p < 0.05$).

Authors' Conclusion: These noninvasive methods were able to arrest the progression of occlusal caries, but fissure sealant showed better results in controlling caries activity.

Critical Appraisal:

- No multivariate analysis
- No control over care outside the study
- Blinding of examiners was unclear
- Unclear whether the groups were similar at the start of the trial

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade A for sealing teeth; score 11/16

Citation: Hamilton JC, Dennison JB, Stoffers KW, Welch KB. A clinical evaluation of air-abrasion treatment of questionable carious lesions. A 12-month report. *J Am Dent Assoc* 2001; 132(6):762–9.

Population: 93 dental patients in a projected 5-year randomized clinical trial, with a total of 223 teeth, each with a questionable incipient pit-and-fissure carious lesion but no frank caries (softness at the base of a pit or fissure, decalcification or cavitation) or evidence of radiographic caries

- Age: 12–36 years (mean 23 years at baseline)
- Sex: Not mentioned
- Location: General dentistry clinics at University of Michigan School of Dentistry
- Representative of dental school patients with lower socioeconomic status

Intervention: n = 113 teeth, air abrasion and restoration with a flowable resin-based composite

Control: n = 110 teeth, observation but no treatment until definition of caries was met

Outcomes: Recall every 6 months (no results provided for 6-month follow-up)

Test group (at baseline: n = 63 treated with sealant, n = 50 caries extending into dentin) at 12-month follow-up:

- 3 sealants (4%) with partial loss
- Retreatment of restoration: 2 teeth (4%)

Control group at 12-month follow-up (n = 86):

- Caries progression: 9 (11%, 95% confidence interval 4–18%) teeth were diagnosed with pit-and-fissure caries and were treated with air abrasion and restored with flowable resin-based composite.
- No statistically significant difference between volume of treatment and control preparations (weight of treatment preparation impression as a surrogate measure of volume: 0.027 g in test group vs. 0.020 g in control group; p = 0.279)
- Control group had significantly fewer carious lesions diagnosed than were determined by operating on the treatment group

Logistic regression (controlling for sex; age; fluoride history; tooth type; decayed, missing or filled surfaces; score on the Löe and Silness Gingival Health Index; score on the Simplified Oral Hygiene Index; pit and fissure colour; explorer retention of the pits and fissures):

Caries penetrating into dentin:

- Positively correlated with explorer retention (p = 0.006)
- Negatively correlated with age (p = 0.0313)

Authors' Conclusion: The merit of treating questionable incipient pit-and-fissure carious lesions early with air abrasion was not demonstrated after 12 months in this clinical study.

Critical Appraisal:

- Study duration was short (12-month report)
- Care outside study was not identified or controlled for

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade E for treating questionable incipient pit-and-fissure carious lesions early with air abrasion; score 10.5/16

Citation: Autio-Gold JT. Clinical evaluation of a medium-filled flowable restorative material as a pit and fissure sealant. *Oper Dent* 2002; 27(4):325–9.

Population: 32 children with 118 fully erupted, caries-free first and/or second permanent molars
- Age: 6–11 years
- Sex: Not mentioned
- Location: University of Florida dental school
- Representative of dental school pediatric patients

Intervention: Half-mouth design
n = 59 teeth, medium-filled (46% volume) flowable restorative material (CuRay-Match, OMNII Oral Pharmaceuticals, West Palm Beach, Fla.)

Control: *n* = 59 teeth, unfilled sealant (Delton, Dentsply Caulk, Milford, Del.)

Outcomes: Only 18-month results are presented here (*n* = 45 teeth in each group); 23% loss to follow-up

Full retention:
- Medium-filled resin vs. unfilled sealant: 40% vs. 64.4% (not significant)

Caries development:
- Medium-filled resin vs. unfilled sealant: 9% vs. 11% (not significant)

Authors' Conclusion: Medium-filled flowable restorative material did not perform better in terms of retention rate or caries increment compared with unfilled conventional sealant.

Critical Appraisal:
- No power calculation
- 23% loss to follow-up
- Insufficient duration
- Operator/evaluator blinding is unclear

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade A for sealing teeth; score 10/16

Citation: Holmgren CJ, Lo EC, Hu D, Wan H. ART restorations and sealants placed in Chinese school children — results after three years. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28(4):314–20.

Population: Children in a school environment
- Age (mean): 12.5 years ± 0.6
- Sex: Not mentioned
- Location: Deyang, Sichuan Province, western China
- Representative of schoolchildren

Intervention: 294 atraumatic restorative treatment (ART) restorations (high-strength glass ionomer [Ketac-Molar, ESPE]) in 197 children; of interest for the current study: 191 fissure sealants in 140 children; retention of sealants was evaluated 3 months after placement and annually for 3 years after placement

Control: None

Outcomes: Numbers of sealants evaluated were 187, 183, 184 and 178 (out of 191) for the 3-month and year 1, year 2 and year 3 examinations, respectively.

Sealant retention (only this outcome was abstracted):
- At 3 months: 97%
- At 3 years: 72% of sealants were either partially or completely retained

Incidence of fissure caries:
- None in the first year
- Only one tooth in the second year of follow-up
- Only 2% of the sealed teeth developed fissure caries, and these involved teeth where the sealants had been lost

Overall, 98% of the sealed occlusal surfaces remained caries-free after 3 years.

Authors' Conclusion: The ART approach for preventing and treating tooth decay in Chinese schoolchildren was appropriate, effective and acceptable. The 3-year survival rates of the restorations were high but were related to the size and type of the restoration.

Critical Appraisal:
- No randomization
- No control group
- No control for possible confounders: number of brushing sessions, diet, exposure to fluoride, etc.

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level II-1; grade A for sealing teeth; score 14/16

Citation: Staninec M, Artiga N, Gansky SA, Marshall GW, Eakle S. Bonded amalgam sealants and adhesive resin sealants: five-year clinical results. *Quintessence Int* 2004; 35(5):351–7.

Population: 26 patients needing at least 2 sealants on permanent posterior teeth (total of 116 teeth)
- Age: 6–25 years
- Sex: Not mentioned
- Location: University of California in San Francisco; research environment unclear
- Representative of patients 6–25 years of age

Intervention:
- n = 37, molar amalgam sealant
- n = 20, premolar amalgam sealant

Control:
- n = 36, molar resin sealant
- n = 23, premolar resin sealant

Outcomes: Clinical examinations at 6 months, 1 year, 2 years and 5 years
- 42% loss to follow-up for patients (n = 15) at 5-year recall
- 16% loss to follow-up for teeth (n = 97)

No difference in retention for amalgam sealants (n = 47) vs. resin sealants (n = 48)
- No loss: 26% vs. 30%, respectively
- Slight loss: 34% vs. 32%, respectively
- Repair required: 40% vs. 38%, respectively

Failure rate for amalgam vs. resin sealants:
- Repair required or total loss: odds ratio (OR) 1.15 (95% confidence interval [CI] 0.65–2.05, p = 0.62)
- Worst category: OR 1.16 (95% CI 0.77–1.75; p = 0.47)
- Hazard ratio for time to "repair required or total loss" 0.81 (95% CI 0.33–2.02; p = 0.65)

Failure rate (molar vs. premolar):
- Resealing OR 4.9 (p = 0.04)
- Worst rating OR 5.6 (p = 0.02)
- Hazard ratio 6.8 (p = 0.004)

Caries development: none on any surface in either group

Authors' Conclusion: Although amalgam sealants may not be practical by themselves, they can be used to seal pits and fissures surrounding very conservative preparations, in the "preventive amalgam restoration." Conventional amalgam retentive features and 90° cavosurface margins may not be necessary when bonding is used with amalgam.

Critical Appraisal:
- Amalgam sealants cost more than resin sealants
- No randomization or placebo group
- 42% loss to follow-up for subjects
- No power calculation
- No blinding of examiners
- Mixed population (6–25 years of age)

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level II-1; grade A for sealing teeth with amalgam sealants or resin-based sealants; score 11/16

Citation: Yildiz E, Dorter C, Efes B, Koray F. A comparative study of two fissure sealants: a 2-year clinical follow-up. *J Oral Rehabil* 2004; 31(10):979–84.

Population: 59 dental students
- Age: 18–20 years
- Sex: Not mentioned
- Location: Department of operative dentistry, faculty of dentistry, Istanbul University, Capa, Istanbul, Turkey
- Representative of young adult population

Intervention: 122 fissures of first and second molars in 59 adults; fluoride-containing fissure sealants (Helioseal F) compared with conventional sealant (Concise Light Cure White Sealant) on first and second molars of right side of patient's mouth (teeth 17, 16, 46 and 47)

Control: 122 fissures of first and second molars in 59 adults: contralateral teeth on left side of each patient's mouth used as controls (teeth 27, 26 36 and 37)

Outcomes: Recall appointments scheduled at 3, 6, 12 and 24 months after placement.
Retention:
- Full retention: 72.1% after 3 months, 46.7% after 24 months (nonsignificant)
- Total loss of Helioseal F (16.4%, 19.7%, 18% and 23% at 3, 6, 12 and 24 months, respectively) was more than total loss of Concise Light Cure White Sealant (8.2%, 9.8%, 11.5% and 18%, respectively) (nonsignificant difference between sealant materials for fully retained, partially lost and totally lost at any recall interval
- Better retention on first molars than on second molars (statistically significant difference at 3, 6 and 12 months; nonsignificant at 24 months)
- Better retention on the mandibular molars (nonsignificant)

Caries development:
- No caries detected at 3 and 6 months in any sealed tooth
- Incidence of caries in teeth treated with Helioseal F vs. Concise Light Cure White Sealant was 11.5% vs. 0% at both 12-month and 24-month recalls (statistically significant)
- Among teeth treated with Helioseal F, caries incidence for upper second molar was higher than for lower first molar teeth (statistically significant at both 12 and 24 months)
- Sealed vs. nonsealed teeth at 12-months: 5.7% vs. 15.6% (statistically significant)
- At 24 months, no change in the sealant group (5.7%), but a statistically significant increase in the control group (from 15.6% to 25.4%)
- Highest caries incidence at 24 months: lower and upper second molar teeth among the unsealed control teeth (nonsignificant)

Authors' Conclusion: Based on the results of this study, the application of fissure sealants is highly effective in preventing caries in a young adult population, and the reduction of caries development is more related to the quality of sealant retention than to the content of the material.

Critical Appraisal:
- No blinding of examiners
- No randomization (split-mouth model)
- Care outside study was not identified or controlled for
- No control for possible confounders: number of brushing sessions, diet, exposure to fluoride, etc.

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level II-1; grade A for sealing teeth; score 11/16

Citation: Morgan MV, Adams GG, Campain AC, Wright FA. Assessing sealant retention using a Poisson frailty model. *Community Dent Health* 2005; 22(4):237–45.

Population: School-based comprehensive preventive program
- Age (mean): 12.35 ± 0.64
- Sex: 48.6% male
- Location: 2 nonfluoridated regions of Victoria, Australia
- Representative of at-risk schoolchildren

Intervention: Annual application or reapplication of light-cured fissure sealants in 210 12-year-old subjects over 3 years:
- *n* = 1,544 sealants during the study period
- *n* = 1,038 (67.2%) first placements at baseline
- *n* = 506 (32.8%) repairs or reapplications, of which 206 (40.7%) at first-year follow-up and 300 (59.3%) at second-year follow-up

Control: None

Outcomes: Sealant failure and caries experience for *n* = 1,038 first placements at baseline:
At first follow-up, *n* = 984 sealants available for review (54 sealants in 10 subjects were lost to follow-up):
- Intact: 582 (59.1%)
- Failed (partial or total loss): 402 (40.9%) (136 never replaced, 60 not replaced until the second year)

At second follow-up, *n* = 739 out of 788 sealants at risk (49 sealants in 22 subjects were lost to follow up):
- Intact: 449 (60.8%)
- Failed: 290 (39.2%) (replacement done)

At third follow-up: *n* = 735 out of 749 sealants at risk (4 sealants in 2 subjects were lost to follow-up):
- Failed: 128 (17.2%)

For total *n* = 1,544 sealant placements and replacements over 3 years:
- Loss to follow-up: 107 (6.9%)
- Failure: 820 (57.1%) at some stage in 3 years
  - At sites with no previous failure: 603 (73.4%)
  - At sites with 1 previous failure: 186 (22.7%)
  - At sites with 2 previous failures: 31 (3.8%)

Caries experience: 51 (6.2%) of all failures: 23 with active decay, 1 extracted, 27 restored

For subjects (baseline *n* = 210; third-year follow-up *n* = 176):
n = 166 (94.3%) with at least one sealant failure
Total of 820 sealant failures by the completion of the program, representing a sealant failure rate of 35%
Success rate at year 3: 575 intact sealants out of 1,038 sealed sites = 55.4%
Of 674 teeth that needed resealing, only 624 were resealed

Significant failure rate ratio (95% confidence interval) for factors associated with sealant failure:
- Baseline pit and fissure DMFS ≥ 4 vs. 0 = 1.27 (1.01–1.61)
- Year of placement 2 vs. 1 = 0.62 (0.44–0.87)
- Second vs. first molars = 1.32 (1.11–1.60)
- Lower vs. upper molars = 1.33 (1.14–1.57)
- Upper distal fossae vs. upper mesial fossae = 1.33 (1.21–1.47)

Adjustment for year of replacement and baseline pit and fissure DMFS:
- No significant interaction between molar and arch type when model was adjusted for

- Significant interaction between molar and sealant placement site (distal vs. mesial fossae) in the upper molars

Authors' Conclusion: Sealants placed on second molars, those placed on lower molars and those placed on the distal fissure sites have a higher failure rate. As individual tooth sites in the mouth are not independent, any statistical analysis should allow for these associations when sealant retention is assessed.

Critical Appraisal:
- Not a strong design to evaluate efficacy
- No randomization
- No blinding
- Not clear if the groups were similar at baseline
- No mention of control over private dental care

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level II-1; grade D for sealing teeth (because of the high loss rate); score 10/16

Citation: Pardi V, Pereira AC, Mialhe FL, Meneghim Mde C, Ambrosano GM. A 5-year evaluation of two glass-ionomer cements used as fissure sealants. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(5):386–91.

Population: Children 6–8 years of age with 4 permanent first molars, no previous filling or clinical evidence of caries, who had lived in Piracicaba (0.7 ppm fluoride [F]), São Paulo, Brazil, since the age of 2 years, selected from a dental assistance program at the University of Campinas in Piracicaba, São Paulo, Brazil

- Age and sex: 6–8 years at start of study; at 5-year follow-up experimental group had 43% boys and 57% girls with mean age of 10 years and 11 months, and the control group had 56% boys and 44% girls with mean age of 11 years and 11 months
- Location: Department of community dentistry, School of Dentistry, University of Campinas, Piracicaba, São Paulo, Brazil
- Representative of healthy young children in a dental assistance program and resident continuously since 2 years of age in a community with stable fluoridation

Intervention: 100 children with a total of 400 permanent first molars

- Material A: resin-modified glass ionomer cement (RMGI, Vitremer 3M ESPE, St. Paul, Minn.)
- Material B: conventional glass ionomer cement (Ketac-Bond 3M ESPE)

Every child received both materials as sealants, according to standardized procedures whereby right-side molars were sealed with material A and left-side molars were sealed with material B.

Control: 108 children with a total of 432 permanent first molars, who received no sealant and reinforcement of brushing technique

Outcomes:

Definitions of sealant retention:

- Total retention (TR) = total retention of sealant on the occlusal surface
- Partial retention type 1 (PR1) = presence of sealant in two-thirds of the pit extension, with small fractures and losses of material
- Partial retention type 2 (PR2) = presence of sealant in one-third of the pit extension with fractures and losses of material
- Total loss (TL) = absence of sealant on the occlusal surface of the teeth

Caries incidence:

- No visible caries and noncavitated lesions
- Presence of microcavity (diameter ≤ 1.5 mm across fissure) and large cavities
- Filled teeth

Total retention rates at 3, 4 and 5 years of follow-up were 24.1%, 12.8% and 1.6%, respectively, for material A; 3.5%, 4.1% and 1.6%, respectively, for material B; difference was significant ($p < 0.01$) in all evaluations for TR, PR1, PR2 and TL.

After 2, 3 and 5 years for carious + filled teeth (statistically higher in control than experimental groups):

- Experimental group: 12.0%, 13.6% and 21.5% (2.0% were carious and 19.5% were filled), respectively
- Control group: 23.7%, 31.2% and 34.2% (9.5% were carious and 24.7% were filled), respectively

Authors' Conclusion: Sealing pits and fissures with glass ionomer cements was effective in preventing caries.

Critical Appraisal:

- No blinding of examiners
- No randomization
- Unclear whether the groups were similar at baseline
- Care outside study was not identified or controlled for
- No control for possible confounders: number of brushing session, diet, etc.
- Half-mouth model but no crossover, so the same material was always on right teeth, which get less oral health care

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level II-1; grade A for sealing teeth; score 10/16

Appendix 2 Efficacy of pit and fissure sealants for primary teeth: included studies

Citation: Corona SA, Borsatto MC, Garcia L, Ramos RP, Palma-Dibb RG. Randomized, controlled trial comparing the retention of a flowable restorative system with a conventional sealant: one-year follow up. *Int J Paediatr Dent* 2005; 15(1):44–50.

Population: 40 children with 160 sound, caries-free, fully erupted first or second primary molars and first permanent molars with deep and retentive pits and fissures

- Age: 4 and 7 years
- Sex: Not mentioned
- Location: Public Health Service in Marília (São Paulo State, São Paulo, Brazil)
- Representative of preschool children seeking routine dental care in the public sector

Intervention: Split-mouth design
For both primary and permanent dentition, half of the teeth on one side of the mouth (n = 40 in each group) were sealed with flowable restorative system (Bond 1 + Flow-It!)

Control: For both primary and permanent dentitions, half the teeth on the contralateral side (n = 40 in each group) were sealed with conventional filled resin sealant (Fluroshield)

Outcomes (6- and 12-month follow-up):
Retention rate:

- Total loss at 1-year follow-up: 0 for both materials, both dentitions
- Higher retention rate for Flow-It! sealants at both 6-month and 1-year evaluations (significant difference for primary teeth, trend for permanent teeth

Primary teeth, Flow-It! vs. Fluroshield:
Total retention (significant difference):

- At 6 months: 97.5% vs. 82.5%
- At 12 months: 95% vs. 77.5%

Partial retention (significant difference):

- At 6 months: 2.5% vs. 17.5%
- At 12 months: 5% vs. 22.5%

Permanent teeth, Flow-It! vs. Fluroshield:
Total retention (nonsignificant difference):

- At 6 months: 100% for both materials
- At 12 months: 100% vs. 95%

Partial retention (significant difference):

- At 6 months: 0 for both materials
- At 12 months: 0 vs. 5%

Statistically significant difference between baseline and other evaluation periods when the sealant results were combined.

Authors' Conclusion: Flowable restorative system yielded optimal retention for both primary and permanent molars. Its retention rate was significantly higher than that of the conventional pit-and-fissure sealant on primary teeth.

Critical Appraisal:

- Blinding of examiner unclear
- Insufficient study duration
- No result on caries-preventive effect of the materials

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade A for sealing primary teeth with Bond 1 + Flow-It! and for preventing caries, grade A for retention rate of both materials when sealing permanent teeth; score 13/16

Citation: Chadwick BL, Treasure ET, Playle RA. A randomised controlled trial to determine the effectiveness of glass ionomer sealants in pre-school children. *Caries Res* 2005; 39(1):34–40.

Population: 508 preschool children at high risk of dental caries with caries-free first primary molars
- Age: 18–30 months; mean age in the test group: 2.03 years and mean age in the control group: 2.02 years; no difference in age at baseline or follow-up
- Sex: 51%/49% ratio of females to males in each test group and in overall group
- Location: High-caries areas of South Wales, U.K.
- Representative of high-risk preschool children

Intervention: *n* = 241, first primary molars sealed with glass ionomer

Control: *n* = 267, with no sealant

Outcomes:
Prevalence of deft = 0 (no significant difference at baseline or follow-up):
- Baseline: 99.6% and 95.5% in test and control groups, respectively
- At follow-up: 76.5% and 75.9% in test and control groups, respectively

Sealant retention at follow-up:
- From *n* = 221 children in test group, 31.2% of children and 18.7% of molars retained sealant

Frequency of occlusal caries on first primary molars at follow-up:
- Nonsignificant difference between the 2 groups: 2.8% CI (-2.6 to 8.3%)
- No difference in number of lesions between the 2 groups

Caries prevalence:
- No significant difference between the 2 groups for whole-mouth deft/defs or incidence of caries on either first or second molars separately

Authors' Conclusion: There is no evidence that the intervention used in this population had any effect on caries incidence, and it cannot be recommended as a clinical procedure.

Critical Appraisal:
- No clear criteria for outcome evaluation
- Insufficient duration of follow-up
- Blinding of examiners unclear

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade D for sealing primary teeth; score 10/16

Citation: Rajic Z, Gvozdanovic Z, Rajic-Mestrovic S, Bagic I. Preventive sealing of dental fissures with Heliosil: a two-year follow-up. *Coll Antropol* 2000; 24(1):151–5.

Population: Primary and permanent teeth of 300 children with healthy parallel teeth
- Age: 6–7 years
- Sex: Not mentioned
- Location: Zagreb, Croatia; practice setting unclear
- Representative of school children 6–7 years of age with healthy teeth

Intervention: Fissure sealing performed on one side (n = 46 pairs of primary teeth, n = 56 pairs of permanent teeth)

Control: Contralateral teeth in the same subjects

Outcomes: Examinations every 6 months for a 2-year period

Sealant retention after 2 years:
- Primary teeth: 92% for upper teeth, 100% for lower molars
- Permanent teeth: 79% for upper teeth, 97% for lower teeth

Caries development: no caries development in fully retained sealants of both primary and permanent teeth

Primary teeth:
- Sealant missing: 5% at 18 months and 8% at 24 months
- No caries in treated group vs. 31% of the control group

Permanent teeth:
- Sealant missing: 18% of sealed teeth at 24 months vs. 59% of control

Authors' Conclusion: The authors of this study recommended that a procedure of sealing permanent first molars should be proclaimed as a precondition for enrolling in the first grade of primary school for all children in Croatia. The life of a sealant is 5 years, whereas the life of amalgam is 10 years, so 2 sealants cost less than 1 amalgam.

Critical Appraisal:
- Descriptive analysis only
- No criteria for placement of sealant or evaluation of outcome are mentioned
- No control over care outside the study
- No control over possible confounders
- No indication of study setting or type of operator/examiner
- 20% loss to follow-up
- Blinding of examiner not mentioned

Level of Evidence, Grade of Recommendation and Score on "Checklist to Assess Evidence of Efficacy of Therapy or Prevention": Level I; grade A for sealing teeth; score 10/16

Appendix 3 Efficacy of pit and fissure sealants: techniques and materials used

Citation: Feigal RJ, Musherure P, Gillespie B, Levy-Polack M, Quelhas I, Hebling J. Improved sealant retention with bonding agents: a clinical study of two-bottle and single-bottle systems. *J Dent Res* 2000; 79(11):1850–6.

Material: Fluoroshield sealant (Dentsply/Caulk, Milford, Del.)

Various bonding agents before sealant placement:
- Tenure primer (Den-Mat, Santa Maria, Calif.)
- Scotchbond Multipurpose primer (3M Dental Products Division, St. Paul, Minn.)
- Both of the preceding are components of fourth-generation (2-bottle) dentin-bonding systems that have individual component bottles for the primer and the adhesive portion of the bonding agent
- Prime & Bond (Dentsply/Caulk), the newer fifth-generation (one-bottle) dentin-bonding system

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: Newly erupted permanent first molars

Technique:
1. Slow-speed dry-brush cleaning of the surface
2. Cotton roll isolation
3. 30 seconds phosphoric acid gel etching
4. 15 seconds rinse and air-dry
5. Placement of bonding agent with a hand-held brush, air-thinned across the surface
6. Application of sealant
7. 40 seconds light-curing of sealant and bonding agent together

Citation: Yazici AR, Kiremitci A, Celik C, Ozgunaltay G, Dayangac B. A two-year clinical evaluation of pit and fissure sealants placed with and without air abrasion pretreatment in teenagers. *J Am Dent Assoc* 2006; 137(10):1401–5.

Material: Concise Light Cure White Sealant (3M ESPE, St. Paul, Minn.), an unfilled sealant, with a filler weight of 9.9%

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: Maxillary and mandibular permanent premolars and molars

Technique:
1. Clean tooth with pumice and water slurry using a slow-speed handpiece for 30 seconds.
2. Wash the tooth with a water spray for 60 seconds.
3. For group I, etch occlusal fissures with 35% phosphoric acid gel for 30 seconds using a microbrush.
4. Rinse enamel with water for 30 seconds, then dry enamel for 15 seconds with oil-free compressed air.
5. For group II, abrade occlusal fissures with an air abrasion device (PrepStart, Danville Materials, San Ramon, Calif.) with 27-µm aluminum oxide particles at pressure of 120 pounds per square inch (nozzle tip perpendicular to the surface, at a distance of 2–3 mm).
6. Rinse teeth with a water spray for 30 seconds to clean residual aluminum particles from the surface.
7. Etch prepared occlusal fissures with 35% phosphoric acid gel for 30 seconds.
8. Thoroughly rinse and dry (similar to group I).
9. Apply Concise Light Cure White Sealant to prepared surfaces using a microbrush and an explorer.
10. Apply 40 seconds of light-curing with a power output of 400 mW/cm^2.
11. Remove rubber dam, check occlusion, adjust sealants with a composite finishing bur, and polish sealants with polishing points.

Citation: Pinar A, Sepet E, Aren G, Bolukbasi N, Ulukapi H, Turan N. Clinical performance of sealants with and without a bonding agent. *Quintessence Int* 2005; 36(5):355–60.

Material: Fissurit F sealant (Voco/Cuxhaven) with One Coat Bond bonding agent (Coltene/Whaledent)

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: Permanent first molars

Technique:
1. Clean teeth with a bristle brush rotating on a low-speed handpiece with irrigation.
2. Isolate tooth with cotton rolls.
3. Etch with phosphoric acid gel for 30 seconds.
4. Rinse for 20 seconds and air-dry.
5. Apply One Coat Bond bonding agent with a hand-held brush, and air-thin across the surface.
6. Place Fissurit F sealant and light-cure for 40 seconds.

Citation: Pardi V, Pereira AC, Ambrosano GM, Meneghim Mde C. Clinical evaluation of three different materials used as pit and fissure sealant: 24-months results. *J Clin Pediatr Dent* 2005; 29(2):133–7.

Material:
- Resin-modified glass ionomer cement (Vitremer, 3M ESPE, St. Paul, Minn.)
- Flowable resin composite (Revolution, Kerr Corporation, Orange, Calif.)
- Compomer (Dyract Flow, Dentsply Caulk, Dentsply International Inc., Milford, Del.)

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: Permanent first molar

Technique:
1. Portable equipment
2. Pumice prophylaxis
3. Rinse
4. Cotton roll isolation
5. Etch with 37% phosphoric acid gel for 15–20 seconds
6. Rinse
7. Substitute cotton rolls
8. Material placement as below
9. Occlusion check

Vitremer: Apply primer (3M ESPE) and light-cure for 20 seconds; mix Vitermer in proportion of 1:2 (powder to liquid) and insert it into the fissures using a dental explorer.

Revolution: Apply and light-cure the filled bonding system (OptiBond Solo, Kerr Corporation).

Dyract Flow: Apply and light-cure the filled bonding system (Prime & Bond NT, Dentsply).

Citation: Gungor HC, Altay N, Alpar R. Clinical evaluation of a polyacid-modified resin composite-based fissure sealant: two-year results. *Oper Dent* 2004; 29(3):254–60.

Material: Dyract Seal (Dentsply DeTrey, Konstanz, Germany) *or* Delton FS+ (Dentsply International York, Pa.)

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: Fully erupted caries-free permanent first molars

Technique:
1. Clean teeth with a bristle brush rotating on a low-speed handpiece with irrigation.
2. Isolate tooth with cotton rolls.
3. Perform enameloplasty using tapered diamond bur with a very fine tip in a high-speed instrument.
4. Place the material as described below.
5. Perform retention and coverage check.
6. Perform occlusion check.

Dyract Seal:
1. Conditioning: apply Non-Rinse Conditioner (Dentsply DeTrey) to the occlusal surface and leave undisturbed for 20 seconds.
2. Gently air-dry with no rinse.
3. Apply Prime & Bond NT (Dentsply DeTrey) with a disposable brush for 20 seconds.
4. Gently air-dry for 5 seconds.
5. Place Dyract Seal and light-cure for 40 seconds.

Delton FS+
1. Etch with 34% phosphoric acid gel for 30 seconds.
2. Rinse for 15 seconds and air-dry.
3. Place Delton FS+ and light-cure for 40 seconds (use an extra 40 seconds for palatal surface of maxillary molars).

Citation: Grande RH, de Lima AC, Rodrigues Filho LE, Witzel MF. Clinical evaluation of an adhesive used as a fissure sealant. *Am J Dent* 2000; 13(4):167–70.

Material: OptiBond, a dual-cure glass-filled adhesive, and Delton, a self-cured sealant

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: Caries-free permanent premolars and molars

Technique:
1. Clean teeth with pumice and bristle-brush in the slow-speed handpiece.
2. Isolate tooth with cotton rolls.
3. Using a small cotton pellet, rub 37% phosphoric acid solution for 30 seconds, extending up to the cuspal planes.
4. Rinse and dry with compressed air.
5. Apply sealant with the aid of a dental student (Delton has its own dispenser)
6. After 1 minute, perform retention test by applying dislodgement forces with an explorer.

Before placement of OptiBond:
1. Apply primer with a microbrush for 30 seconds, then light-cure for 20 seconds.
2. Apply adhesive (3A plus 3B) on the surface using a small dentin curette, then a 15-second delay, then light-cure for 60 seconds.

Citation: Corona SA, Borsatto MC, Garcia L, Ramos RP, Palma-Dibb RG. Randomized, controlled trial comparing the retention of a flowable restorative system with a conventional resin sealant: one-year follow up. *Int J Paediatr Dent* 2005; 15(1):4450.

Material:
- Filled resin-based pit-and-fissure sealant (Fluroshield, Dentsply Caulk, Milford, Del.)
- Single-bottle adhesive system (Bond 1, Jeneric/Pentron, Inc., Wallingford, Conn.) used in association with a flowable resin composite (Flow-It!, Jeneric/Pentron, Inc., Wallingford, Conn.)

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: Primary and permanent dentitions

Technique:
1. Use rubber dam for isolation.
2. Etch with 37% phosphoric acid gel (Gel Etchant, Kerr Corporation, Orange, Calif.) for 30 seconds.
3. Rinse with air–water spray for 30 seconds.
4. Dry with a mild, oil-free air stream for 20 seconds.

Flowable resin system:
1. Apply 2 coats of Bond 1 single-bottle adhesive to etched surface.
2. Light-cure for 20 seconds.
3. Apply Flow-It! from the central fissure up toward the cusps to prevent voids, air entrapment or bubbles.
4. Light-cure for 40 seconds.
5. Remove rubber dam, and perform occlusion check.

Fluroshield:
1. Using a disposable applicator, apply sealant on etched occlusal pits and fissures from the central fissure up toward the cusps to prevent voids, air entrapment or bubbles.
2. Light-cure for 40 seconds.
3. Remove rubber dam, and perform occlusion check.

Citation : de Luca-Fraga LR, Pimenta LA. Clinical evaluation of glass-ionomer/resin-based hybrid materials used as pit and fissure sealants. *Quintessence Int* 2001; 32(6):463–8.

Material:
- Resin composite modified by polyacids (Dyract), followed by application of nail varnish
- Resin-modified glass ionomer sealant (Vitremer), followed by application of nail varnish

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: Mandibular first permanent molars

Technique:
1. Prophylaxis with pumice, water, Rubson scrub (KG Sorensen)
2. Cotton roll isolation
3. Etching with 35% phosphoric acid gel for 30 seconds
4. Wash, dry
5. Primer application
6. Sealant placement
7. Light cure for 40 seconds
8. Occlusion check
9. Polishing with Enhance Sharp end (Dentsply)
10. Covering sealants with nail varnish (Colorama) for protection against syneresis and imbibition during the first 24 hours

Citation: Feigal RJ, Quelhas I. Clinical trial of a self-etching adhesive for sealant application: success at 24 months with Prompt L-Pop. *Am J Dent* 2003; 16(4):249–51.

Materials:
- Prompt L-Pop, the first self-etching adhesive, as the sole etching and adhesive step before placement of sealant
- Light-cured Delton sealant (Dentsply) with (n = 31 permanent molars) or without (n = 31 permanent molars) pre-treatment by phosphoric acid etching

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: Permanent molars

Technique:
Cotton roll isolation, chairside assistant

Control method:
1. 30 seconds phosphoric acid gel etching
2. 15 seconds water rinse
3. Application of sealant (Delton), 40 seconds light-curing

Experimental method:
1. Rubbing Prompt L-Pop etch on the surface for 15 seconds, air-drying the layer
2. Application of sealant (Delton), 40 seconds light-curing

Citation: Florio FM, Pereira AC, Meneghim Mde C, Ramacciato JC. Evaluation of non-invasive treatment applied to occlusal surfaces. *ASDC J Dent Child* 2001; 68(5-6):326–31, 301.

Material: Resin-modified glass ionomer (Vitremer, 3M of Brazil)

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: Permanent first molars with restricted enamel decay

Technique:
1. Apply appropriate prophylaxis.
2. Etch with 37% phosphoric acid for 30 seconds.
3. Place Vitremer sealant according to manufacturer's instructions, with change in proportion (to 1:2) to obtain a better consistency for flow.

Citation: Hamilton JC, Dennison JB, Stoffers KW, Welch KB. A clinical evaluation of air-abrasion treatment of questionable carious lesions. A 12-month report. *J Am Dent Assoc* 2001; 132(6):762–9.

Material: Tetric Flow (Ivoclar Vivadent), a flowable light-cured composite

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: Any tooth with a questionable incipient pit-and-fissure carious lesion but no frank caries (softness at the base of a pit or fissure, decalcification or cavitation) or evidence of radiographic caries

Technique:
1. Use rubber dam for isolation.
2. Abrade the questionable pits and fissures using a dental abrasion system and aluminum oxide powder.
3. Etch the preparation and the tooth surface 1 mm beyond the cavosurface margin with 37% phosphoric acid gel.
4. Rinse, then dry.
5. Apply and cure dentin–enamel bonding agent.
6. Place and light-cure the sealant material.
7. Perform occlusion check and adjustment.

Citation: Chadwick BL, Treasure ET, Playle RA. A randomised controlled trial to determine the effectiveness of glass ionomer sealants in pre-school children. *Caries Res* 2005; 39(1):34–40.

Material: Ketac-Fil Plus glass ionomer (hand-mix powder and liquid, shade A1, ESPE)

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: Lower left first primary molars

Technique:
1. Use cotton rolls for isolation.
2. Clean the surface with cotton wool pellets or rolls dipped in water.
3. Dry.
4. Use explorer to remove debris and plaque from the fissures.
5. Place glass ionomer onto the occlusal surface with a flat plastic carver, slightly overfilling.
6. Coat fingertip with petroleum jelly and press into pits and fissures for a few seconds.
7. Remove excess with flat plastic carver or cotton wool roll coated with petroleum jelly.

Citation: Autio-Gold JT. Clinical evaluation of a medium-filled flowable restorative material as a pit and fissure sealant. *Oper Dent* 2002; 27(4):325–9.

Material:
- n = 59 teeth sealed with unfilled sealant (Delton, Dentsply Caulk, Milford, Del.)
- n = 59 teeth sealed with flowable restorative material (CuRay-Match, OMNII Oral Pharmaceuticals, West Palm Beach, Fla.)

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: Fully erupted, caries-free first and/or second permanent molars

Technique:
1. Use cotton rolls for isolation.
2. Etch with 37% phosphoric acid for 20 seconds.
3. Rinse for 15 seconds and dry for a few seconds.
4. Place sealant and light-cure for 40 seconds.

Citation: Holmgren CJ, Lo EC, Hu D, Wan H. ART restorations and sealants placed in Chinese school children — results after three years. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28(4):314–20.

Material: Ketac-MolarA (ESPE Dental Medizin, Germany), a hand-mixed, high-strength glass ionomer

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: Permanent molars

Technique:
1. Use only hand instruments and portable lights; do not use local anesthesia.
2. For children, use supine position on tables available in the schools; use a chairside assistant.
3. Remove plaque and debris from the involved pits and fissures with the tip of an explorer.
4. Use cotton wool rolls for isolation.
5. Perform conditioning: about 10 seconds by liquid component of the glass ionomer material diluted with an equal amount of water.
6. Wash, then dry.
7. Hand-mix the high-strength glass ionomer.
8. Use finger to press the glass ionomer into pits and fissures.
9. Remove excess restoration material with an excavator or carver.
10. Check occlusion.
11. No varnish or petroleum jelly was applied to protect the glass ionomer.

Citation: Staninec M, Artiga N, Gansky SA, Marshall GW, Eakle S. Bonded amalgam sealants and adhesive resin sealants: five-year clinical results. *Quintessence Int* 2004; 35(5):351–7.

Material: Conventional sealant (Bisco) vs. amalgam

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: Permanent posterior teeth

Technique:
For amalgam:
1. Clean with prophylaxis toothbrush and nonfluoridated pumice.
2. Use rubber dam for isolation.
3. Etch with 32% phosphoric acid gel for 30 seconds.
4. Rinse for 30 seconds.
5. Dry gently, leaving surface slightly moist.
6. Apply All-Bond 2 Primer A & B mixture (Bisco) in different coats until the surface is glossy.
7. Dry the surface.
8. Light-cure the bonding agent for 30 seconds.
9. Paint mixed Liner F (Bisco) in a thin layer over the set primer.
10. Condense amalgam over the surface and burnish into all grooves.
11. Remove excess amalgam.
12. Remove rubber dam and check occlusion.

For resin sealant:
1. Use the same protocol as for amalgam, up to and including application of primer.
2. Place conventional sealant (Bisco) into all grooves.
3. Light-cure for 30 seconds.

Citation: Sundfeld RH, Mauro SJ, Briso AL, Sundfeld ML. Clinical/photographic evaluation of a single application of two sealants after eleven years. *Bull Tokyo Dent Coll* 2004; 45(2):67–75.

Material: Self-cure Concise (3M) *or* light-cured Prisma Shield (Caulk & Dentsply)

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: Premolars

Technique:
1. Prophylaxis with pumice and water
2. Absolute isolation (technique not mentioned)
3. Etch: 37% phosphoric acid solution for 2 minutes
4. Rinse, dry
5. Apply sealant
6. Light-cure for 40 seconds in Prisma group

If minor chromatic alterations were located in the pits and fissures, with no evidence of incipient caries:
1. Surface preparation with a smooth spherical carbide ¼ drill
2. Prophylaxis with pumice and water
3. Absolute isolation (technique not mentioned)
4. Acid conditioning of the whole occlusal surface including the conservative cavities
5. Rinse, dry
6. Thin layer of adhesive material (Prisma Bond, Caulk & Dentsply) applied exclusively inside the conservative cavity, with no overlap on the borders
7. Sealant applied
8. Light-cure for 40 seconds in Prisma group

Citation: Taifour D, Frencken JE, van't Hof MA, Beiruti N, Truin GJ. Effects of glass ionomer sealants in newly erupted first molars after 5 years: a pilot study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(4):314–9.

Material: Fuji IX glass ionomer (GC Europe)

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: Newly erupted first molars

Technique:
1. Use cotton wool rolls for isolation.
2. Clean occlusal surface with a probe.
3. Condition with polyacrylic acid for 10–15 seconds.
4. Wash, then dry with cotton wool pellets.
5. Place hand-mixed glass ionomer on occlusal surface with an applier instrument, and press finger, coated with petroleum jelly, into the pits and fissures.
6. Remove excess material with a carving instrument.
7. Coat the sealant with petroleum jelly.

Citation: Yildiz E, Dorter C, Efes B, Koray F. A comparative study of two fissure sealants: a 2-year clinical follow-up. *J Oral Rehabil* 2004; 31(10):979–84.

Material: Fluoride-containing Helioseal F fissure sealant, and conventional Concise Light Cure White Sealant fissure sealant

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: First and second permanent molars

Technique:
1. Use cotton wool rolls for isolation, along with a flexible plastic saliva ejector.
2. Clean the tooth with a prophylaxis brush using nonfluoridated pumice.
3. Rinse, then dry.
4. Etch, rinse with water for 20 seconds, then dry with air blast (until tooth has chalky, frosted appearance).
5. Apply fissure sealant materials according to manufacturer's instructions.
6. Cure for 40 seconds with Coltolux 4 (Colténe, CH 9450, Switzerland) dental curing light.
7. No repair or replacement of insufficient sealants.

Citation : Pardi V, Pereira AC, Mialhe FL, Meneghim Mde C, Ambrosano GM. A 5-year evaluation of two glass-ionomer cements used as fissure sealants. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(5):386–91.

Material: Vitremer resin-modified glass ionomer cement (3M ESPE, St Paul, Minn.) and Ketac-Bond conventional glass ionomer cement (3M ESPE)

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: Permanent first molars

Technique:
1. Pumice prophylaxis of the occlusal surfaces
2. Cotton roll isolation
3. 30 seconds conditioning with 35% phosphoric acid gel
4. Wash, cotton roll substitution

Vitremer application:
1. Primer application for 30 seconds
2. Air-drying and light-curing for 20 seconds
3. Mixing of material in a 1:2 powder–liquid ratio, to obtain lower viscosity so that the mixture flows into the fissures
4. Insertion of material into fissures with an explorer, along the entire extension
5. Light-curing for 40 seconds
6. Application of "Finishing Gloss" followed by light-curing for 20 seconds
7. Verification and adjustment of occlusal contacts when necessary

Ketac-Bond application:
1. Mixing of material in a 1:1 powder–liquid ratio, to obtain a luting consistency
2. Insertion of material into fissures with an explorer, along the entire extension
3. 5-minute wait for initial curing mechanism
4. Material covered with unfilled resin to maintain moisture balance
5. Checking and adjustment of occlusal contacts when necessary

Citation: Puppin-Rontani RM, Baglioni-Gouvea ME, deGoes MF, Garcia-Godoy F. Compomer as a pit and fissure sealant: effectiveness and retention after 24 months. *J Dent Child (Chic)* 2006; 73(1):31–6.

Material: Fluoroshield (Dentsply International, York, Pa.) and Compoglass (Vivadent Ets, F1-9494 Schann/ Lichtenstein)

Bonding agent before application of Compoglass: Syntac single-component bonding agent

Selection of Teeth and Tooth type or Morphology: Permanent first molars

Technique:
Compoglass:
1. Clean teeth with child-size toothbrush and water.
2. Use cotton rolls for isolation and portable saliva ejector.
3. Wash, then dry.
4. No acid etching.
5. Apply bonding agent, followed by 20 seconds of light-curing, a second layer of bonding agent and another 20 seconds of light-curing.
6. Apply Compoglass with a suitable instrument, light-cure for 40 seconds.
7. Occlusion check

Fluoroshield:
1. Clean teeth with child-size toothbrush and water.
2. Use cotton rolls for isolation and portable saliva ejector.
3. Wash, then dry.
4. Etch with phosphoric acid for 30 seconds.
5. Apply sealant with a probe.
6. Perform occlusion check.

Citation: Lavonius E, Kerosuo E, Kervanto-Seppala S, Halttunen N, Vilkuna T, Pietila I. A 13-year follow-up of a comprehensive program of fissure sealing and resealing in Varkaus, Finland. *Acta Odontol Scand* 2002; 60(3):174–9.

Material: Light-curable Delton (Dentsply, York, Pa.)

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: All first and second permanent molars, but no first and second premolars or primary molars

Technique:
1. Use cotton wool rolls for isolation.
2. Place sealants according to manufacturer's instructions, except for use of explorer instead of the applicator provided.
3. No general recommendation for preventive preparation of the tooth before sealing; however, some of the dentists used tapered fine diamond fissure to remove enamel caries or stains and to ensure that the lesion did not reach dentin before sealing.

Citation: Folke BD, Walton JL, Feigal RJ. Occlusal sealant success over ten years in a private practice: comparing longevity of sealants placed by dentists, hygienists, and assistants. *Pediatr Dent* 2004; 26(5):426–32.

Material:
- Fluroshield VLC (LD Caulk, Milford, Del.) or Ultraseal (Ultradent Products Inc., South Jordan, Utah)
- Bonding agent: 3M Scotch Bond Multi-Purpose Dental Adhesive or 3M Single Bond Dental Adhesive (3M, Irving, Calif.)

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: Fully erupted permanent first molars

Technique:
1. Single practice setting
2. Cotton roll isolation
3. Minimal enameloplasty using a one-quarter round bur at high speed with light brushing motion
4. 15 seconds phosphoric acid gel etching
5. 5–10 seconds rinse
6. Air-dry
7. Application of bonding agent with a hand-held brush, air-thinned across the surface
8. Placement of sealant
9. 30 seconds of light-curing

Citation: Wendt LK, Koch G, Birkhed D. Long-term evaluation of a fissure sealing programme in Public Dental Service clinics in Sweden. *Swed Dent J* 2001; 25(2):61–5.

Material: Delton self-cure sealant (Johnson & Johnson Inc., Sollentuna, Sweden)

Selection of Teeth and Tooth Type or Morphology: All caries-free occlusal surfaces of permanent molars

Technique:
1. Clean fissure system using a brush and pumice, then a sharp probe.
2. Wash, then air-dry.
3. Use cotton rolls for isolation, along with triangular parotid duct absorbents.
4. Etch with phosphoric acid gel for 60 seconds.
5. Remove rolls, and wash and dry the fissures.
6. Apply new cotton roll.
7. Apply the fissure sealant.

Citation: Ram D, Mamber E, Fuks AB. Clinical performance of a non-rinse conditioning sealant in three paediatric dental practices: a retrospective study. *Int J Paediatr Dent* 2005; 15(1):61–6.

Material: Dyract Seal compomer sealant (Dentsply-De Trey, Germany) with nonrinse conditioning

Selection of teeth and tooth type/morphology: Primary and permanent molars

Technique:
1. Freshen tooth surface with a one-half round bur with a slow-speed engine
2. Cotton roll isolation
3. Application of nonrinse conditioner and Dyract Seal according to manufacturer's instructions

Guideline on Restorative Dentistry

Originating Committee
Clinical Affairs Committee – Restorative Dentistry Subcommittee

Review Council
Council on Clinical Affairs

Adopted
1991

Revised
1998, 2001, 2004, 2008, 2012, 2014

Purpose
The American Academy of Pediatric Dentistry (**AAPD**) intends this guideline to help practitioners make decisions regarding restorative dentistry, including when it is necessary to treat and what the appropriate materials and techniques are for restorative dentistry in children and adolescents.

Methods
A thorough review of the scientific literature in the English language pertaining to restorative dentistry in primary and permanent teeth was completed to revise the previous guideline. Electronic database and hand searches, for the most part between the years 1995-2013, were conducted using the terms: "restorative treatment decisions", "caries diagnosis", "caries excavation", "dental amalgam", "glass ionomers", "resin modified glass ionomers", "conventional glass ionomers", "atraumatic/alternative restorative technique (**ART**)", "interim therapeutic restoration (**ITR**)", "resin infiltration", "dental composites", "pit and fissure sealants", "resin-based sealants", "glass ionomer sealants", "resin based composite", "dental composites", "compomers", "stainless steel crowns", "primary molar", "preformed metal crown", "strip crowns", "pre-veneered crowns", "esthetic restorations", "clinical trials" and, "randomized controlled clinical trials".

Those papers that were used to evaluate clinical efficacy on specific restorative dentistry topics (eg, amalgam, resin-based composite) initially were evaluated by abstract by two individuals. Criteria for evaluation included if the paper fulfilled the qualification of a controlled clinical trial, meta-analysis, or systematic review. Full evaluation and abstraction included examination of the research methods and potential for study bias (patient recruitment, randomization, blinding, subject loss, sample size estimates, conflicts of interest, and statistics). Research that was considered deficient or had high bias was eliminated. In those topic areas for which there were rigorous meta-analyses or systematic reviews available, only those clinical trial articles that were not covered by the reviews were subjected to full evaluation and abstraction. This strategy yielded 35 meta-analyses/systemic reviews and 62 randomized controlled clinical trials that primarily made up the evidence for this guideline.

The assessment of evidence for each topic was based on a modification of the American Dental Association's grading of recommendations: strong evidence (based on well-executed randomized control trials, meta-analyses, or systematic reviews); evidence in favor (based on weaker evidence from clinical trials); and expert opinion (based on retrospective trials, case reports, in vitro studies, and opinions from clinical researchers).[1]

When to restore
Historically, the management of dental caries was based on the belief that caries was a progressive disease that eventually destroyed the tooth unless there was surgical and restorative intervention.[2] It is now recognized that restorative treatment of dental caries alone does not stop the disease process[3] and restorations have a finite lifespan. Conversely, some carious lesions may not progress and, therefore, may not need restoration. Consequently, contemporary management of dental caries includes identification of an individual's risk for caries progression, understanding of the disease process for that individual, and "active surveillance" to assess disease progression and manage with appropriate preventive services, supplemented by restorative therapy when indicated.[4]

With the exception of reports of dental examiners in clinical trials, studies of reliability and reproducibility of detecting dental caries are not conclusive.[5] There also is minimal information regarding validity of caries diagnosis in primary teeth,[2] as primary teeth may require different criteria due to thinner enamel and dentin and broader proximal contacts.[6] Furthermore, indications for restorative therapy only have been examined superficially because such decisions generally have been regarded as a function of "clinical judgment".[7] Decisions for when to restore carious lesions should include at least clinical criteria of visual detection of enamel cavitation, visual identification of shadowing of the enamel, and/or radiographic recognition of enlargement of lesions over time.[4,8,9]

The benefits of restorative therapy include: removing cavitations or defects to eliminate areas that are susceptible to caries; stopping the progression of tooth demineralization; restoring the integrity of tooth structure; preventing the spread of infection into the dental pulp; and preventing the shifting of teeth due to loss of tooth structure. The risks of restorative therapy include lessening the longevity of teeth by making them more susceptible to fracture, recurrent lesions, restoration failure, pulp exposure during caries excavation, future pulpal complications, and iatrogenic damage to adjacent teeth.[10,11,12] Primary teeth may be more susceptible to restoration failures than permanent teeth.[13] Additionally, before restoration of primary teeth, one needs to consider the length of time remaining prior to tooth exfoliation

Recommendations:

1. Management of dental caries includes identification of an individual's risk for caries progression, understanding of the disease process for that individual, and "active surveillance" to assess disease progression and manage with appropriate preventive services, supplemented by restorative therapy when indicated.
2. Decisions for when to restore carious lesions should include at least clinical criteria of visual detection of enamel cavitation, visual identification of shadowing of the enamel, and/or radiographic recognition of enlargement of lesions over time.

Deep caries excavation and restoration

Among the objectives of restorative treatment are to repair or limit the damage from caries, protect and preserve the tooth structure, and maintain pulp vitality whenever possible. The AAPD Guideline on Pulp Therapy for Primary and Immature Permanent Teeth states the treatment objective for a tooth affected by caries is to maintain pulpal vitality, especially in immature permanent teeth for continued apexogenesis.[14]

With regard to the treatment of deep caries, three methods of caries removal have been compared to complete excavation, where all carious dentin is removed. Stepwise excavation is a two-step caries removal process in which carious dentin is partially removed at the first appointment, leaving caries over the pulp, with placement of a temporary filling. At the second appointment, all remaining carious dentin is removed and a final restoration placed.[15] Partial, or one-step, caries excavation removes part of the carious dentin, but leaves caries over the pulp, and subsequently places a base and final restoration.[16,17] No removal of caries before restoration of primary molars in children aged three to 10 years also has been reported [18]

Evidence from randomized controlled trials and a systematic review shows that pulp exposures in primary and permanent teeth are significantly reduced using incomplete caries excavation compared to complete excavation in teeth with a normal pulp or reversible pulpitis. Two trials and a Cochrane review found that partial excavation resulted in significantly fewer pulp exposures compared to complete excavation.[19-21] Two trials of step-wise excavation showed that pulp exposure occurred more frequently from complete excavation compared to stepwise excavation.[15,20] There also is evidence of a decrease in pulpal complications and post-operative pain after incomplete caries excavation compared to complete excavation in clinical trials,[15,20,22,23] summarized in a meta-analysis.[24]

Additionally, a meta-analysis found the risk for permanent restoration failure was similar for incompletely and completely excavated teeth.[24] With regard to the need to reopen a tooth with partial excavation of caries, one randomized controlled trial that compared partial (one-step) to stepwise excavation in permanent molars found higher rates of success in maintaining pulp vitality with partial excavation, suggesting there is no need to reopen the cavity and perform a second excavation.[16] Interestingly, two randomized controlled trials suggest that no excavation can arrest dental caries so long as a good seal of the final restoration is maintained.[18,25]

Recommendations

1. There is evidence from randomized controlled trails and systematic reviews that incomplete caries excavation in primary and permanent teeth with normal pulps or reversible pulpitis, either partial (one-step) or stepwise (two-step) excavation, results in fewer pulp exposures and fewer signs and symptoms of pulpal disease than complete excavation.
2. There is evidence from two systematic reviews that the rate of restoration failure in permanent teeth is no higher after incomplete rather than complete caries excavation.
3. There is evidence that partial excavation (one-step) followed by placement of final restoration leads to higher success in maintaining pulp vitality in permanent teeth than stepwise (two-step) excavation.

Pit and fissure sealants

Pit and fissure caries account for approximately 80 to 90 percent of all caries in permanent posterior teeth and 44 percent in primary teeth[9]. Pit and fissure sealant has been described as a material placed into the pits and fissures of caries-susceptible teeth that micromechanically bonds to the tooth preventing access by cariogenic bacteria to their source of nutrients,[27] thus reducing the risk of caries in those susceptible pits and fissures.

With regard to evidence of effectiveness, a Cochrane review found that sealants placed on the occlusal surfaces of permanent molars in children and adolescents reduced caries up to 48 months when compared to no sealant.[28] According to a meta-analysis of 24 studies, the overall effectiveness of auto-polymerised fissure sealants in preventing dental decay was 71 percent.[29] Another Cochrane review calculated that placement of resin-based sealant in children and adolescent reduces caries incidence of 86 percent after one year and 57 percent at 48 to 54 months.[30] Sealants must be retained on the tooth and should be monitored to be most effective. Studies incorporating recall and maintenance have reported sealant success levels of 80 to 90 percent after 10 or more years.[31,32]

There are many systematic reviews and clinical trials regarding optimizing the effectiveness of dental sealants. Sealants are

more cost-effective in children with caries risk and generally are recommended to be placed only in those children at caries risk.[4,9,26] The best evaluation of high caries risk is done by an experienced clinician using indicators of low socio-economic status, high frequency of sugar consumption, prior caries, active white spot lesions and enamel defects, and low salivary flow.[4]

Pit and fissure sealants lower the number of viable bacteria, including *Streptococcus mutans* and lactobacilli, by at least 100-fold and reduced the number of lesions with any viable bacteria by about 50 percent.[33] This evidence supports recommendations to seal sound surfaces and non-cavitated enamel lesions.[9,33]

Evidence-based reviews have found that caries risk for sealed teeth that have lost some or all sealant does not exceed the caries risk for never-sealed teeth. Therefore, it has been recommended to provide sealants to children even if follow-up cannot be ensured.[33]

Systematic reviews and clinical trials have evaluated techniques for placement of sealants. According to a systematic review, isolation of the tooth is an important aspect of sealant placement and use of rubber dam improves the retention rates of light-cured resin based sealants.[34] Moisture control systems (Isolite™, VacuEjector™) produce sealant retention rates comparable to cotton roll isolation or rubber dam, while decreasing procedure time.[35,36] Another systematic review has shown that four-handed technique has been associated with higher retention of resin based sealants.[37] Two systematic reviews have shown that teeth cleaned prior to sealant application with a tooth brush prophylaxis exhibited similar or higher success rate compared to those sealed after hand piece prophylaxis.[37,38] Additionally, there is limited and conflicting evidence to support mechanical preparation with a bur prior to sealant placement, and it is not recommended.[9] There is evidence that mechanical preparation may make a tooth more prone to caries in case of resin-based sealant loss.[39]

With regard to primer placement before sealant application, there is one randomized clinical trial that suggests that acetone or ethanol solvent based primers, especially the single bottle system, enhanced the retention of sealants, whereas water-based primers were found to drastically reduce the retention of sealants.[40] With regard to self-etch bonding agents that do not involve a separate step for etching, a systematic review found that self-etch bonding agents may not provide as good retention as acid etch technique;[34] however, one recent randomized clinical trial reported similar retention rates of self-etch system compared to acid etch group.[41]

Based on a systematic review and clinical trials, there is substantial data regarding the use of resin-based and glass ionomer-based sealants. One meta-analysis and a Cochrane review show high retention rates of resin-based sealants compared to glass ionomer-based sealants.[28,42] However, glass ionomer sealants exhibited good short term retention comparable with resin sealants at one year, and they may be used as an interim preventive agent when resin-based sealant cannot be placed as moisture control may compromise such placement.[9,28] Another systematic review of the caries-preventive effects of glass ionomer and resin-based fissure sealants suggests no difference between these two products.[43]

There is insufficient data to support use of fissure sealants in primary teeth. One trial reported retention rate of 76.5 percent for light polymerized fissure sealants in the follow-up time of 2.8 years.[44] Another randomized clinical trial studied effectiveness of glass ionomer sealants in primary molars and found retention rate as low as 18.7 percent in 1.38 years and no statistically significant caries reduction.[45]

Recommendations:

1. Based on a meta-analysis and Cochrane reviews, sealants should be placed on pit and fissure surfaces judged to be at risk for dental caries or surfaces that already exhibit incipient, non-cavitated carious lesions to inhibit lesion progression.
2. According to a systematic review and a randomized clinical trial, sealant placement methods should include careful cleaning of the pits and fissures without mechanical tooth preparation.
3. Based on a systematic review, resin-based sealants require placement in a moisture controlled environment, often facilitated by "four-handed" technique.
4. There is evidence from a randomized clinical trial that a low-viscosity hydrophilic material bonding layer, as part of or under the actual sealant, is better for long-term retention and effectiveness.
5. There is evidence from a Cochrane review and a systematic review that resin-based materials achieve better retention and, therefore, may be preferred as dental sealants, but glass ionomer sealants could be used as transitional sealants when moisture control is not possible.

Resin infiltration

Resin infiltration is an innovative approach primarily to arrest the progression of non-cavitated interproximal caries lesions.[46,47] The aim of the resin infiltration technique is to allow penetration of a low viscosity resin into the porous lesion body of enamel caries.[46]

Most randomized clinical trials done on resin infiltration had industrial support with potential of conflict of interest. One such trial evaluated infiltration and sealants versus placebo and found significant differences between infiltration versus placebo with lesion progression 32 percent versus 70 percent respectively.[48] Another randomized clinical trial reported significant difference between infiltration (7 percent) versus placebo (37 percent) in the percentage of progression in lesion depth.[46] A systematic review on randomized clinical trials on resin infiltration rated the quality score to be low to moderate. The review concluded that resin infiltration has a potential consistent benefit in slowing the progression or reversing non-cavitated carious lesions.[49]

An additional use of resin infiltration has been suggested to restore white spot lesions formed during orthodontic treatment. Based on a randomized clinical trial, resin infiltration significantly improved the clinical appearance of such white spot lesions and visually reduced their size.[50]

Recommendation:

1. From randomized controlled trials, there is evidence in favor of resin infiltration as a treatment option for small, non-cavitated interproximal carious lesions in permanent teeth.

Dental amalgam

Dental amalgam has been the most commonly used restorative material in posterior teeth for over 150 years and is still widely used throughout the world today.[51] Amalgam contains a mixture of metals such as silver, copper, and tin, in addition to approximately 50 percent mercury.[52] Dental amalgam has declined in use over the past decade,[51] perhaps due to the controversy surrounding perceived health effects of mercury vapor, environmental concerns from its mercury content, and increased demand for esthetic alternatives.

With regard to safety of dental amalgam, a comprehensive literature review of dental studies published between 2004 and 2008 found insufficient evidence of associations between mercury release from dental amalgam and the various medical complaints.[53] Two independent randomized controlled trials in children have examined the effects of mercury release from amalgam restorations and found no effect on the central and peripheral nervous systems and kidney function.[54,55] However, on July 28, 2009, the Food and Drug Administration (**FDA**) issued a "final rule" that reclassified dental amalgam to a Class II device (having some risk) and designated guidance that included warning labels regarding: (1) possible harm of mercury vapors; (2) disclosure of mercury content; and (3) contraindications for persons with known mercury sensitivity. Also in this final rule, the FDA noted that there is limited information regarding dental amalgam and the long-term health outcomes in pregnant women, developing fetuses, and children under the age of six.[52]

With regard to clinical efficacy of dental amalgam, results comparing longevity of amalgam to other restorative materials are inconsistent. The majority of meta-analyses, evidence-based reviews, and randomized controlled trials report comparable durability of dental amalgam to other restorative materials,[56-61] while others show greater longevity for amalgam.[62,63] The comparability appears to be especially true when the restorations are placed in controlled environments such as university settings.[56]

Class I amalgam restorations in primary teeth have shown in a systematic review and two randomized controlled trials to have a success rate of 85 to 96 percent for up to seven years, with an average annual failure rate of 3.2 percent.[60,63,64] Efficacy of Class I amalgam restorations in permanent teeth of children has been shown in two independent randomized controlled studies to range from 89.8 to 98.8 percent for up to seven years.[60,62]

With regard to Class II restorations in primary molars, a 2007 systematic review concluded that amalgam should be expected to survive a minimum of 3.5 years and potentially in excess of seven years.[65] For Class II restorations in permanent teeth, one meta-analysis and one evidence-based review conclude that the mean annual failure rates of amalgam and composite are equal at 2.3 percent.[56,59] The meta-analysis comparing amalgam and composite Class II restorations in permanent teeth suggests that higher replacement rates of composite in general practice settings can be attributed partly to general practitioners' confusion of marginal staining for marginal caries and their subsequent premature replacements. Otherwise, this meta-analysis concludes that the median success rate of composite and amalgam are statistically equivalent after ten years, at 92 percent and 94 percent respectively.[56]

The limitation of many of the clinical trials that compare dental amalgam to other restorative materials is that the study period often is short (24 to 36 months), at which time interval all materials reportedly perform similarly.[66-70] Some of these studies also may be at risk for bias, due to lack of true randomization, inability of blinding of investigators, and in some cases financial support by the manufacturers of the dental materials being studied.

Recommendation:

1. There is strong evidence that dental amalgam is efficacious in the restoration of Class I and Class II cavity restorations in primary and permanent teeth.

Composites

Resin-based composite restorations were introduced in dentistry about a half century ago as an esthetic restorative material[71,72], and composites are increasingly used in place of amalgam for the restoration of carious lesions.[73] Composites consist of a resin matrix and chemically bonded fillers.[74] They are classified according to their filler size, because filler size affects polishability/esthetics, polymerization depth, polymerization shrinkage, and physical properties. Hybrid resins combine a mixture of particle sizes for improved strength while retaining esthetics.[75] The smaller filler particle size allows greater polishability and esthetics, while larger size provides strength. Flowable resins have a lower volumetric filler percentage than hybrid resins.[76]

Several factors contribute to the longevity of resin composites, including operator experience, restoration size, and tooth position.[77] Resins are more technique sensitive than amalgams and require longer placement time. In cases where isolation or patient cooperation is in question, resin-based composite may not be the restorative material of choice.[78]

Bisphenol A (**BPA**) and its derivatives are components of resin-based dental sealants and composites. Trace amounts of BPA derivatives are released from dental resins through salivary enzymatic hydrolysis and may be detectable in saliva up to three hours after resin placement.[79] Evidence is accumulating that certain BPA derivatives may pose health risks attributable to their estrogenic properties. BPA exposure reduction is achieved by cleaning filling surfaces with pumice, cotton roll, and rinsing. Additionally, potential exposure can be reduced by using a rubber dam.[79] Considering the proven benefits of resin based dental materials and minimal exposure to BPA and its derivatives, it is recommended to continue using these products while taking precautions to minimize exposure.[79]

There is strong evidence from a meta-analysis of 59 randomized clinical trials of Class I and II composite and amalgam restorations showing an overall success rate about 90 percent after 10 years for both materials, with rubber dam use significantly increasing restoration longevity.[74] Strong evidence from randomized controlled trials comparing composite restorations to amalgam restorations showed that the main reason for restoration failure in both materials was recurrent caries.[60,77,80]

In primary teeth, there is strong evidence that composite restorations for Class I restorations are successful.[60,64] There is only one randomized controlled trial showing success in Class II composite restorations in primary teeth that were expected to exfoliate within two years.[68] In permanent molars, composite replacement after 3.4 years was no different than amalgam,[60] but after seven to 10 years the replacement rate was higher for composite.[78] Secondary caries rate was reported as 3.5 times greater for composite versus amalgam.[77]

There is evidence from a meta-analysis showing that etching and bonding of enamel and dentin significantly decreases marginal staining and detectable margins in composite restorations.[74] Regarding different types of composites (packable, hybrid, nano, macro, and micro filled) there is strong evidence showing similar overall clinical performance for these materials.[81-84]

Recommendations:

1. In primary molars, there is strong evidence from randomized controlled trials that composite resins are successful when used in Class I restorations. For Class II lesions in primary teeth, there is one randomized controlled trial showing success of composite resin restorations for two years.
2. In permanent molars, there is strong evidence from meta-analyses that composite resins can be used successfully for Class I and II restorations.
3. Evidence from a meta-analysis shows enamel and dentin bonding agents decrease marginal staining and detectable margins for the different types of composites.

Glass ionomer cements

Glass ionomers cements have been used in dentistry as restorative cements, cavity liner/base, and luting cement since the early 1970s.[85] Originally, glass ionomer materials were difficult to handle, exhibited poor wear resistance, and were brittle. Advancements in conventional glass ionomer formulation led to better properties, including the formation of resin-modified glass ionomers. These products showed improvement in handling characteristics, decreased setting time, increased strength, and improved wear resistance.[86,87] All glass ionomers have several properties that make them favorable for use in children including: chemical bonding to both enamel and dentin; thermal expansion similar to that of tooth structure; biocompatibility; uptake and release of fluoride; and decreased moisture sensitivity when compared to resins.

Fluoride is released from glass ionomer and taken up by the surrounding enamel and dentin, resulting in teeth that are less susceptible to acid challenge.[88,89] One study has shown that fluoride release can occur for at least one year.[90] Glass ionomers can act as a reservoir of fluoride, as uptake can occur from dentifrices, mouth rinses, and topical fluoride applications.[91,92] This fluoride protection, useful in patients at high risk for caries, has led to the use of glass ionomers as luting cement for stainless steel crowns, space maintainers, and orthodontic bands.[93]

Regarding use of conventional glass ionomers in primary teeth, one randomized clinical trial showed the overall median time from treatment to failure of glass ionomer restored teeth was 1.2 years.[63] Based on findings of a systematic review and meta-analysis, conventional glass ionomers are not recommended for Class II restorations in primary molars.[94,95] Conventional glass ionomer restorations have other drawbacks such as poor anatomical form and marginal integrity.[96,97] Composite restorations were more successful than glass ionomer cements where moisture control was not a problem.[95]

Resin modified glass ionomer cements (**RMGIC**), with the acid-base polymerization supplemented by a second resin light cure polymerization, has been shown to be efficacious in primary teeth. Based on a meta-analysis, RMGIC is more successful than conventional glass ionomer as a restorative material.[95] A systematic review supports the use of RMGIC in small to moderate sized Class II cavities.[94] Class II RMGIC restorations are able to withstand occlusal forces on primary molars for at least one year.[95] Because of fluoride release, RMGIC may be considered for Class I and Class II restorations of primary molars in a high caries risk population.[97] There is also some evidence that conditioning dentin improves the success rate of RMGIC.[94] According to one randomized clinical trial, cavosurface beveling leads to high marginal failure in RMGIC restorations and is not recommended.[80]

With regard to permanent teeth, a meta-analysis review reported significantly fewer carious lesions on single-surface glass ionomer restorations in permanent teeth after six years as compared to restorations with amalgam.[97] Data from a meta-analysis shows that RMGIC is more caries preventive than composite resin with or without fluoride.[98] Another meta-analysis showed that cervical restorations (Class V) with glass ionomers may have a good retention rate, but poor esthetics.[99] For Class II restorations in permanent teeth, one randomized clinical trial showed unacceptable high failure rates of conventional glass ionomers, irrespective of cavity size. However, a high dropout rate was observed in this study limiting its significance.[100] In general, there is insufficient evidence to support the use of RMGIC as long-term restorations in permanent teeth.

Other applications of glass ionomers where fluoride release has advantages are for interim therapeutic restorations (**ITR**) and the atraumatic/alternative restorative technique (**ART**). These procedures have similar techniques but different therapeutic goals. ITR may be used in very young patients,[101] uncooperative

patients, or patients with special health care needs[102] for whom traditional cavity preparation and/or placement of traditional dental restorations are not feasible or need to be postponed. Additionally, ITR may be used for caries control in children with multiple open carious lesions, prior to definitive restoration of the teeth.[103] In-vitro caries-affected dentin does not jeopardize the bonding of glass ionomer cements to the primary tooth dentin.[104] ART, endorsed by the World Health Organization and the International Association for Dental Research, is a means of restoring and preventing caries in populations that have little access to traditional dental care and functions as definitive treatment.

According to a meta-analysis, single surface ART restorations showed high survival rates in both primary and permanent teeth.[105] One randomized clinical trial supported single surface restorations irrespective of the cavity size and also reported higher success in non-occlusal posterior ART compared to occlusal posterior ART.[106] With regard to multi-surface ART restorations, there is conflicting evidence. Based on a meta-analysis, ART restorations presented similar survival rates to conventional approaches using composite or amalgam for Class II restorations in primary teeth.[107] However, another meta-analysis showed that multi-surface ART restorations in primary teeth exhibited high failure rates.[105]

Recommendations:

1. There is evidence in favor of glass ionomer cements for Class I restorations in primary teeth.
2. From a systematic review, there is strong evidence that resin-modified glass ionomer cements for Class I restorations are efficacious, and expert opinion supports Class II restorations in primary teeth.
3. There is insufficient evidence to support the use of conventional or resin-modified glass ionomer cements as long-term restorative material in permanent teeth.
4. From a meta-analysis, there is strong evidence that interim therapeutic restoration/atraumatic restorative technique (ITR/ART) using high viscosity glass ionomer cements has value as single surface temporary restoration for both primary and permanent teeth. Additionally, ITR may be used for caries control in children with multiple open carious lesions, prior to definitive restoration of the teeth.

Compomers

Polyacid-modified resin-based composites, or compomers, were introduced into dentistry in the mid-1990s. They contain 72 percent (by weight) strontium fluorosilicate glass and the average particle size is 2.5 micrometers.[108] Moisture is attracted to both acid functional monomer and basic ionomer-type in the material. This moisture can trigger a reaction that releases fluoride and buffers acidic environments.[109,110] Considering the ability to release fluoride, esthetic value, and simple handling properties of compomer, it can be useful in pediatric dentistry.[108]

Based on a recent randomized clinical trial, the longevity of Class I compomer restorations in primary teeth was not statistically different compared to amalgam, but compomers were found to need replacement more frequently due to recurrent caries.[60] In Class II compomer restorations in primary teeth, the risk of developing secondary caries and failure did not increase over a two-year period in primary molars.[69,111] Compomers also have reported comparable clinical performance to composite with respect to color matching, cavosurface discoloration, anatomical form, and marginal integrity and secondary caries.[112,113] Most randomized clinical trials showed that compomer tends to have better physical properties compared to glass ionomer and resin modified glass ionomer cements and in primary teeth, but no significant difference was found in cariostatic effects of compomer compared to these materials.[63,111,114]

Recommendations:

1. Compomers can be an alternative to other restorative materials in the primary dentition in Class I and Class II restorations.
2. There is not enough data comparing compomers to other restorative materials in permanent teeth of children.

Preformed metal crowns

Preformed metal crowns (also known as stainless steel crowns) are prefabricated metal crown forms that are adapted to individual teeth and cemented with a biocompatible luting agent. Preformed metal crowns have been indicated for the restoration of primary and permanent teeth with extensive caries, cervical decalcification, and/or developmental defects (eg, hypoplasia, hypocalcification), when failure of other available restorative materials is likely (eg, interproximal caries extending beyond line angles, patients with bruxism), following pulpotomy or pulpectomy, for restoring a primary tooth that is to be used as an abutment for a space maintainer, for the intermediate restoration of fractured teeth, for definitive restorative treatment for high caries-risk children, and used more frequently in patients whose treatment is performed under sedation or general anesthesia.[115]

There are very few prospective randomized clinical trials comparing outcomes for preformed metal crowns to intracoronal restorations.[116,117] A Cochrane review and two systematic reviews conclude that the majority of clinical evidence for the use of preformed metal crowns has come from nonrandomized and retrospective studies.[13,118-120] However, this evidence suggests that preformed metal crowns showed greater longevity than amalgam restorations,[13] despite possible study bias of placing stainless steel crowns on teeth more damaged by caries.[118,119,121] Five studies which retrospectively compared Class II amalgam to preformed metal crowns showed an average five year failure rate of 26 percent for amalgam and seven percent for preformed metal crowns.[119]

A two-year randomized control trial regarding restoration of primary teeth that had undergone a pulpotomy procedure found a non-significant difference in survival rate for teeth restored with preformed metal crowns (95 percent) versus resin modified glass ionomer/composite restoration (92.5 percent).[116] In another prospective study, significantly less

restoration failure and improved calcium hydroxide pulpotomy success was found with preformed metal crowns (79.7 percent) versus amalgam restorations (60 percent) after one year.[122] However, a systematic review did not show strong evidence that preformed metal crowns were superior over other restorations for pulpotomized teeth.[123]

With regards to gingival health adjacent to preformed metal crowns, a one year randomized controlled trial showed no difference in gingival inflammation between preformed metal crowns and composite restorations after pulpotomy.[118] Yet, a two year randomized clinical study showed more gingival bleeding for preformed metal crowns vs. composite/glass ionomer restorations.[116] Inadequately contoured crown and residues of set cement remaining in contact with the gingival sulcus are suggested as reasons for gingivitis associated with preformed metal crowns, and a preventive regime including oral hygiene instruction is recommended to be incorporated into the treatment plan.[119]

There is one randomized control trial on preformed metal crowns versus cast crowns placed on permanent teeth,[124] and this report found no difference between the two restoration types for quality and longevity after 24 months. The remaining evidence is case reports and expert opinion concerning indications for use of preformed metal crowns on permanent molars. The indications include teeth with severe genetic/developmental defects, grossly carious teeth, traumatized teeth, along with tooth developmental stage or financial considerations that require semi-permanent restoration instead of a permanent cast restoration.[120,121,124] The main reasons for preformed metal crown failure reportedly are crown loss[13,122,125] and perforation.[125]

Recommendations:

1. There is evidence from retrospective studies showing greater longevity of preformed metal crown restorations compared to amalgam restorations for the treatment of carious lesions in primary teeth.
2. There is evidence from case reports and one randomized controlled trial supporting the use of preformed metal crowns in permanent teeth as a semi-permanent restoration for the treatment of severe enamel defects or grossly carious teeth.

Anterior esthetic restorations in primary teeth

Despite the continuing prevalence of dental caries in primary maxillary anterior teeth in children, the esthetic management of these teeth remains problematic.[126] Esthetic restoration of primary anterior teeth can be especially challenging due to: the small size of the teeth; close proximity of the pulp to the tooth surface; relatively thin enamel; lack of surface area for bonding; and issues related to child behavior.[126]

There is little scientific support for any of the clinical techniques that clinicians have utilized for many years to restore primary anterior teeth, and most of the evidence is regarded as expert opinion. While a lack of strong clinical data does not preclude the use of these techniques, it points out the strong need for well designed, prospective clinical studies to validate the use of these techniques.[127] Additionally, there is limited information on the potential psychosocial impact of anterior caries or unaesthetic restorations in primary teeth.[126]

Class III (interproximal) restorations of primary incisors are often prepared with labial or lingual dovetails to incorporate a large surface area for bonding to enhance retention.[128] Resin-based restorations are appropriate for anterior teeth that can be adequately isolated from saliva and blood. Resin-modified glass ionomer cements have been suggested for this category, especially when adequate isolation is not possible.[129,130] It has been suggested that patients considered at high-risk for future caries may be better served with placement of full tooth coverage restorations.[130]

Class V (cervical) cavity preparations for primary incisors are similar to those in permanent teeth. Due to the young age of children treated and associated behavior management difficulty, it is sometimes impossible to isolate teeth for the placement of composite restorations. In these cases, glass ionomer cement or resin-modified glass ionomer cement is suggested.[129,130]

Full coronal restoration of carious primary incisors may be indicated when: (1) caries is present on multiple surfaces, (2) the incisal edge is involved, (3) there is extensive cervical decalcification, (4) pulpal therapy is indicated, (5) caries may be minor, but oral hygiene is very poor, or (6) the child's behavior makes moisture control very difficult.[128] Successful full-coronal restorations of extensively decayed primary teeth have been reported; however, due to the lack of available clinical studies, it is difficult to determine whether certain techniques of restoring carious primary anterior teeth are effective.[127,131] A retrospective study showed that 80 percent of strip crowns were completely retained after three years, and 20 percent were partially retained, with none being completely lost.[132] Another retrospective study, with 24-74 months follow-up, reported 80 percent retention of strip crowns.[133]

Pre-veneered stainless steel crowns also are among the options of restoring primary anterior teeth with full coronal coverage. Three retrospective studies report excellent clinical retention of these types of crowns, yet with a high incidence of partial or complete loss of the resin facings.[126,134,135] Preformed stainless steel crowns and open-faced stainless steel crowns are other options; however, there appears to be no published data on the use of either crown on primary anterior teeth.[127]

Recommendations:

1. There is expert opinion that suggests the use of resin-based composites as a treatment option for Class III and Class V restorations in the primary and permanent dentition.
2. There is expert opinion that suggests the use of resin-modified glass ionomer cement as a treatment option for Class III and Class V restorations for primary teeth, particularly in circumstances where adequate isolation of the tooth to be restored is difficult.

3. There is expert opinion that suggests that strip crowns, pre-veneered stainless steel crowns, preformed stainless steel crowns, and open-faced stainless steel crowns are a treatment option for full coronal coverage restorations in primary anterior teeth.

References

1. Weyant RJ, Tracy SL, Anselmo T, et al. Topical fluoride for caries prevention: Executive summary of the updated recommendations and supporting systematic review. J Am Dent Assoc 2013;144(11):1279-91.
2. Tinanoff, N, Douglass J.M. Clinical decision-making for caries management of primary teeth. J Dent Ed 2001;65(10); 1133-42.
3. Sheiham A. Impact of dental treatment on the incidence of dental caries in children and adults. Community Dent Oral Epidemiol 1997;25(1);104-12.
4. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on caries risk assessment and management for infants, children, and adolescents. Pediatr Dent 2014;36(special issue):127-34.
5. National Institute of Health. Consensus Development Statement: Diagnosis and management of dental caries throughout life. NIH Consensus Statement. J Am Dent Assoc 2001;132(8):1153-61.
6. Nelson SJ. Wheeler's Dental Anatomy, Physiology, and Occlusion. 9th ed. Philadelphia. WB Saunders, 2010.
7. Bader JD, Shugars DA. Understanding dentists' restorative treatment decisions. J Pub Health Dent 1992;52(2); 102-11.
8. Ismail AI, Sohn W, Tellez M, et al. The international caries detection and assessment system (ICDAS): An integrated system for measuring dental caries. Community Dent Oral Epidemiol 2007;35(3):170-8.
9. Beauchamp J, Caufield PW, Crall JJ, et al. Evidence-based clinical recommendations for the use of pit-and-fissure sealants: A report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs. J Am Dent Assoc 2008;139 (3):257-68.
10. Downer MC, Azli NA, Bedi R, Moles DR, Setchell DJ. How long do routine dental restorations last? A systematic review. Brit Dent J 1999;187(8):432-9.
11. Lenters M, van Amerongen WE, Mandari GJ. Iatrogenic damage to the adjacent surface of primary molars in three different ways of cavity preparation. Eur Archives Paed Dent 2006;1(1):6-10.
12. Ricketts D, Lamont T, Innes NPT, Kidd E, Clarkson JE. Techniques for managing decay in teeth. The Cochrane Summaries, March 28, 2013. Available at: "http://summaries.cochrane.org/CD003808/techniques-for-managing-decay-in-teeth". Accessed September 6, 2013.
13. Hickel R, Kaaden C, Paschos E, Buerkle V, García-Godoy F, Manhart J. Longevity of occlusally-stressed restorations in posterior primary teeth. Am J Dent 2005;18: 198-211.
14. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on pulp therapy for primary and immature permanent teeth. Pediatr Dent 2013;35(Special issue):235-42.
15. Bjørndal L, Reit C, Bruun G, et al. Treatment of deep caries lesions in adults: Randomized clinical trials comparing stepwise vs. direct complete excavation, and direct pulp capping vs. partial pulpotomy. Eur J Oral Sci 2010;118(3):290-7.
16. Maltz M, Garcia R, Jardim JJ, et al. Randomized trial of partial vs. stepwise caries removal: 3-year follow-up. J Dent Res 2012;91(11):1026-31.
17. Maltz M, Jardim JJ, Mestrinho HD, et al. Partial removal of carious dentine: A multicenter randomized controlled trial and 18-month follow-up results. Caries Res 2013;47 (2):103-9.
18. Innes NP, Evans DJ, Stirrups DR. Sealing caries in primary molars: Randomized control trial, 5-year results. J Dent Res 2011;90(12):1405-10.
19. Lula EC, Monteiro-Neto V, Alves CM, Ribeiro CC. Microbiological analysis after complete or partial removal of carious dentin in primary teeth: A randomized clinical trial. Caries Res 2009;43(5):354-8.
20. Orhan AI, Oz FT, Orhan K. Pulp exposure occurrence and outcomes after 1- or 2-visit indirect pulp therapy vs complete caries removal in primary and permanent molars. Pediatr Dent 2010;32(4):347-55.
21. Ricketts D, Lamont T, Innes NPT, Kidd E, Clarkson JE. Operative caries management in adults and children (Review). Cochrane Database Syst Rev 2013;3:54.
22. Foley J, Evans D, Blackwell A. Partial caries removal and cariostatic materials in carious primary molar teeth: A randomised controlled clinical trial. Br Dent J 2004;197 (11):697-701.
23. Phonghanyudh A, Phantumvanit P, Songpaisan Y, Petersen PE. Clinical evaluation of three caries removal approaches in primary teeth: A randomised controlled trial. Community Dent Health 2012;29(2):173-8.
24. Schwendicke F, Dorfer CE, Paris S. Incomplete caries removal: A systematic review and meta-analysis. J Dent Res 2013;92(4):306-14.
25. Mertz-Fairhurst EJ, Curtis JW Jr, Ergle JW, Rueggeberg FA, Adair SM. Ultraconservative and cariostatic sealed restorations: Results at year 10. J Am Dent Assoc 1998; 129(1):55-66.
26. Weintraub JA. Pit and fissure sealants in high-caries-risk individuals. J Dent Ed 2001;65(10):1084-90.
27. Simonsen RJ. Pit and fissure sealants. In: Clinical Applications of the Acid Etch Technique. Chicago, Ill: Quintessence Publishing Co, Inc; 1978:19-42.
28. Ahovuo-Saloranta A, Forss H, Walsh T, et al. Sealants for preventing dental decay in the permanent teeth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;(3)ISSN:1469-493X.
29. Llodra JC, Bravo M, Delgado-Rodriguez M, Baca P, Galvez R. Factors influencing the effectiveness of sealants: A meta-analysis. Community Dent Oral Epidemiol 1993; 21(5):261-8.

30. Ahovuo-Saloranta A, Hijri A, Nordblad A, Worthington H, Makela M. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2004(3):CD001830.18E.
31. Simonsen RJ. Retention and effectiveness of dental sealants after 15 years. J Am Dent Assoc 1991;122(10):34-42.
32. Romcke RG, Lewis, DW Maze BD, Vickerson RA. Retention and maintenance of fissure sealants over 10 years. J Can Dent Assoc 1990;56(3):235-7.
33. Griffin SO, Gray SK, Malvitz DM, Gooch BF. Caries risk in formerly sealed teeth. J Am Dent Assoc 2009;140(4): 415-23.
34. Muller-Bolla M, Lupi-Pégurier L, Tardieu C, Velly AM, Antomarchi C. Retention of resin-based pit and fissure sealants: A systematic review. Community Dent Oral Epidemiol 2006;34(5):321-36.
35. Wood AJ, Saravia ME, Farrington FH. Cotton roll isolation vs Vac-Ejector isolation. J Dent Child 1989;56(6):438-41.
36. Collette J, Wilson S, Sullivan D. A study of the Isolite system during sealant placement: Efficacy and patient acceptance. Pediatr Dent 2010;32(2):146-50.
37. Griffin SO, Jones K, Gray SK, Malvitz DM, Gooch BF. Exploring four-handed delivery and retention of resin-based sealants. J Am Dent Assoc 2008;139(3):281-89.
38. Gray SK, Griffin SO, Malvitz DM, Gooch BF. A comparison of the effects of toothbrushing and handpiece prophylaxis on retention of sealants. J Am Dent Assoc 2009; 140 (1):38-46.
39. Dhar V, Chen H. Evaluation of resin based and glass ionomer based sealants placed with or without tooth preparation-A two year clinical trial. Pediatr Dent 2012;34(1):46-50.
40. Feigal RJ, Musherure P, Gillespie B, Levy-Polack M, Quelhas I, Hebling J. Improved sealant retention with bonding agents: A clinical study of two-bottle and single-bottle systems. J Dent Res 2000;79(11):1850-6.
41. Maher MM, Elkashlan HI, El-Housseiny AA. Effectiveness of a self-etching adhesive on sealant retention in primary teeth. Pediatr Dent 2013;35(4):351-4.
42. Kühnisch J, Mansmann U, Heinrich-Weltzien, R, Hickel R. Longevity of materials for pit and fissure sealing—Results from a meta-analysis. Dent Mater 2012;28(3): 298-303.
43. Mickenautsch S, Yengopal V. Caries-preventive effect of glass ionomer and resin-based fissure sealants on permanent teeth: An update of systematic review evidence. BMC Research Notes 2011;4:22. ISSN: 1756-0500.
44. Hotuman E, Rølling I, Poulsen S. Fissure sealants in a group of 3-4-year-old children. Int J Paediatr Dent 1998; 8(2):159-60.
45. Chadwick BL, Treasure ET, Playle RA. A randomised controlled trial to determine the effectiveness of glass ionomer sealants in pre-school children. Caries Res 2005; 39(1):34-40.
46. Paris S, Hopfenmuller W, Meyer-Lueckel H. Resin infiltration of caries lesions: An efficacy randomized trial. J Dent Res 2010;89(8):823-6.
47. Meyer-Lueckel, H, Bitter, K, Paris S. Randomized controlled clinical trial on proximal caries infiltration: Three-year follow-up. Caries Res 2012;46(6):544-8.
48. Martignon S, Ekstrand KR, Gomez J, Lara JS, Cortes A. Infiltrating/sealing proximal caries lesions: A 3-year randomized clinical trial. J Dent Res 2012;91(3):288-92.
49. Tellez M, Gomez J, Kaur S; Pretty IA, Ellwood R, Ismail AI. Non-surgical management methods of noncavitated carious lesions. Community Dent Oral Epidemiol 2013; 41(1):79-96.
50. Senestraro SV, Crowe JJ, Wang M, et al. Minimally invasive resin infiltration of arrested white-spot lesions. J Am Dent Assoc 2013;144(9):997-1005.
51. Beazoglou T, Eklund S, Heffley D, Meiers, J, Brown LJ, Bailit H. Economic impact of regulating the use of amalgam restorations. Public Health Rep 2007;122(5):657-63.
52. Department of Health and Human Services. Final Rule. Federal Register 75: Issue 112 (Friday, June 11, 2010). Available at: "http://www.fda.gov/downloads/medicaldevices/productsandmedicalprocedures/dentalproducts/dentalamalgam/ucm174024.pdf". Accessed September 4, 2013.
53. American Dental Association Council on Scientific Affairs. Statement on Dental Amalgam, Revised 2009. Chicago, Ill.; 2009. Available at: "http://www.ada.org/sections/professionalResources/pdfs/amalgam_literature_review_0907.pdf". Accessed September 4, 2013.
54. Belliger DC, Trachtenberg F, Barregard L, et al. Neuropsychological and renal effects of dental amalgam in children: A randomized clinical trial. J Am Med Assoc 2006;295(15):1775-83.
55. DeRouen TA, Martin MD, Leroux BG, et al. Neurobehavioral effects of dental amalgam in children: A randomized clinical trial. J. Am Med Assoc 2006;295(15):1784-92.
56. Heintze SD, Rousson V. Clinical effectiveness of direct Class II restorations – A meta-analysis. J Adhes Dent 2012; 14:407-31.
57. Mickenautsch S, Yengopal V. Failure rate of high-viscosity GIC based ART compared with that of conventional amalgam restorations—Evidence from an update of a systematic review. J South African Dent Assoc 2012;67(7):329-31.
58. Yengopal V, Harnekar SY, Patel N, Siegfried N. Dental fillings for the treatment of caries in the primary dentition (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD004483.
59. Manhart J, Chen H, Hamm G, Hickel R. Buonocore Memorial Lecture. Review of the clinical survival of direct and indirect restorations in posterior teeth of the permanent dentition. Oper Dent 2004;29(5):481-508.
60. Soncini JA, Meserejian NN, Trachtenberg F, Tavares M, Hayes C. The longevity of amalgam versus compomer/composite restorations in posterior primary and permanent teeth: Findings from the New England Children's Amalgam Trial. J Am Dent Assoc 2007;138(6):763-72.
61. Mandari GJ, Frencken JE, van't Hof MA. Six-year success rates of occlusal amalgam and glass-ionomer restorations placed using three minimal intervention approaches. Caries Res 2003;37(4):246-53.
62. Bernardo M, Luis H, Martin MD, et al. Survival and reasons for failure of amalgam versus composite posterior restorations placed in a randomized clinical trial. J Am Dent Assoc 2007;138(6):775-83.

63. Qvist V, Laurberg L, Poulsen A, Teglers PT. Eight-year study on conventional glass ionomer and amalgam restorations in primary teeth. Acta Odontol Scand 2004;62(1):37-45.
64. Hickel R, Kaaden C, Paschos E, Buerkle V, García-Godoy F, Manhart J. Longevity of occlusally-stressed restorations in posterior primary teeth. Am J Dent 2005;8(3):198-211.
65. Kilpatrick NM, Neumann A. Durability of amalgam in the restoration of Class II cavities in primary molars: A systematic review of the literature Eur Arch Paediatr Dent 2007; 8(1):5-13.
66. de Amorim RG, Leal SC, Mulder J, Creugers NH, Frencken JE. Amalgam and ART restorations in children: A controlled clinical trial. Clin Oral Investig 2014;18(1):117-24.
67. Kavvadia K, Kakaboura A, Vanderas AP, Papagiannoulis L. Clinical evaluation of a compomer and an amalgam primary teeth class II restorations: A 2-year comparative study. Pediatr Dent 2004;26(3):245-50.
68. Fuks AB, Araujo FB, Osorio LB, Hadani PE, Pinto AS. Clinical and radiographic assessment of Class II esthetic restorations in primary molars. Pediatr Dent 2000;22(5): 479-85.
69. Duggal MS, Toumba KJ, Sharma NK. Clinical performance of a compomer and amalgam for the interproximal restoration of primary molars: A 24 month evaluation. Brit Dent J 2002;193(6):339-42.
70. Donly KJ, Segura A, Kanellis M, Erickson RL. Clinical performance and caries inhibition of resin-modified glass ionomer cement and amalgam restorations. J Am Dent Assoc 1999;130(10):1459-66.
71. Leinfelder KF. Posterior composite resins. J Am Dent Assoc 1988;117(4):21E-26E.
72. Minguez N, Ellacuria J, Soler JI, Triana R, Ibaseta G. Advances in the history of composite resins. J Hist Dent 2003;51(3):103-5.
73. Opdam NJM, Bronkhorst EMB, Loomans BAC, Huysmans M-CDNJM. 12-year survival of composite vs. amalgam restorations. J Dent Res 2010;89(10):1063-7.
74. Heintze SD, Rousson V. Clinical effectiveness of direct Class II restorations - A meta-analysis. J Adhes Dent 2012; 14(5):407-31.
75. Burgess JO, Walker R, Davidson JM. Posterior resin based composite: Review of the literature. Pediatr Dent 2002; 24(5):465-79.
76. Pallav P, De Gee AJ, Davidson CL, Erickson RL, Glasspoole EA. The influence of admixing microfiller to small-particle composite resins on wear, tensile strength, hardness and surface roughness. J Dent Res 1989;68(3):489-90.
77. Bernardo M, Luis H, Martin MD, et al. Survival and reasons for failure of amalgam versus composite posterior restorations placed in a randomized clinical trial. J Am Dent Assoc 2007;138(6):775-83.
78. Antony K, Genser D, Hiebinger C, Windisch F. Longevity of dental amalgam in comparison to composite materials. GMS Health Technol Assess 2008;13(4):Doc12.
79. Fleisch AF, Sheffield PE, Chinn C, Edelstein BL, Landrigan PJ. Bisphenol A and related compounds in dental materials. Pediatrics 2010;126(4):760-8.
80. Alves dos Santos MP, Luiz RR, Maia LC. Randomised trial of resin-based restorations in Class I and Class II beveled preparations in primary molars: 48-month results. J Dent 2010;38(6):451-9.
81. Dijken JW, Pallesen U. A six-year prospective randomized study of a nano-hybrid and a conventional hybrid resin composite in Class II restorations. Dent Mater 2013;29 (2):191-8.
82. Krämer N, García-Godoy F, Reinelt C, Feilzer AJ, Frankenberger R. Nanohybrid vs. fine hybrid composite in extended Class II cavities after six years. Dent Mater 2011; 27(5):455-64.
83. Shi L, Wang X, Zhao Q, et al. Evaluation of packable and conventional hybrid resin composites in Class I restorations: Three-year results of a randomized, double-blind and controlled clinical trial. Oper Dent 2010;35(1):11-9.
84. Ernst CP, Brandenbusch M, Meyer G, Canbek K, Gottschalk F, Willershausen B. Two-year clinical performance of a nanofiller vs a fine-particle hybrid resin composite. Clin Oral Investig 2006;10(2):119-25.
85. Wilson AD, Kent BE. A new translucent cement for dentistry. The glass ionomer cement. Br Dent J 1972;132(4): 33-5.
86. Mitra SB, Kedrowski BL. Long-term mechanical properties of glass ionomers. Dent Mater 1994;10(2):78-82.
87. Douglas WH, Lin CP. Strength of the new systems. In: Hunt PR, ed. Glass Ionomers: The Next Generation. Philadelphia, Pa: International Symposia in Dentistry, PC; 1994:209-16.
88. Tam LE, Chan GP, Yim D. In vitro caries inhibition effects by conventional and resin-modified glass ionomer restorations. Oper Dent 1997;22(1):4-14.
89. Tyas MJ. Cariostatic effect of glass ionomer cements: A 5-year clinical study. Aust Dent J 1991;36(3):236-9.
90. Swartz ML, Phillips RW, Clark HE. Long-term fluoride release from glass ionomer cements. J Dent Res 1984;63 (2):158-60.
91. Forsten L. Fluoride release and uptake by glass ionomers and related materials and its clinical effect. Biomaterials 1998;19(6):503-8.
92. Donly KJ, Nelson JJ. Fluoride release of restorative materials exposed to a fluoridated dentifrice. ASDC J Dent Child 1997;64(4):249-50.
93. Donly KJ, Istre S, Istre T. In vitro enamel remineralization at orthodontic band margins cemented with glass ionomer cement. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1995;107(5): 461-4.
94. Chadwick BL, Evans DJ. Restoration of Class II cavities in primary molar teeth with conventional and resin modified glass ionomer cements: A systematic review of the literature. Eur Arch Paediatr Dent 2007;8(1):14-21.
95. Toh SL, Messer LB. Evidence-based assessment of tooth-colored restorations in proximal lesions of primary molars. Pediatr Dent 2007;29(1):8-15.
96. Daou MH, Tavernier B, Meyer JM. Two-year clinical evaluation of three restorative materials in primary molars. J Clin Pediatr Dent 2009;34(1):53-8.
97. Mickenautsch S, Yengopal V, Leal SC, Oliveira LB, Bezerra AC, Bonecker M. Absence of carious lesions at margins of glass-ionomer and amalgam restorations: A meta-analysis. Eur J Paediatr Dent 2009;10(1):41-6.

98. Yengopal V, Mickenautsch S, Caries-preventive effect of resin-modified glass-ionomer cement (RM-GIC) versus composite resin: A quantitative systematic review. Eur Arch Paediatr Dent 2011;12(1):5-14.
99. Heintze SD, Ruffieux C, Rousson V. Clinical performance of cervical restorations- A meta-analysis. Dent Mater 2010;26(10):993-1000.
100. Frankenberger R, García-Godoy F, Kramer N, Clinical performance of viscous glass ionomer cement in posterior cavities over two years. Int J Dent 2009;781462. Epub 2010, Feb 22.
101. Wambier DS, dos Santos FA, Guedes-Pinto AC, Jaeger RG, Simionato MR. Ultrastructural and microbiological analysis of the dentin layers affected by caries lesions in primary molars treated by minimal intervention. Pediatr Dent 2007;29(3):228-34.
102. Mandari GJ, Frencken JE, van't Hof MA. Six years success rates of occlusal amalgam and glass ionomer restorations placed using minimal intervention approaches. Caries Res 2003;37(4):246-53.
103. Dulgergil DT, Soyman M, Civelek A. Atraumatic restorative treatment with resin-modified glass ionomer material: Short-term results of a pilot study. Med Princ Pract 2005;14(3):277-80.
104. Alves FB, Lenzi TL, Guglielmi Cde A, et al. The bonding of glass ionomer cements to caries-affected primary tooth dentin. Pediatr Dent 2013;35(4):320-4.
105. van't Hof MA, Frenecken JE, van Palenstein Helderman WH, Holmgren CJ. The Atraumatic Restorative Treatment (ART) approach for managing dental caries: A meta-analysis. Int Dent J 2006;56(6):345-51.
106. Frenecken JE, van't Hof MA, Taifour D, Al-Zaher I. Effectiveness of ART and traditional amalgam approach in restoring single surface cavities in posterior teeth of permanent dentitions in school children after 6.3 years. Community Dent Oral Epidemiol 2007;35(3):207-14.
107. Raggio DP, Hesse D, Lenzi TL, Guglielmi CAB, Braga MM. Is atraumatic restorative treatment an option for restoring occluso-proximal caries lesions in primary teeth? A systematic review and meta-analysis. Int J Paediatr Dent 2013; 23:435-43.
108. Nicholson JW. Polyacid-modified composite resins ('compomers') and their use in clinical dentistry. Dent Mater 2007;23(5):615-22.
109. Cildir SK, Sandalli N. Fluoride release/uptake of glass-ionomer cements and polyacid-modified composite resins. Dent Mater J 2005;24(1):92-7.
110. Peng D, Smales RJ, Yip HK, Shu M. In vitro fluoride release from aesthetic restorative materials following recharging with APF gel. Aust Dent J 2000;45(3):198-203.
111. Daou MH, Attin T, Göhring TN. Clinical success of compomer and amalgam restorations in primary molars: Follow up in 36 months. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2009;119(11):1082-8.
112. Attin T, Opatowski A, Meyer C, Zingg-Meyer B, Mönting JS. Class II restorations with a polyacid-modified composite resin in primary molars placed in a dental practice: Results of a two-year clinical evaluation. Oper Dent 2000;25(4): 259-64.
113. Attin T, Opatowski A, Meyer C, Zingg-Meyer B, Buchalla W, Mönting JS. Three-year follow up assessment of Class II restorations in primary molars with a polyacid-modified composite resin and a hybrid composite. Am J Dent 2001;4(3):148-52.
114. Welbury RR, Shaw AJ, Murray JJ, Gordon PH, McCabe JF. Clinical evaluation of paired compomer and glass ionomer restorations in primary molars: Final results after 42 months. Br Dent J 2000;189(2):93-7.
115. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on pediatric restorative dentistry. Pediatr Dent 2013;35 (special issue):226-34.
116. Atieh M. Stainless steel crown versus modified open-sandwich restorations for primary molars: A 2-year randomized clinical trial. Int J Paediatr Dent 2008;18(5): 325-32.
117. Hutcheson C, Seale NS, McWhorter A, Kerins C, Wright J. Multi-surface composite vs stainless steel crown restorations after mineral trioxide aggregate pulpotomy: A randomized controlled trial. Pediatr Dent 2012;34(7):460-7.
118. Innes NP, Ricketts D, Evans DJ. Preformed metal crowns for decayed primary molar teeth. Cochrane Database Syst Rev 2007 Jan 24;(1):CD005512.
119. Randall RC. Preformed metal crowns for primary and permanent molar teeth: Review of the literature. Pediatr Dent 2002;24(5):489-500.
120. Attari N, Roberts JF. Restoration of primary teeth with crowns: A systematic review of the literature. Eur Arch Paediatr Dent 2006;7(2):58-62.
121. Randall RC, Vrijhoef MM, Wilson NH. Efficacy of preformed metal crowns vs. amalgam restorations in primary molars: A systematic review. J Am Dent Assoc 2000;131 (3):337-43.
122. Sonmez D, Duruturk L. Success rate of calcium hydroxide pulpotomy in primary molars restored with amalgam and stainless steel crowns. Br Dent J 2010;208(9):E18.
123. Bazargan H, Chopra S, Gatonye L, Jones H, Kaur T. Permanent restorations on pulpotomized primary molars: An evidence-based review of the literature. 2007. Available at: "http://www.dentistry.utoronto.ca/system/files/pulpotomized primarymolars.PDF". Accessed October 17, 2013.
124. Zagdwon AM, Fayle SA, Pollard MA. A prospective clinical trial comparing preformed metal crowns and cast restorations for defective first permanent molars. Eur J Paediatr Dent 2003;4(3):138-42.
125. Roberts JF, Attari N, Sherriff M. The survival of resin modified glass ionomer and stainless steel crown restorations in primary molars, placed in a specialist paediatric dental practice. Br Dent J 2005;198(7):427-31.
126. Shah PV, Lee JY, Wright JT. Clinical success and parental satisfaction with anterior preveneered primary stainless steel crowns. Pediatr Dent 2004;26(5):391-5.
127. Waggoner WF. Anterior crowns for primary anterior teeth: An evidence based assessment of the literature. Eur Arch Paediatr Dent 2006;7(2):53-7.

128. Waggoner WF. Restoring primary anterior teeth. Pediatr Dent 2002;24(5):511-6.
129. Croll TP, Bar-Zion Y, Segura A, Donly KJ. Clinical performance of resin-modified glass ionomer cement restorations in primary teeth. A retrospective evaluation. J Am Dent Assoc 2001;132(8):1110-6.
130. Donly KJ. Restorative dentistry for children. Dent Clin North Am 2013;57(1):75-82.
131. Lee JK. Restoration of primary anterior teeth: Review of the literature. Pediatr Dent 2002;24(5):506-10.
132. Kupietzky A, Waggoner WE, Galea J. Long-term photographic and radiographic assessment of bonded resin composite strip crowns for primary incisors: Results after 3 years. Pediatr Dent 2005;27(3):221-5.
133. Ram D, Fuks AB. Clinical performance of resin-bonded composite strip crowns in primary incisors: A retrospective study. Int J Paediatr Dent 2006;16(1):49-54.
134. Roberts C, Lee JY, Wright JT. Clinical evaluation of and parental satisfaction with resin-faced stainless steel crowns. Pediatr Dent 2001;23(1):28-31.
135. MacLean J, Champagne C, Waggoner W, Ditmyer M, Casamassimo P. Clinical outcomes for primary anterior teeth treated with preveneered stainless steel crowns. Pediatr Dent 2007;29(5):377-82.

Table 1. EVIDENCE OF EFFICACY OF VARIOUS DENTAL MATERIALS/TECHNIQUES IN PRIMARY TEETH WITH REGARD TO CAVITY PREPARATION CLASSIFICATIONS

Strong evidence – based on well executed randomized control trials, meta-analyses, or systematic reviews; **Evidence in favor** – based on weaker evidence from clinical trials; **Expert opinion** – based on retrospective trials, case reports, in vitro studies and opinions from clinical researchers; **Evidence against** – based on randomized control trials, meta-analysis, systematic reviews.

	Class I	Class II	Class III	Class IV	Class V
Amalgam	Strong evidence	Strong evidence	No data	No data	Expert opinion
Composite	Strong evidence	Expert opinion	Expert opinion	No data	Evidence in favor
Glass ionomer	Strong evidence α	Evidence against β	Evidence in favor γ	No data	Expert opinion γ
RMGIC	Strong evidence	Expert opinion ε	Expert opinion	No data	Expert opinion
Compomers	Evidence in favor	Evidence in favor	No data	No data	Expert opinion
SSC	Evidence in favor δ	Evidence in favor δ	No data	No data	No data
Anterior φ crowns	N/A	N/A	Expert opinion	Expert opinion	Expert opinion

RMGIC = resin modified glass ionomer cement.
SSC = stainless steel crown.
α Evidence from ART trials.
β Conflicting evidence for multisurface ART restorations.
ε Small restorations; life span 1-2 years.
γ Preference when moisture control is an issue.
φ Strip crowns, stainless steel crowns with/without facings.
δ Large lesions.

Table 2. EVIDENCE OF EFFICACY OF VARIOUS DENTAL MATERIALS/TECHNIQUES IN PERMANENT TEETH WITH REGARD TO CAVITY PREPARATION CLASSIFICATIONS

	Class I	Class II	Class III	Class IV	Class V
Amalgam	Strong evidence	Strong evidence	No data	No data	No data
Composite	Strong evidence	Evidence in favor	Expert opinion	No data	Evidence in favor
Glass ionomer	Strong evidence α	Evidence against	Evidence in favor β	No data	Expert opinion β
RMGIC	Strong evidence	No data	Expert opinion	No data	Evidence in favor
Compomers	Evidence in favor φ	No data	Expert opinion	No data	Expert opinion
SSC	Evidence in favor γ	Evidence in favor γ	No data	No data	No data
Anterior δ crowns	N/A	N/A	No data	No data	No data

RMGIC = resin modified glass ionomer cement.
SSC = stainless steel crown.
α Evidence from ART trials.
β Preference when moisture control is an issue.
φ Evidence from studies in adults.
γ For children and adolescents with gross caries or severely hypoplastic teeth.
δ Strip crowns, stainless steel crowns with/without facings.

Executive summary follows page 356

Evidence-based clinical recommendations for the use of pit-and-fissure sealants

A report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs

Jean Beauchamp, DDS; Page W. Caufield, DDS, PhD; James J. Crall, DDS, ScD; Kevin Donly, DDS, MS; Robert Feigal, DDS, PhD; Barbara Gooch, DMD, MPH; Amid Ismail, BDS, MPH, MBA, DrPH; William Kohn, DDS; Mark Siegal, DDS, MPH; Richard Simonsen, DDS, MS

ABSTRACT

Background. This article presents evidence-based clinical recommendations for use of pit-and-fissure sealants developed by an expert panel convened by the American Dental Association Council on Scientific Affairs. The panel addressed the following clinical questions: Under what circumstances should sealants be placed to prevent caries? Does placing sealants over early (noncavitated) lesions prevent progression of the lesion? Are there conditions that favor the placement of resin-based versus. glass ionomer cement sealants in terms of retention or caries prevention? Are there any techniques that could improve sealants' retention and effectiveness in caries prevention?

Types of Studies Reviewed. Staff of the ADA Division of Science conducted a MEDLINE search to identify systematic reviews and clinical studies published after the identified systematic reviews. At the panel's request, the ADA Division of Science staff conducted additional searches for clinical studies related to specific topics. The Centers for Disease Control and Prevention also provided unpublished systematic reviews that since have been accepted for publication.

Results. The expert panel developed clinical recommendations for each clinical question. The panel concluded that sealants are effective in caries prevention and that sealants can prevent the progression of early noncavitated carious lesions.

Clinical Implications. These recommendations are presented as a resource to be considered in the clinical decision-making process. As part of the evidence-based approach to care, these clinical recommendations should be integrated with the practitioner's professional judgment and the patient's needs and preferences. The evidence indicates that sealants can be used effectively to prevent the initiation and progression of dental caries.

Key Words. Sealant; pit-and-fissure sealant; caries; caries prevention; primary prevention; secondary prevention; evidence-based dentistry; clinical recommendations.
JADA 2008;139(3):257-267.

While dental sealants have been recognized as an effective approach to preventing pit-and-fissure caries in children,[1-5] clinical questions remain about the indications for placing pit-and-fissure sealants, the criteria for their placement over early caries (that is, noncavitated caries) and techniques to optimize retention and effectiveness. This report on the clinical recommendations for use of pit-and-fissure sealants presents a critical evaluation and summary of relevant scientific evidence to assist clinicians with their clinical decision-making process.

USE OF SEALANTS: AN EVIDENCE-BASED APPROACH

Dentistry is a dynamic profession, continually reshaped by

Dr. Beauchamp is in private practice in Clarksville, Tenn. At the time these recommendations were developed, she was a member, Council on Access, Prevention and Interprofessional Relations, American Dental Association, Chicago.
Dr. Caufield is a professor, Department of Cariology and Comprehensive Care, New York University College of Dentistry, New York City.
Dr. Crall is a professor and the chair, Section of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, University of California Los Angeles.
Dr. Donly is a professor and the chair, Department of Pediatric Dentistry, University of Texas Health Sciences Center San Antonio Dental School.
Dr. Feigal is a professor, Pediatric Dentistry, University of Minnesota, Minneapolis.
Dr. Gooch is a dental officer, Division of Oral Health, National Center for Health Promotion and Disease Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.
Dr. Ismail is a professor, School of Dentistry, University of Michigan, Ann Arbor.
Dr. Kohn is the associate director for science, Division of Oral Health, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.
Dr. Siegal is the chief, Bureau of Oral Health Services, Ohio Department of Health, Columbus.
Dr. Simonsen is the dean and a professor, College of Dental Medicine, Midwestern University, Glendale, Ariz.
Address reprint requests to Julie Frantsve-Hawley, director, Research Institute and Center for Evidence-based Dentistry, American Dental Association, 211 E. Chicago Ave., Chicago, Ill. 60611, e-mail "frantsvej@ada.org".

Copyright © 2008 American Dental Association. All rights reserved.

new science, devices, techniques and materials, all of which have increased rapidly since many of today's practicing dentists were trained. During the past 30 years, evidence-based approaches have developed that involve rigorous summary of findings from clinical studies about the effectiveness of preventive and treatment strategies, with the aim of providing the best available information to clinicians for decision making. In a changing practice environment, it is important that educational institutions and providers of continuing education continually update the state of the evidence related to the effectiveness of sealants in dental caries prevention and management.

Clinical decision making reflects the intersection of science, professional judgment and patients' desires. Decisions about sealant use should be based on the best available evidence about the effectiveness of the intervention and on knowledge of the epidemiology of dental caries (risk factors and patterns of disease). Therefore, this report includes a section addressing caries prevalence according to tooth surface and population group. This information should help to ensure that sealants are used appropriately within the context of these recommendations.

This report was developed through a critical evaluation of the collective body of published scientific evidence, conducted by an expert panel that was convened by the American Dental Association Council on Scientific Affairs. These clinical recommendations are not a standard of care, but rather a useful tool for dentists to use in making clinically sound decisions about sealant use. These clinical recommendations should be integrated with the practitioner's professional judgment and the individual patient's needs and preferences. While these recommendations are applicable to multiple settings, the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) is developing recommendations for use of pit-and-fissure sealants specific for school-based programs.

CARIES: DEFINITION AND PREVENTION

Definition of dental caries. This report defines caries as the manifestation of the stage of the caries process at any given point in time.[6] The caries process occurs across time as an interaction between biofilm (that is, dental plaque) and the tooth surface and subsurface.[6] The bacteria in biofilm are metabolically active, which causes fluctuations in plaque fluid pH. These fluctuations may cause a loss of mineral from the tooth when the pH level is dropping or a gain of mineral when the pH level is increasing.[7,8] Progression occurs when the equilibrium between demineralization and remineralization is imbalanced, leading to a net mineral loss. In clinical care settings, diagnosis of caries implies not only determining whether caries is present (that is, detection) but also determining if the disease is arrested or active and, if active, progressing rapidly or slowly.[7,9]

Caries is an infectious oral disease that can be arrested in its early stages. Caries can be prevented and managed in many ways. Approaches include primary prevention, defined as interventions provided to avert the onset of caries, and secondary prevention, defined as interventions to avert the progression of early caries to cavitation.

Epidemiology. In data from 2004, 42 percent of children and young adults aged 6 to 19 years had dental caries (decayed or filled) in their permanent teeth.[10] Prevalence of dental caries increases with age, ranging from 21 percent among those aged 6 to 11 years to 67 percent among adolescents aged 16 to 19 years.[10] The prevalence of dental caries is higher among children from low-income families and those of Mexican-American ethnicity.[10] Overall, about one-quarter of carious surfaces remain untreated in children and young adults with any caries. About 90 percent of carious lesions are found in the pits and fissures of permanent posterior teeth.[10] These data also indicate that around 40 percent of children aged 2 to 8 years have experienced dental caries (decayed or filled) in their primary teeth.[10] Similar to the findings for the permanent teeth, the prevalence of dental caries and of untreated decay in the primary teeth is higher among children from low-income families and those of Mexican-American ethnicity.[10] Overall, about one-half of carious surfaces remain untreated among children with any caries. About 44 percent of carious lesions in primary teeth are found on the pits and fissures of molars.[10]

The role of pit-and-fissure sealants in primary and secondary prevention. Pit-and-fissure sealants can be used effectively as part of a comprehensive approach to caries prevention on

ABBREVIATION KEY. ADA CEBD: American Dental Association Center for Evidence-based Dentistry. **BPA:** Bisphenol-A. **CDC:** Centers for Disease Control and Prevention.

Copyright © 2008 American Dental Association. All rights reserved.

an individual basis or as a public health measure for at-risk populations. Sealants are placed to prevent caries initiation and to arrest caries progression by providing a physical barrier that inhibits microorganisms and food particles from collecting in pits and fissures. It is generally accepted that the effectiveness of sealants for caries prevention depends on long-term retention.[5,11,12] Full retention of sealants can be evaluated through visual and tactile examinations. In situations in which a sealant has been lost or partially retained, the sealant should be reapplied to ensure effectiveness.

Pit-and-fissure sealants are underused, particularly among those at high risk of experiencing caries; that population includes children in lower-income and certain racial and ethnic groups.[13] The national oral health objectives for dental sealants, as stated in the U.S. Department of Health and Human Services initiative Healthy People 2010, includes increasing the proportion of children who have received dental sealants on their molar teeth to 50 percent.[14] However, national data collected from 1999 through 2002 indicated that sealant prevalence on permanent teeth among children aged 6 to 11 years was 30.5 percent,[15] but this represents a substantial increase over the 8 percent prevalence reported in a survey conducted in 1986 and 1987.[16]

Types of sealant materials and placement techniques. Two predominant types of pit-and-fissure sealant materials are available: resin-based sealants and glass ionomer cements. Available resin-based sealant materials can be polymerized by autopolymerization, photopolymerization using visible light or a combination of the two processes.[11]

Glass ionomer cements are available in two forms, both of which contain fluoride: conventional and resin-modified.[17] Glass ionomer cements, which do not require acid etching of the tooth surface, generally are easier to place than are resin-based sealants. They also are not as moisture-sensitive as their resin-based counterparts. Glass ionomer materials, which were developed for their ability to release fluoride, can bond directly with enamel. It is hypothesized that release of fluoride from this material may contribute to caries prevention. However, the clinical effect of fluoride release from glass ionomer cement is not well-established. Clinical studies have provided conflicting evidence as to whether these materials significantly prevent or inhibit caries and affect the growth of caries-associated bacteria compared with materials not containing fluoride.[18-20]

A transient amount of bisphenol-A (BPA) may be detected in the saliva of some patients immediately after initial application of certain sealants as a result of the action of salivary enzymes on bisphenol-dimethacrylate, a component of some sealant materials.[21-24] According to research, systemic BPA has not been detected as a result of the use of such sealants, and potential estrogenicity at such low levels of exposure has not been documented.[22]

Pit-and-fissure sealant materials vary, as do the techniques used to place them. Manufacturers' instructions for effective placement and long-term retention of resin-based sealants typically include cleaning pits and fissures, appropriately acid etching surfaces and maintaining a dry field uncontaminated by saliva until the sealant is placed and cured. Supplemental techniques and recommendations as cited in the literature may include using bonding agents; using various forms of mechanical enamel preparation, such as air abrasion and modification with a bur (enameloplasty); and using the four-handed application technique.

Bonding agents, also known as adhesives, may be used when applying pit-and-fissure sealants. Current bonding systems are marketed as total- and self-etch systems. The total-etch systems involve a three- or two-step placement technique, with a separate step for acid etching. The self-etch systems are packaged either as self-etching primers with separate adhesives or all-in-one systems that combine acid etchants, primers and adhesives. Both systems are available in single or multiple bottles.[25]

Clinical questions regarding pit-and-fissure sealants. Although the scientific evidence supports the use of pit-and-fissure sealants as an effective caries-preventive measure, clinical questions remain about the indications for placing pit-and-fissure sealants, criteria for their placement over early (noncavitated) caries and techniques to optimize retention and caries prevention. To address these topics, the expert panel considered the following clinical questions:

- Under what circumstances should sealants be placed to prevent caries?
- Does placing sealants over early (noncavitated) lesions prevent progression of the lesions?
- Are there conditions that favor the placement

Copyright © 2008 American Dental Association. All rights reserved.

of resin-based versus glass ionomer cement sealants in terms of retention or caries prevention?

- Are there any techniques that could improve sealants' retention and effectiveness in caries prevention?

These clinical recommendations do not address the cost-effectiveness of using pit-and-fissure sealants. However, multiple models have shown that basing selection criteria for sealant placement on caries risk is cost-effective.[26,27] Readers are referred to resources cited in the reference list for further discussion of cost-effectiveness.[26-33]

METHODS

In this report, we provide an abbreviated description of the review method we used. The full methods, including the complete search strategy, are provided as Appendix 1 in supplemental data to the online version of this article (visit "http://jada.ada.org").

The ADA Council on Scientific Affairs convened a panel of experts to evaluate the systematic reviews and clinical trials identified by staff of the ADA Center for Evidence-based Dentistry (CEBD). The council selected panelists on the basis of their expertise in the relevant subject matter. The expert panel convened at a workshop held at the ADA Headquarters in Chicago Nov. 13-15, 2006, to evaluate the collective evidence and develop evidence-based clinical recommendations for use of pit-and-fissure sealants.

CEBD staff members searched MEDLINE to identify systematic reviews that addressed the four clinical questions.[2,5,34-42] They conducted a second search to identify clinical studies published since the identified systematic reviews were conducted.[17,33,43-78]

Members of the expert panel (B.G. and W.K.) presented an unpublished manuscript that examined individual studies included in three recent systematic reviews regarding sealant effectiveness.[2,5,79] (That manuscript now has been published.[80]) CDC completed a multivariate analysis of factors associated with sealant retention, including use of the two-handed method versus the four-handed method. The included studies evaluated the retention of second- or third-generation resin-based sealant materials and provided data on whether the sealant was applied with the two-handed or the four-handed method.[80]

For each identified systematic review and clinical study, the panel determined the final exclusion of publications. They excluded publications on the basis of the following criteria: they did not directly address one of the identified clinical questions; the sealant materials they described were not available in the United States; and the panelists had concerns about the methodology described. Appendix 2 in the supplemental data online is a list of excluded publications.

For each included publication, the panel developed an evidence statement and graded it according to a system modified from that of Shekelle and colleagues[81] (Table 1). The panel developed clinical recommendations that were based on the evidence statements. They classified clinical recommendations according to the strength of the evidence that forms the basis for the recommendation, again using a system modified from that of Shekelle and colleagues[81] (Table 2). It is important to note that while the classification of the recommendation may not directly reflect the importance of the recommendation, it does reflect the quality of scientific evidence that supports the recommendation. Because the effectiveness of sealants depends on clinical retention,[5,11,12] the panelists chose to accept clinical sealant retention as a reasonable proxy for caries prevention.

The panel submitted these clinical recommendations to numerous scientific experts and organizations for review. The expert panel scrutinized all comments received and made appropriate revisions in the recommendations. (Appendix 3 in the supplemental data online provides a list of external reviewers.) The final clinical recommendations were approved by the ADA Council on Scientific Affairs.

PANEL CONCLUSIONS BASED ON THE EVIDENCE

The following evidence statements and corresponding classification of evidence (in parentheses) represent the conclusions of the expert panel.

Evidence regarding sealants for caries prevention.

- Placement of resin-based sealants on the permanent molars of children and adolescents is effective for caries reduction[5] (Ia).
- Reduction of caries incidence in children and adolescents after placement of resin-based sealants ranges from 86 percent at one year to 78.6 percent at two years and 58.6 percent at four years[2,5] (Ia).

Copyright © 2008 American Dental Association. All rights reserved.

- Sealants are effective in reducing occlusal caries incidence in permanent first molars of children, with caries reductions of 76.3 percent at four years, when sealants were reapplied as needed. Caries reduction was 65 percent at nine years from initial treatment, with no reapplication during the last five years[47] (Ib).
- Pit-and-fissure sealants are retained on primary molars at a rate of 74.0 to 96.3 percent at one year[59] and 70.6 to 76.5 percent at 2.8 years[59,61] (III).
- There is consistent evidence from private dental insurance and Medicaid databases that placement of sealants on first and second permanent molars in children and adolescents is associated with reductions in the subsequent provision of restorative services[33,66] (III).
- Evidence from Medicaid claims data for children who were continuously enrolled for four years indicates that sealed permanent molars are less likely to receive restorative treatment, that the time between receiving sealants and receiving restorative treatment is greater, and that the restorations were less extensive than those in permanent molars that were unsealed[46] (III).

TABLE 1

System used for grading the evidence.*

GRADE	CATEGORY OF EVIDENCE
Ia	Evidence from systematic reviews of randomized controlled trials
Ib	Evidence from at least one randomized controlled trial
IIa	Evidence from at least one controlled study without randomization
IIb	Evidence from at least one other type of quasiexperimental study, such as time series analysis or studies in which the unit of analysis is not the individual
III	Evidence from nonexperimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies, cohort studies and case-control studies
IV	Evidence from expert committee reports or opinions or clinical experience of respected authorities

* Amended with permission of the BMJ Publishing Group from Shekelle and colleagues.[81]

TABLE 2

System used for classifying the strength of the recommendations.*

CLASSIFICATION	STRENGTH OF RECOMMENDATIONS
A	Directly based on category I evidence
B	Directly based on category II evidence or extrapolated recommendation from category I evidence
C	Directly based on category III evidence or extrapolated recommendation from category I or II evidence
D	Directly based on category IV evidence or extrapolated recommendation from category I, II or III evidence

* Amended with permission of the BMJ Publishing Group from Shekelle and colleagues.[81]

Evidence regarding placing sealants over early (noncavitated) lesions.

- Placement of pit-and-fissure sealants significantly reduces the percentage of noncavitated carious lesions that progress in children, adolescents and young adults for as long as five years after sealant placement, compared with unsealed teeth[82] (Ia).
- There are no findings that bacteria increase under sealants. When placed over existing caries, sealants lower the number of viable bacteria by at least 100-fold and reduce the number of lesions with any viable bacteria by 50 percent[83] (Ia).

Evidence regarding sealant materials.

- Results in two of three reviewed studies indicate that resin-based sealants are more effective in caries reduction at 24 to 44 months after placement than is glass ionomer cement in permanent teeth of children and adolescents[5,65,84,85] (Ia).
- There is limited and conflicting evidence that glass ionomer cement reduces caries incidence in permanent teeth of children[17,50,51,55,65] (Ib), although retention rates of glass ionomer cement are low[5] (Ia).
- In a population with a low caries incidence, use of glass ionomer cement is not effective in reducing the incidence of caries when placed in caries-free first primary molars[48] (Ib).

Evidence regarding sealant placement techniques.

- There is limited and inconclusive evidence in favor of using air abrasion as a cleaning method before acid etching to improve sealant retention[57] (IIb).
- The use of air abrasion instead of acid etching

Copyright © 2008 American Dental Association. All rights reserved.

reduces the rate of sealant retention[74,75] (Ib).
- There is limited and conflicting evidence that mechanical preparation with a bur results in higher retention rates in children[72,73,77] (IIb).
- There is indirect evidence that use of the four-handed technique when placing resin-based sealants is associated with improved retention rates[80] (III).
- Sealant retention can be improved if the clinician applies a bonding agent that contains both an adhesive and a primer between the previously acid-etched enamel surface and the sealant material[67,68] (Ib).
- Presently available self-etching bonding agents, which do not involve a separate etching step, provide comparable or less retention than do bonding agents that involve a separate acid-etching step[69,70] (Ib).

CLINICAL RECOMMENDATIONS

The expert panel makes the following evidence-based recommendations for each question regarding the placement of pit-and-fissure sealants (Table 3). The strength of each recommendation is assigned on the basis of the level of evidence associated with each recommendation, as described in the Methods section. In instances in which the recommendation is extrapolated from the evidence, the strength of the recommendation is lowered to reflect the extrapolation. Qualifying notes on the recommendations appear in Box 1. After reviewing the evidence and developing the recommendations, the expert panel identified several areas in which additional research is necessary to answer many questions regarding pit-and-fissure sealants and provide further evidence (Box 2, page 264).

Pit-and-fissure sealant placement for caries prevention.
- Sealants should be placed on pits and fissures of children's primary teeth when it is determined that the tooth, or the patient, is at risk of experiencing caries[59,61] (III, D).*†
- Sealants should be placed on pits and fissures of children's and adolescents' permanent teeth when it is determined that the tooth, or the patient, is at risk of experiencing caries[2,5,33,46,47,55,66] (Ia, B).*†
- Sealants should be placed on pits and fissures of adults' permanent teeth when it is determined that the tooth, or the patient, is at risk of experiencing caries[2,5,33,46,47,55,66] (Ia, D).*†

Pit-and-fissure sealant placement over early (noncavitated) carious lesions‡ to prevent progression.
- Pit-and-fissure sealants should be placed on early (noncavitated) carious lesions, as defined in this document, in children, adolescents and young adults to reduce the percentage of lesions that progress[82] (Ia, B).†
- Pit-and-fissure sealants should be placed on early (noncavitated) carious lesions, as defined in this document, in adults to reduce the percentage of lesions that progress[82] (Ia, D).†

Conditions that favor the placement of resin-based versus glass ionomer cement.
- Resin-based sealants are the first choice of material for dental sealants[5,50] (Ia, A).
- Glass ionomer cement may be used as an interim preventive agent when there are indications for placement of a resin-based sealant but concerns about moisture control may compromise such placement[17,50,51,55,65] (IV,D).§

Placement techniques for pit-and-fissure sealants.
- A compatible¶ one-bottle bonding agent, which

BOX 1

Qualifying notes on clinical recommendations.

* Change in caries susceptibility can occur. It is important to consider that the risk of developing dental caries exists on a continuum and changes across time as risk factors change. Therefore, clinicians should re-evaluate each patient's caries risk status periodically.
† Clinicians should use recent radiographs, if available, in the decision-making process, but should not obtain radiographs for the sole purpose of placing sealants. Clinicians should consult the American Dental Association/U.S. Food and Drug Administration[86] guidelines regarding selection criteria for dental radiographs.
‡ "Noncavitated carious lesion" refers to pits and fissures in fully erupted teeth that may display discoloration not due to extrinsic staining, developmental opacities or fluorosis. The discoloration may be confined to the size of a pit or fissure or may extend to the cusp inclines surrounding a pit or fissure. The tooth surface should have no evidence of a shadow indicating dentinal caries, and, if radiographs are available, they should be evaluated to determine that neither the occlusal nor proximal surfaces have signs of dentinal caries.
§ These clinical recommendations offer two options for situations in which moisture control, such as with a newly erupted tooth at risk of developing caries, patient compliance or both are a concern. These options include use of a glass ionomer cement material or use of a compatible one-bottle bonding agent, which contains both an adhesive and a primer. Clinicians should use their expertise to determine which technique is most appropriate for an individual patient.
¶ Clinicians should consult with the manufacturer of the adhesive and/or sealant to determine material compatibility.

Copyright © 2008 American Dental Association. All rights reserved.

TABLE 3

Summary of evidence-based clinical recommendations regarding pit-and-fissure sealants.

The clinical recommendations in this table are a resource for dentists to use in clinical decision making. These clinical recommendations must be balanced with the practitioner's professional judgment and the individual patient's needs and preferences.

Dentists are encouraged to employ caries risk assessment strategies to determine whether placement of pit-and-fissure sealants is indicated as a primary preventive measure. The risk of experiencing dental caries exists on a continuum and changes across time as risk factors change. Therefore, caries risk status should be re-evaluated periodically. Manufacturers' instructions for sealant placement should be consulted, and a dry field should be maintained during placement.

TOPIC	RECOMMENDATION	GRADE OF EVIDENCE	STRENGTH OF RECOMMENDATION
Caries Prevention	Sealants should be placed in pits and fissures of **children's** primary teeth when it is determined that the tooth, or the patient, is at risk of developing caries*†	III	D
	Sealants should be placed on pits and fissures of **children's** and **adolescents'** permanent teeth when it is determined that the tooth, or the patient, is at risk of developing caries*†	Ia	B
	Sealants should be placed on pits and fissures of **adults'** permanent teeth when it is determined that the tooth, or the patient, is at risk of developing caries*†	Ia	D
Noncavitated Carious Lesions‡	Pit-and-fissure sealants should be placed on early (noncavitated) carious lesions, as defined in this document, in **children**, **adolescents** and **young adults** to reduce the percentage of lesions that progress†	Ia	B
	Pit-and-fissure sealants should be placed on early (noncavitated) carious lesions, as defined in this document, in **adults** to reduce the percentage of lesions that progress†	Ia	D
Resin-Based Versus Glass Ionomer Cement	Resin-based sealants are the first choice of material for dental sealants	Ia	A
	Glass ionomer cement may be used as an interim preventive agent when there are indications for placement of a resin-based sealant but concerns about moisture control may compromise such placement§	IV	D
Placement Techniques	A compatible¶ one-bottle bonding agent, which contains both an adhesive and a primer, may be used between the previously acid-etched enamel surface and the sealant material when, in the opinion of the dental professional, the bonding agent would enhance sealant retention in the clinical situation§	Ib	B
	Use of available self-etching bonding agents, which do not involve a separate etching step, may provide less retention than the standard acid-etching technique and is not recommended	Ib	B
	Routine mechanical preparation of enamel before acid etching is not recommended	IIb	B
	When possible, a four-handed technique should be used for placement of resin-based sealants	III	C
	When possible, a four-handed technique should be used for placement of glass ionomer cement sealants	IV	D
	The oral health care professional should monitor and reapply sealants as needed to maximize effectiveness	IV	D

* Change in caries susceptibility can occur. It is important to consider that the risk of developing dental caries exists on a continuum and changes across time as risk factors change. Therefore, clinicians should re-evaluate each patient's caries risk status periodically.

† Clinicians should use recent radiographs, if available, in the decision-making process, but should not obtain radiographs for the sole purpose of placing sealants. Clinicians should consult the American Dental Association/U.S. Food and Drug Administration[86] guidelines regarding selection criteria for dental radiographs.

‡ "Noncavitated carious lesion" refers to pits and fissures in fully erupted teeth that may display discoloration not due to extrinsic staining, developmental opacities or fluorosis. The discoloration may be confined to the size of a pit or fissure or may extend to the cusp inclines surrounding a pit or fissure. The tooth surface should have no evidence of a shadow indicating dentinal caries, and, if radiographs are available, they should be evaluated to determine that neither the occlusal nor the proximal surfaces have signs of dentinal caries.

§ These clinical recommendations offer two options for situations in which moisture control, such as with a newly erupted tooth at risk of developing caries, patient compliance or both are a concern. These options include use of a glass ionomer cement material or use of a compatible one-bottle bonding agent, which contains both an adhesive and a primer. Clinicians should use their expertise to determine which technique is most appropriate for an individual patient.

¶ Clinicians should consult with the manufacturer of the adhesive and/or sealant to determine material compatibility.

Copyright © 2008 American Dental Association. All rights reserved.

BOX 2

Research recommendations.

The expert panel identified the following topics as areas for additional research to provide a stronger evidence base for the application of pit-and-fissure sealants for caries prevention. These research topics have not been arranged in order of priority.

PREVENTIVE EFFECTIVENESS AND COST-EFFECTIVENESS OF VARIOUS PROTOCOLS FOR SELECTION OF PATIENTS AND TEETH FOR SEALANT PLACEMENT

- Systematic review of evidence from insurance databases regarding the effectiveness and potential cost-effectiveness of sealants in preventing caries
- Clinical trials regarding the sealing of noncavitated and cavitated carious lesions using standardized diagnostic criteria
- Clinical trials regarding the sealing of noncavitated smooth-surface lesions
- Clinical trials regarding placement of sealants in adults
- Clinical trials regarding placement of sealants on surfaces other than the occlusal surfaces of permanent molars, including premolars, buccal and lingual pits of molars and cingula of anterior teeth
- Effectiveness of different management options for noncavitated carious lesions
- Methods to determine arrest of dentinal caries as measure of sealant effectiveness
- Clinical trials regarding minimally invasive techniques to manage early caries (noncavitated) and cavitated carious lesions
- Clinical methods to detect when an early (noncavitated) carious lesion is active or nonactive (that is, arrested)
- Cost-effectiveness of caries-management strategies

TIMING OF SEALANT APPLICATION

- Clinical trials using sealants in adults
- Clinical trials using sealants in primary teeth
- The timing of caries initiation and subsequent progression of pit-and-fissure caries in contemporary populations of various caries-risk status

RESEARCH REGARDING SEALANT MATERIALS AND RETENTION

- Enamel penetration of the materials used in the sealant application process
- Depth of polymerization of sealant materials as it affects sealant retention
- Additional studies regarding the factors that affect clinical retention and effectiveness of sealants
- Evaluation of the effect of fissure-cleansing methods and materials, including laser use, on clinical outcomes
- Effectiveness of self-etching primers in enhancing clinical sealant retention
- Effectiveness of isolation techniques, including rubber-dam and four-handed technique
- Evaluation of changes in retention associated with new products (such as bonding agents)
- Research and systematic reviews regarding the use of bonding agents to enhance sealant retention
- Effect of one-step adhesives on sealant retention
- Retention of light-cured sealants
- Effect of mechanical preparation on sealant retention

POINT-OF-CARE APPLICATION OF GUIDELINES

- Translation of sealant guidelines into clinical practice

contains both an adhesive and a primer, may be used between the previously acid-etched enamel surface and the sealant material when, in the opinion of the dental professional, the bonding agent would enhance sealant retention in the clinical situation[67,68] (Ib, B).[§]

- Use of available self-etching bonding agents, which do not involve a separate etching step, may provide less retention than the standard acid-etching technique and is not recommended[69,70] (Ib, B).
- Routine mechanical preparation of enamel before acid etching is not recommended[57,72-75,77] (IIb, B).
- When possible, a four-handed technique should be used for placement of resin-based sealants[80] (III, C).
- When possible, a four-handed technique should be used for placement of glass ionomer cement sealants[80] (IV, D).
- The oral health care professional should monitor and reapply sealants as needed to maximize effectiveness (IV, D). He or she should consult the manufacturer's instructions for sealant placement and maintain a dry, isolated field during placement.

CARIES RISK

The panel encourages dentists to use caries risk assessment strategies in their practices. Multiple models have showed that basing selection criteria for sealants on the patient's caries risk is cost-effective.[26,27] It also is important to consider that the risk of experiencing dental caries exists on a continuum and changes across time as risk factors change.[87] Therefore, a patient's caries risk status should be re-evaluated periodically. The panel recognizes that there is not a single system of caries risk assessment that has been shown to be valid and reliable. However, dentists can use clinical indicators to classify caries risk status to predict future caries experience. Caries risk assessment should be integrated with the practitioner's professional expertise to determine treatment

Copyright © 2008 American Dental Association. All rights reserved.

Figure 1. Tooth surface with an early (noncavitated) carious lesion that exhibits a white demineralization line around the margin of the pit and fissure and /or a light brown discoloration within the confines of the pit-and-fissure area. Image provided courtesy of Dr. Amid I. Ismail, the Detroit Dental Health Project (National Institute of Dental and Craniofacial Research grant U-54 DE 14261-01).

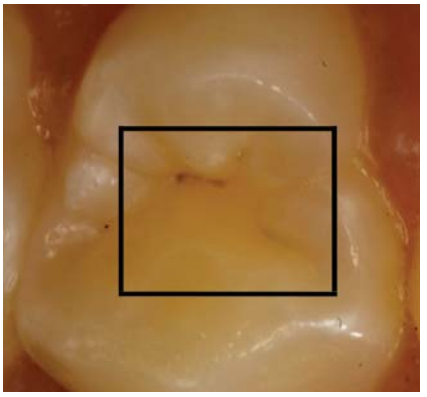


Figure 2. A small, distinct, dark brown early (noncavitated) carious lesion within the confines of the fissure. Image provided courtesy of Dr. Amid I. Ismail, the Detroit Dental Health Project (National Institute of Dental and Craniofacial Research grant U-54 DE 14261-01).

Figure 3. A deep fissure area (arrow 1) and another area exhibiting a small light brown pit and fissure (arrow 2). Note that the lesion does not extend beyond the confines of the pit and fissure. Image provided courtesy of Dr. Amid I. Ismail, the Detroit Dental Health Project (National Institute of Dental and Craniofacial Research grant U-54 DE 14261-01).

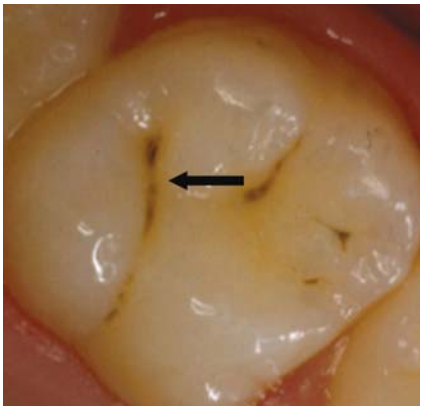


Figure 4. A more distinct early (noncavitated) carious lesion (arrow) that is larger than the normal anatomical size of the fissure area. Image provided courtesy of Dr. Amid I. Ismail, the Detroit Dental Health Project (National Institute of Dental and Craniofacial Research grant U-54 DE 14261-01).

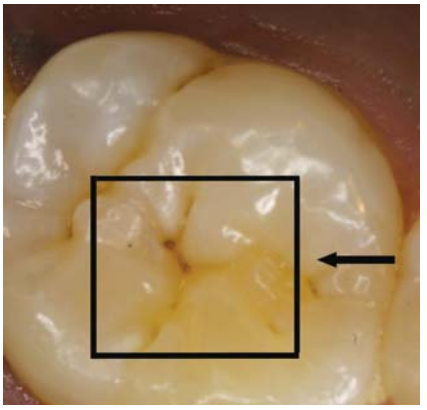


Figure 5. A more distinct early (noncavitated) carious lesion (arrow) that is larger than the normal anatomical size of the fissure area. Image provided courtesy of Dr. Amid I. Ismail, the Detroit Dental Health Project (National Institute of Dental and Craniofacial Research grant U-54 DE 14261-01).

options. The reader is referred to other resources for further discussion of caries risk.[88-94]

CLINICAL DETECTION OF NONCAVITATED PIT-AND-FISSURE CARIOUS LESIONS

Visual examination after cleaning and drying the tooth is sufficient to detect early noncavitated lesions in pits and fissures. The clinician should clean the tooth surface to remove debris and plaque before examining it for the presence of white demineralization lines or light yellow-brown discoloration surrounding the pit or fissure area. Noncavitated lesions also may appear as light to dark yellow-brown demineralization in the pit or fissure. It is important to note that external stain is not equivalent to a noncavitated carious lesion.

Figures 1 through 5 display examples of the range of lesions that are classified as noncavitated and indicated for sealing. All teeth in these figures were cleaned using a toothbrush and a periodontal probe or explorer before their surfaces were examined. Initially, the examiner (A.I.) conducted the examinations without drying the tooth surface. After determining that a visibly cavitated lesion was not present, the examiner dried the tooth surface with an air syringe to enable identification of early signs of dental caries.

The use of explorers is not necessary for the detection of early lesions, and forceful use of a sharp explorer can damage tooth surfaces.[89,95-97] The clinician should use recent radiographs, if available, in the decision-making process but should not obtain radiographs for the sole purpose of placing sealants. The Guide to Patient Selection for Dental Radiographs written by the ADA and the U.S. Food and Drug Administration[86] should be incorporated into the comprehensive care of the patient. There are many technologies that detect caries. Recent reviews suggest that these devices should be used only as adjunc-

Copyright © 2008 American Dental Association. All rights reserved.

tive devices to assist in caries diagnosis.[98,99] These devices should serve primarily as a support tool for making preventive treatment plan decisions in conjunction with caries risk assessment, and sole reliance on these devices to detect caries may result in premature restorative intervention.[98]

CONCLUSION

These evidence-based recommendations are a resource to be considered in the clinical decision-making process, which also includes the practitioner's professional judgment and the patient's needs and preferences. The recommendations address circumstances in which sealants should be placed to prevent caries, sealant placement over early (noncavitated) lesions, conditions that favor the placement of resin-based versus glass ionomer cement, and techniques to improve sealants' retention and effectiveness in caries prevention.

Pit-and-fissure sealants can be used effectively as part of a comprehensive approach to caries prevention. While sealants have been used for primary caries prevention, current evidence indicates that sealants also are an effective secondary preventive approach when placed on early noncavitated carious lesions. Caries risk assessment is an important component in the decision-making process, and it is important to re-evaluate a patient's caries risk status periodically. ■

Disclosure: None of the authors reported any disclosures.

The American Dental Association Council on Scientific Affairs and the expert panel thank the following people for their contribution to this project: Laurie Barker, MSPH, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta; Eugenio D. Beltrán-Aguilar, DMD, DrPH, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta; Susan Griffin, PhD, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta; Chien-Hsun Li, MS, MA, Centers for Disease Control and Prevention, Rockville, Md., and National Institute for Dental and Craniofacial Research, Bethesda, Md. They also thank members of the staff of the ADA Division of Science, Chicago: Daniel M. Meyer, DDS, senior vice president, science and professional affairs; Julie Frantsve-Hawley, RDH, PhD, director, Research Institute and Center for Evidence-based Dentistry; Helen Ristic, PhD, director, scientific information; Krishna Aravamudhan, BDS, MS, assistant director, laboratory professional product evaluations; Jane McGinley, RDH, MBA, manager, fluoridation and preventive health activities.

1. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Dental sealants in the prevention of tooth decay. J Dent Educ 1984;48(2 suppl):126-131.

2. Llodra JC, Bravo M, Delgado-Rodriguez M, Baca P, Galvez R. Factors influencing the effectiveness of sealants: a meta-analysis. Community Dent Oral Epidemiol 1993;21(5):261-268.

3. ADA Council on Access, Prevention and Interprofessional Relations; ADA Council on Scientific Affairs. Dental sealants. JADA 1997;128(4):485-488.

4. National Institute of Health Consensus Development Panel. National Institutes of Health Consensus Development Conference statement. Diagnosis and management of dental caries throughout life, March 26-28, 2001. JADA 2001;132(8):1153-1161.

5. Ahovuo-Saloranta A, Hiiri A, Nordblad A, Worthington H, Mäkelä M. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2004(3):CD001830.

6. Pitts NB, Stamm JW. International Consensus Workshop on Caries Clinical Trials (ICW-CCT): final consensus statements—agreeing where the evidence leads. J Dent Res 2004;83(spec. no. C) C125-C128.

7. Kidd EA, Fejerskov O. What constitutes dental caries? Histopathology of carious enamel and dentin related to the action of cariogenic biofilms. J Dent Res 2004;83(spec. no. C):C35-C38.

8. Manji F, Fejerskov O, Nagelkerke NJ, Baelum V. A random effects model for some epidemiological features of dental caries. Community Dent Oral Epidemiol 1991;19(6):324-328.

9. Kidd EA. How "clean" must a cavity be before restoration? Caries Res 2004;38(3):305-313.

10. National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. National Health and Nutrition Examination Surveys 1999-2004. "www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm". Accessed Oct. 2, 2007.

11. Ripa LW. Sealants revisted: an update of the effectiveness of pit-and-fissure sealants. Caries Res 1993;27(suppl 1):77-82.

12. U.S. Department of Health and Human Services. Oral health in America: a report of the surgeon general. Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000:166.

13. Centers for Disease Control and Prevention. Oral health: Preventing cavities, gum disease, and tooth loss; 2007. "www.cdc.gov/nccdphp/publications/aag/oh.htm". Accessed Jan. 8, 2008.

14. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. Washington: U.S. Department of Health and Human Services; 2000.

15. Beltrán-Aguilar ED, Barker LK, Canto MT, et al. Surveillance for dental caries, dental sealants, tooth retention, edentulism, and enamel fluorosis—United States, 1988-1994 and 1999-2002. MMWR Surveill Summ 2005;54(3):1-43.

16. Cohen LA, Horowitz AM. Community-based sealant programs in the United States: results of a survey. J Public Health Dent 1993;53(4):241-245.

17. Pardi V, Pereira AC, Mialhe FL, Meneghim Mde C, Ambrosano GM. A 5-year evaluation of two glass-ionomer cements used as fissure sealants. Community Dent Oral Epidemiol 2003;31(5):386-391.

18. Donly KJ, Segura A, Wefel JS, Hogan MM. Evaluating the effects of fluoride-releasing dental materials on adjacent interproximal caries. JADA 1999;130(6):817-825.

19. Mjör IA, Moorhead JE, Dahl JE. Reasons for replacement of restorations in permanent teeth in general dental practice. Int Dent J 2000;50(6):361-366.

20. Wiegand A, Buchalla W, Attin T. Review on fluoride-releasing restorative materials: fluoride release and uptake characteristics, antibacterial activity and influence on caries formation. Dent Mater 2007;23(3):343-362.

21. Arenholt-Bindslev D, Breinholt V, Preiss A, Schmalz G. Time-related bisphenol-A content and estrogenic activity in saliva samples collected in relation to placement of fissure sealants. Clin Oral Investig 1999;3(3):120-125.

22. Fung EY, Ewoldsen NO, St Germain HA, et al. Pharmacokinetics of bisphenol A released from a dental sealant. JADA 2000;131(1):51-58.

23. Söderholm KJ, Mariotti A. BIS-GMA–based resins in dentistry: are they safe? JADA 1999;130(2):201-209.

24. Völkel W, Colnot T, Csanády GA, Filser JG, Dekant W. Metabolism and kinetics of bisphenol a in humans at low doses following oral administration. Chem Res Toxicol 2002;15(10):1281-1287.

25. ADA Council on Scientific Affairs. Bonding agents. Professional Product Review 2006;2(1). "www.ada.org/prof/resources/pubs/ppr/archives/07_winter.asp". Accessed Jan. 15, 2008.

26. Griffin SO, Griffin PM, Gooch BF, Barker LK. Comparing the costs of three sealant delivery strategies. J Dent Res 2002;81(9):641-645.

27. Quiñonez RB, Downs SM, Shugars D, Christensen J, Vann WF Jr. Assessing cost-effectiveness of sealant placement in children. J Public Health Dent 2005;65(2):82-89.

28. Deery C. The economic evaluation of pit and fissure sealants. Int J Paediatr Dent 1999;9(4):235-241.

29. Kervanto-Seppälä S, Lavonius E, Kerosuo E, Pietilä I. Can glass ionomer sealants be cost-effective? J Clin Dent 2000;11(1):1-3.

30. Kitchens DH. The economics of pit and fissure sealants in preventive dentistry: a review. J Contemp Dent Pract 2005;6(3):95-103.

31. Riordan PJ. Can organised dental care for children be both good and cheap? Community Dent Oral Epidemiol 1997;25(1):119-125.

Copyright © 2008 American Dental Association. All rights reserved.

32. Söderholm KJ. The impact of recent changes in the epidemiology of dental caries on guidelines for the use of dental sealants: clinical perspectives. J Public Health Dent 1995;55(5 spec. no.):302-311.
33. Weintraub JA, Stearns SC, Rozier RG, Huang CC. Treatment outcomes and costs of dental sealants among children enrolled in Medicaid. Am J Public Health 2001;91(11):1877-1881.
34. Bader JD, Shugars DA, Bonito AJ. A systematic review of selected caries prevention and management methods. Community Dent Oral Epidemiol 2001;29(6):399-411.
35. Bader JD, Shugars DA, Bonito AJ. Systematic reviews of selected dental caries diagnostic and management methods. J Dent Educ 2001;65(10):960-968.
36. Hiiri A, Ahovuo-Saloranta A, Nordblad A, Makela M. Pit and fissure sealants versus fluoride varnishes for preventing dental decay in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2006(4):CD003067.
37. Källestål C, Norlund A, Söder B, et al. Economic evaluation of dental caries prevention: a systematic review. Acta Odontol Scand 2003;61(6):341-346.
38. Mejáre I, Lingström P, Petersson LG, et al. Caries-preventive effect of fissure sealants: a systematic review. Acta Odontol Scand 2003;61(6):321-330.
39. Muller-Bolla M, Lupi-Pégurier L, Tardieu C, Velly AM, Antomarchi C. Retention of resin-based pit and fissure sealants: a systematic review. Community Dent Oral Epidemiol 2006;34(5):321-336.
40. Rozier RG. Effectiveness of methods used by dental professionals for the primary prevention of dental caries. J Dent Educ 2001;65(10):1063-1072.
41. Tinanoff N, Douglass JM. Clinical decision-making for caries management in primary teeth. J Dent Educ 2001;65(10):1133-1142.
42. Beiruti N, Frencken JE, van't Hof MA, van Palenstein Helderman WH. Caries-preventive effect of resin-based and glass ionomer sealants over time: a systematic review. Community Dent Oral Epidemiol 2006;34(6):403-409.
43. Beiruti N, Frencken JE, van't Hof MA, Taifour D, van Palenstein Helderman WH. Caries-preventive effect of a one-time application of composite resin and glass ionomer sealants after 5 years. Caries Res 2006;40(1):52-59.
44. Albani F, Ballesio I, Campanella V, Marzo G. Pit and fissure sealants: results at five and ten years. Eur J Paediatr Dent 2005;6(2):61-65.
45. Benteke M, Berntsson L, Broman U, Edfeldt K, Sköld-Larsson K, Twetman S. Population- vs. risk-based applications of fissure sealants in first permanent molars: a 13-year follow-up. Oral Health Prev Dent 2006;4(2):151-156.
46. Bhuridej P, Damiano PC, Kuthy RA, et al. Natural history of treatment outcomes of permanent first molars: a study of sealant effectiveness. JADA 2005;136(9):1265-1272.
47. Bravo M, Montero J, Bravo JJ, Baca P, Llodra JC. Sealant and fluoride varnish in caries: a randomized trial. J Dent Res 2005;84(12):1138-1143.
48. Chadwick BL, Treasure ET, Playle RA. A randomised controlled trial to determine the effectiveness of glass ionomer sealants in preschool children. Caries Res 2005;39(1):34-40.
49. Lekic PC, Deng D, Brothwell D. Clinical evaluation of sealants and preventive resin restorations in a group of environmentally homogeneous children. J Dent Child (Chic) 2006;73(1):15-19.
50. Pardi V, Pereira AC, Ambrosano GM, Meneghim Mde C. Clinical evaluation of three different materials used as pit and fissure sealant: 24-months results. J Clin Pediatr Dent 2005;29(2):133-137.
51. Pereira AC, Pardi V, Mialhe FL, Meneghim Mde C, Ambrosano GM. A 3-year clinical evaluation of glass-ionomer cements used as fissure sealants. Am J Dent 2003;16(1):23-27.
52. Pinar A, Sepet E, Aren G, Bölükbasi N, Ulukapi H, Turan N. Clinical performance of sealants with and without a bonding agent. Quintessence Int 2005;36(5):355-360.
53. Poulsen P. Retention of glassionomer sealant in primary teeth in young children. Eur J Paediatr Dent 2003;4(2):96-98.
54. Poulsen S, Laurberg L, Vaeth M, Jensen U, Haubek D. A field trial of resin-based and glass-ionomer fissure sealants: clinical and radiographic assessment of caries. Community Dent Oral Epidemiol 2006;34(1):36-40.
55. Taifour D, Frencken JE, van't Hof MA, Beiruti N, Truin GJ. Effects of glass ionomer sealants in newly erupted first molars after 5 years: a pilot study. Community Dent Oral Epidemiol 2003;31(4):314-319.
56. Yakut N, Sönmez H. Resin composite sealant vs. polyacid-modified resin composite applied to post eruptive mature and immature molars: two-year clinical study. J Clin Pediatr Dent 2006;30(3):215-218.
57. Yazici AR, Kiremitçi A, Celik C, Ozgünaltay G, Dayangaç B. A two-year clinical evaluation of pit and fissure sealants placed with and without air abrasion pretreatment in teenagers. JADA 2006;137(10):1401-1405.
58. Bagramian RA, Srivastava S, Graves RC. Pattern of sealant retention in children receiving a combination of caries-preventive methods: three-year results. JADA 1979;98(1):46-50.
59. Hotuman E, Rølling I, Poulsen S. Fissure sealants in a group of 3-4-year-old children. Int J Paediatr Dent 1998;8(2):159-160.
60. Li SH, Kingman A, Forthofer R, Swango P. Comparison of tooth surface-specific dental caries attack patterns in US schoolchildren from two national surveys. J Dent Res 1993;72(10):1398-1405.
61. Hardison JR, Collier DR, Sprouse LW, Van Cleave ML, Hogan AD. Retention of pit and fissure sealant on the primary molars of 3- and 4-year-old children after 1 year. JADA 1987;114(5):613-615.
62. Jones RB. The effects for recall patients of a comprehensive sealant program in a clinical dental public health setting. J Public Health Dent 1986;46(3):152-155.
63. Richardson BA, Smith DC, Hargreaves JA. A 5-year clinical evaluation of the effectiveness of a fissure sealant in mentally retarded Canadian children. Community Dent Oral Epidemiol 1981;9(4):170-174.
64. Cline JT, Messer LB. Long term retention of sealants applied by inexperienced operators in Minneapolis. Community Dent Oral Epidemiol 1979;7(4):206-212.
65. Songpaisan Y, Bratthall D, Phantumvanit P, Somridhivej Y. Effects of glass ionomer cement, resin-based pit and fissure sealant and HF applications on occlusal caries in a developing country field trial. Community Dent Oral Epidemiol 1995;23(1):25-29.
66. Dennison JB, Straffon LH, Smith RC. Effectiveness of sealant treatment over five years in an insured population. JADA 2000;131(5):597-605.
67. Feigal RJ, Musherure P, Gillespie B, Levy-Polack M, Quelhas I, Hebling J. Improved sealant retention with bonding agents: a clinical study of two-bottle and single-bottle systems. J Dent Res 2000;79(11):1850-1856.
68. Boksman L, McConnell RJ, Carson B, McCutcheon-Jones EF. A 2-year clinical evaluation of two pit and fissure sealants placed with and without the use of a bonding agent. Quintessence Int 1993;24(2):131-133.
69. Feigal RJ, Quelhas I. Clinical trial of a self-etching adhesive for sealant application: success at 24 months with Prompt L-Pop. Am J Dent 2003;16(4):249-251.
70. Venker DJ, Kuthy RA, Qian F, Kanellis MJ. Twelve-month sealant retention in a school-based program using a self-etching primer/adhesive. J Public Health Dent 2004;64(4):191-197.
71. Mascarenhas A, Nazar H, Soparkar P, Al-Mutawaa S. Effectiveness of primer and bond in sealant retention and caries prevention. Pediatr Dent 2008;30(1):500-504.
72. Shapira J, Eidelman E. The influence of mechanical preparation of enamel prior to etching on the retention of sealants. J Pedod 1982;6(4):283-287.
73. Shapira J, Eidelman E. The influence of mechanical preparation of enamel prior to etching on the retention of sealants: three-year follow-up. J Pedod 1984;8(3):272-277.
74. Kanellis MJ, Warren JJ, Levy SM. Comparison of air abrasion versus acid etch sealant techniques: six-month retention. Pediatr Dent 1997;19(4):258-261.
75. Kanellis MJ, Warren JJ, Levy SM. A comparison of sealant placement techniques and 12-month retention rates. J Public Health Dent 2000;60(1):53-56.
76. Le Bell Y, Forsten L. Sealing of preventively enlarged fissures. Acta Odontol Scand 1980;38(2):101-104.
77. Shapira J, Eidelman E. Six-year clinical evaluation of fissure sealants placed after mechanical preparation: a matched pair study. Pediatr Dent 1986;8(3):204-205.
78. Lygidakis NA, Oulis KI, Christodoulidis A. Evaluation of fissure sealants retention following four different isolation and surface preparation techniques: four years clinical trial. J Clin Pediatr Dent 1994;19(1):23-25.
79. Gooch BF, Truman BI, Griffin SO, et al. A comparison of selected evidence reviews and recommendations on interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports-related craniofacial injuries. Am J Prev Med 2002;23(1 suppl):55-80.
80. Griffin SO, Jones K, Gray SK, Malvitz DM, Gooch BF. Exploring four-handed delivery and retention of resin-based sealants. JADA 2008;139(3):281-289.
81. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guide-

Copyright © 2008 American Dental Association. All rights reserved.

lines: developing guidelines. BMJ 1999;318(7183):593-596.
82. Griffin SO, Oong E, Kohn W, Vidakovic B, Gooch BF, CDC Dental Sealant Systematic Review Work Group, et al. The effectiveness of sealants in managing carious lesions. J Dent Res 2008;87(2):169-174.
83. Oong EM, Griffin SO, Kohn W, Gooch BF, Caufield P. The effect of dental sealants on bacteria levels in caries lesions: a review of the evidence. JADA 2008;139(3):271-278.
84. Poulsen S, Beiruti N, Sadat N. A comparison of retention and the effect on caries of fissure sealing with a glass-ionomer and a resin-based sealant. Community Dent Oral Epidemiol 2001;29(4):298-301.
85. Arrow P, Riordan PJ. Retention and caries preventive effects of a GIC and a resin-based fissure sealant. Community Dent Oral Epidemiol 1995;23(5):282-285.
86. American Dental Association, U.S. Food and Drug Administration. The selection of patients for dental radiographic examinations. Revised 2004. "www.ada.org/prof/resources/topics/radiography.asp". Accessed Jan. 12, 2008.
87. Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep 2001;50(RR-14):1-42.
88. American Academy of Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs. Policy on the use of a caries-risk assessment tool (CAT) for infants, children, and adolescents. In: American Academy of Pediatric Dentistry. Reference manual 2002-2003. Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry;2002.
89. American Dental Association, Council on Access, Prevention and Interprofessional Relations. Caries diagnosis and risk assessment: a review of preventive strategies and management. JADA 1995;126(suppl):1S-24S.
90. Bader JD, Perrin NA, Maupomé G, Rindal B, Rush WA. Validation of a simple approach to caries risk assessment. J Public Health Dent 2005;65(2):76-81.
91. Featherstone JD. The caries balance: the basis for caries management by risk assessment. Oral Health Prev Dent 2004;2(suppl 1):259-264.
92. Featherstone JD, Adair SM, Anderson MH, et al. Caries management by risk assessment: consensus statement, April 2002. J Calif Dent Assoc 2003;31(3):257-269.
93. Tinanoff N. Dental caries risk assessment and prevention. Dent Clin North Am 1995;39(4):709-719.
94. Fontana M, Zero DT. Assessing patients' caries risk. JADA 2006;137(9):1231-1239.
95. Bader JD, Brown JP. Dilemmas in caries diagnosis. JADA 1993;124(6):48-50.
96. Dodds MW. Dilemmas in caries diagnosis: applications to current practice and need for research. J Dent Educ 1993;57(6):433-438.
97. van Dorp CS, Exterkate RA, ten Cate JM. The effect of dental probing on subsequent enamel demineralization. ASDC J Dent Child 1988;55(5):343-347.
98. Zandoná AF, Zero DT. Diagnostic tools for early caries detection. JADA 2006;137(12):1675-1684.
99. Bader JD, Shugars DA. A systematic review of the performance of a laser fluorescence device for detecting caries. JADA 2004;135(10):1413-1426.

Copyright © 2008 American Dental Association. All rights reserved.

Cariology for the 21st Century

Current Caries Management Concepts for Dental Practice

Margherita Fontana, DDS, PhD; Carlos Gonzalez Cabezas, DDS, PhD; Mark Fitzgerald, DDS, MS

ABSTRACT:
The objective of this manuscript is to provide an overview of currently accepted, evidence-based and/or expert opinion recommendations for the prevention and management of dental caries in dental practice. Discussions are centered on current concepts for caries lesion detection (e.g., cavitated and non-cavitated lesions) and diagnosis (e.g., active vs. arrested lesions), including thresholds (e.g., fluorides, sealant) and surgical interventions, risk assessment, and a for non-surgical (i.e., restorative) review of caries management interventions for caries disease management. The goal is to prevent and manage the caries disease process using patient-centered, risk-based interventions supported by the best available evidence, taking into account the dentist's clinical expertise and the patient's treatment needs and preferences, in order to maintain or re-establish health and preserve tooth structure.

INTRODUCTION

Dental caries is the localized de.struction of susceptible dental hard tissue by acidic by-products from bac.terial fermentation of dietary carbohydrates.[1] At the demographic level, the disease is unequally distributed across the population, with certain groups (e.g., lower socio-economic status groups, minorities) experiencing larger numbers and greater severity of caries lesions.[1,2] If allowed to progress, over time the disease will result in the development of detectable changes in the tooth structure, or caries lesions,[4] which initially are non-cavitated (i.e., macroscopically intact, sometimes referred to as "white spot" or "incipient" lesions), but which eventually might progress to cavitation. In fact, the more advanced and severe the lesion, the more likely it will progress, with non-cavitated lesions having a much lower probability than initially small cavitated lesions of progressing over time.[5]

This has implications for the management of caries lesions as will be discussed later in this article. Because dental caries starts in this non-cavitated state, it is not always the "cavity" in the tooth that we need to focus on, and thus, we cannot "remove all the caries" as our only treatment model.[6] In fact, dentistry has entered an era of personalized care (i.e., "personalized dentistry"), and the "medical model" for caries management, where the individual etiologic disease-driving agents are balanced against protective factors, in combination with risk assessment,[7] offers the possibility of patient-centered disease prevention and management before there is irreversible damage done to the teeth and need for restorative treatment (i.e., an active cavitated caries lesion).[8,9]

This approach requires the practitioner to start by differentiating between the caries disease process and the caries lesion, and shift their focus from a primary surgical intervention model directed at the "cavity" to a prevention and preservation first approach focused on disease man-

agement and remineralization.

Unfortunately, the methods used for treating dental caries in practice today remain largely limited to the use of surgical tooth restoration (i.e., restorative treatment), even though there is no evidence that traditional restorative care effectively prevents or manages the dental caries disease process. The fact that the existence of recent restorations is the greatest indicator of risk for the development of new lesions[10,11] only proves that the act of surgically treating the caries lesion does little to reduce the risk of developing the next lesion.

The NIH Consensus Development Conference on Diagnosis and Management of Dental Caries Throughout Life supported this concept in 2001 when it identified the need to use new strategies "to provide en.hanced access for those who suffer disproportionately from the disease; to provide improved detection, risk assessment, and diagnosis; and to create — and enhance use of — improved methods to arrest or reverse the non-cavitated lesion while improving surgical management of the cavitated lesion."[11]

Interestingly, since 2001 numer.ous systematic reviews have started to question the amount of carious tissue that must be removed, with very strong evidence-based recent reviews suggesting that sealing non-cavitated lesions can effectively reduce their progression and can reduce the numbers of microorganisms in them.[12,13] In addition, other reviews suggest that removal of all infected dentin in deep cavitated lesions might not be required for success of restorative intervention if the lesion can be isolated from the external environment,[14] and that this partial caries removal is preferred to reduce risks of pulp exposure.[15]

Modern caries management stresses a preventive philosophy with individualized risk assessment and disease management, accurate and early detection of caries lesions, and efforts to remineralize and/or arrest non-cavitated lesions in order to pre.serve tooth structure and maintain health.[16] When restorative intervention is unequivocally required, typically for an active cavitated lesion, the procedure used should be as minimally invasive as possible while considering the patient as a whole to achieve the best long-term results. Some have referred to this strategy as "CA MBRA" (caries management by risk assessment),[7] others as "minimally invasive dentistry",[17] yet shouldn't all "modern" dentistry be "minimally invasive"?[18]

Risk-based clinical decision-making for caries management in everyday clinical practice should be based on the best available evidence while taking into account the dentist's knowledge and expertise and focusing on the needs and desires of the patient.[19] In an era of evidence-based care, the question of how much evidence is needed to implement changes into practice becomes central to this paradigm shift in caries management.

This article discusses how evidence has changed our understanding of caries detection and diagnosis criteria, leading to a better understanding that non-cavitated lesions can not only be arrested or stopped (e.g., by using sealants) but in many cases reversed (e.g., by using fluorides) by non-surgical, risk-based caries management approaches.

Forceful use of a sharp explorer for the sole purpose of detecting caries lesions is highly discouraged in today's practice of dentistry

CARIES DETECTION AND DIAGNOSIS, STAGES OF CARIES SEVERITY AND ACTIVITY, THRESHOLDS FOR SURGICAL AND NON-SURGICAL INTERVENTION

In order to manage caries lesions using the most current evidence, based on a patient's risk, and with the goal of preserving tooth structure, we must start with a clear understanding of caries detection and diagnosis. These terms are defined in detail in a glossary of terms in cariology, published by Fontana et al.[1] The glossary was developed by representatives of the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS), the European Organization for Caries Research (ORCA), the European Association of Dental Public Health (EADPH), and the American Dental Education Association (ADEA) Cariolog y Section, in response to the expressed need for a common language to discuss modern cariology and preventive caries care.

In dentistry, the terms caries diagnosis and caries detection are often used incorrectly and interchangeably. This is possibly

FIGURE 1—Non-cavitated caries lesion.

FIGURE 2—Cavitated caries lesion with a dark shadow.

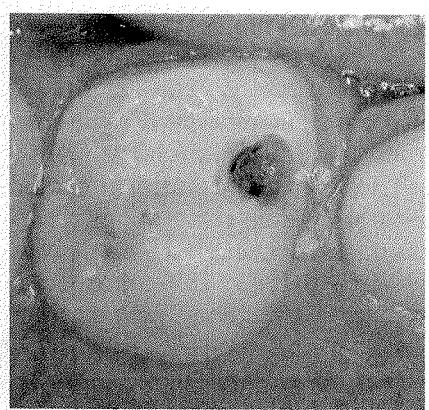


FIGURE 3—Cavitated caries lesion with dentin exposed to the oral cavity.

due to the fact that the earlier stages of the disease process are virtually symptom free, giving the perception by many, in the restorative dominated strategies of the past, that a diagnostic step is not needed,[20,21] and that caries assessment becomes ultimately a question of detection, i.e., whether caries lesions are present or not. Furthermore, the detection of frank cavitations in teeth requiring restoration is still considered by many as the main focus of caries treatment plans.

In contrast, modern dental caries management should also focus on the detection of earlier stages of the disease process (e.g., non-cavitated caries lesions), and the practitioner's ability to diagnose whether or not caries lesions are likely to be "active" (e.g., currently developing or progressing) or arrested (e.g., a scar of past disease).

Thus, a clinician diagnoses the dis.ease "dental caries" in a patient not based on the detection of the lesion only but on the combination of a variety of signs and symptoms (at a tooth level diagnosis involves an assessment of disease activity). Without undertaking a diagnostic decision as to whether a lesion is active, be it progressing slowly or rapidly, or arrested, a coherent clinical treatment decision cannot be made.[22] Associated with diagnosis is the assessment of the patient's risk of developing new caries lesions. Both diagnosis and risk assessment should help the clinician to decide on treatment options.

Of utmost importance is to clearly define lesion thresholds and clinical conditions that separate surgical from non-surgical interventions, as these have immediate treatment consequences. Thus, the detection of caries lesions in its earlier clinical stages is crucial in deciding the appropriate and effective preventive intervention which will stop or reverse the caries process over time.[6,9] The ability to differentiate between the stages of lesion development, or to establish the appropriate detection thresholds for these stages, depends on the detection method and/or criteria being used.

Many criteria have been developed for the visual examination of teeth for caries lesion assessment.[4,23] As an example, an international effort created a set of harmonized criteria building on best evidence, the Inter.national Caries Detection and Assessment System (ICDAS),[23,24] which is designed to be a unifying, predominantly visual set of criteria codes based on the characteristics of clean, dry teeth at both the enamel and dentin caries levels, which is capable of assessing both caries severity and activity, and has supporting histological validation.[25,26]

Based on these criteria, a non-cavitated lesion,[1,24] commonly referred to as a "white spot lesion", can be defined as a subsurface lesion, with an apparently intact surface layer, but with demineralization present under it (Fig. 1). In fact, many visually detected non-cavitated lesions have demineralization reaching dentin. These lesions may appear as white/ yellow/brown coloration, which may be limited to the confines of the pits and fissures on occlusal surfaces, or extend beyond them. Initial incipient "white" lesions are only seen visually when teeth are dried, while more advanced "white" lesions can be seen both wet and dry. If the lesions have picked up extrinsic stain, they will be seen as "brown" lesions both wet and dry regardless of whether they are incipient or more advanced.

Because dental caries follows a dynamic but not necessarily con-

tinuous process, caries lesions can be arrested or reversed, for example by use of fluorides, before progressing to cavitation. In addition, current evidence-based recommendations by both the American Dental Association (ADA) and the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) support the use of dental sealants to arrest the caries process in non-cavitated lesions.[27, 28]

A cavitated lesion1,[24] is a lesion in which there is a discontinuity or break in the surface. By the time this occurs, demineralization has in most cases progressed histologically, radiographically and/or clinically into the dentin, and bacterial invasion of dental tissues has occurred. This is still the accepted threshold where operative intervention may be required, depending on disease activity and patient risk. The break can be limited to enamel, can include signs of undermining enamel (dark shadow around the pit and fissure; Fig. 2), or can expose dentin directly into the oral cavity (Fig. 3).

The presence of dentinal involvement, such as an underlying dark shadow, can be determined without extensive drying of the tooth surface. Use of an instrument (explorer or probe) to confirm cavitation ("catch"), especially in pits and fissures, was one of the most commonly used crite. ria to measure dental caries in the National Institute of Dental Research original survey protocol,[29] and was taught for many decades as the gold standard for caries detection. Thus it should be of no surprise that this method is still commonly used by some in practice.

However, forceful use of a sharp explorer for the sole purpose of detecting caries lesions is highly discouraged in today's practice of dentistry.[30] In fact, many dental schools today, including the University of Michigan, strongly discourage the use of an explorer under force for caries detection.[31] The evidence clearly shows that non-cavitated lesions can become damaged/cavitated simply through pressure from the explorer during examination,[32] and, in turn, accelerate lesion progression and undermine non-surgical management opportunities.[33] Furthermore, the use of the explorer does not improve accuracy of the detection pit and fissure lesions.[34]

The appropriate use of the explorer is to gently clean debris or remove plaque, very gently help confirm cavitation when in doubt, help aid in determination of lesion activity (e.g., soft dentin or rough-opaque enamel), and once the tooth is sealed or restored, to help assess the dental material's integrity and retention.[35]

Magnification may be useful for surface assessment; however, there is relatively little research on its use to assess occlusal surfaces of primary or permanent teeth. Among the in vitro studies that do exist, comparisons of visual assessment with or without magnification present conflicting results.[35] Some of the preliminary clinical data suggest that use of magnification by expert clinicians may not affect their ability to distinguish between different stages of lesion severity, but that increasing magnification may lead to more aggressive treatment decisions.[36] Thus, if magnification is to be used, it should be used with caution. It is possible that with increased magnification, non-cavitated lesions might appear cavitated, thus leading to more aggressive interventions.

For most dentists in private practice, it becomes imperative to be able to identify a patient's risk status in order to be able to develop the most cost-effective treatment strategy for that individual

There has been a concerted effort in dentistry over the last decade to identify more technologically advanced measures to detect/quantify demineralization in non-cavitated lesions.[37] These are aids to help with detection and monitoring of non-cavitated lesions, but are not stand alone diagnostic methods that can be used in place of the dentist's clinical judgment. When used correctly, they can play an important role in diagnosis of lesion activity through monitoring changes over time, and help stage the severity of a caries lesion,[38] thus helping select the most appropriate treatment choice/regimen for a particular patient in a private practice setting. Furthermore, systematic reviews have concluded that these instruments have higher sensitivity but lower specificity than traditional visual caries detection methods to detect the earlier, non-cavitated stages in the caries process.[39]

This means that because the caries rates have fallen and car-

ies progression rates have slowed in the US, the indiscriminant use of these technologies might result in a high number of false positive caries diagnoses, which could then, depending on how the instrument's "caries" call is interpreted by the user, decrease the number of teeth that could benefit from noninvasive caries management interventions.[39] Thus, these instruments can be valuable aids to allow more objective monitoring of non-cavitated lesions over time and thus help determine "lesion activity" and effectiveness of treatment, but require expertise and training for correct use and data interpretation. These are not stand alone diagnostic methods, but aids to clinical decision-making.

RISK ASSESSMENT

Risk-based, patient-centered decision-making, supported by best available evidence is an essential component for the prevention and management of dental caries. Because of the multifactorial nature of the dental caries disease process, and the fact that the disease is very dynamic (e.g., lesions can progress and/or regress), studies on risk assessment tend to be complex, with a multitude of variables challenging the prediction at different times during the life of an individual.[40,41] Opponents of this strategy maintain that it is difficult to accurately identify at risk patients, and that even if we could, the evidence on preventive measures for high-risk individuals is still not very strong.

All of this is in part true. In fact, most studies on risk assessment have been conducted in children, and there is very little evidence from adults or the elderly to help guide practitioners on how to apply risk assessment models to adult populations.[40] However, most experts and organized dentistry organizations contend that when the well-being of the patient is considered, it is more important to carry out a risk assessment incorporating the best available evidence than just doing nothing due to lack of strong evidence.

Others allege that similar preventive measures should be administered to the whole population, regardless of the risk. However, for the current environment of increasing health care costs and resource constraints, targeted health care delivery has become paramount, depending profoundly on risk assessment. If a clinician practices in an environment in which all patients have a similar risk of caries, then

PROSTHODONTICS

we agree that doing individual risk assessments would add no value to the clinician or the patient.[40] But, dental caries is unequally distributed in most populations around the world, including the United States, with a small percentage of individuals carrying the heavier burden of caries disease.[2,3] For most dentists in private practice, it becomes imperative to be able to identify a patient's risk status in order to be able to develop the most cost-effective treatment strategy for that individual. Yet, a recent survey of clinical practices within a U.S. Practice-Based Research Network suggests that a significant proportion of dentists had yet to adopt treatments based on assessment of caries risk.[42]

Based on the existing literature, most of the information needed for a caries risk assessment is readily available in a properly done health/dental history and a clinical examination, without the need of additional testing, with the subjective impression of the clinician having been shown to be very useful.[43] However, for monitoring purposes it is clear that an objective record of risk must be included in the patient's chart.

The most important factor in predicting future risk is recent caries experience and current disease activity.[11,44] This is probably because past caries experience summarizes the cumulative effect of all risk factors and protective factors to which an individual has been exposed over a lifetime, and presence of current activity would indicate a high likelihood that if conditions do not change, activity will continue in the future. This is a simple, inexpensive and fast predictor, as it only requires a dental examination.

If interproximal lesions are included in the risk analysis, then radiographs, especially radiographic follow-up of existing lesions, would enhance the diagnosis. However, a careful analysis including not only past caries experience but also all other risk (e.g., presence of plaque, frequent consumption of carbohydrates, decrease in salivary flow rate) and protective factors (e.g., exposure to fluorides) will allow the dental team and patient to understand the specific reasons for the caries disease and thus will allow them to tailor a personalized treatment plan and recall interval specifically designed to address the patient's needs.[40]

www.oralhealthgroup.com

Many expert based risk forms are now available for the clinician to use, and further describe biofilm, saliva, diet and protective factors involved in caries prog ression and protection. Examples include the American Dental Association's Caries Risk Tool,[45] the Caries Management by Risk Assessment (CA MBRA) tool for adults,[46,47] and the Cariogram.[48] However, the evidence on the validity for existing systems for caries risk assessment is still limited,[49] and more evidence-based protocols are still needed.

In general, in all these forms a low caries risk assessment is based on a combination of the following factors: no caries lesion development or pro.gression for a recent period of time (e.g., three to five years); low amount of plaque accumulation; low frequency of the patient's sugar intake; no presence of salivary problems; adequate exposure to protective factors. In addition, the following factors, whether appearing singly or in combination, would yield a moderate to high risk assessment of caries: the development of new caries lesions, the presence of active lesions, and the placement of restorations due to active disease since the patient's last examination, together with a detrimental change in amount of plaque, incremental frequency of carbohydrate consumption, decrease in saliva flow and decrease in exposure to caries protective factors.[40]

CARIES MANAGEMENT

Management of active dental caries should be based on doing the minimum necessary to restore balance in the oral environment. Some traditional approaches have unsuccessfully attempted to prevent and manage dental caries by modifying every patient's habit that was outside the "ideal behavior" presented in textbooks. This lack of success is not surprising when considering that behavioral change is very difficult to accomplish. A more realistic and more evidence-based approach looks for a more personalized strategy that demands limited and pragmatic changes in behavior that could accomplish the goal of restoring the balance. Profes.sional judgment when developing an appropriate caries management plan must take into consideration patient's risk level, reasons for this increased risk (i.e., predisposing risk factors), patient's readiness for change and the likelihood of compliance to the different possible therapies.

The main objective of restoring cavitated lesions, from a disease management perspective, is to stop the caries activity of the lesion and restore a cleansable and functional tooth surface

Numerous caries preventive therapies are available today. However, the level of evidence supporting each of the therapies is variable and clinicians should take that into consider.ation when developing the management plan. In the next few paragraphs we will present most of the options available today putting some emphasis on the level of evidence supporting them. The two preventive strategies with the highest level of supporting evidence are topical fluorides and pit and fissure sealants.

FLUORIDES

Topical fluorides have been shown to consistently reduce dental caries incidence not only in individual randomized clinical trials but also in multiple systematic reviews. Most evidence strongly suggests that its preventive effect is topical, affecting the demineralization-remineralization exchanges between tooth struc. ture and the surrounding environment. Because of its demonstrated efficacy, relative safety, and wide spread use, multiple organizations and groups recommend the use of fluoridated dentifrices and the exposure to fluoridated water by the general population (e.g., ADA, CDC, etc.).

Several systematic reviews have shown that water fluoridation is effective in reducing caries in children and adults of all social classes,[50] and by 2010, 73.9% of the US population was regularly exposed to fluoridated water. Toothbrushing with fluoride-containing dentifrices is probably the most common oral hygiene practice in the US and around the world. Dentifrices with fluoride concentrations of 1,000 ppm or above have been consistently shown to reduce dental caries in children and adolescents.[51,52]

For patients at increased risk for dental caries, additional fluoride exposure has been shown to reduce their caries incidence. Higher fluoride concentration dentifrices (1.1% or 5,000 ppm NaF) do not have the same level of supporting evidence as those at around 1,000 ppm, but because there is a dose-response preventive effect of fluoride den-

tifrices and the available clinical evidence in root surface caries[52] they should be considered for at risk patients. Adding a low strength fluoride (0.05% NaF) rinse after brushing has also been shown to be effective in reducing caries in at risk patients[53,54] and should be part of the armamentarium to manage some patients at risk.

Professionally applied fluoride products (varnishes, gels, and rinses) are also regularly recommended for caries risk patients. Fluoride varnish (5% NaF) is becoming the standard for topical fluoride applications because of its ease and short time of application, safety, and significant body of clinical evidence.[55]

Lastly, in some instances where fluoridated water is not available, prescription of fluoride supplements can be considered for young children. The use of fluoride supplements has been associated with a reduction in caries incidence. The effect is clear in permanent teeth; but the evidence is not as compelling for deciduous teeth.[56]

DENTAL SEALANTS

Sealing of pits and fissures is the other preventive strategy supported with large amounts of clinical data. Numerous studies have shown that resin-based dental sealants effectively prevent dental caries in pits and fissures of permanent molars.[57,12,13] Preventing caries development in pits and fissures is of upmost importance since most caries lesions originate at these anatomical locations. Furthermore, limited evidence suggests that sealants are more effective in preventing dental caries in pits and fissures than fluoride varnish.[58]

Glass ionomer-based dental seal.ants are also available and frequently used in teeth that are difficult to isolate. Data from clinical studies using glass ionomer materials as dental sealants suggest they might also be effective in preventing dental caries, but the evidence level at the moment is lower than that for resin based sealants, which affects our ability to provide definitive guidelines or rec-ommendations about glass ionomer sealant use.[57,59]

Efficacy is not limited to preventing lesion formation in pits and fissures, dental sealants are also effective in managing non-cavitated caries lesions,[12,13] and thus have been recommended for this purpose by both the ADA28 and CDC27. Developing a barrier between the biofilm and the caries lesion leads to the arrest of the lesion. As with professionally applied and prescribed fluoride products, dental sealants are recommended for teeth at risk for dental caries.[57]

ANTIMICROBIALS

Considering that dental caries requires the presence of a cariogenic biofilm (i.e., dental plaque able to produce dental caries), antimicrobial strategies to manage dental caries have been developed. Most of the research about the caries preventive properties potential of antimicrobials has been conducted on chlorhexidine or sugar alcohol based products. Chlorhexidine rinse (0.12%) has been shown to reduce dental plaque[60] and particularly mutans streptococci in saliva.[61] However, as suggested by a recent ADA evidence based review, the limited number of good quality studies that are available show no beneficial effect of chlorhexidine rinse in reducing dental caries.[62] Results from a recent clinical study showed a preventive effect of chlorhexidine rinse when used as part of a preventive regimen that included a fluoride mouthrinse.[63] Unfortunately, this study did not demonstrate an independent effect of the chlorhexidine rinse. In addition, chlorhexidine/thymol varnishes to be applied professionally have recently become available in the United States. Up to now, the available evidence supports their use only for elderly adults for the prevention of root caries.[62]

Numerous studies have shown the anticaries effects of polyols, particularly xylitol because of its antimicrobial properties. In these studies, xylitol has been delivered in a wide variety of vehicles such as chewing gums, lozenges/candies, toothpastes, etc. Available evidence clearly shows that xylitol is non-cariogenic and has an antimicrobial effect that is dose and frequency dependent. Furthermore, recent systematic reviews have consistently concluded that the regular use of xylitol or polyol-combinations in chewing gum and lozenges is an effective adjunct in coronal caries prevention. Subsequently, most health organizations worldwide recommend the use of it for patients at high risk of dental caries.[64] According to a recent ADA evidence based review,[62] daily use of xylitol-containing lozenges/hard candies that are dissolved slowly in the mouth after meals may reduce the incidence of coronal caries in children five or older (five to eight grams/day divided into two to three doses).

Lastly, experimental data have shown that triclosan and iodine have antimicrobial properties. However, as stated recently by the ADA, there is insufficient evi-

dence available to support that either one is able to reduce dental caries.[62]

CALCIUM BASED STRATEGIES

A variety of products containing calcium in different forms (e.g., calcium attached to casein derivates, calcium sodium phosphosilicate, etc.) have been recently introduced to the market to prevent dental caries, mainly via remineralization. The rationale for this approach is that while saliva is supersaturated with respect to enamel and dentin, precipitation of its minerals is severely limited by the presence of proteins. Therefore, providing calcium ions that could become available during a cariogenic challenge would shift the balance in favor of remineralization.[65]

While the idea remains interesting, the evidence supporting its clinical efficacy is still very limited. Recent systematic reviews have concluded that although there are some clinical studies supporting the remineralization potential of some of these formulations, there is yet no sufficient evidence from clinical trials demonstrating that any of these products prevent dental caries.[62,66]

MANAGEMENT OF CAVITATED LESIONS

Cavitated caries lesions that limit regular dental plaque removal are likely to progress and require restorative treatment as part of the caries management for that patient.[67] The main objective of restoring cavitated lesions, from a disease management perspective, is to stop the caries activity of the lesion and restore a cleansable and functional tooth surface. The introduction of adhesive materials with mechanical and physical properties has revolutionized the design of cavity preparations allowing for much more conservative restorative dentistry. Cavitated caries lesions should be restored using minimally invasive principles minimizing the removal of tissue, with the goal of preserving as much tooth structure as possible.

CONCLUSIONS

Patient-centered "personalized" prevention and management of dental caries should be based on restoring the balance in the oral environment, with the goal of preserving tooth structure, using best evidence available and taking into consideration the dentist's expertise and the individual needs of the patient. Accurate detection of cavitated and non-cavitated lesions, determination of lesion activity, and a patient's risk of future disease are the cornerstones of modern patient-centered caries management. Classical preventive approaches such as dental sealants, fluorides, and restorative treatment, and recognizing their limitations, remain the strategies with the best level of evidence supporting their efficacy and should be considered as the first line of treatment for patients at risk of dental caries. Antimicrobials and calcium-based products that have shown promise should be considered as adjunct therapies, not replacement, to the first line of defense treatments. Lastly, regular dental plaque removal and reduction of fermentable carbohydrate consumption should be encouraged, recognizing that this recommendation is based mainly on expert opinions and anecdotal evidence most likely due to the lack of compliance commonly found in at risk patients. OH

Reprinted with permission. Journal of the Michigan Dental Association. April 2013 issue.

Dr. Margherita Fontana is an associate professor in the Department of Cariology, Restorative Sciences and Endodontics at the University of Michigan School of Dentistry in Ann Arbor.

Dr. Carlos Gonzalez Cabezas is an associate professor in the Department of Cariology, Re.storative Sciences and Endodontics at the University of Michigan School of Dentistry in Ann Arbor.

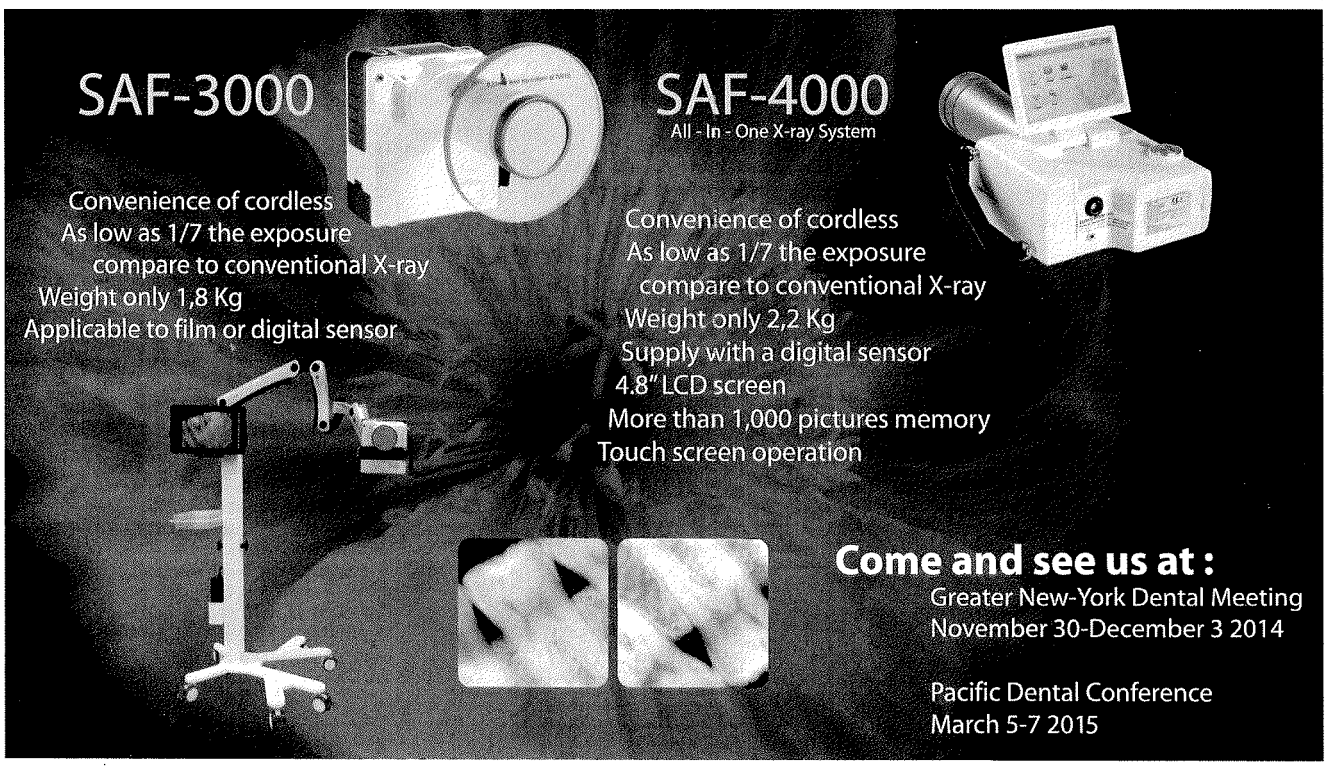
Dr. Mark Fitzgerald is an associate professor and associate chair of the Department of Cariol. ogy, Restorative Sciences and Endodontics at the University of Michigan School of Dentistry in Ann Arbor.

REFERENCES

1. Fontana M, Young D, Wolff M, Pitts N, Longbot.tom C. Defining Dental Caries for 2010 and beyond. Dent Clin N Am 2010; 54: 423–440.
2. Dye BA, Tan S, Smith V, Lewis BG, Thornton-Evenas G, Eke PI, Beltrán-Aguilar ED, Horowitz AM, Li C-H. Trends in oral health status: United States, 1988.1994 and 1999-2004. Vital and Health Statistics 2007. Series 11(248). 92 + vii.
3. Dye BA, Li X, Beltran-Aguilar ED. Selected oral health indicators in the United States 2005-2008. Na.tional Center for Health Statistics data brief, no. 96. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2012.
4. Pitts NB, Stamm JW. International Consensus Workshop on Caries Clinical Trials (ICW-CCT)—final consensus statements: agreeing where the evidence leads. J Dent Res 2004; 83(Spec No C):125-128.
5. Ferreira Zandoná A, Santiago E, Eckert GJ, Katz BP, Pereira de Oliveira S, Capin OR, Mau M, Zero DT. The Natural History of Dental Caries Lesions: A 4-year Observational Study. J Dent Res 2012; 91(9):841-6.
6. Pitts NB. Modern Concepts of Caries Measure.ment. J Dent Res 2004; 83 (Special Issue C): 43-47.
7. Featherstone JD. The caries balance: the basis for caries management by risk assessment. Oral Health Prev Dent 2004; 2 Suppl 1:259-64.
8. Fontana M, Young D, Wolff M. Evidence Based Caries Risk Assessment and Management. Dental Clin.ics of North America 2009; 53: 149–161.
9. Pitts NB. Are we ready to move from operative to non-operative/preventive treatment of dental caries in clinical practice? Caries Res 2004; 38:294-304.
10. Zero D, Fontana M, Lennon AM. Clinical appli.cations and outcomes of using indicators of risk in caries management. J Dent Educ 2001; 65(10):1126-32.
11. National Institutes of Health. Diagnosis and management of dental caries throughout life. Consensus Development Conference statement, March 26-28, 2001. J Dent Educ 2001; 65:1162-1168.
12. Griffin SO, Oong E, Kohn W, Vidakovic B, Gooch BF, CDC Dental Sealant Systematic Review Work Group: Bader J, Clarkson J, Fontana MR, Meyer DM,

Rozier RG, Weintraub JA, Zero DT. The effective.ness of sealants in managing caries lesions. J Dent Res 2008; 87:169-174.
13. Oong EM, Griffin SO, Kohn WG, Gooch BF, Caufield PW. The effect of dental sealants on bacteria levels in caries lesions. A review of the evidence. J Am Dent Assoc 2008; 139:271-278.
14. Thompson V, Craig RG, Curro FA, Green WS, Ship JA. Treatment of deep carious lesions by complete excavation or partial removal. A critical review. J Am Dent Assoc 2008; 139(6):705-712.
15. Ricketts DN, Kidd EA, Innes N, Clarkson J. Complete or ultraconservative removal of decayed tis.sue in unfilled teeth. Cochrane Database Syst Rev, 2006. Jul 19;(3):CD003808.
16. Ismail AI, Tellez M, Pitts NB, Ekstrand KR, Rick.etts D, Longbottom C, Eggertsson H, Deery C, Fisher J, Young DA, Featherstone JDB, Evans W, Zeller GG, Zero D, Martingon S, Fontana M, Zandona A. Caries Management Pathways. Preserve Dental Tissues and Promote Oral Health. Comm Dent Oral Epidemiol, 2013; 41(1):e12-e40.
17. Frenchen JE, Peters MC, Manton DJ, Leal SC, Gordan VV, Eden E. Minimal intervention dentistry for managing dental caries-a review. Report of a FDI task group. Int Dent Journal 2012; 62:223-243.
18. Fontana M, Wolff M. Opportunities and Chal.lenges for Caries Management. J Calif Dent Associ 2011; 39(10):702-708.
19. American Dental Association. Policy on Evi.dence Based Dentistry. http://www.ada.org/1754.aspx. Accessed on Nov 29, 2012.
20. Bader JD, Shugars DA. Issues in the adoption of new methods of caries diagnosis; in Stookey GK (eds): Early Detection of Dental Caries. Indianapolis, Indiana University School of Dentistry, 1996, pp 11–26.
21. Nyvad, B. Diagnosis versus Detection of caries. Caries Res 2004; 38:192-198.
22. Kidd E. How Clean Must A Cavity Be Before Restoration? Caries Res 2004; 38:305-313.
23. Pitts N. "ICDAS"—an international system for caries detection and assessment beir g developed to facilitate caries epidemiology, research and appropriate clinical management. Community Dent Health 2004; 21:193 -198.
24. International Caries Detection and Assessment System. www.ICDAS.org. Accessed Nov 29, 2012.
25. Jablonski-Momeni A, Stachniss V, Ricketts DN, Heinzel-Gutenbrunner M, Pieper K. Reproducibility and Accuracy of the ICDAS-II for Detection of Occlusal Caries in vitro Caries Res 2008; 42:79-87.
26. Shoaib L, Deery C, Ricketts DNJ, Nugent ZJ. Validity and Reproducibility of ICDAS II in Primary Teeth. Caries Res 2009; 43:442-448.
27. Gooch BF, Griffin SO, Gray SK, Kohn WG, Ro.zier RG, Siegal M, Fontana M, Brunson D, Carter N, Curtis DK, Donly KJ, Haering H, Hill LF, Hinson HP, Ku.mar J, Lampiris L, Mallatt M, Meyer DM, Miller WR, Sanzi-Schaedel SM, Simonson R, Truman BI, Zero DT. Preventing dental caries through school-based sealant programs: Updated recommendations and reviews of evidence. J Am Dent Assoc 2009; 140(11):1356 –1365.
28. Beauchamp J, Caufield PW, Crall JJ, Donly K, Feigal R, Gooch B, Ismail A, Kohn W, Siegal M, Simon.sen R. Evidence-based clinical recommendations for the use of pit-and-fissure sealants. A report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs. J Am Dent Assoc 2008; 139:257-268.
29. Radike AW. Criteria for the Diagnosis of Dental Caries. American Dental Assoc ation. Proceedings of the Conference on the Clinical Testing of Cariogenic Agents, Chicago: The American Dental Association, 1968: 87-88.
30. American Dental Association, Council on Scien.tific Affairs. Treating caries as an infectious disease. J Am Dent Assoc 1995; 125(Spec Iss):2S-15S.
31. Fontana M, Horlak D, Sharples S, Wolff M, Young D. Teaching of Cariology in US Dental Schools. J Dent Res 2012; 91(Special Issue A):313.
32. Ekstrand K, Qvist V, Thylstrup A. Light micro.scope study of the effect of probing in occlusal surfaces. Caries Res 1987; 21:363-374.
33. van Dorp CS, Exterkate RA, ten Cate JM. The effect of dental probing on subsequent enamel deminer. alization. ASDC J Dent Child 1988; 55:343-347.
34. Penning C, van Amerongen JP, Seef RE, ten Cate JM. Validity of probing for fissure caries diagnosis. Caries Res 1992; 26:445-449.
35. Fontana M, Zero D, Beltrán-Aguilar E, Grey SK. Techniques for tooth surface assessments in school-based sealant programs. J Amer Dent Associ 2010; 141(7):854-860
36. Stump A, Fontana M, Gonzalez-Cabezas C, Platt JA, Willis L, Eckert G. The Effect of Magnification on Occlusal Carious Lesion Treatment Decisions. J Dent Res 2011; 90(Special Issue A):2554.
37. Fontana M, Gonzalez-Cabezas C. Changing paradigm. A different view of caries lesions. Compen. dium 2011; 32(Special Issue 4):24-27.
38. Stookey GK, Gonzalez Cabezas C. Emerging methods of caries diagnosis. J Dent Educ 2001; 65:1001-1006.
39. Bader JD, Shugars DA. A systematic review of the performance of a laser fluorescence device for de.tecting caries. J Am Dent Assoc 2004; 135:1413-1426.
40. Fontana and Gonzalez-Cabezas. Minimal inter.vention dentistry part 2. Caries risk assessment in adults. British Dental Journal 2012; 213:447–451.
41. Twetman S, Fontana M, Featherstone J. Risk as.sessment – can we reach consensus? Commu Dent Oral Epidemiol 2012 (In Press)

First Mobile Dental X-ray approved in Canada
www.safaridental.com 1-800-567-0013



42. Riley JL III, Gordan VV, Rindal DB, Fellows JL, Ajmo CT, Amundson C, Anderson GA, Gilbert G H. Preferences for caries prevention agents in adult pa.tients: findings from the dental practice–based research network. Community Dent Oral Epidemiol 2010; 38: 360–370.
43. Disney JA, Graves RC, Stamm JW, Bohannan HM, Abernathy JR, Zack D. The University of North Carolina caries risk assessment study: further develop.ments in caries risk prediction. Community Dent Oral Epidemiol 1992; 20: 64-75.
44. Zero D, Fontana M, Lennon AM. Clinical Ap.plications and outcomes of using indicators of risk in car.ies management. J Dent Educ 2001; 65: 12-18.
45. American Dental Association (2008). Caries Form (Patients Over 6 Years Of Age). www.ada.Org/Sections/Professionalresources/ Docs/Topics_Caries_Over6.Doc. Accessed on Nov 29, 2012.
46. Featherstone JDB, Doméjean-Orliguet S, Jen.son L, Wolff M, Young D. Caries risk assessment in prac.tice for age 6 through adult. J Calif Dent Assoc 2007; 35:703 -13.
47. Doméjean S, White JM, Featherstone JD. Vali.dation of the CDA CAMBRA caries risk assessment— a six-year retrospective study. J Calif Dent Assoc. 2011; 39:709-15.
48. Campus G, Cagetti MG, Sale S, Car ta G, Ling.ström P. Cariogram validity in schoolchildren: a two-year follow-up study. Caries Res 2012; 46:16-22.
49. Tellez M, Gomez J, Pretty I, Ellwood R, Ismail AI. Evidence on existing caries risk assessment systems: are they predictive of future caries?. Community Dent Oral Epidemiol 2012. Sep 15. doi: 10.1111/cdoe.12003. [Epub ahead of print]
50. Parnell C, Whelton H, O'Mullane D. Water fluo.ridation. Eur Arch Paediatr Dent 2009; 10(3):141-8.
51. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2010; 20(1):CD007868.
52. Wong MC, Clarkson J, Glenny AM, Lo EC, Marinho VC, Tsang BW, Walsh T, Worthington HV. Co.chrane reviews on the benefits/risks of fluoride tooth.pastes. J Dent Res 2011; 90(5):573-9.
53. Gibson G, Jurasic MM, Wehler CJ, Jones JA. Supplemental fluoride use for moderate and high caries risk adults: a systematic review. J Public Health Dent 2011; 71(3):171-84.
54. Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in chil.dren and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2003; (3):CD002284.
55. Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride varnishes for preventing dental caries in chil.dren and adolescents. Cochrane Database of Syst Rev 2002; Issue 1. Art. No.: CD002279. DOI: 10.1002/14651858.CD0C2279.
56. Tubert-Jeannin S, Auclair C, Amsallem E, Tra.mini P, Gerbaud L, Ruffieux C, Schulte AG, Koch MJ, Rège-Walther M, Ismail A. Fluoride supplements (tab.lets, drops, lozenges or chewing gums) for preventing dental caries in childrer. Cochrane Database Syst Rev 2011; 7(12):CD007592.
57. Ahovuo-Saloranta A, Hiiri A, Nordblad A, Mäkelä M, Worthington HV. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of chil.dren and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2008; 8(4):CD001830.
58. Hiiri A, Ahovuo-Saloranta A, Nordblad A, Mäkelä M. Pit and fissure sealants versus fluoride var.nishes for preventing dental decay in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2010; 17(3):CD003067.
59. Kühnisch J, Mansmann U, Heinrich-Weltzien R, Hickel R. Longevity of materials for pit and fissure seal.ing—results from a meta-analysis. Dent Mater 2012; 28(3):298-303.
60. Berchier CE, Slot DE, Van der Weijden GA. The efficacy of 0.12% chlorhexidine mouthrinse compared with 0.2% on plaque accumulation and periodontal pa.rameters: a systematic review. J Clin Periodontol 2010; 37(9):829-39.
61. Ribeiro LG, Hashizume LN, Maltz M. The effect of different formulations of chlorhexidine in reducing lev.els of mutans streptococci in the oral cavity: A system.atic review of the literature. J Dent. 2007; 35(5):359-70.
62. Rethman MP, Beltrán-Aguilar ED, Billings RJ, Hujoel PP, Katz BP, Milgrom P, Sohn W, Stamm JW, Wat.son G, Wolff M, Wright JT, Zero D, Aravamudhan K, Frantsve-Hawley J, Meyer DM; American Dental Asso.ciation Council on Scientific Affairs Expert Panel on Nonfluoride Caries-Preventive Agents. Nonfluoride car.ies-preventive agents: executive summary of evidence-based clinical recommendations. J Am Dent Assoc 2011; 142(9):1065-1071.
63. Featherstone JD, White JM, Hoover CI, Rapozo-Hilo M, Weintraub JA, Wilson RS, Zhan L, Gansky SA. A randomized clinical trial of anticaries therapies targeted according to risk assessment (caries management by risk assessment). Caries Res 2012; 46(2):118-29.
64. Fontana M, González-Cabezas C. Are we ready for definitive clinical guidelines on xylitol/polyol use? Adv Dent Res 2012; 24(2):123-8.
65. Cochrane NJ, Cai F, Huq NL, Burrow MF, Reyn.olds EC. New approaches to enhanced remineralization of tooth enamel. J Dent Res 2010; 89(11):1187-97.
66. Azarpazhooh A, Limeback H. Clinical efficacy of casein derivatives: a systematic review of the litera.ture. J Am Dent Assoc 2008; 139(7):915-24
67. Kidd AM. Clinical threshold for carious tissue removal. Dent Clin N Am 2010; 54:541-549.

Want to know more about our free appraisals?

Contact **Cassandra Paolella**, Sales Representative by phone at 866-853-5344 or by email at cpaolella@hillkindy.com for more information

Hill Kindy

Derek Hill CPA., CA. Broker of Record

Hill Kindy Practice Sales & Realty Inc., Brokerage • 264 Welland Avenue, Suite 2Q St. Catharines, Ontario L2R 2P8 • hillkindy.com

THE JOURNAL OF THE AMERICAN DENTAL ASSOCIATION

JADA

Preventing Dental Caries Through School-Based Sealant Programs: Updated Recommendations and Reviews of Evidence

Barbara F. Gooch, Susan O. Griffin, Shellie Kolavic Gray, William G. Kohn, R. Gary Rozier, Mark Siegal, Margherita Fontana, Diane Brunson, Nancy Carter, David K. Curtis, Kevin J. Donly, Harold Haering, Lawrence F. Hill, H. Pitts Hinson, Jayanth Kumar, Lewis Lampiris, Mark Mallatt, Daniel M. Meyer, Wanda R. Miller, Susan M. Sanzi-Schaedel, Richard Simonsen, Benedict I. Truman and Domenick T. Zero

J Am Dent Assoc 2009;140;1356-1365

The following resources related to this article are available online at jada.ada.org (this information is current as of March 25, 2010):

Updated information and services including high-resolution figures, can be found in the online version of this article at:
http://jada.ada.org/cgi/content/full/140/11/1356

Information about obtaining **reprints** of this article or about permission to reproduce this article in whole or in part can be found at:
http://www.ada.org/prof/resources/pubs/jada/permissions.asp

Downloaded from jada.ada.org on March 25, 2010

© 2010 American Dental Association. The sponsor and its products are not endorsed by the ADA.

Preventing dental caries through school–based sealant programs

Updated recommendations and reviews of evidence

Barbara F. Gooch, DMD, MPH; Susan O. Griffin, PhD; Shellie Kolavic Gray, DMD, MPH; William G. Kohn, DDS; R. Gary Rozier, DDS, MPH; Mark Siegal, DDS, MPH; Margherita Fontana, DDS, PhD; Diane Brunson, RDH, MPH; Nancy Carter, RDH, MPH; David K. Curtis, DMD; Kevin J. Donly, DDS, MS; Harold Haering, DMD; Lawrence F. Hill, DDS, MPH; H. Pitts Hinson, DDS, MS; Jayanth Kumar, DDS, MPH; Lewis Lampiris, DDS, MPH; Mark Mallatt, DDS, MSD; Daniel M. Meyer, DDS; Wanda R. Miller, RN, MA, NCSN, FNASN; Susan M. Sanzi-Schaedel, RDH, MPH; Richard Simonsen, DDS, MS; Benedict I. Truman, MD, MPH; Domenick T. Zero, DDS, MS

Health care professionals often provide prevention services in schools to protect and promote the health of students.[1] School programs can increase access to services, such as dental sealant placement, especially among vulnerable children less likely to receive private dental care.[2] In addition, school programs have the potential to link students with treatment services in the community and facilitate enrollment of eligible children in public insurance programs, such as Medicaid and the Children's Health Insurance Program.[3]

In 2001, the independent, nongovernmental Task Force on Community Preventive Services completed a systematic review of published scientific studies demonstrating strong evidence that school sealant programs were effective in reducing the incidence of caries.[4,5] The median decrease in occlusal caries in posterior teeth among children aged 6 through 17 years was 60 percent. On the basis of these findings, the task force recommended that school sealant programs be part of a comprehensive community strategy to prevent dental caries.[4,5] These programs typically are implemented in schools that serve children from low-income families and focus primarily on those

ABSTRACT

JADA CE CONTINUING EDUCATION ARTICLE 1

Background. School-based sealant programs (SBSPs) increase sealant use and reduce caries. Programs target schools that serve children from low-income families and focus on sealing newly erupted permanent molars. In 2004 and 2005, the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, sponsored meetings of an expert work group to update recommendations for sealant use in SBSPs on the basis of available evidence regarding the effectiveness of sealants on sound and carious pit and fissure surfaces, caries assessment and selected sealant placement techniques, and the risk of caries' developing in sealed teeth among children who might be lost to follow-up. The work group also identified topics for which additional evidence review was needed.

Types of Studies Reviewed. The work group used systematic reviews when available. Since 2005, staff members at CDC and subject-matter experts conducted several independent analyses of topics for which no reviews existed. These reviews include a systematic review of the effectiveness of sealants in managing caries.

Results. The evidence supports recommendations to seal sound surfaces and noncavitated lesions, to use visual assessment to detect surface cavitation, to use a toothbrush or handpiece prophylaxis to clean tooth surfaces, and to provide sealants to children even if follow-up cannot be ensured.

Clinical Implications. These recommendations are consistent with the current state of the science and provide appropriate guidance for sealant use in SBSPs. This report also may increase practitioners' awareness of the SBSP as an important and effective public health approach that complements clinical care.

Key Words. Caries; evidence-based dentistry; pit-and-fissure sealants; preventive dentistry; public health/community dentistry.

JADA 2009;140(11):1356-1365.

Downloaded from jada.ada.org on March 25, 2010

Copyright © 2009 American Dental Association. All rights reserved. Reprinted by permission.

in second and sixth grades, because high percentages of these children are likely to have newly erupted permanent molars.[6]

Available data show that children aged 6 through 11 years from families living below the federal poverty threshold (approximately $21,800 annually for a family of four in 2008)[7] are almost twice as likely to have developed caries in their permanent teeth as are children from families with incomes greater than two times the federal poverty threshold (28 percent versus 16 percent).[8] Overall, about 90 percent of carious lesions are found in the pits and fissures of permanent posterior teeth, with molars being the most susceptible tooth type.[9,10] Unfortunately, only about one in five children, or 20 percent, aged 6 though 11 years from low-income families has received sealants, a proportion that is notably less than the 40 percent of children from families with incomes greater than two times the poverty threshold.[8] Significant disparities also exist according to race/ethnicity, with non-Hispanic African American (21 percent) and Mexican American (24 percent) children aged 6 through 11 years less likely to have received sealants than non-Hispanic white children (36 percent).[8]

School sealant programs can be an important intervention to increase the receipt of sealants, especially among underserved children. For example, the results of a study in Ohio confirmed that programs directed toward low-income children substantially increased the use of dental sealants.[11] Furthermore, sealant programs could reduce or eliminate racial and economic disparities in sealant use if programs were provided to all eligible, high-risk schools,[11] such as those in which 50 percent or more of the children are eligible for free or reduced-price meals.[6]

Differences of opinion among clinicians regarding the management of caries, caries assessment and sealant placement procedures[12-14] have led some to question the effectiveness of certain practices, such as sealing teeth that have incipient caries or sealing without first obtaining diagnostic radiographs. Partly on the basis of the need to address these questions, the Association of State and Territorial Dental Directors asked the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, to review and update sealant guidelines last revised in 1994.[15] Staff members of CDC agreed to undertake this review, especially because new information had become available regarding the effectiveness of sealants, the prevalence of caries and sealants in children and young adults in the United States, and techniques for caries assessment and sealant placement.

This report provides updated recommendations for sealant use in school-based sealant programs (SBSPs) (that is, programs that provide sealants in schools).[2] We also inform dental practitioners about the evidence regarding the effectiveness of SBSPs and practices. This evidence provides the basis for the updated recommendations.

Practitioner awareness is important because dentists in private practice likely will see children who have received sealants in school-based programs and might themselves be asked to participate in or even implement such programs. In addition, this report can help address questions from parents, school administrators and other stakeholders. Finally, we discuss the consistency between these recommendations for SBSPs and evidence-based clinical recommendations for sealant use developed recently by an expert panel convened by the American Dental Association (ADA) Council on Scientific Affairs[16] (the ADA sealant recommendations).

METHODS

The CDC supported two meetings (in June 2004 and April 2005) of a work group consisting of experts in sealant research, practice and policy, as well as caries assessment, prevention and treatment. The work group also included representatives from professional dental organizations. The work group addressed questions about the following topics (Box):

- effectiveness of sealants on sound and carious pit and fissure surfaces;
- methods for caries assessment before sealant application;
- effectiveness of selected placement techniques;
- risk of developing caries in sealed teeth among children who might be lost to follow-up and for whom sealant retention cannot be ensured.

Based in part on the content of the meeting presentations and discussions, the work group drafted recommendations and identified areas in which additional evidence review was necessary.

The work group used published findings of systematic reviews when available. Since the last

ABBREVIATION KEY. ADA: American Dental Association. **CDC:** Centers for Disease Control and Prevention. **IFUs:** Instructions for use. **RCTs:** Randomized controlled trials. **SBSPs:** School-based sealant programs.

Copyright © 2009 American Dental Association. All rights reserved. Reprinted by permission.

Downloaded from jada.ada.org on March 25, 2010

BOX

Topics and questions discussed by work group.

EFFECTIVENESS OF SEALANTS

- What is the effectiveness of sealants in preventing the development of caries on sound pit and fissure surfaces?
- What is the effectiveness of sealants in preventing the progression of noncavitated or incipient carious lesions to cavitation?
- What is the effectiveness of sealants in reducing bacteria levels in cavitated carious lesions?

ASSESSMENT METHODS

- Which caries assessment methods should be used in school-based sealant programs (SBSPs) to differentiate pit and fissure surfaces that are sound or noncavitated from those that are cavitated or have signs of dentinal caries?

SURFACE PREPARATION BEFORE ACID ETCHING

- What surface cleaning methods or techniques are recommended by manufacturers for unfilled resin-based sealants (self-curing and light-cured) commonly used in SBSPs?
- What is the effect of clinical procedures—specifically, surface cleaning or mechanical preparation methods with use of a bur before acid etching—on sealant retention?

FOUR-HANDED TECHNIQUE

- Does use of a four-handed technique in comparison with a two-handed technique improve sealant retention?

CARIES RISK ASSOCIATED WITH LOST SEALANTS

- Are teeth in which sealants are lost at a higher risk of developing caries than are teeth that were never sealed?

meeting of the group in 2005, staff members of CDC and another expert group completed a systematic review to determine the effectiveness of sealants in managing caries progression and bacteria levels in carious lesions. The results of that review[17,18] also supported the ADA sealant recommendations.[16] For questions about other topics for which there were no existing reviews, CDC staff members conducted analyses of the available evidence and published these results in peer-reviewed journals.[19-21]

Clinical studies. For these analyses, we searched electronic databases (that is, MEDLINE, Embase, Cochrane Library and Web of Science) to identify clinical studies that focused primarily on sealant outcomes resulting from different surface preparation and placement techniques. In some cases, few, if any, clinical trials directly compared in the same study sealant retention resulting from different placement techniques. In these situations, we performed bivariate and multivariate analyses to compare sealant retention across studies. For example, we compared sealant retention in studies that involved handpiece prophylaxis with retention in studies that involved toothbrush prophylaxis, and studies that involved a four-handed technique with studies that involved a two-handed technique.[19,21] Lastly, in light of the work group's recommendation that clinicians consult manufacturers' instructions regarding surface preparation before acid etching, we described the range of manufacturers' instructions for surface preparation for unfilled resin-based sealants,[21] which commonly are used in school programs.[22]

Scientific evidence. For each question addressed by the work group, we summarized the relevant scientific information. On the basis of recognized systems for grading the quality of scientific evidence, we assigned the highest level of confidence generally to findings of systematic reviews and randomized controlled trials (RCTs).[23-25] Random assignment of study participants to treatment and control groups is the study design most likely to fully control for the effect of other factors on sealant effectiveness or retention. The systematic review involves the use of a standard procedure to synthesize findings from the best available clinical studies, usually RCTs.

We generally assigned lower levels of confidence to findings from studies with other designs. Beyond this qualitative assessment of the evidence, neither the work group nor CDC staff members made any attempt to grade the quality of the evidence or directly relate each recommendation to the strength of the evidence. We did not independently review the design or quality of the systematic reviews and comparative studies. All included studies were published in the peer-reviewed scientific literature.

QUESTIONS AND KEY FINDINGS

The work group addressed the following questions.

Sound pit and fissure surfaces. What is the effectiveness of sealants in preventing the development of caries on sound pit and fissure surfaces?

Systematic reviews have found strong evidence of sealant effectiveness on sound permanent posterior teeth in children and adolescents. A meta-analysis of 10 studies of a one-time placement of autopolymerized sealants on permanent molars in children found that the sealants reduced dental caries by 78 percent at one year and 59 percent at four or more years of follow-up.[26] (A meta-analysis is a review that involves the use of quantitative methods to combine the statistical measures from two or more studies and generates a weighted

Copyright © 2009 American Dental Association. All rights reserved. Reprinted by permission.

Downloaded from jada.ada.org on March 25, 2010

average of the effect of an intervention, the degree of association between a risk factor and a disease or the accuracy of a diagnostic test.)[27]

Similarly, a meta-analysis of five studies of resin-based sealants found reductions in caries ranging from 87 percent at 12 months to 60 percent at 48 to 54 months.[28] A third meta-analysis of 13 studies also found that sealants were effective, but estimates of caries reductions attributed to sealant placement were lower (33 percent from two to five years after placement).[29] The lower estimates might reflect the inclusion of studies that examined sealants polymerized by ultraviolet light (that is, first-generation sealant materials no longer marketed in the United States) and studies involving exposures to other preventive interventions, such as fluoride mouthrinses.[29]

Summary of evidence. Systematic reviews[26,28,29] have found that sealants are effective in preventing the development of caries on sound pit and fissure surfaces in children and adolescents.

Systematic reviews have found that sealants are effective in preventing the development of caries on sound pit and fissure surfaces in children and adolescents.

Noncavitated or incipient lesions. What is the effectiveness of sealants in preventing the progression of noncavitated or incipient carious lesions to cavitation?

A meta-analysis of six studies of sealant placement on teeth with noncavitated carious lesions found that sealants reduced by 71 percent the percentage of lesions that progressed up to five years after placement in children, adolescents and young adults.[17] We define noncavitated carious lesions as lesions with no discontinuity or break in the enamel surface. Findings across each of the six studies were consistent.

Summary of evidence. A systematic review[17] found that pit-and-fissure sealants are effective in reducing the percentage of noncavitated carious lesions that progressed to cavitation in children, adolescents and young adults.

Bacteria levels. What is the effectiveness of sealants in reducing bacteria levels in cavitated carious lesions?

A systematic review of the effects of sealants on bacteria levels in cavitated carious lesions found no significant increases in bacteria under sealants.[18] Sealants lowered the number of viable bacteria, including *Streptococcus mutans* and lactobacilli, by at least 100-fold and reduced the number of lesions with any viable bacteria by about 50 percent.

Summary of evidence. A systematic review[18] found that pit-and-fissure sealants are effective in reducing bacteria levels in cavitated carious lesions in children, adolescents and young adults.

Assessment of caries on surfaces to be sealed. Which caries assessment methods should be used in SBSPs to differentiate pit and fissure surfaces that are sound or noncavitated from those that are cavitated or have signs of dentinal caries?

In 2001, investigators conducting a systematic review for the National Institutes of Health Consensus Development Conference on Diagnosis and Management of Dental Caries Throughout Life[30] concluded that the relative accuracy of methods of identifying carious lesions could not be determined from the available studies. The systematic review evaluated evidence regarding the following methods: visual inspection, visual/tactile inspection, radiographic assessment, fiber-optic transillumination, electrical conductance and laser fluorescence. The authors also examined the improvement in accuracy resulting from the addition of radiographs to visual assessment in the detection of dentinal lesions on occlusal surfaces.

The review judged the quality of evidence available for assessment of the relative accuracy of the diagnostic methods as "poor." The authors rated the evidence as poor because there were few relevant studies, the study quality was lower than average and/or the studies included a wide range of observed measures of accuracy. Because of the poor quality of the available evidence, the investigators could not determine the relative accuracy of the assessment methods. Most of the studies compared assessment methods with a histologic determination of caries. For the identification of cavitated lesions, however, the authors of the systematic review also accepted visual or visual/tactile inspection—the principal methods dentists use to identify cavitated lesions—as a valid standard.[31,32]

More recently, an international team of caries researchers developed an integrated system for caries detection based on a review of the best available evidence and contemporary caries detection criteria.[33,34] In this system, clinicians use

Downloaded from jada.ada.org on March 25, 2010

Copyright © 2009 American Dental Association. All rights reserved. Reprinted by permission.

visual criteria alone to document the extent of enamel breakdown, including distinct cavitation into dentin, the presence of an underlying dark shadow from dentin and the exposure of dentin. Researchers have correlated the visual criteria in this integrated system with the extent of carious demineralization into dentin.[33,35] With this system, clinicians can determine cavitation into dentin or find evidence of dentinal involvement, such as an underlying dark shadow, without extensive drying of the tooth.[16,33]

Other widely used criteria for epidemiologic and clinical caries studies also have relied on visual and visual/tactile assessment.[36-38] These criteria describe frank cavitation as "a discontinuity of the enamel surface caused by loss of tooth substance"[38] or an "unmistakable cavity."[36] In these assessments, the examiner uses an explorer primarily in noncavitated lesions to determine the softness of the floor or walls or the presence of weakened enamel. Findings of clinical and in vitro studies, however, indicate that use of a sharp explorer, even with gentle pressure, can result in defects or cavitations that could introduce a pathway for caries progression.[39-42]

Technologically advanced tools such as laser fluorescence are designed to assist the dentist in interpreting visual cues in detecting and monitoring lesions over time, especially early noncavitated lesions. Findings of validation studies indicate that these tools increase the percentage of early carious lesions that are detected, but they also increase the likelihood that a sound surface will be described as carious.[31,32,43,44]

Finally, investigators in two in vitro studies[45,46] assessed changes in the accuracy of detecting carious lesions resulting from the addition of low-powered magnification to unaided visual inspection. One study found that inspection with a ×2 magnifying glass did not improve the accuracy of visual inspection alone in the detection of dentinal caries on noncavitated occlusal surfaces.[46] The other study[45] found that the addition of ×3.25 loupes to visual inspection alone did improve accuracy in the assessment of occlusal and interproximal surfaces, although more than 90 percent of the clinical decisions to describe a surface as decayed were correct with the use of either technique. The researchers did not report the percentage of clinically decayed surfaces that were limited to enamel or extended into dentin on histologic examination.[45] They also did not document the prevalence of cavitation among the decayed surfaces.[45]

Summary of evidence. In 2001, a systematic review[30] concluded that the relative accuracy of methods used to identify carious lesions could not be determined from the available studies. More recently, a team of international caries researchers supported visual assessment alone to detect the presence of surface cavitation and/or signs of dentinal caries.[33,34] They based this determination on their review of the best available evidence and on contemporary caries detection criteria.

Published studies have suggested that use of a sharp explorer under pressure could introduce a pathway for caries progression[39-42] and that use of technologically advanced tools, such as laser fluorescence, increases the likelihood that a sound surface will be deemed carious.[31,32,43,44] Investigators in two in vitro studies[45,46] could not determine improvement in the accuracy of detecting cavitation or dentinal caries on occlusal surfaces with the addition of low-powered magnification.

Surface preparation. What surface cleaning methods or techniques are recommended by manufacturers for unfilled resin-based sealants (self-curing and light-cured) commonly used in SBSPs?

Gray and colleagues[21] reviewed instructions for use (IFUs) for 10 unfilled sealant products from five manufacturers and found that all directed the operator to clean the tooth surface before acid etching. None of the IFUs specifically stated which cleaning method should be used. Five of the IFUs mentioned the use of pumice slurry or prophylaxis paste and/or a prophylaxis brush, thereby implying, but not directly stating, that the operator should use a handpiece.

Summary of evidence. A review of manufacturers' IFUs for unfilled resin-based sealants[21] found that they do not specify a particular method of cleaning the tooth surface.

Effect of clinical procedures. What is the effect of clinical procedures—specifically, surface cleaning or mechanical preparation methods with use of a bur before acid etching—on sealant retention?

Recent reviews, including one systematic review,[21,47] identified two controlled clinical trials that directly compared surface cleaning methods.[48,49] Donnan and Ball[49] found no difference in complete sealant retention between surfaces cleaned with a handpiece and prophylaxis brush with pumice and those cleaned with an air-water syringe after the clinician ran an explorer

Copyright © 2009 American Dental Association. All rights reserved. Reprinted by permission.

Downloaded from jada.ada.org on March 25, 2010

along the fissures. Similarly, Gillcrist and colleagues[48] observed no difference between surfaces cleaned with a handpiece and prophylaxis brush with prophylaxis paste and those cleaned with a dry toothbrush. Reported retention rates were greater than 96 percent at 12 months after sealant placement for all four surface cleaning methods. Furthermore, bivariate and multivariate analyses of retention data from published studies involving the use of supervised toothbrushing by the patient or a handpiece prophylaxis (also called rubber-cup prophylaxis or pumice prophylaxis) by the operator revealed similar, if not higher, retention rates for supervised toothbrushing.[19,21]

The ADA's expert panel,[16] in its review of evidence for the ADA sealant recommendations, found "limited and conflicting evidence" that mechanical preparation with a bur results in higher sealant retention rates in children.[50-52] In addition, a systematic review[47] identified only one controlled clinical trial[53] that compared use of a bur and acid etching with acid etching alone. The researchers found no difference in sealant retention at 48 months.[47,53]

Summary of evidence. The effect of specific surface cleaning or enamel preparation techniques on sealant retention cannot be determined because of the small number of clinical studies comparing specific techniques and, for mechanical preparation with a bur, inconsistent findings. Bivariate and multivariate analyses of retention data[19,21] across existing studies suggest that supervised toothbrushing or use of a handpiece prophylaxis may result in similar sealant retention rates over time.

Four-handed technique for applying dental sealant. Does use of a four-handed technique in comparison with a two-handed technique improve sealant retention?

The four-handed technique involves the placement of sealants by a primary operator with the assistance of a second person. The two-handed technique is the placement of sealants by a single operator. The work group could not find any direct comparative studies of the four-handed technique versus the two-handed technique with regard to sealant retention or effectiveness.

Furthermore, retention rates in single studies generally reflect multiple factors.[19] For example, Houpt and Shey[54] reported a sealant retention rate of more than 90 percent at one year in a single study that involved the use of two-handed delivery to apply sealants, while other authors[55,56] reported retention rates of less than 80 percent at one year for single studies in which four-handed delivery was used. Results of a multivariate analysis[19] of sealant effectiveness studies showed that use of the four-handed technique increased sealant retention by 9 percentage points when the investigators controlled for other factors.

Summary of evidence. In the absence of direct comparative studies, the results of a multivariate study of available data[19] suggest that use of the four-handed placement technique is associated with a 9 percentage point increase in sealant retention.

Caries risk associated with lost sealants. Are teeth in which sealants are lost at a higher risk of developing caries than are teeth that were never sealed?

A recent meta-analysis of seven RCTs found that teeth with fully or partially lost sealants were not at a higher risk of developing caries than were teeth that were never sealed.[20] In addition, although sealant effectiveness in preventing caries is related to retention over time, researchers conducting a systematic review that included only studies in which lost sealants were not reapplied found that sealants reduced caries by more than 70 percent.[20,26] Thus, children from low-income families, who are more likely to move between schools than are their higher-income counterparts,[57,58] will not be placed at a higher risk of developing caries because they missed planned opportunities for sealant reapplication in SBSPs.

Summary of evidence. Findings from a meta-analysis[20] indicate that the caries risk for sealed teeth that have lost some or all sealant does not exceed the caries risk for never-sealed teeth. Thus, the potential risk associated with loss to follow-up for children in school-based programs does not outweigh the potential benefit of dental sealants.

RECOMMENDATIONS FOR SCHOOL-BASED SEALANT PROGRAMS

The table presents the recommendations of the work group. These are based on the best available scientific evidence and are an update to earlier guidelines.[15] They provide guidance regarding planning, implementing and evaluating SBSPs and should be helpful for dental professionals working with sealant programs.

Copyright © 2009 American Dental Association. All rights reserved. Reprinted by permission.

Downloaded from jada.ada.org on March 25, 2010

TABLE

Recommendations for school-based sealant programs.

These recommendations update earlier guidelines[15] and support policies and practices for school-based dental sealant programs that are appropriate, feasible and consistent with current scientific information. This update focuses on indications for sealant placement on permanent posterior teeth that are based on caries status, and methods of assessing tooth surfaces. These recommendations also address methods of cleaning tooth surfaces, use of an assistant during sealant placement and follow-up issues. These topics should be considered in the context of the essential steps in sealant placement, including cleaning pits and fissures, acid-etching surfaces and maintaining a dry field while the sealant is placed and cured.[16] Practitioners should consult manufacturers' instructions for specific sealant products.

School-based sealant programs also can connect participating students with sources of dental care in the community and enroll eligible children in public insurance programs.[3] Programs should prioritize referral of students with cavitated carious lesions and urgent treatment needs. For students with cavitated carious lesions who are unlikely to receive treatment promptly, dental practitioners in sealant programs may use interim management strategies. Strategies could include placement of sealants for small cavitations with no visual signs of dentinal caries and atraumatic restorative procedures.[15,62-64]

TOPIC	RECOMMENDATION
Indications for Sealant Placement	Seal sound and noncavitated pit and fissure surfaces of posterior teeth, with first and second permanent molars receiving highest priority.
Tooth Surface Assessment	Differentiate cavitated and noncavitated lesions. ▬ Unaided visual assessment is appropriate and adequate. ▬ Dry teeth before assessment with cotton rolls, gauze or, when available, compressed air. ▬ An explorer may be used to gently confirm cavitations (that is, breaks in the continuity of the surface); do not use a sharp explorer under force. ▬ Radiographs are unnecessary solely for sealant placement. ▬ Other diagnostic technologies are not required.
Sealant Placement and Evaluation	Clean the tooth surface. ▬ Toothbrush prophylaxis is acceptable. ▬ Additional surface preparation methods, such as air abrasion or enameloplasty, are not recommended. Use a four-handed technique, when resources allow. Seal teeth of children even if follow-up cannot be ensured. Evaluate sealant retention within one year.

DISCUSSION

In the updated recommendations in this report, we use the presence or absence of surface cavitation as a key factor in the decision to apply sealant to the tooth surface. These recommendations complement the ADA sealant recommendations and are consistent with them on virtually all topics addressed by both (for example, sealing teeth that have noncavitated lesions and using a four-handed technique when possible).

The effectiveness of sealants in preventing the development of caries is well established.[5,26,28,29] Findings of a recent systematic review[17,18] also confirmed that sealants are effective in managing early carious lesions by reducing the percentage of noncavitated lesions that progress to cavitation and by lowering bacteria levels in carious lesions. These results should ease practitioners' concerns that placement of sealants on pit and fissure surfaces with early or incipient noncavitated carious lesions or on surfaces of questionable caries status is not beneficial.

One notable difference between the recommendations for sealant use in clinical versus school settings concerns the approach to caries risk assessment.[16] Clinicians periodically assess caries risk at the level of the patient or the tooth to determine if sealant placement is indicated as a primary preventive measure. In SBSPs, clinicians also must consider risk at the level of the school and community. Local and state health departments commonly use the percentage of children participating in the free or reduced-cost federal meal program as a proxy for income to prioritize schools for sealant programs.[6,11,22]

As described earlier in this report, children from low-income families are at a higher risk of developing caries than are children from wealthier families.[7] Caries risk among children from low-income families is sufficiently high to justify sealing all eligible permanent molars and is the most cost-effective prevention strategy.[59,60] Furthermore, providing sealants only to children in a free or reduced-cost lunch program is viewed as stigmatizing and is unacceptable in many schools and communities.[22] Thus, children participating in SBSPs usually receive sealants as a primary preventive measure without undergoing a routine assessment of their caries risk.

The context for making decisions in clinical care and in SBSPs also differs. Important distinctions exist related to the availability of diagnostic and treatment services and the use of care.[15] Clinical care in the private or public sectors typically includes comprehensive diagnostic and treatment services; in contrast, SBSPs limit services to those necessary for successful sealant placement and retention.[15] Furthermore, children who receive sealants only in SBSPs are likely to be from low-income families. Recent data indicate that less than 50 percent of children aged 6 through 12 years from families with incomes of

Downloaded from jada.ada.org on March 25, 2010

Copyright © 2009 American Dental Association. All rights reserved. Reprinted by permission.

less than two times the federal poverty threshold had a dental visit in the previous year compared with about 70 percent of their higher-income counterparts.[61]

As resources allow, SBSPs work with partners, such as local dental practices, public health clinics, parents, school nurses and local dental associations, to help students without a source of dental care receive comprehensive dental services. For children with cavitated lesions who are unlikely to receive treatment services promptly, dental practitioners in SBSPs may choose to use interim treatment strategies. These could include application of sealants for small cavitations with no visually detectable signs of dentinal caries and atraumatic restorative procedures for larger carious lesions.[15,62-64]

The following information might be helpful for practitioners who see children who have received sealants through SBSPs. First, sealants do not eliminate dental caries but predictably reduce the occurrence of disease. Thus, practitioners might observe a child with a permanent molar sealed in a school program in which caries has developed. They should keep in mind that the failure to prevent caries in that one sealed tooth does not constitute failure of the entire school sealant program. Similarly, the failure of a sealant to prevent caries in a patient treated in a private dental practice does not constitute failure of the entire sealant protocol. Available evidence consistently indicates that the overall incidence of caries in permanent molars is lower among children who received sealants compared with the incidence in similar children who did not.[5,26,28,29] Finally, sealant placement is a reversible procedure that easily allows the dentist to administer additional caries management and treatment strategies, such as placement of a restoration, if needed.

School-based sealant programs work with partners, such as local dental practices, to help students without a source of dental care receive comprehensive dental services.

In preparing these recommendations, the work group and CDC staff members also reviewed assessment methods for tooth surfaces in SBSPs. Visual assessment for the detection of cavitation is supported by many international experts.[33,65] Most SBSPs target children with newly erupted permanent molars. The low likelihood of caries in these newly erupted teeth, along with recommendations to seal both sound surfaces and those with noncavitated lesions, argue against the use of radiographs or technologically advanced tools to detect cavitated lesions in children in SBSPs.

Furthermore, when the likelihood of caries is low, such as in newly erupted molars, these modalities might increase the possibility that a sound surface will be misclassified as carious and be restored prematurely.[16,32] Thus, these teeth might not receive the preventive benefit of a sealant. In addition, children in SBSPs who are in need of treatment services will be referred to private dental offices or public dental clinics where dentists will obtain radiographs as necessary—and in accordance with current ADA/U.S. Food and Drug Administration guidelines[66]—and conduct additional diagnostic procedures, as appropriate.

The essential steps in placement of unfilled resin-based sealants include cleaning pits and fissures, acid etching tooth surfaces and maintaining a dry field while the sealant is placed and cured.[16] Available evidence suggests that cleaning pits and fissures with a toothbrush by the patient under supervision or with a handpiece prophylaxis by the operator results in similar sealant retention rates.[19,21,47,48]

Application of a hydrophilic bonding agent between the etched surface and the sealant is a supplemental technique that is not used routinely in SBSPs, and the work group did not evaluate the technique. The ADA's expert panel reviewed the evidence, developed guidance for practitioners and described current types of bonding systems.[16] The ADA panel noted that use of currently available self-etching bonding agents that do not include a separate etching step might result in lower retention than that achieved with the standard acid-etching technique and is not recommended.[16] In addition, the bonding agent must be compatible with the sealant material.

The work group also reaffirmed the importance of evaluating sealants after placement, but it stressed that children for whom follow-up cannot be ensured should still receive sealants. A recent meta-analysis found that teeth with partially or completely lost sealants were at no greater risk of developing dental caries than were teeth that were never sealed.[20] Dental professionals can check sealant retention among a sample of participants in an SBSP shortly after placement to ensure the quality of the procedure and materials

Downloaded from jada.ada.org on March 25, 2010

Copyright © 2009 American Dental Association. All rights reserved. Reprinted by permission.

used.[6,22] They also can check sealant retention and integrity during the following school year and seal any permanent molars that might have erupted since the procedure. The timing of the evaluation of sealant retention and integrity can depend on several factors, such as local program objectives; changes in dental materials, techniques or personnel; and student movement in and out of the school and school district.

CONCLUSION

The recommendations of the expert work group update earlier guidelines for SBSPs and support practices that are appropriate, feasible and based on the best available scientific evidence. These updated recommendations, along with the supporting rationale, should increase practitioners' awareness of the SBSP as an important and effective public health approach that complements clinical care systems in promoting the oral health of children and adolescents. ■

Dr. Gooch is a dental officer, Division of Oral Health/Surveillance, Investigations, and Research Branch, Centers for Disease Control and Prevention, 4770 Buford Highway, NE, MS-F10, Atlanta, Ga. 30341, e-mail "oralhealth@cdc.gov". Address reprint requests to Dr. Gooch.

Dr. Griffin is a health economist, Division of Oral Health, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.

Dr. Gray is an epidemiologist, Public Health Division, Northrop Grumman, Atlanta.

At the time this study was conducted, Dr. Kohn was the associate director for science, Division of Oral Health, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta. He now is the director, Division of Oral Health.

Dr. Rozier is a professor, Department of Health Policy and Management, Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill.

Dr. Siegal is chief, Bureau of Oral Health Services, Ohio Department of Health, Columbus.

Dr. Fontana is an associate professor, Department of Cariology, Restorative Sciences and Endodontics, School of Dentistry, the University of Michigan, Ann Arbor.

Ms. Brunson is the director, Public Health and Community Outreach, University of Colorado Denver School of Dental Medicine, Aurora, Colo.

Ms. Carter is associate dental director, Division of Oral Health, Cincinnati Health Department, Cincinnati.

Dr. Curtis was a representative, American Academy of Pediatric Dentistry, Chicago.

Dr. Donly is a professor and chair, Pediatric Dentistry, Dental School, The University of Texas Health Science Center at San Antonio, and a representative, American Academy of Pediatric Dentistry, Chicago.

Dr. Haering was a member of the Council on Access, Prevention and Interprofessional Relations, American Dental Association, Chicago.

Dr. Hill is the executive director, CincySmiles Foundation, Cincinnati.

Dr. Hinson was a representative, American Academy of Pediatric Dentistry, Chicago.

Dr. Kumar is the director, Oral Health Surveillance and Research, Bureau of Dental Health, New York State Department of Health, Albany, N.Y.

Dr. Lampiris is the director, Council on Access, Prevention and Interprofessional Relations, American Dental Association, Chicago.

Dr. Mallatt was a representative, Association of State and Territorial Dental Directors, Sparks, Nev.

Dr. Meyer is the senior vice-president, Science/Professional Affairs, American Dental Association, Chicago.

Ms. Miller is a past executive director, National Association of School Nurses, Silver Spring, Md.

Ms. Sanzi-Schaedel was a representative, American Association of Public Health Dentistry, Springfield, Ill.

Dr. Simonsen is the dean, College of Dental Medicine, Midwestern University, Glendale, Ariz.

Dr. Truman is the associate director for science, Office of Minority Health and Health Disparities, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.

Dr. Zero is a professor and the associate dean for research and the director, Oral Health Research Institute, School of Dentistry, Indiana University, Indianapolis.

Disclosure. Dr. Donly receives research support (no consulting fees) from 3M ESPE, St. Paul, Minn., and Ivoclar Vivadent, Amherst, N.Y., manufacturers of sealants. None of the other authors reported any disclosures.

The authors acknowledge the following people for their guidance and critical review of the information reported during the expert work group meetings and in earlier versions of the manuscript of this article: Dr. William Bailey, Ms. Laurie Barker, Dr. Eugenio Beltrán, Dr. Maria Canto, Ms. Kathleen Heiden, Dr. William Maas, Dr. Mark Macek, Dr. Dolores Malvitz, Ms. Linda Orgain, Dr. Scott Presson, Dr. John Rossetti, Dr. Robert Selwitz.

1. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Adolescent and School Health. Healthy Youth! Coordinated School Health Program. Archived at: "www.webcitation.org/5bDm6yMQT". Accessed Sept. 23, 2009.

2. U.S. Department of Health and Human Services. Oral health in America: a report of the surgeon general. Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services. National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.

3. Zimmerman B. Improving the oral health of school-aged children: strengthening school-based dental sealant program linkages with Medicaid/SCHIP and dental homes—summary of an expert meeting convened by the Maternal and Child Health Bureau. Washington: Health Systems Research; 2006. Archived at: "www.webcitation.org/5bOm8amsY". Accessed Sept. 23, 2009.

4. Centers for Disease Control and Prevention. Promoting oral health: interventions for preventing dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports-related craniofacial injuries—a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. MMWR Recomm Rep 2001;50(RR-21):1-13.

5. Truman BI, Gooch BF, Sulemana I, et al; Task Force on Community Preventive Services. Reviews of evidence on interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports-related craniofacial injuries. Am J Prev Med 2002;23(1 suppl):21-54.

6. Association of State and Territorial Dental Directors. Best practice approaches for state and community oral health programs: school-based dental sealant programs. June 2003. Archived at: "www.webcitation.org/5b4vXyabi". Accessed Sept. 23, 2009.

7. U.S. Census Bureau, Housing and Household Economic Statistics Division. Poverty thresholds for 2008 by size of family and number of related children under 18 years. Washington: U.S. Census Bureau. "www.census.gov/hhes/www/poverty/threshld/thresh08.html". Accessed Sept. 23, 2009.

8. Dye BA, Tan S, Smith V, et al. Trends in oral health status: United States, 1988-1994 and 1999-2004. Vital Health Stat 11 2007;248:1-92.

9. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. National Health and Nutrition Examination Surveys 1999-2004. "www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm". Accessed Sept. 23, 2009.

10. Macek MD, Beltrán-Aguilar ED, Lockwood SA, Malvitz DM. Updated comparison of the caries susceptibility of various morphological types of permanent teeth. J Public Health Dent 2003;63(3): 174-182.

11. Centers for Disease Control and Prevention. Impact of targeted, school-based dental sealant programs in reducing racial and economic disparities in sealant prevalence among schoolchildren: Ohio, 1998-1999. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2001;50(34):736-738.

12. Feigal RJ, Donly KJ. The use of pit and fissure sealants. Pediatr Dent 2006;28(2):143-150.

13. Simonsen RJ. Pit and fissure sealant: review of the literature. Pediatr Dent 2002;24(5):393-414.

14. Primosch RE, Barr ES. Sealant use and placement techniques among pediatric dentists. JADA 2001;132(10):1442-1451.

15. Workshop on guidelines for sealant use: recommendations. The Association of State and Territorial Dental Directors, the New York State Health Department, the Ohio Department of Health and the School of Public Health, University at Albany, State University of New York. J Public Health Dent 1995;55(5 spec no):263-273.

16. Beauchamp J, Caufield PW, Crall JJ, et al; American Dental

Copyright © 2009 American Dental Association. All rights reserved. Reprinted by permission.

Downloaded from jada.ada.org on March 25, 2010

Association Council on Scientific Affairs. Evidence-based clinical recommendations for the use of pit-and-fissure sealants: a report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs. JADA 2008; 139(3):257-268.
17. Griffin SO, Oong E, Kohn W, Vidakovic B, Gooch BF; CDC Dental Sealant Systematic Review Work Group, Bader J, Clarkson J, Fontana MR, et al. The effectiveness of sealants in managing caries lesions. J Dent Res 2008;87(2):169-174.
18. Oong EM, Griffin SO, Kohn WG, Gooch BF, Caufield PW. The effect of dental sealants on bacteria levels in caries lesions: a review of the evidence. JADA 2008;139(3):271-278.
19. Griffin SO, Jones K, Gray SK, Malvitz DM, Gooch BF. Exploring four-handed delivery and retention of resin-based sealants. JADA 2008;139(3):281-289.
20. Griffin SO, Gray SK, Malvitz DM, Gooch BF. Caries risk in formerly sealed teeth. JADA 2009;140(4):415-423.
21. Gray SK, Griffin SO, Malvitz DM, Gooch BF. A comparison of the effects of toothbrushing and handpiece prophylaxis on retention of sealants. JADA 2009;140(1):38-46.
22. Carter N, American Association for Community Dental Programs, National Maternal and Child Oral Health Resource Center. Seal America: the prevention invention. 2nd ed. Washington: National Maternal and Child Oral Health Resource; 2007. Archived at: "www.webcitation.org/5Rnk5yjJ3". Accessed Sept. 23, 2009.
23. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: developing guidelines. BMJ 1999;318(7183):593-596.
24. Higgins JPT, Green S, eds. Systematic reviews and the Cochrane Handbook. In: Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.6. Updated September 2006. Archived at: "www.webcitation.org/5b30kQuG9". Accessed Sept. 23, 2009.
25. Kunz R, Vist G, Oxman AD. Randomisation to protect against selection bias in healthcare trials. Cochrane Database Syst Rev 2007; (2):MR000012.
26. Llodra JC, Bravo M, Delgado-Rodriguez M, Baca P, Galvez R. Factors influencing the effectiveness of sealants: a meta-analysis. Community Dent Oral Epidemiol 1993;21(5):261-268.
27. American Dental Association, Center for Evidence-Based Dentistry. Evidence-based dentistry: glossary of terms. American Dental Association. "http://ebd.ada.org/About.aspx". Accessed Sept. 23, 2009.
28. Ahovuo-Saloranta A, Hiiri A, Nordblad A, Mäkelä M, Worthington HV. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2008;(4)CD001830.
29. Mejàre I, Lingström P, Petersson LG, et al. Caries-preventive effect of fissure sealants: a systematic review. Acta Odontol Scand 2003;61(6):321-330.
30. National Institutes of Health. Diagnosis and management of dental caries throughout life: NIH consensus statement. 2001;18(1):1-23.
31. Bader JD, Shugars DA, Bonito AJ. Systematic reviews of selected dental caries diagnostic and management methods. J Dent Educ 2001; 65(10):960-968.
32. Bader JD, Shugars DA, Bonito AJ. A systematic review of the performance of methods for identifying carious lesions. J Public Health Dent 2002;62(4):201-213.
33. Ismail AI, Sohn W, Tellez M, et al. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. Community Dent Oral Epidemiol 2007;35(3): 170-178.
34. Pitts N. "ICDAS": an international system for caries detection and assessment being developed to facilitate caries epidemiology, research and appropriate clinical management. Community Dent Health 2004; 21(3):193-198.
35. Ekstrand KR, Kuzmina I, Bjørndal L, Thylstrup A. Relationship between external and histologic features of progressive stages of caries in the occlusal fossa. Caries Res 1995;29(4):243-250.
36. World Health Organization. Oral Health Surveys: Basic Methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997:41-42.
37. World Health Organization. Oral Health Surveys: Basic Methods. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 1987:35-36.
38. Radike AW. Criteria for diagnosis of dental caries. In: Proceedings of the Conference on the Clinical Testing of Cariostatic Agents. Oct. 14-16, 1968; Chicago; American Dental Association; 87-88.
39. Ekstrand K, Qvist V, Thylstrup A. Light microscope study of the effect of probing in occlusal surfaces. Caries Res 1987;21(4):368-374.
40. Kuhnisch J, Dietz W, Stosser L, Hickel R, Heinrich-Weltzien R. Effects of dental probing on occlusal surfaces: a scanning electron microscopy evaluation. Caries Res 2007;41(1):43-48.
41. van Dorp CS, Exterkate RA, ten Cate JM. The effect of dental probing on subsequent enamel demineralization. ASDC J Dent Child 1988;55(5):343-347.
42. Yassin OM. In vitro studies of the effect of a dental explorer on the formation of an artificial carious lesion. ASDC J Dent Child 1995; 62(2):111-117.
43. Bader JD, Shugars DA. A systematic review of the performance of a laser fluorescence device for detecting caries. JADA 2004;135(10): 1413-1426.
44. Zandoná AF, Zero DT. Diagnostic tools for early caries detection. JADA 2006;137(12):1675-1684.
45. Forgie AH, Pine CM, Pitts NB. The use of magnification in a preventive approach to caries detection. Quintessence Int 2002;33(1): 13-16.
46. Lussi A. Comparison of different methods for the diagnosis of fissure caries without cavitation. Caries Res 1993;27(5):409-416.
47. Muller-Bolla M, Lupi-Pégurier L, Tardieu C, Velly AM, Antomarchi C. Retention of resin-based pit and fissure sealants: a systematic review. Community Dent Oral Epidemiol 2006;34(5):321-336.
48. Gillcrist JA, Vaughan MP, Plumlee GN Jr, Wade G. Clinical sealant retention following two different tooth-cleaning techniques. J Public Health Dent 1998;58(3):254-256.
49. Donnan MN, Ball IA. A double-blind clinical trial to determine the importance of pumice prophylaxis on fissure sealant retention. Br Dent J 1988;165(8):283-286.
50. Shapira J, Eidelman E. Six-year clinical evaluation of fissure sealants placed after mechanical preparation: a matched pair study. Pediatr Dent 1986;8(3):204-205.
51. Shapira J, Eidelman E. The influence of mechanical preparation of enamel prior to etching on the retention of sealants: three-year follow-up. J Pedod 1984;8(3):272-277.
52. Shapira J, Eidelman E. The influence of mechanical preparation of enamel prior to etching on the retention of sealants. J Pedod 1982; 6(4):283-287.
53. Lygidakis NA, Oulis KI, Christodoulidis A. Evaluation of fissure sealants retention following four different isolation and surface preparation techniques: four years clinical trial. J Clin Pediatr Dent 1994; 19(1):23-25.
54. Houpt M, Shey Z. The effectiveness of a fissure sealant after six years. Pediatr Dent 1983;5:104-106.
55. Erdogan B, Alaçam T. Evaluation of a chemically polymerized pit and fissure sealant: results after 4.5 years. J Paediatr Dent 1987;3:11-13.
56. Rock WP, Bradnock G. Effect of operator variability and patient age on the retention of fissure sealant resin: 3-year results. Community Dent Oral Epidemiol 1981;9(5):207-209.
57. Schachter JP. Geographic Mobility: 2002 to 2003. Current Population Reports. Washington: U.S. Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, U.S. Census Bureau. March 2004. Archived at: "www.webcitation.org/5avllq6p6". Accessed Sept. 23, 2009.
58. U.S. General Accounting Office. Elementary School Children: Many Change Schools Frequently, Harming Their Education. Report to the Honorable Marcy Kaptur, House of Representatives. Gaithersburg, Md.: U.S. General Accounting Office; February 1994. Publication GAO/HEHS-94-45.
59. Griffin SO, Griffin PM, Gooch BF, Barker LK. Comparing the costs of three sealant delivery strategies. J Dent Res 2002;81(9):641-645.
60. Quiñonez RB, Downs SM, Shugars D, Christensen J, Vann WF Jr. Assessing cost-effectiveness of sealant placement in children. J Public Health Dent 2005;65(2):82-89.
61. U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality. MEPS: Medical Expenditure Panel Survey 2004. MEPSnet/HC. Archived at: "www.webcitation.org/5jSyLSKRy". Accessed Sept. 23, 2009.
62. Going RE, Conti AJ, Haugh LD, Grainger DA. Two-year clinical evaluation of a pit and fissure sealant, part II: caries initiation and progression. JADA 1976;92(3):578-585.
63. Mertz-Fairhurst EJ, Schuster GS, Fairhurst CW. Arresting caries by sealants: results of a clinical study. JADA 1986;112(2):194-197.
64. American Academy of Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs. Policy on alternative restorative treatment (ART). Revised 2004. Archived at: "www.webcitation.org/5Ziq15JiH". Accessed Sept. 23, 2009.
65. Ismail AI, Sohn W, Tellez M, Willem JM, Betz J, Lepkowski J. Risk indicators for dental caries using the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS). Community Dent Oral Epidemiol 2008;36(1):55-68.
66. American Dental Association, Council on Dental Benefit Programs, Council on Dental Practice, Council on Scientific Affairs; U.S. Food and Drug Administration, Public Health Service, Food and Drug Administration. The selection of patients for dental radiographic examinations. Revised 2004. Archived at: "www.webcitation.org/5bRMUml68". Accessed Sept. 23, 2009.

Downloaded from jada.ada.org on March 25, 2010

Copyright © 2009 American Dental Association. All rights reserved. Reprinted by permission.

Règlement sur les actes qui peuvent être posés par une assistante dentaire

Loi sur les dentistes
(chapitre D-3, a. 19, 1er al. par. *a*))

1. Le présent règlement vise à déterminer, parmi les actes qui peuvent être posés par les dentistes en vertu des articles 26 et 27 de la Loi sur les dentistes (chapitre D-3), ceux qui, suivant certaines conditions prescrites, peuvent être posés par une assistante dentaire.

2. Aux fins du présent règlement, on entend par « assistante dentaire», la personne inscrite à un registre tenu par l'Ordre des dentistes du Québec après avoir satisfait aux conditions suivantes :

   1° être titulaire d'un diplôme d'études professionnelles en assistance dentaire délivré par le ministère de l'Éducation, du Loisir et des Sports ou avoir acquis une expérience de travail équivalente à trois années à temps complet sous la supervision d'un dentiste au cours des cinq années précédant son inscription à ce registre et, au plus tard dans l'année qui précède cette inscription, avoir complété avec succès un test synthèse, composé d'un volet théorique et d'un volet pratique, portant sur les matières enseignées au programme de formation administré par une institution d'enseignement qui donne la formation menant à la délivrance du diplôme d'études professionnelles en assistance dentaire;

   2° avoir complété une demande d'inscription au registre des assistantes dentaires de l'Ordre des dentistes;

   3° avoir acquitté les frais relatifs à l'inscription au registre.

   La personne doit s'inscrire au registre visé au premier alinéa avant le (*indiquer ici la date qui suit de cinq ans la date de l'entrée en vigueur du présent règlement*).

3. Une assistante dentaire peut en vertu d'une ordonnance verbale ou écrite d'un dentiste poser les actes suivants :

   1° Prendre des empreintes;
   2° Polir les dents;
   3° Prendre des radiographies;
   4° Appliquer topiquement du fluorure ou une substance désensibilisante ;
   5° Sceller des puits et sillons;
   6° Installer et retirer une digue;
   7° Placer les matrices et les coins;
   8° Mordancer à l'acide des dents;
   9° Retirer une corde de rétraction;

PROJET

10° Poser et enlever les fils et les ligatures orthodontiques.

Lorsqu'elle pose ces actes, l'assistante dentaire doit agir sous la supervision d'un dentiste qui en est responsable.

4. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

PROJET

Bélanger Sauvé

M^e René Piotte
t. 514 876.6232
rpiotte@belangersauve.com

Le 27 janvier 2015

Par courriel

M^e Caroline Daoust
Directrice générale et secrétaire
ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC
800, boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 1X9

Objet : Avis concernant la proposition de l'Office des professions quant à la définition du champ de pratique des dentistes
Notre dossier : 9887-1

Chère consœur,

Vous avez sollicité notre opinion au sujet de la proposition de modification de la définition de la médecine dentaire de l'Office des professions (ci-après « l'Office »). Cet avis ne portera que sur la comparaison des termes de cette proposition et de ceux de la définition actuellement en vigueur de l'art dentaire.

1. Contexte

L'Office a présenté des orientations en mai 2014, puis une proposition en décembre 2014, afin de moderniser la définition du champ de pratique des dentistes.

La définition actuelle, prévue à l'article 26 de la *Loi sur les dentistes*[1], se lit ainsi :

> 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.

En mai 2014, l'Office présentait le texte suivant au titre du champ descriptif de la médecine dentaire :

> L'exercice de la médecine dentaire consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience des dents, de la bouche,

[1] RLRQ c D-3

> des maxillaires ou des tissus avoisinants chez l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies qui y sont liées dans le but de maintenir la santé buccodentaire ou de la rétablir.

Puis en décembre 2014, l'Office propose :

> L'exercice de la médecine dentaire consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé buccodentaire, à prévenir et à traiter les maladies buccodentaires dans le but de maintenir ou de rétablir la santé buccodentaire chez l'être humain.

Les conséquences du remplacement des mots « des dents, de la bouche, des maxillaires ou des tissus avoisinants » par le mot « buccodentaire » et l'utilisation du mot « maladie » en plus du mot « déficience » seront recherchés dans les développements qui suivent.

2. Définitions des mots employés

Avant de pouvoir commenter la proposition de l'Office, il convenait de retracer dans des dictionnaires ordinaires et spécialisés le sens donné aux mots qui seront retirés ou ajoutés. Aucune recherche exhaustive n'a été effectuée. Mais, il est peu probable qu'un tribunal soit un jour saisi d'une telle recherche, bien que des experts seront vraisemblablement appelés en cas de litige à témoigner à ce sujet.

2.1 Buccodentaire

Le mot « buccodentaire » est utilisé dans la proposition de décembre 2014 de l'Office.

Le Petit Robert (2003) en donne le sens suivant :

> Qui se rapporte à la bouche et aux dents. *Hygiène buccodentaire.*

Pour sa part, le dictionnaire Larousse en ligne[2] (qui écrit le mot avec un trait d'union) :

> Qui est en rapport avec la bouche et les dents.

2.2 Tissu

Le mot « tissu » est utilisé dans la définition actuelle du champ de pratique ainsi que dans l'orientation de l'Office de mai 2014. Le Larousse médical (2002) en donne la définition suivante :

---

[2] http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bucco%2Ddentaire/

> Ensemble de cellules ayant une même morphologie et/ou remplissant une même fonction.
>
> [...]
>
> Le sang et le tissu osseux sont considérés soit comme des tissus à part, soit comme des formes très spécialisées de tissu conjonctif.

Dans le même sens, le Dictionnaire des termes de médecine dentaire en usage au Québec[3] :

> Cellules semblables regroupées pour remplir une fonction particulière.
>
> **Tissu conjonctif**
>
> Tissu qui lie et soutient les différentes structures du corps.
>
> **Tissu parodontal**
>
> Tissu qui recouvre et supporte les racines des dents, dont le cément, la membrane parodontale ([péridentaire]), l'alvéole et la gencive.

Et le site Wikipédia[4] :

> Les tissus sont, en biologie, le niveau d'organisation intermédiaire entre les cellules et les organes. Un tissu est un ensemble de cellules semblables et de même origine, regroupées en ensemble fonctionnel, c'est-à-dire concourant à une même fonction. Les tissus biologiques se régénèrent régulièrement et sont assemblés entre eux pour former des organes.

2.3 Déficience

Ce mot est utilisé dans la définition actuelle ainsi que dans chacune des définitions proposées. Le Petit Robert (2003) lui donne la définition suivante :

> 1. Insuffisance organique ou mentale. *Déficience cardiaque. Déficiences intellectuelles.* ->***handicap***. *Déficience fonctionnelle. Déficience du système*

[3] BERTRAND, Lemieux, *Dictionnaire des termes de médecine dentaire en usage au Québec*
[4] http://fr.wikipedia.org/wiki/Tissu_biologique

> *immunitaire.* -> ***immunodéficience.*** **2.** Faiblesse, insuffisance. [...]

Pour sa part, le site Termium[5] :

> Perte ou anomalie d'un membre, d'un tissu, d'un organe ou d'une fonction physiologique ou mentale.

La définition du grand dictionnaire de terminologie de l'Office québécois de la langue française[6] propose une nuance pertinente pour nos fins :

> Perte de substance ou altération qui résulte d'un état pathologique et qui touche la structure ou l'apparence du corps, ou une fonction physique ou mentale.
>
> Notes
>
> La notion de « déficience » se distingue de celle de « trouble » en ce qu'elle inclut les pertes de substance (l'amputation d'une jambe, par exemple). Elle se distingue également de la notion d'« incapacité » en ce qu'elle concerne les fonctions corporelles et mentales de l'individu, alors qu'on réserve le terme *incapacité* pour parler des limites affectant les activités et les comportements.
>
> Les pertes de substance ou les altérations peuvent être temporaires ou permanentes, congénitales ou acquises. La déficience constitue une extériorisation d'une maladie ou d'un trouble, dont elle est le résultat; elle n'est cependant pas une maladie en elle-même. L'individu présentant une déficience, qui ne perçoit d'ailleurs pas toujours que sa condition dévie d'une certaine norme, ne doit donc pas être considéré comme malade.

Et le site Wikipédia[7] :

> Une déficience est une « perte de substance ou altération définitive ou provisoire, d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique[11]. » Ce terme dans la traduction française est plus global que celui de trouble, qui n'inclut pas de perte de substance.

---

[5] http://www.btb.termiumplus.gc.ca/
[6] http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/
[7] http://fr.wikipedia.org/wiki/Handicap#D.C3.A9ficiences

> Les déficiences sont des problèmes du corps, des écarts par rapport à la situation normale. Les lésions des structures anatomiques et les limitations des fonctions organiques et psychiques sont diagnostiquées. Elle peut être la conséquence (le symptôme) d'une maladie, mais n'est pas la maladie elle-même. Par exemple, une perte de l'audition peut être la conséquence d'une pathologie (otite, encéphalites, oreillons), d'un traumatisme, d'une anomalie génétique ou du vieillissement.
>
> [...]
>
> Si les déficiences ont toujours une cause organique ou psychique, elles recouvrent un domaine plus vaste que la notion de trouble ou de maladie, donc une déficience ne doit pas nécessairement être considérée comme une maladie ; elle peut notamment résulter d'un traumatisme d'origine externe (accident, agression, blessure de guerre...).

2.4 Maladie

Le mot « maladie » apparaît dans l'orientation et la proposition de l'Office. Le Dictionnaire des termes de médecine dentaire en usage au Québec lui donne la définition suivante :

> Changement malsain d'un tissu, du fonctionnement d'un organe ou encore de l'état du corps dans son ensemble, qui se caractérise par des symptômes.

Et le grand dictionnaire de terminologie de l'Office québécois de la langue française :

> Altération de l'état de santé, attribuée à des causes internes ou externes, se traduisant par des symptômes et des signes, et se manifestant par une perturbation des fonctions ou par des lésions.

3. Analyse

3.1 Utilisation du mot « buccodentaire »

La loi actuelle prévoit que le champ de pratique des dentistes s'étend aux dents, à la bouche, aux maxillaires et aux tissus avoisinants, ce qui est repris dans la définition suggérée par l'Office en mai 2014. La proposition de décembre 2014 évacue toutefois ces mots pour les remplacer par le seul adjectif « buccodentaire » (santé buccodentaire et maladies buccodentaires).

À la lumière des définitions données plus haut, le mot « buccodentaire » ne semble pas être synonyme de dents, bouche, maxillaires et tissus avoisinants. Il est plutôt limité à ce qui se rapporte à la bouche et aux dents. Les maxillaires et les tissus avoisinants ne sont donc généralement pas compris par l'utilisation du mot « buccodentaire ».

Pour sa part, le mot « tissu » a une acception très large, qui peut comprendre pratiquement n'importe quel regroupement de cellules du corps humain. Par exemple, les muscles et la peau sont des tissus, mais aussi les os ainsi que les cartilages. De même, les organes sont composés de tissus, eux-mêmes composés de cellules.

En ce sens, le texte de la proposition de décembre 2014 pourrait être perçu comme restreignant le champ de pratique des dentistes, puisqu'il exclut les maxillaires ainsi que les tissus avoisinants.

Bien sûr, l'interprétation que nous faisons de ce texte est purement littérale et évacue toute interprétation qui pourrait être faite en fonction du but de la loi ou de son historique. Néanmoins, la modification législative sera perçue comme devant apporter un changement et pour cette raison, un tribunal pourrait préférer une interprétation apportant un sens nouveau au champ de pratique des dentistes. L'utilisation du même mot dans la définition du champ de pratique des hygiénistes dentaires doit être prise en compte à cet égard[8].

3.2 Déficience et maladie

La définition actuelle du champ de pratique comprend le diagnostic et le traitement de déficiences, alors que les orientation et proposition de mai et décembre 2014 prévoient d'une part le diagnostic des déficiences et d'autre part la prévention et le traitement de maladies.

À partir des définitions données plus haut, on constate qu'une déficience peut être la conséquence d'une maladie, mais n'est pas la maladie elle-même. La déficience peut toutefois résulter d'une autre source que d'une maladie, par exemple d'un traumatisme ou du vieillissement. Il y a donc un certain recoupement entre les deux notions, sans qu'ils ne soient synonymes.

Ainsi, le fait de limiter le traitement aux maladies semble restreindre le champ de pratique des dentistes, car il en retire le traitement des déficiences.

---

[8] Le Rapport Bernier (2012) indique que le comité d'experts a considéré dans ses recommandations que le terme « buccodentaire » *réfère … à la bouche, aux dents, aux maxillaires et aux tissus avoisinants.* Cette affirmation pourra être utile aux dentistes. Elle le sera alors également aux hygiénistes dentaires.

Toutefois, l'ajout du mot « maladie » semble opportun, car il a un sens différent du mot « déficience » et vient préciser le champ de pratique des dentistes.

3.3 Suggestion et conclusion

Finalement, toujours en considérant les définitions données plus haut, le sens le plus large du champ de pratique des dentistes serait obtenu avec la définition suivante :

> L'exercice de la médecine dentaire consiste à évaluer, diagnostiquer, prévenir et traiter toute déficience ou maladie des dents, de la bouche, des maxillaires ou des tissus avoisinants chez l'être humain.

Les mots « des dents, de la bouche » pourraient être remplacés par « buccodentaire » sans qu'il y ait changement de sens.

Ces considérations ne rendent pas compte de tous les enjeux de la proposition de l'Office de décembre 2014. L'évaluation de la santé chez l'être humain, les besoins esthétiques, les activités réservées aux dentistes, le champ de pratique et les activités réservées des autres professionnels visés n'ont pas été examinés. Au stade de la rédaction législative finale, Il se peut que nos conclusions puissent aussi être revues.

En apparence abstraite, ces considérations tiennent par ailleurs compte de questions qui se sont posées dans les récentes années relativement à la pratique de spécialistes membres de l'Ordre des dentistes. La loi actuelle a permis d'appuyer leur droit à une pratique comportant des interventions invasives très élaborées portant sur des tissus que les auteurs de la proposition de décembre 2014 de l'Office n'avaient peut-être pas à l'esprit lors de leurs travaux. Nous avons cherché à y remédier.

Vous voudrez bien accepter, chère consœur, nos salutations distinguées.

BÉLANGER SAUVÉ, S.E.N.C.R.L.

/hd

René Piotte

ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DENTISTES DU QUÉBEC

ANNEXE 4

Ordre des dentistes du Québec

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Nom _____ Prénom _____ Sexe: F ☐ M ☐

N° civique _____ Rue _____ Appartement _____ Ville _____

Code postal _____ Téléphone _____ Téléphone (travail) _____

Cellulaire _____ Date de naissance A/M/J _____ N° assurance sociale (facultatif) _____

Courriel _____ N° assurance maladie _____ Expiration _____

En cas d'urgence, contacter _____ Téléphone _____

Raison de la visite _____ Adressé par _____

Si vous avez moins de 18 ans, inscrire le nom du parent/tuteur _____ Parent ☐ Madame ☐

Tuteur ☐ Monsieur ☐

Antécédents médicaux

Poids _____ Taille _____ Médecin de famille _____ Téléphone _____

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, raison _____

   Nom du médecin _____ Téléphone _____ Poste _____

2. Si vous prenez des médicaments ou en avez pris au cours des six derniers mois, spécifiez :

Raison	Nom du médicament	Nom du médecin qui l'a prescrit et téléphone

	Oui	Non
3. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?	☐	☐
Spécifiez _____		
Des anovulants (pilule anticonceptionnelle) ?	☐	☐
Des hormones ? Spécifiez _____	☐	☐
4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?	☐	☐
5. Êtes-vous enceinte ?	☐	☐
Allaitez-vous ?	☐	☐

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :

	Oui	Non
6. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle)	☐	☐
7. Fièvre rhumatismale	☐	☐
8. Problèmes sanguins :		
8.1 Hémophilie	☐	☐
8.2 Saignements prolongés	☐	☐
8.3 Sang clair	☐	☐
8.4 Anémie	☐	☐
8.5 Autres, spécifiez _____	☐	☐
9. Tension artérielle (pression) Haute ☐ Basse ☐	☐	☐
10. Rhumes fréquents ou sinusite	☐	☐
11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires	☐	☐
12. Troubles digestifs	☐	☐
Spécifiez _____		
13. Ulcère de l'estomac	☐	☐
14. Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, etc.)	☐	☐
15. Troubles du rein	☐	☐
16. Urinez-vous souvent ?	☐	☐
17. Infections transmissibles sexuellement (ITS)	☐	☐
18. Diabète	☐	☐
19. Troubles thyroïdiens	☐	☐
20. Maladies de la peau	☐	☐

	Oui	Non
21. Problèmes oculaires (yeux)	☐	☐
22. Arthrite	☐	☐
23. Ostéoporose	☐	☐
Prenez-vous des bisphosphonates ?	☐	☐
24. Épilepsie	☐	☐
25. Troubles nerveux	☐	☐
26. Maladies psychiatriques	☐	☐
Spécifiez _____		
27. Maux de tête fréquents	☐	☐
28. Étourdissements, évanouissements	☐	☐
29. Maux d'oreilles	☐	☐
30. Rhume des foins	☐	☐
31. Asthme	☐	☐
32. Fumez-vous ?	☐	☐
33. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur) ?	☐	☐
34. Êtes-vous atteint du sida ?	☐	☐
35. Êtes-vous séropositif ?	☐	☐
36. Avez-vous des prothèses articulaires ? (hanche, genou, etc.)	☐	☐
37. Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez ?	☐	☐
38. Avez-vous déjà eu une réaction, allergique ou autre, aux produits suivants:		
38.1 Latex	☐	☐
38.2 Aliments	☐	☐
38.3 Iode	☐	☐
38.4 Aspirine	☐	☐
38.5 Sulfamides	☐	☐
38.6 Pénicilline	☐	☐
38.7 Codéine	☐	☐
38.8 Autres antibiotiques	☐	☐
38.9 Anesthésie locale	☐	☐
38.10 Autres	☐	☐
Spécifiez _____		
39. Consommez-vous des drogues ?	☐	☐

VERSO

ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DENTISTES DU QUÉBEC

Ordre des dentistes du Québec

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Antécédents médicaux (suite)

	Oui	Non
40. Consommez-vous de l'alcool ? Peu ou pas ☐ Modérément ☐ Beaucoup ☐		
41. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ?	☐	☐
Lesquelles _____ Date _____		
_____ Date _____		
_____ Date _____		
42. Craignez-vous les traitements dentaires ? Un peu ☐ Beaucoup ☐ Pas du tout ☐		
43. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste ?	☐	☐
Remarques _____		
_____		
_____		

Antécédent dentaires

Dernière visite : 0-6 mois ☐ 6-12 mois ☐ + de 12 mois ☐

Traitements reçus _____

Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que	Oui	Non
1. Démonstration d'hygiène buccale	☐	☐
2. Traitement des gencives	☐	☐
3. Traitement d'orthodontie	☐	☐
4. Traitement de canal	☐	☐
5. Obturations	☐	☐
6. Couronne(s) et/ou ponts	☐	☐
7. Prothèses complètes et/ou partielles	☐	☐
8. Traitement de chirurgie buccale ou extractions	☐	☐
9. Implants dentaires	☐	☐
10. Radiographies dentaires	☐	☐
11. Autres	☐	☐

À remplir par le patient

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente à vous aviser de tout changement de mon état de santé. J'autorise la constitution de mon dossier dentaire, son suivi, ainsi que mon inscription sur la liste de rappel du (des) dentiste(s) traitant(s). On m'a aussi informé de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification et de me retirer de la liste de rappel.

_____

Signature du patient ou responsable Date

À l'usage du professionnel

Précautions

Réservé au dentiste

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses au questionnaire d'inscription et avoir pris les mesures d'usage, le cas échéant.

_____

Signature du dentiste traitant Date

Ce formulaire est produit par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec en collaboration avec l'Ordre des dentistes du Québec. Tous droits réservés.

DEMANDE DE MODIFICATION LÉGISLATIVE - AMENDÉE

Ordre des dentistes du Québec

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Articles visés

Modification des articles 2 et 26 ainsi que du titre des sections V et VI pour remplacer l'usage des mots « art dentaire » par « médecine dentaire ».

3. Demande de modification

Les nouveaux articles 2 et 26 se liraient comme suit :

> ***2.*** *L'ensemble des dentistes habilités à exercer la médecine dentaire au Québec constitue un ordre professionnel désigné sous le nom de «Ordre professionnel des dentistes du Québec» ou «Ordre des dentistes du Québec».*
>
> ***26.*** *Constitue l'exercice de la médecine 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.*

Les nouvelles sections V et VI se liraient comme suit :

> ***SECTION V***
> *EXERCICE DE LA MÉDECINE DENTAIRE*
>
> ***SECTION VI***
> *EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE DENTAIRE*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Le changement proposé ne modifie pas l'ordre juridique. Cette modernisation de vocabulaire est cependant importante et reflète l'évolution de la discipline. L'expression *médecine dentaire* a d'ailleurs été retenue par le Comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire (*Rapport Bernier*, octobre 2012, p. 18). Il n'y a pas lieu d'attendre la mise en œuvre des recommandations de ce comité pour apporter les modifications demandées.

5. Solutions possibles

La proposition étant déjà appuyée par un comité d'experts, il n'y a pas lieu de chercher d'autres pistes de travail.

6. Analyse comparative

Pour la même raison, il n'y avait pas lieu de procéder à une telle analyse. L'enjeu ne le requérait pas.

7. Activité réglementaire

Nous avons retracé deux règlements où l'expression *art dentaire* est utilisée :

- *Règlement su la délivrance d'un permis de l'Ordre des dentistes du Québec pour donner effet à l'arrangement conclu par l'Ordre en vertu de l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles,* R.R.Q., c. D-3, r. 7.1, art. 2;

- *Règlement sur la souscription obligatoire au Fonds d'assurance responsabilité professionnelle de l'Ordre des dentistes du Québec,* R.R.Q., c. D-3, art. 2 et annexe I.

Ces règlements devront être éventuellement modifiés pour que l'expression *médecine dentaire* y soit plutôt utilisée.

8. Consultation et information

La modification proposée n'entre en conflit avec les intérêts d'aucun groupe. Il n'y a pas matière à consultation. Il n'y a pas lieu non plus de prévoir un mécanisme particulier d'information.

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Articles visés

Ajout d'un article 7.1 et d'un quatrième alinéa à l'article 13 concernant la composition du conseil d'administration et du comité exécutif

3. Demande de modifications

Le nouvel article 7.1 se lirait comme suit :

> *Le nombre d'administrateurs peut être modifié conformément au Code des professions (chapitre C-26).*

Le nouveau quatrième alinéa de l'article 13 se lirait comme suit :

> *Le Conseil d'administration peut modifier le nombre de membres visés au premier alinéa qui doivent faire partie du comité exécutif, conformément à l'article 97 du Code des professions (chapitre c-26).*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Le *Code des professions* (L.R.Q., c. C-26) prévoit un cadre qui permettrait à l'Ordre des dentistes de modifier la composition de ses instances suivant l'évolution des besoins.

En ce qui concerne le conseil d'administration, une telle modification devrait être approuvée par l'Office des professions (*Code des professions,* L.R.Q., c-C-26, art. 95.2). En ce qui concerne le comité exécutif, l'Ordre des dentistes s'est doté de règles de gouvernance qui pourraient éventuellement être modifiées.

5. Solutions possibles

La référence à un cadre existant d'application générale parait comporter en soi un avantage. Elle ne comporte aucun inconvénient sauf s'il en est un de devoir référer à plus d'un texte législatif afin de déterminer la composition des organes de gouvernance de l'Ordre des dentistes.

Une solution alternative consisterait à décrire de façon précise dans la *Loi sur les dentistes* les modifications que l'Ordre serait autorisé à apporter. L'objectif de souplesse serait atteint, sans inconvénient pour l'Ordre des dentistes. On y perdrait toutefois une occasion d'étendre le champ d'application concret du *Code des professions* à cet égard.

6. Analyse comparative

L'idée de rendre applicable à l'Ordre des dentistes une disposition du *Code des professions* se prête mal à un exercice comparatif avec les cadres de gouvernance en vigueur ailleurs au Canada et aux États-Unis.

7. Activité réglementaire

L'Office des professions serait éventuellement appelé à approuver un règlement modifiant la composition du conseil d'administration.

Le premier alinéa de l'article 61 du *Code des professions* permettrait par ailleurs au conseil d'administration de l'Ordre des dentistes de modifier par résolution la composition de son comité exécutif dans le cadre fixé par l'article 97 du *Code des professions*. Il le fera naturellement dans ses règles de gouvernance, lesquelles contiennent déjà des dispositions concernant l'organisation des instances de l'Ordre.

8. Relations intergouvernementales et impacts sur la mobilité

Aucune répercussion et aucun impact

9. Consultation et information

Aucune opération de consultation ou d'information n'est nécessaire. Le sujet en est un de régie interne. L'encadrement de ce sujet par le *Code des professions* est par ailleurs de nature à protéger les intérêts des professionnels concernés et du public dans la gouvernance de l'Ordre des dentistes.

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Article visé

Ajout d'un article 18.2 concernant l'inspection d'autres personnes que des *dentistes*

3. Demande de modification

Ce nouvel article 18.2 se lirait comme suit :

> *Le Conseil d'administration peut vérifier la qualité des activités visées à l'article 26, lorsqu'elles sont exercées par des personnes, autres que des professionnels, habilitées par une autre loi ou par règlement du Conseil d'administration.*
>
> *À cette fin, un comité ou un membre de l'Ordre désigné par le Conseil d'administration peut obtenir de ces personnes et des dentistes avec lesquels celles-ci collaborent ou de tout établissement dans lequel ces activités sont exercées, tous les renseignements qu'il juge utiles et qui sont reliés directement à l'exercice de ces activités, sans qu'aucun d'eux ne puisse invoquer le secret professionnel.*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Dans le contexte d'un accroissement possible des prérogatives de personnes qui ne sont pas des professionnelles, telles les assistantes dentaires, une disposition inspirée de l'article 18.2 de la *Loi médicale* (L.R.Q., c. M-9) est requise pour permettre à l'Ordre des dentistes d'exercer pleinement sa mission.

Les pouvoirs de l'Ordre des dentistes du Québec à cet égard ne devraient pas être limités aux cas de délégations compte tenu de la proposition faite de privilégier une autre voie pour autoriser plus amplement l'exercice de la médecine dentaire par des personnes autres que des dentistes.

5. Solutions possibles

La solution proposée étant calquée sur une disposition de la *Loi médicale* - sans toutefois en avoir la portée puisque le Collège des médecins est aussi habilité à

inspecter des professionnels autres que des médecins - nous n'avons pas cherché d'autres pistes de travail.

6. Analyse comparative

La solution proposée étant calquée sur une disposition de la *Loi médicale,* nous n'avons pas documenté la question en regard de précédents canadiens ou américains.

7. Activité réglementaire

Aucune

8. Consultation et information

Les professionnels n'étant pas visées par la proposition, il n'y a pas lieu de penser à ce qu'il y ait opposition. L'Ordre des dentistes présume ici que les assistantes dentaires ne le deviendront pas même lors de la mise en œuvre éventuelle du *Rapport Bernier* (2012).

DEMANDE DE MODIFICATION LEGISLATIVE

Ordre des dentistes du Québec

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Article visé

Remplacement de l'article 31 concernant la délivrance de permis restrictifs

3. Demande de modification

Le nouvel article 31 se lirait comme suit :

> *Le Conseil d'administration peut accorder un permis restrictif, aux conditions et pour la durée qu'il détermine, à toute personne qui ne remplit pas les conditions de délivrance du permis.*
>
> *Il peut en outre accorder un tel permis restrictif et un certificat de spécialiste permettant à une personne d'exercer la médecine dentaire dans le domaine de la spécialité à l'égard de laquelle le Conseil d'administration reconnait une équivalence en application d'un règlement pris en vertu du paragraphe i de l'article 94 du Code des professions.*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Ce nouvel article 31 vise à accorder à l'Ordre des dentistes des pouvoirs plus étendus en la matière, comme parait le faire en partie la *Loi médicale* au bénéfice du Collège des médecins.

Il permettrait de résoudre une difficulté majeure aux fins de l'application d'engagements pris par Québec et l'Ordre dans le domaine de la mobilité interprovinciale et internationale, ce qui a déjà été exposé à l'Office des professions.

Il est nécessaire en effet de permettre l'émission de permis et de certificats de spécialiste dans des domaines correspondant l'un à l'autre. Dans ce contexte notamment il est requis que les permis restrictifs visés par l'article 31 ne soient plus à durée limitée.

5. Solutions possibles

Lors de discussions remontant à 2009, l'Office des professions s'est montré réticent à ce que la réglementation de l'Ordre des dentistes qui serait adoptée en vertu du *Code des professions* ouvre la voie à l'émission de certificats de spécialistes prenant appui sur des permis restreints. Des considérations liées à la pratique réglementaire générale ont alors été évoquées.

L'Ordre des dentistes propose ici une voie plus étroite qui ne concernerait pas les autres professions. Une modification à sa loi constituante permettrait à l'Ordre des dentistes de respecter pleinement ses engagements envers les organismes canadiens de réglementation de la médecine dentaire tout en mettant en œuvre de façon active l'entente France-Québec sur la mobilité.

6. Analyse comparative

Selon les renseignements disponibles à l'Ordre des dentistes, les autres juridictions canadiennes ont établi des règles permettant aux organismes de réglementation de la médecine dentaire d'autoriser un spécialiste formé à l'étranger à pratiquer à ce titre dans le seul champ de sa spécialité.

7. Activité réglementaire

Contrairement à d'autres voies de solution, celle proposée ne requiert en soi aucune activité réglementaire.

8. Relations intergouvernementales et impacts sur la mobilité

Ces questions sont au centre de la proposition sous considération. La pleine mise en œuvre de l'entente France-Québec sur la mobilité requiert l'émission de permis aux candidats à l'exercice de la profession. Une fois admis au Québec, le candidat devient admissible à la pratique dans les autres juridictions canadiennes suivant un modèle très souple. L'Ordre des dentistes s'est par ailleurs engagé à admettre ces candidats selon certaines restrictions dans le cadre du Protocole FCORD relatif à la reconnaissance de spécialistes dentaires formés à l'étranger et à la délivrance d'un permis d'exercice.

9. Consultation et information

Il est assez certain que toutes les personnes et organismes intéressés seront d'accord avec la proposition. Elle vise à faciliter l'admission de ces personnes à l'Ordre des dentistes dans un cadre qui respecte les positions des organismes canadiens de réglementation.

DEMANDE DE MODIFICATION LEGISLATIVE

Ordre des dentistes du Québec

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Article visé

Article 36 concernant le nom des cabinets dentaires

3. Demande de modification

Abrogation

4. Exposé de la situation et argumentaire

Cet article 36 est antérieur à un important changement qui a été autorisé par la législation professionnelle : la pratique au sein d'une société par actions.

Afin de s'adapter à ce changement et à la pratique suivie dans d'autres ordres professionnels, il y aurait lieu d'encadrer, par règlements, la dénomination des cabinets et sociétés de dentistes.

5. Solutions possibles

Voir point 4

6. Analyse comparative

Les références canadiennes et américaines ne paraissent pas très utiles pour la mise à jour de la question soulevée en regard de la structuration de la pratique professionnelle résultant de la législation québécoise. Certaines règles déontologiques interdisant par exemple la tromperie et dont il sera fait mention au point suivant sont par ailleurs classiques et sont utilisées dans plusieurs juridictions.

7. Activité réglementaire

Le *Code de déontologie des dentistes* (R.R.Q., c. D-3, r. 4) pourrait être modifié par l'insertion, après l'article 3.09.11, des articles suivants :

> ***3.09.12.*** *Le dentiste exerce sa profession sous son propre nom, sous le nom d'un ou plusieurs associés ou sous celui d'une société par actions constituée*

conformément au Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société (R.R.Q., c. D-3, r. 9).

3.09.13. *Le nom d'une société de dentistes peut comprendre le nom de tout associé exerçant sa profession au sein de cette société. Il peut également comprendre celui de tout associé qui a cessé d'exercer sa profession, pendant une période d'au plus trois ans à compter du moment où il a cessé de l'exercer, pourvu que son nom ait fait partie du nom de la société au moment où il a cessé d'exercer.*

3.09.14. *Le dentiste ne doit pas exercer sa profession sous un nom ou une désignation qui induit en erreur, qui soit trompeur, qui aille à l'encontre de l'honneur ou de la dignité de la profession, qui soit un nom numérique ou qui contrevienne aux articles 3.09.01 à 3.09.06 du présent code.*

L'article 11 du *Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société* (R.R.Q., c. D-3, r. 9) serait modifié par l'ajout, à la fin, de l'alinéa suivant :

Le nom d'une société par actions doit être conforme aux articles 3.09.12 à 3.09.14 du Code de déontologie des dentistes (R.R.Q., c. D-3, r. 4).

L'article 12 du *Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société* serait modifié par le remplacement des mots « à l'article 36 de la Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3) par « aux articles 3.09.12 à 3.09.14 du Code de déontologie des dentistes (R.R.Q., c. D-3, r. 4).

8. Relations intergouvernementales et impacts sur la mobilité

Aucune répercussion et aucun impact.

9. Consultation et information

La proposition vise les membres de l'Ordre des dentistes qui auront maintenant des règles plus modernes et plus claires à respecter. L'Ordre les informera avec précisions de la portée de ces règles à travers les moyens de communication dont il dispose.

DEMANDE DE MODIFICATION LEGISLATIVE

Ordre des dentistes du Québec

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Article visé

Ajout des articles 37.1 et 37.2 concernant la propriété des cabinets dentaires et l'usage du substantif *dentaire*

3. Demande de modification

Les nouveaux articles 37.1 et 37.2 se liraient comme suit :

> ***37.1.*** *Seuls peuvent être propriétaires d'un cabinet dentaire, un dentiste, une société de dentistes ou une société par actions constituée conformément à un règlement pris en application du paragraphe p de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).*
>
> *Aux fins du présent article, on entend par cabinet dentaire une entreprise, autre qu'un établissement, où un dentiste exerce sa profession.*
>
> ***37.2.*** *Seuls peuvent faire usage du substantif « dentaire » dans un nom ou une publicité se rapportant à des services offerts au public, un dentiste, une société de dentistes ou une société par actions constituée conformément à un règlement de l'Ordre des dentistes du Québec pris en application du paragraphe p de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).*
>
> *L'interdiction prévue au premier alinéa n'empêche pas un denturologiste d'utiliser le substantif « dentaire » avec d'autres termes qui sont propres à l'exercice de sa profession.*

À titre de mesure transitoire, il y aurait lieu de prévoir ce qui suit :

> *L'article (indiquer ici l'article introduisant les articles 37.1 et 37.2) entre en vigueur le (indiquer ici la date qui suit de trois mois celle de la sanction de la loi).*
>
> *Pour une période de trois mois à partir de la date de l'entrée en vigueur des articles 37.1 et 37.2 de la Loi sur les dentistes, un avertissement est transmis à un contrevenant au lieu d'un constat d'infraction.*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Les nouveaux articles 37.1 et 37.2 visent à mettre fin à la confusion qui existe présentement en l'absence d'une règle claire sur la propriété des cabinets dentaires et du fait de l'utilisation du substantif dentaire, sans autre précision, pour désigner des organisations ou des services liés à plusieurs professions.

Il y aurait lieu de prévoir un délai pour permettre à certaines organisations de modifier leurs pratiques et se conformer à ces nouvelles dispositions. Ce délai serait de trois mois, suivi d'une période de tolérance de trois autres mois.

5. Solutions possibles

La voie législative est requise compte tenu de l'importance des sujets traités. C'est d'ailleurs de cette façon que la question de la propriété est résolue à l'article 27 de la *Loi sur la pharmacie* (L.R.Q., c. P-10).

6. Analyse comparative

Les exemples canadiens et américains ne seraient pas probants parce qu'on n'y retrouve pas exactement les mêmes professions dans le domaine qui nous intéresse.

7. Activité réglementaire

Aucune

8. Consultation et information

Les professionnels du domaine dentaire qui ne sont pas dentistes auront vraisemblablement des réactions variées devant la proposition de l'Ordre des dentistes. Il est possible d'anticiper que des denturologistes s'y opposent. Il faudra alors faire valoir que d'une part il est approprié que les dentistes contrôlent les entreprises de médecine dentaire et que d'autre part il n'est pas approprié qu'il y ait confusion dans la nature des organisations et des services. L'Ordre des dentistes pourra expliquer que ses propositions sont justes et servent l'intérêt public.

Pierre de Grandmont, DMD, Cert (prostho), M. Sc.
Prosthodontiste
Professeur titulaire, Département de dentisterie de restauration
Faculté de médecine dentaire
Université de Montréal
[redacted]

Montréal, le 30 mars 2015

Docteur Barry Dolman
Président
Ordre des dentistes du Québec
800, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3B 1X9

Objet : Avis concernant la proposition de l'Office des professions du Québec émise relativement au dossier de la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire

Monsieur le Président,

Vous avez sollicité mon opinion au sujet de la proposition de l'Office des professions du Québec émise en décembre 2014 relativement au dossier de la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire. Le présent avis portera sur les modifications proposées par l'Office des professions en décembre 2014 au champ d'exercice des denturologistes, notamment en lien avec la nature et le type de prothèses pouvant être réalisés par ces derniers et la pose des piliers prothétiques. De plus, cet avis abordera le principe d'ordonnance, de même que la notion de non-invasivité et des limitations associées à la pratique de la denturologie au Québec en ce qui concerne la fabrication de prothèses implanto-portées. Finalement, des éclaircissements sur la prosthodontie maxillo-faciale seront fournis.

AVERTISSEMENT : Le contenu de ce rapport est strictement confidentiel. Selon la loi, il est strictement défendu aux personnes non autorisées d'en prendre connaissance et, à plus forte raison, d'en faire quelque usage que ce soit.

1 LA PRATIQUE DE LA DENTUROLOGIE

1.1 Le principe d'ordonnance

La proposition de décembre 2014 de l'Office prévoit, au chapitre des activités à réserver aux denturologistes (point 4), que le denturologiste pourrait effectuer des interventions non invasives nécessaires à la conception, à l'installation et à l'ajustement des prothèses dentaires sur implant excluant les prothèses dentaires scellées, selon une ordonnance. Ce principe d'ordonnance s'applique également au point 5, qui porte sur la manipulation des bouchons de guérison et des piliers prothétiques.

Bien que couramment utilisé dans le domaine médical, le concept d'ordonnance est nouveau dans la dynamique de travail dentiste-denturologiste. Par cette disposition, l'Office retire l'obligation pour le denturologiste de travailler sous la direction d'un dentiste lorsqu'il fabrique une prothèse implantaire. Ce changement a le mérite d'établir clairement les responsabilités de chaque intervenant et facilitera la gestion des dossiers en cas de litige.

Selon les notes explicatives de l'Office, l'ordonnance oblige le dentiste à garantir que le plan de traitement retenu respecte les principes et fondements de la médecine dentaire et va dans l'intérêt de la santé buccodentaire du patient. De ce fait, l'Office reconnaît l'importance pour les patients d'être pris en charge par le dentiste, et ce, en raison de son expertise en matière de santé buccodentaire et de ses capacités diagnostiques. Cette approche est essentielle à la protection des patients.

Il serait toutefois avantageux que ce concept d'ordonnance ne s'applique pas uniquement aux prothèses implanto-portées. Il est en effet incompréhensible que les patients nécessitant des soins prothétiques conventionnels n'obtiennent pas d'abord un diagnostic de leur santé buccodentaire, et ce, afin de traiter la bouche et les dents restantes avant que la phase prothétique ne s'amorce. L'obligation donnée au denturologiste d'informer son patient de l'importance de subir un examen par un dentiste dans les cas de prothèses partielles amovibles et prévue à l'article 7 de la loi n'est qu'un devoir d'information. Ainsi, des patients mal informés ou se souciant peu de la santé de leur bouche peuvent être appareillés sans qu'un examen buccal complet et exhaustif n'ait eu lieu. Cette façon de faire est un illogisme en matière de santé globale. Malgré leur utilisation répandue et leur nature « réversible », les prothèses conventionnelles ont un

impact réel sur le milieu buccal. De plus, les données scientifiques indiquent que la santé buccale a un impact sur la santé générale[1] [2] [3]. La flore bactérienne buccale a des effets sur les patients diabétiques et ceux atteints de déficience pulmonaire et cardiaque, et elle peut même influencer certains types de cancer. Dans un contexte où la population est vieillissante et de plus en plus vulnérable, l'obligation de subir un examen avant la fabrication de prothèses permettrait l'interception de divers problèmes et contribuerait à l'amélioration de la santé globale. Étant donné que les prothèses sont refaites à des intervalles de cinq à dix ans, cette obligation de subir un examen ne constitue pas une contrainte significative.

De plus, il faut reconnaître que l'édentement partiel est une condition complexe dont le traitement demande non seulement de considérer diverses options prothétiques, mais aussi d'évaluer les dents et les tissus mous adjacents aux zones édentées. Il est impossible de voir ce qui est invisible à l'œil. L'existence de caries interproximales ou de lésions radiculaires ne peut être observée qu'à l'aide de radiographies. De plus, l'évaluation de la condition parodontale demande un examen rigoureux faisant appel aux radiographies de même qu'à une évaluation des poches parodontales par sondage. Ces actes ne sont pas réservés au denturologiste. Ce dernier, malgré les meilleures intentions, n'a pas accès aux outils nécessaires à l'évaluation complète de ses patients.

Il faut se rappeler qu'il est plus important de préserver la dentition résiduelle que de remplacer les dents perdues. Non seulement le dentiste peut s'assurer que le traitement prothétique envisagé est optimal quant à la condition et aux attentes du patient, mais il peut, lors de son examen, s'assurer que ce traitement va dans l'intérêt de la santé buccodentaire de ce dernier, qu'il ait recours ou non à des implants.

Ceci dit, il ne faudrait pas croire que ce raisonnement n'est pertinent que pour l'édenté partiel. L'examen clinique et radiologique d'un édenté permet d'intercepter des lésions cancéreuses et d'autres conditions pathologiques.

---

[1] Mawardi HH, Elbadawi LS, Sonis ST. Current understanding of the relationship between periodontal and systemic diseases. Saudi Med J. 2015 Feb;36(2):150-8.

[2] Bansal M, Rastogi S, Vineeth NS. Influence of periodontal disease on systemic disease: inversion of a paradigm: a review. J Med Life. 2013 Jun 15;6(2):126-30. Epub 2013 Jun 25.

[3] Otomo-Corgel J, Pucher JJ, Rethman MP, Reynolds MA. State of the science: chronic periodontitis and systemic health. J Evid Based Dent Pract. 2012 Sep;12(3 Suppl):20-8.

Dans le contexte de cette réflexion, il est pertinent de citer le Dr Doug Chayter [4] et de transposer ces propos à la relation du denturologiste à son patient:

> *"As health care professionals, dentists are reponsible for the well-being of patients under their care. They are not entitled to "just make a denture". They must be aware of each patient's general health, especially conditions that might influence their choice of treatment or that can be aggravated by something de done for the patient. "*

Le concept d'ordonnance pour tous les types de prothèses dentaires n'aurait pour effet que d'assurer la santé et, à ce titre, il devrait être considéré par l'Office, et ce, dans l'intérêt de la population. L'ordonnance n'est pas une mesure qui restreint l'autonomie. Sans un examen préalable, un patient obtient un traitement sans diagnostic, une pratique inusitée en médecine.

1.2 Définition du champ d'exercice

La définition actuelle du champ d'exercice de la denturologie est énoncée aux articles 6, 7 et 8 de la Loi sur la denturologie (RLRQ, c. D-4). Globalement, l'article 6 prévoit :

> *Constitue l'exercice de la denturologie tout acte qui a pour objet de prendre des empreintes et des articulés et d'essayer, de poser, d'adapter, de remplacer ou de vendre des prothèses dentaires amovibles qui remplacent la dentition naturelle.*

La définition qui a été proposée par l'Office des professions en décembre 2014 est la suivante :

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

L'abandon du qualificatif « amovible » est significatif.

---

[4] Douglas V. Chaytor, Diagnosis and treatment planning for edentulous or potentially edentulous patients. Dans Prosthodontic treatment for edentulous patients, Zarb G & coll. ed., St-Louis, Mosby, 2004, page 75.

Par cette proposition, l'Office élargit le champ d'exercice des denturologistes à l'ensemble des prothèses dentaires. Des balises audit champ sont énoncées dans la description des activités réservées aux denturologistes. La loi actuelle fait référence à des interdictions.

Ainsi, selon la *Loi sur la denturologie* (RLRQ, c. D-4, art. 8), il est interdit à un denturologiste de procéder à :

- *L'essai, la pose, l'adaptation ou le remplacement de ponts papillon et de couronnes et ponts;*
- *L'essai, la pose, l'adaptation ou le remplacement de prothèses hybrides;*
- *L'essai, la pose, l'adaptation ou le remplacement de prothèses qui s'ajustent directement aux implants ostéointégrés.*

La loi actuelle permet cependant l'essai, la pose, l'adaptation ou le remplacement de prothèses qui s'ajustent indirectement aux implants ostéo-intégrés, si ces actes sont effectués sous la direction d'un dentiste.

La proposition 2014 exclut la fabrication des ponts et des couronnes sur dents naturelles, de même que les prothèses dentaires scellées sur implant :

> *Point 2 : Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires autres que celles sur implant excluant les ponts et les couronnes sur dents naturelles;*
> *Point 4 : Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires sur implant excluant les prothèses dentaires scellées, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions;*

Les prothèses sur dents naturelles étant scellées, la proposition est donc de ne pas réserver aux denturologistes les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement de toutes les prothèses scellées et de les lui réserver pour les autres prothèses.

Ainsi, mis à part les prothèses totales et partielles amovibles conventionnelles, la proposition permet la conception, l'installation et l'ajustement des autres prothèses dentaires sur implant. Dans le domaine dentaire, ces prothèses sont qualifiées de transvissées.

Ce changement est également significatif, car il permet aux denturologistes de fabriquer des couronnes et des ponts sur implant pourvu que ces prothèses soient transvissées. Cette pratique divergera, si adoptée, du champ de pratique traditionnel des denturologistes et constituera même un précédent.

Par ailleurs, la proposition évacue la notion de connexion directe ou indirecte des prothèses aux implants.

À la lumière de ces changements, il est légitime de se questionner sur les implications découlant de cette proposition.

L'Ordre des dentistes du Québec et l'Ordre des denturologistes du Québec entretiennent depuis plusieurs années des divergences d'opinions sur l'étendue du champ de pratique des denturologistes, et ce, spécifiquement en ce qui a trait au type de prothèses implanto-portées pouvant être confectionnées par ces derniers.

Ces divergences découlent notamment du sens qu'on donne aux termes « prothèse dentaire **amovible** » lorsque cette dernière s'ajuste à des implants ostéo-intégrés et sur la signification d'un ajustement direct ou indirect d'une prothèse à des implants ostéo-intégrés.

Une nouvelle terminologie devrait avoir pour objectif de s'assurer d'une compréhension claire et commune des termes.

1.3 Prothèse dentaire amovible

Comme mentionné précédemment, la proposition de l'Office est de retirer le qualificatif « amovible » de la nouvelle définition.

Afin de sous-peser l'impact de ce changement, il est justifié de se pencher sur la définition de l'expression « prothèse amovible » et de vérifier, dans un premier temps, si elle est pertinente à la pratique de la denturologie et, dans un deuxième temps, si elle entraîne inévitablement de la confusion lorsqu'associée aux implants dentaires.

Selon l'édition de juillet 2005 du *Glossary of Prosthodontics Terms*, produit par The Academy of Prosthodontics, la « prothèse dentaire amovible » se définit ainsi [5]:

> *removable dental prosthesis:*
> *1: any dental prosthesis that replaces some or all teeth in a partially dentate arch (partial removable dental prostheses) or edentate arch (complete removable dental prostheses).* ***It can be removed from the mouth and replaced at will****, 2: any dental prosthesis that* ***can be readily inserted and removed by the patient.***

Le champ de pratique traditionnel des denturologistes est la fabrication de prothèses amovibles. Cette affirmation est soutenue par la loi qui régit actuellement la denturologie au Québec. Cette conception de la denturologie trouve écho dans les lois professionnelles de huit autres provinces canadiennes.

Le site Web de l'Association des denturologistes du Canada [6] énonce :

> *Au Canada, le denturologiste offre directement au patient des services de prothèses dentaires amovibles.*

---

[5] The Academy of Prosthodontics, *The Glossary of Prosthodontics Terms,* Journal of Prosthetic Dentistry, 2005 July; 94(1): 68.
[6] http://www.denturist.org/careerfr.html

Les étudiants en denturologie suivent une formation d'au moins trois ans axée sur le développement d'aptitudes cliniques et de laboratoire nécessaires à la prestation de services de prothèses dentaires amovibles.

Quant au site Web de l'Association des denturologistes du Québec [7] [8], on y affirme que :

Le denturologiste est un expert des prothèses dentaires amovibles, qu'on appelle dans le langage familier « dentiers ». Il en fait la confection et se charge de leur réparation et de leur entretien.

Le denturologiste est un expert de la fabrication, la pose et l'ajustement de prothèses dentaires amovibles (partielles ou complètes) et de recouvrement sur implants.

La prothèse de recouvrement sur implants est considérée dans le domaine dentaire comme une prothèse amovible.

Lorsqu'une prothèse n'est pas amovible, on dit de la prothèse qu'elle est fixée. Afin de s'assurer de bien cerner le terme amovible, il est important de définir ce qu'est une prothèse fixée par opposition à une prothèse amovible.

Toujours selon le *Glossary of Prosthodontics Terms*, les termes « prothèse fixée » sont définis comme suit [9]:

fixed dental prosthesis:
any dental prosthesis that is ***luted, screwed or mechanically attached*** *or otherwise securely retained to natural teeth, tooth roots, and/or dental implant abutments that furnish the primary support for the dental prosthesis.*

[7] http://www.adq-qc.com/pour-le-public
[8] http://www.adq-qc.com/pour-le-public/informations-et-conseils
[9] The Academy of Prosthodontics, *The Glossary of Prosthodontics Terms,* Journal of Prosthetic Dentistry, 2005 July; 94(1): 38-39.

À la lumière de ces définitions, une prothèse amovible est une prothèse que le patient peut insérer et enlever. Pour sa part, la prothèse fixée est retenue de manière fixe par du ciment ou des vis aux implants dentaires. Le patient ne peut l'enlever lui-même et il a besoin de l'intervention du dentiste pour la retirer. Ce dernier brisera le ciment ou retirera les vis afin d'enlever la prothèse de la bouche du patient.

Cette conception de la prothèse dite amovible est reconnue par l'Ordre des dentistes du Québec depuis 1973. On la retrouve textuellement dans les lois sur la denturologie en vigueur en Colombie-Britannique, en Ontario et à Terre-Neuve-et-Labrador.

Ainsi, le qualificatif « amovible » est pertinent à la pratique de la denturologie et il fait consensus. Reste à évaluer s'il engendre de la confusion lorsqu'il est associé à la prothèse implanto-portée.

Il existe deux types des prothèses amovibles retenues à des implants. Ces prothèses se distinguent par leur mode d'ancrage.

Le premier type consiste en une prothèse qui est retenue par des mécanismes individuels de rétention incorporés aux piliers d'implant. Ces mécanismes sont sous forme d'attachement boule, d'aimant ou de bouton pression. Ils sont généralement usinés par les fabricants d'implants et constituent une adaptation des piliers d'implant conventionnels spécifique à la fabrication de prothèse amovible. Ces piliers d'implant ne sont pas solidarisés et la fabrication de la prothèse est indépendante de la pose des piliers d'implant. On est donc en présence d'un système prothétique composé d'implants, de piliers d'implant incorporant un mécanisme de rétention et d'une prothèse amovible. La loi actuelle sur la denturologie permet la fabrication d'une telle prothèse amovible par le denturologiste à la suite de la pose des implants et des piliers d'implant par le dentiste. Ce type de prothèse peut être utilisé chez l'édenté total ou partiel.

Le deuxième type consiste en une prothèse qui est retenue par des mécanismes de rétention incorporés à une sous-structure. Cette sous-structure se présente sous forme d'une barre qui s'ajuste aux piliers d'implant ou directement aux implants. Elle est vissée à ces derniers et a pour effet de les solidariser. Elle offre une surface de support additionnelle pour la prothèse par rapport aux attachements individuels. La rétention de la prothèse est assurée par divers mécanismes dont le principal est le cavalier. On est donc en

présence d'un système prothétique composé d'implants avec ou sans piliers d'implant, d'une sous-structure vissée et d'une prothèse amovible. Ce type de prothèse est généralement utilisé chez l'édenté total.

La nature fixe de la barre de soutien d'une prothèse amovible implanto-portée peut engendrer de la confusion. Cette dernière, ne pouvant être retirée par le patient, ne revêt pas le caractère amovible tel que défini dans le *Glossary of Prosthodontics Terms* et, par conséquent, elle peut être considérée comme n'étant pas du ressort du denturologiste. Cependant, affirmer que la barre de soutien devrait être fabriquée par le dentiste, et ce, indépendamment de la conception de la prothèse par le denturologiste, défie la logique clinique.

Les prothèses implantaires amovibles pouvant être retirées par le patient et reliées ou supportées par des attachements individuels ou des barres de soutien sont aussi appelées prothèses de recouvrement. Ces prothèses s'intègrent dans la conception générale du champ de pratique du denturologiste.

Cela dit, il existe des prothèses dites transvissées. En opposition aux prothèses scellées implanto-portées qui sont cimentées, ces prothèses sont retenues à l'aide de vis. Elles ne peuvent être retirées par le patient, mais elles peuvent être enlevées par le praticien. Selon le *Glossary of Prosthodontics Terms*, ces prothèses sont des prothèses fixées. La nomination fixe amovible a été utilisée par le passé pour justifier la fabrication de ce type de prothèse par les denturologistes au Québec. L'Ordre des dentistes du Québec s'est toujours opposé à cette prétention.

1.4 Prothèse dentaire qui s'ajuste directement ou indirectement aux implants ostéo-intégrés

La Loi sur la denturologie interdit aux denturologistes de poser un acte relatif aux prothèses qui s'ajustent directement aux implants ostéo-intégrés. Elle permet toutefois l'essai la pose, l'adaptation et le remplacement de prothèses qui s'ajustent indirectement aux implants ostéo-intégrés, à la condition qu'ils soient effectués sous la direction d'un dentiste.

Comme mentionné, la proposition de l'Office évacue cette notion d'ajustement direct ou indirect des prothèses aux implants. Afin de comprendre l'impact de cette modification, il faut définir ce à quoi ces ajustements font référence.

Cet exercice est particulier du fait que cette notion d'ajustement direct ou indirect n'a pas cours en dentisterie et que l'on ne retrouve pas ce concept dans les livres de référence. De plus, à ma connaissance, cette notion n'est pas enseignée dans les universités canadiennes et américaines.

Selon le *Petit Larousse*[10], l'adjectif direct signifie sans intermédiaire, en relation immédiate avec quelqu'un ou quelque chose.

Dans la pratique de l'implantologie, l'utilisation de ce qualificatif peut théoriquement se faire à deux niveaux.

La première utilisation peut faire référence à la présence ou non d'un pilier prothétique. Dans un système d'implant traditionnel, l'implant est placé dans l'os de la mâchoire et sa portion supérieure est située au niveau de la crête osseuse, sous la gencive. Le pilier a pour fonction d'amener l'assise prothétique près du niveau ou au-dessus de la gencive. Cette mesure a pour but de faciliter la fabrication de la prothèse et de favoriser les mesures d'hygiène. Pour des considérations esthétiques, cette connexion peut toutefois s'établir en l'absence de pilier, donc sous la gencive. Ce type de connexion demande une évaluation radiologique, ce que les denturologistes ne peuvent faire. Dans le contexte de la loi actuelle sur la denturologie, il est hypothétiquement possible que la notion d'ajustement direct ou indirect réfère au fait que les denturologistes n'auraient droit de faire que des prothèses dont la connexion aux implants s'effectuerait par l'intermédiaire de piliers. Cette hypothèse apparaît toutefois improbable, car la confection de prothèses sous-gingivales chez le patient totalement édenté fait figure d'exception. De plus, certains systèmes d'implants rendent possible le placement de la portion supérieure de l'implant de 2 à 3 mm au-dessus de la crête osseuse et la conception d'une prothèse supra-gingivale sans utiliser des piliers d'implant. Il est donc peu probable que le législateur ait voulu faire référence à ce concept lors de l'élaboration du paragraphe 4c) de l'article 8.

La deuxième utilisation fait abstraction de la présence ou non de piliers et référerait à la rigidité de la connexion entre les implants et la prothèse. Une prothèse qui s'ajuste directement aux implants est une prothèse fixée qui a un lien cimenté ou vissé directement avec les implants. Cette connexion directe est rigide et ne permet pas le retrait de la prothèse par le patient. Une prothèse qui s'ajuste indirectement aux implants est une prothèse qui se connecte aux implants par l'intermédiaire d'attachements ou d'une sous-

[10] Petit Larouse illustré, Librairie Larousse, Paris, 1991, p328

structure. Cette connexion n'est pas rigide et permet le retrait de la prothèse par le patient. Cette hypothèse apparaît plus probable, car elle peut être associée à la nature fixe ou amovible des prothèses dentaires. Logiquement, le denturologiste ne pourrait effectuer une prothèse qui s'ajuste directement aux implants, car cette dernière est de nature fixe et, conséquemment, il pourrait faire une prothèse qui s'ajuste indirectement aux implants, car cette dernière est de nature amovible.

Cette interprétation est en accord avec la conception générale du champ de pratique du denturologiste.

1.5 Prothèse dentaire sur implant transvissée

La proposition de décembre 2014 de l'Office suggère de permettre aux denturologistes de fabriquer tout type de prothèse, à l'exception des prothèses scellées sur les dents naturelles ou sur implants. Selon cette proposition, les denturologistes pourraient donc fabriquer les prothèses sur implant dites transvissées.

Comme mentionné, les prothèses transvissées sont de nature fixe et elles ne s'inscrivent pas dans le champ d'exercice traditionnel des denturologistes.

Ainsi, les denturologistes devraient ajuster leur niveau de compétence afin de faire face à ce changement. Cette prémisse est d'ailleurs appuyée par les propos de Mme Suzanne Fiset, coordonnatrice de l'AEC en pratique avancée de la denturologie, qui souligne dans un article du journal ODQ *Présence* [11]:

> *Par contre, ce qui sera ajouté à notre champ de pratique ne pourra pas faire l'objet de votre pratique tant que vous n'aurez pas acquis ces nouvelles compétences.*

La proposition de l'Office rend d'ailleurs conditionnelle la fabrication des prothèses sur implant à l'obtention d'une attestation de formation délivrée par l'Ordre des denturologistes du Québec, conformément à un règlement. Une note précise : « Le processus d'adoption de ce règlement impliquerait une consultation de l'Ordre des dentistes ou de tout autre expert qualifié pour s'assurer que l'ensemble des compétences développées dans le cadre de ce programme permet d'assurer la protection du public. »

[11] Fiset S., Vous et l'AEC de pratique avancée de la denturologie. 2013 ODQ Présence ; 4(1) : 14-15.

Toutefois, la compétence n'est pas le seul élément à considérer. En effet, il faut garder en tête que le denturologiste ne peut procéder à aucun acte invasif tel que :

- La prescription et la prise de radiographies;
- L'anesthésie locale par voie d'infiltration;
- L'altération des structures buccodentaires, telles la taille des dents et la préparation de cavités d'appuis et de plans guides.

La proposition prévoit, au chapitre des activités réservées aux points 2 et 4, que le denturologiste pourrait effectuer les interventions **non invasives** liées à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires autres que celles sur implant, excluant les ponts et les couronnes sur dents naturelles, et des prothèses dentaires sur implant, excluant les prothèses dentaires scellées. Ce document ne décrit toutefois pas les interventions qui seraient considérées comme non invasives. Cette situation devrait être corrigée afin de ne pas laisser de zones grises. Il est permis de croire que l'altération des structures buccodentaires, l'injection de substance et l'exposition des tissus à des radiations sont définitivement des actes invasifs et, de ce fait, qu'ils ne seraient pas compatibles avec la proposition de l'Office.

Considérant ces limitations, il semble pertinent de déterminer si les nouveaux privilèges qui seraient accordés peuvent être mis en pratique tout en respectant le concept de fabrication non invasive.

Les prothèses implanto-portées peuvent être classifiées selon plusieurs facteurs. Comme mentionné précédemment, elles peuvent être classifiées selon leur mode de rétention : prothèses scellées ou transvissées. Elles peuvent aussi être classifiées en tenant compte d'autres paramètres tels :

- le nombre de dents remplacées : on parle ainsi de prothèse totale, partielle ou unitaire;
- la région d'édentement : on parle ainsi de prothèse antérieure ou postérieure, de prothèse supérieure ou inférieure;
- la localisation de l'assise de la prothèse par rapport à la gencive : on parle ainsi de prothèse supra-gingivale ou sous-gingivale;

- la nature des matériaux qui la composent : on parle ainsi de prothèse en acrylique, de prothèse céramo-métallique ou de prothèse toute céramique.

Compte tenu de ces différents paramètres, les prothèses transvissées ne constituent donc pas un groupe homogène. Selon les situations, des caractéristiques cliniques propres doivent être considérées.

La principale caractéristique de l'édentement partiel par rapport à l'édentement total est évidemment la présence de dents résiduelles. La prothèse partielle implanto-portée est donc fabriquée en présence de dents. Les dents adjacentes ou antagonistes à la prothèse présentent fréquemment des contours non optimaux ou empiètent sur l'espace édenté à la suite de leur migration. Dans ces situations, il est nécessaire de meuler les surfaces proximales ou occlusales de ces dents afin d'optimiser, voire de permettre la fabrication de la prothèse.

La prothèse partielle est généralement fabriquée avec une structure laminée de porcelaine. La prothèse totale est quant à elle généralement fabriquée avec une structure recouverte d'acrylique. La porcelaine est dure et abrasive lorsque dépolie. Elle est aussi sujette à des contraintes, dont une épaisseur minimale, afin d'assurer sa solidité. L'ajustement d'une surface occlusale en porcelaine est donc critique en présence de dents. Il est parfois nécessaire de meuler la dentition antagoniste afin de finaliser l'ajustement de l'occlusion et de préserver l'intégrité de la porcelaine.

Une autre caractéristique de l'édentement partiel est la présence d'une architecture gingivale. À la suite de la perte des dents, l'os alvéolaire se résorbe. En l'absence des dents et de l'os alvéolaire, la gencive marginale n'est plus supportée et elle perd sa forme festonnée. En d'autres mots, les papilles interdentaires disparaissent et la gencive s'aplatit. En plus des dents manquantes, une prothèse totale remplace l'os résorbé et réplique l'anatomie gingivale perdue. Le praticien contrôle l'ensemble des paramètres permettant de créer un sourire harmonieux. À l'inverse, une prothèse partielle doit s'harmoniser avec l'architecture gingivale de la dentition résiduelle, surtout dans la région antérieure où l'esthétique est en jeu. Par conséquent, le praticien doit fréquemment prendre des mesures afin d'optimiser l'intégration de sa restauration. Une des difficultés encourues résulte du différentiel qui existe entre le diamètre des implants et celui des racines de dents naturelles. Le diamètre des implants est plus petit que celui des dents naturelles. De plus, les implants présentent une configuration cylindrique alors que la racine des dents

naturelles est plutôt ovale ou rectangulaire. Afin de contourner ces différences, il est possible d'optimiser la forme de la restauration en manipulant les tissus péri-implantaires. Cette mesure peut être effectuée lors de la phase chirurgicale. Cependant, il est fréquent, lors de la phase prothétique, que le praticien modifie la gencive au pourtour des implants en la compressant, en la meulant ou en la coupant afin de créer un profil d'émergence optimal pour sa restauration. Une anesthésie locale est alors requise pour contrôler la douleur et réduire le saignement.

Il est important de mentionner que la création d'un profil d'émergence naturel ne favorise pas uniquement l'aspect esthétique des prothèses partielles ou unitaires transvissées. Elle contribue aussi à faciliter les mesures d'hygiène en créant des formes autonettoyantes et non favorables à l'accumulation de la plaque bactérienne et de débris alimentaires.

Toujours dans l'optique d'optimiser l'esthétique, le praticien tire généralement avantage de l'épaisseur du tissu gingival surplombant les implants afin de dissimuler la jonction entre les piliers, voire les implants, et la restauration. On dit alors de cette jonction qu'elle est sous-gingivale. Cette approche complique toutefois la vérification de l'adaptation de la prothèse aux piliers ou aux implants. Le praticien doit alors prendre des radiographies pour s'assurer que l'assise de cette dernière est conforme.

Les restaurations retenues par plusieurs implants profitent de points d'ancrage multiples. Cette caractéristique contribue à résister aux forces de torsion générées lors de la mastication. Une restauration unitaire ne profite pas d'un tel avantage biomécanique. Afin de stabiliser ce type de restauration lorsqu'elle est transvissée, il est généralement nécessaire de ne pas utiliser de pilier. La base d'une couronne unitaire transvissée doit engager l'intérieur de l'implant qui la supporte ou l'hexagone de la plateforme de ce dernier. Cette mesure contribue à la stabilité des restaurations unitaires tranvissées, mais elle complique également la vérification de l'adaptation de celles-ci aux implants, puisque la jonction entre l'implant et la restauration s'effectue alors sous la gencive. De nouveau, le praticien doit alors prendre des radiographies pour s'assurer de la conformité de son traitement.

L'expérience clinique démontre qu'il est possible, à l'occasion, de contourner les précautions ou mesures ci-dessus décrites. Toutefois ces situations font figure d'exceptions si l'on recherche un résultat optimal. On doit alors accepter que les interventions nécessaires à la conception, à l'installation et à l'ajustement d'une

prothèse implanto-portée transvissée sont souvent incompatibles avec la notion de non-invasivité. Les prothèses partielles sur implants dans la région antérieure de la bouche constituent définitivement un défi pour lequel les denturologistes ne seront pas entièrement équipés. Il en va de même pour les prothèses unitaires. Aucune législation au Canada ne permet d'ailleurs d'actes réservés aux denturologistes pour des restaurations unitaires.

1.6 La manipulation des bouchons de guérison et la pose des piliers prothétiques

La proposition de décembre 2014 de l'Office prévoit, au point 5, l'activité réservée suivante :

> *Retirer et replacer le bouchon de guérison et placer un pilier sur la tête de l'implant, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions;*

Cette disposition représente un changement significatif au champ d'exercice des denturologistes puisqu'elle n'est pas prévue dans la loi actuelle.

Le bouchon de guérison est une pièce placée sur la plateforme d'un implant durant la période de guérison afin de permettre la cicatrisation du tissu gingival. Pour cette raison, il est également nommé pilier de cicatrisation. Cette pièce est placée sur l'implant lors de la chirurgie d'implantation (approche chirurgicale en un temps) ou à la suite de l'ostéo-intégration de l'implant (approche chirurgicale en deux temps).

Le pilier prothétique est une pièce placée sur la plateforme d'un implant afin d'agir comme connecteur entre l'implant et la prothèse. Le pilier permet généralement de positionner l'assise de la prothèse en fonction du niveau gingival, et ce, dans le but de faciliter la fabrication de cette dernière. L'accès visuel à l'assise prothétique simplifie la procédure de vérification de la précision de l'adaptation de la prothèse aux piliers. Le pilier prothétique permet également de compenser les variations d'angulation entre de multiples implants supportant la même prothèse. Cette pièce est généralement placée à la suite de la cicatrisation du tissu péri-implantaire.

Lors d'un travail de collaboration impliquant deux professionnels, la pose des piliers de cicatrisation et prothétique peut être effectuée par le praticien responsable de la phase chirurgicale. Cette approche était fréquente dans les années 1980-1990. La population traitée était alors constituée d'édentés totaux. Les applications cliniques et l'offre commerciale étant limitées, le choix des piliers prothétiques était simple et prévisible. Afin de répondre à la demande de patients partiellement édentés, de nouvelles approches thérapeutiques et de nouvelles composantes prothétiques ont été développées. Cette variété d'options a compliqué le choix des piliers prothétiques. Cette situation a amené le praticien responsable de la phase prothétique à prendre en charge cette responsabilité. Conséquemment, ce dernier manipule les piliers de cicatrisation et pose les piliers prothétiques.

Comme mentionné précédemment, la pratique de la denturologie comporte des restrictions liées à la nature non invasive des actes pouvant être effectués. La loi actuelle interdit aux denturologistes de prendre des radiographies, d'effectuer une anesthésie locale et de modifier les structures buccodentaires. La proposition de l'Office incorpore la notion d'interventions non invasives pour les prothèses sur implant.

D'un point de vue histologique, les cellules épithéliales ont la capacité d'adhérer aux matériaux inertes comme le titane et la céramique au moyen d'hémidesmosomes[12]. Cette attache cellulaire témoigne de l'intégration des composantes reliées aux implants à la muqueuse adjacente. Peu résistante, cette attache se brise lors du retrait d'un pilier de cicatrisation ou prothétique. Dans cette situation, il est possible de noter un petit saignement. Le bris de cette attache a peu d'implication clinique. Toutefois, ce phénomène démontre que la manipulation des piliers a néanmoins un impact sur les tissus péri-implantaires.

Le retrait d'un pilier de cicatrisation et son remplacement par un pilier prothétique peut engendrer de la sensibilité, voire de la douleur dans certaines circonstances. En présence d'un coffre gingival épais, la muqueuse péri-implantaire a tendance à se relâcher (« tissue collapse ») à la suite du retrait du pilier de cicatrisation. La mise en place du pilier prothétique s'effectue en repoussant la muqueuse péri-implantaire. En fonction du seuil de tolérance des patients, il peut être justifié d'avoir recours à une anesthésie locale. Lorsqu'un implant est fortement incliné, l'utilisation d'un pilier dit angulé permet de corriger l'axe implantaire afin d'harmoniser l'assise des différentes composantes prothétiques. La configuration de ce type de pilier ne peut être répliquée dans un pilier de cicatrisation. La mise en place d'un tel pilier demande une

[12] Davarpanah M et coll, Manuel d'implantologie clinique, Paris, Editions CdP, 1999, p.32

compression de la muqueuse. Cette procédure peut également exiger une anesthésie locale. Il en va de même lorsque le praticien responsable de la phase prothétique choisit d'utiliser un pilier permanent dont les dimensions excèdent celles du bouchon de guérison, ce choix ayant pour but de favoriser un profil d'émergence compatible avec la dimension coronaire de la restauration.

Lors de la phase chirurgicale, une gestion fautive du tissu, conjonctif ou osseux, au pourtour de la tête d'un implant peut nuire à l'assise du pilier de cicatrisation. Ce dernier peut également se desserrer lors de la phase de guérison. Cette situation favorise une migration du tissu conjonctif sur la tête de l'implant qui pourra nuire à l'assise du pilier permanent. Pour ces deux raisons, il est jugé prudent de prendre une radiographie de contrôle à la suite de la pose du pilier permanent.

Ces exemples illustrent la nécessité de recourir à l'anesthésie locale dans certaines occasions et la pertinence de prendre des radiographies de contrôle à la suite de la pose de piliers. En raison des limitations associées à la pratique de la denturologie, la capacité du denturologiste à manipuler de façon prévisible des bouchons de guérison et de poser des piliers permanents est restreinte.

Dans l'optique où le champ de pratique du denturologiste se limite à la fabrication de prothèses amovibles implanto-portées dites de recouvrement, le choix des piliers permanents est simple, car un petit nombre de paramètres doivent être considérés. Ce choix peut facilement être fait par le dentiste responsable de la chirurgie à la suite des directives du denturologiste. C'est d'ailleurs la dynamique de travail qui a cours actuellement.

Cette dynamique exige certainement une collaboration entre les différentes parties et une implication du dentiste responsable de la chirurgie. Elle a cependant le mérite d'éviter que le denturologiste effectue des actes invasifs.

2.0 LES BESOINS

La proposition de l'Office fait suite aux travaux effectués par un comité d'experts présidé par le Dr Roch Bernier et ayant pour objectif la modernisation de la pratique en santé buccodentaire. Les principes ayant guidé les travaux du comité sont la protection du public, l'accessibilité, l'autonomie et l'interdisciplinarité. En corollaire, le comité devait formuler des recommandations qui tenaient compte du rôle et des compétences de chacun et permettre de prévenir les situations de pratique illégale.

Il m'apparaît donc légitime de se questionner sur l'impact qu'aura l'attribution des nouvelles compétences proposées sur l'accès aux soins.

En 1973, le Gouvernement du Québec a reconnu la denturologie comme une profession associée à la pratique du domaine buccodentaire. L'ajout du denturologiste à la communauté dentaire avait pour but d'offrir des services de prothèses dentaires amovibles à la population du Québec qui, à cette époque, avait d'énormes besoins à ce chapitre. Les Québécois souffraient alors d'un des plus hauts taux d'édentement au monde.

Selon Duquette et coll[13]., 27 % des Québécois âgés de 19 ans et plus présentaient au moins un maxillaire édenté en 1980. Le taux d'édentement total frôlait les 60 % chez les adultes âgés de 55 à 64 ans et il s'élevait à environ 75 % chez la cohorte des 65 ans et plus.

En raison de l'amélioration de l'accès aux soins, de l'augmentation du niveau de vie, de l'implantation de programmes d'hygiène et de l'instauration de l'assurance médicale, le taux d'édentement est en baisse dans l'ensemble des pays industrialisés.

La plus grande baisse a été observée en Suède (60 %), et ce, en raison de l'implantation d'un système de soins dentaires au milieu des années 1970.

---

[13] Duquette p., Lemay H. et Bourassa M. Étude épidémiologique traitant de l'édentation au Québec. J Dent Que, 1981 ; 18 :23-28.

Selon Millar et Locker[14], le taux d'édentement complet au Québec en 2005 était de 14 %. Parallèlement, le taux d'édentement au Canada est passé de 23,6 % en 1970-1972 à 6,4 % en 2007-2009[15]. Selon cette même étude, les Canadiens âgés de plus de 60 ans présentaient un taux d'édentement d'environ 20 %.

Lorsque l'on analyse les données des études, on observe que les taux d'édentement des cohortes d'âge sont influencés par le vieillissement de la population. Le taux d'édentement de la cohorte des 30-50 ans d'il y a 30 ans est similaire à celui de la cohorte des 60 ans et plus d'aujourd'hui. Ceux qui étaient édentés le demeurent, les dents ne repoussant pas, mais il y a significativement moins de nouveaux cas déclarés dans les cohortes plus jeunes.

Selon Douglass[16], les besoins en soins prothétiques se maintiendront en Amérique du Nord et excéderont même l'offre jusque dans les années 2020, en raison de l'augmentation de l'espérance de vie. Il explique que si les adultes perdent moins leurs dents, les besoins en prothèses partielles augmentent conformément.

Au-delà de cet horizon, les preuves scientifiques sont claires. À moins d'un changement significatif dans le climat géopolitique (guerre, crise économique), il est à prévoir que les besoins de la population en soins prothétiques dans les pays industrialisés continueront à baisser.

Étant donné que la perte de dents et les maladies buccodentaires sont étroitement associées avec des facteurs socio-économiques, les études suggèrent également que les gens qui présentent des besoins sont principalement âgés, qu'ils disposent d'un faible revenu et qu'ils sont peu éduqués et fumeurs.

Les prothèses implanto-portées représentent une option thérapeutique aux traitements conventionnels. Toutefois, elles demeurent peu demandées par la population en besoin en raison de leur coût élevé. Ces coûts ne sont pas uniquement attribuables au salaire que s'accordent les praticiens, mais aussi aux frais techniques et de matériaux importants. Les coûts ne sont pas le seul frein associé à cette problématique.

---

[14] Millar WJ, Locker D. Edentulism and denture use. Health Rep. 2005, Nov;17(1):55-8.
[15] http://www.fptdwg.ca/assets/PDF/CHMS/CHMS-E-summ.pdf p.47
[16] Douglass CW, Shih A, Ostry L. Will there be a need for complete dentures in the United States in 2020? J Prosthet Dent. 2002 Jan;87(1):5-8.

Une étude de Walton et coll.[17] a démontré qu'une portion élevée de gens âgés (36 %) s'étant faits offerts des soins implantaires gratuits les avaient refusés en raison de leur crainte des risques associés.

Ainsi, les besoins sont en baisse et concentrés chez une population n'ayant pas les moyens financiers ou l'éducation pour solliciter ce genre de traitement.

Selon le dernier sondage de Santé Canada[18], moins de 1 % de Canadiens avaient une prothèse implanto-portée en 2007-2009. Ce chiffre est peu élevé si l'on considère que l'utilisation au Canada des implants dits ostéo-intégrés remonte au milieu des années 1980. Cette donnée est à prendre avec réserve en raison du nombre de personnes sondées, mais elle démontre à tout le moins que ce type de traitement constitue un marché de niche.

En appliquant cette statistique à la population du Québec et en la multipliant par deux afin de compenser la faiblesse méthodologique du sondage et de simuler une amélioration de l'accès à ce service, on peut évaluer à 160 000 le nombre de Québécois ayant reçu des implants. En considérant qu'il y a près 5 000 dentistes et de 1 000 denturologistes au Québec et que seulement 30 % de ces praticiens ont développé un intérêt pour ce genre de traitement, le nombre de patients ayant potentiellement été traités par praticien pourrait équivaloir à moins de 100. Ainsi, il semble clair que l'offre de soins suffit à la demande.

Cela dit, on doit reconnaître que les prothèses implanto-portées s'adressent en général à une portion limitée de la population. Conséquemment, il est légitime de se questionner sur leur impact réel dans les politiques de santé publique. On se doit également de reconnaître que la promotion de ce type de prothèses est principalement mue par divers intérêts financiers.

Heureusement, les traitements prothétiques conventionnels, amovibles ou fixes, constituent toujours des options viables et devant être considérées. Les données scientifiques soutiennent la supériorité des prothèses totales implanto-portées par rapport aux prothèses conventionnelles. Toutefois, de telles données manquent relativement aux prothèses partielles. Il en va de même des analyses coûts-bénéfices.

---

[17] Walton JN(1), MacEntee MI. Choosing or refusing oral implants: a prospective study of edentulous volunteers for a clinical trial. Int J Prosthodont. 2005 Nov-Dec;18(6):483-8.

[18] http://www.fptdwg.ca/assets/PDF/CHMS/CHMS-E-summ.pdf p.34

3.0 LA PROSTHODONTIE MAXILLO-FACIALE

Le *Glossary of Prosthodontics Terms* définit la prothèse maxillo-faciale comme suit :

> *maxillofacial prosthesis: any prosthesis used to replace part or all of any stomatognathic and/or craniofacial structure.*

Ces prothèses sont différentes des prothèses dites dentaires en raison de la nature des structures qu'elles remplacent et de leur complexité.

On peut classer les prothèses maxillo-faciales en deux catégories principales[19]: les prothèses faciales (épithèses ou épiprothèses) et les prothèses endo-orales (étage moyen de la face et étage inférieur de la face). Ces prothèses servent à redonner une forme d'harmonie aux visages qui ont été altérés par des cancers ou des traumatismes.

Parmi les prothèses maxillo-faciales qui remplacent une partie de la face, on retrouve les épithèses suivantes[20] :

- *de pyramide nasale pour le nez;*
- *de pavillon pour les oreilles;*
- *oculo-palpébrales (qui contiennent elles-mêmes une prothèse oculaire) pour les yeux;*
- *épithèse hémifaciale pour une partie du visage.*

La prosthodontie maxillo-faciale est la branche de la prosthodontie qui s'occupe de la fabrication des prothèses maxillo-faciales. Le prosthodontiste maxillo-facial est un dentiste qui a effectué une formation spéciale d'une année, en plus de sa formation minimale de trois ans. Ce professionnel travaille en collaboration avec les ORL, les plasticiens, les chirurgiens maxillo-faciaux, les dentistes généralistes, les neurologistes, les radiologistes-oncologistes, les orthophonistes et les épistésistes (ou anaplastologistes)[21].

---

[19] http://fr.wikipedia.org/wiki/Proth%C3%A8se_maxillo-faciale
[20] http://prothese.comprendrechoisir.com/comprendre/prothese-maxillo-faciale
[21] http://www.maxillofacialprosthetics.org/referringphysicians/whatismp.html)

Le département de stomatologie du CHUM Notre-Dame offre un service de prosthodontie maxillo-faciale[22].

L'Hôtel-Dieu de Québec offre également ces traitements spécialisés[23].

La proposition de décembre 2014 de l'Office confirme que la fabrication d'une prothèse dentaire est un acte qui fait partie du champ d'exercice des dentistes. Compte tenu des services rendus par les dentistes œuvrant dans le domaine de la prosthodontie maxillo-faciale, il est pertinent que l'Office modifie sa proposition afin d'inscrire prothèse, et non prothèse dentaire, à l'activité relative au champ d'exercice de cette profession.

4.0 CONCLUSION

La proposition de l'Office devrait faire l'objet de discussion, car elle incorpore des changements significatifs en rapport au champ d'exercice traditionnel des denturologistes. Les changements proposés demandent l'attribution de nouvelles compétences.

En considérant toutefois les limitations découlant du concept de fabrication non invasive inscrit dans la proposition de l'Office, il est permis d'affirmer que les denturologistes n'auront pas tous les moyens nécessaires à la fabrication de l'ensemble des restaurations implanto-portées transvissées.

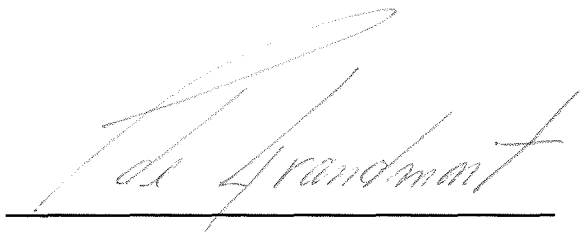
Il semble également pertinent de se questionner sur la nécessité d'augmenter l'offre de service en matière de prothèse implanto-portée et d'évaluer le bien-fondé d'appliquer le principe d'ordonnance à tous les types de prothèses dentaires.

[22] http://www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/departements-et-services/stomatologie
[23] http://www.fondationduchudequebec.ca/article/epithesie_-_inauguration_du_laboratoire/287/

Finalement, il semble nécessaire d'apporter des modifications au champ d'exercice des dentistes afin d'incorporer la pratique de la prosthodontie maxillo-faciale.

Je demeure disponible pour une rencontre afin de répondre aux interrogations qui pourraient demeurées et il me fera plaisir de parvenir au besoin tout autre document ou explication nécessaire.

En espérant le tout conforme.



Pierre de Grandmont, DMD, Cert (prostho), M. Sc.
Prosthodontiste

Bélanger Sauvé

M^e René Piotte
t. 514 876.6232
rpiotte@belangersauve.com

Le 16 mars 2015

Par courriel et par courrier

M^e Caroline Daoust
Directrice générale et secrétaire
ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC
800, boulevard René-Lévesque Ouest
16^e étage
Montréal (Québec) H3B 1X9

Objet : Avis concernant le projet d'activités réservées pour les techniciens dentaires
Votre dossier : 9887-1

M^e Daoust,

Vous nous avez demandé de déterminer si la définition législative d'activités réservées aux techniciens dentaires en matière de fabrication et de réparation de prothèses dentaires est susceptible d'empêcher les dentistes de faire affaires avec des professionnels ou des laboratoires situés à l'extérieur du Québec pour ces activités réservées.

1. Droit applicable

La question posée en est une de portée territoriale des lois. Est-ce que la législation québécoise empêchant la fabrication et la réparation de prothèses dentaires par une personne qui n'est pas technicien dentaire peut avoir un effet à l'extérieur du Québec?

En principe, une loi québécoise n'a d'effet que sur le territoire du Québec[1]. Cette conception que l'on peut qualifier de « physique » de la portée territoriale des lois où l'on considère que la loi ne s'applique qu'à l'intérieur des limites du territoire, s'est toutefois assouplie avec le temps.

[1] Voir par ex *A.G. for Ontario* v. *Reciprocal Insurers*, [1924] AC 328 (PC), p 344-345; *Association pharmaceutique de la Province de Québec* c. *T. Eaton Co.*, (1931) 50 BR 482.

Par exemple, dans *Gregory & Co.* v. *Quebec Securities Commission et al*[2], la Cour suprême a décidé que la loi québécoise devait s'appliquer à un courtier en valeurs mobilières dont tous les clients sont à l'extérieur du Québec. La Cour, sans le formuler ainsi, considère qu'il existe des « liens suffisants » avec le Québec étant donné que la compagnie était basée au Québec, que les paiements y étaient reçus, et que les valeurs mobilières transigées ne pouvaient l'être qu'au Québec. La Cour affirme aussi que même si les contrats étaient formés hors du Québec, la loi québécoise demeurerait applicable.

De même, dans l'arrêt *Libman* c. *La Reine*[3], l'accusé exploitait un centre d'appel au Canada d'où il sollicitait des gens aux États-Unis pour l'achat d'actions de compagnies minières d'Amérique centrale. Il s'agissait de fraude téléphonique et la question de la compétence des tribunaux canadiens a été soulevée. L'accusé argumentait que la fraude n'avait pas eu lieu au Canada puisque l'argent des gens sollicités était envoyé directement en Amérique centrale à partir des États-Unis. Le juge La Forest répond ainsi à cet argument pour la Cour suprême :

> Ce genre de raisonnement a provoqué, peut-être pas tout à fait à juste titre, le reproche selon lequel un avocat est une personne qui peut considérer des choses connexes comme non reliées entre elles. En effet, tout le monde sait que l'opération en l'espèce se situe à la fois ici et à l'autre endroit[4].

Semblablement, dans *Paquette* c. *Comité de discipline de la corporation professionnelle des médecins du Québec*[5], un médecin québécois incitait ses patients à se rendre à Haïti pour qu'il pratique sur eux une thérapie interdite au Québec. Comme les actes reprochés au médecin avaient été posés à l'étranger, la compétence du Comité de discipline a été mise en doute par le médecin accusé. La Cour d'appel retient que les patients sont québécois (et que le but de la loi est de protéger les Québécois), et qu'il y a plusieurs liens de rattachement avec le Québec (examen des patients, diagnostic, recommandation du traitement). Considérant qu'il y a suffisamment de liens juridiques avec le Québec, la Cour d'appel confirme la compétence du Comité de discipline.

Enfin, dans l'arrêt *Unifund Assurance Co.* c. *Insurance Corp. of British Columbia*[6], la Cour suprême devait déterminer si une loi ontarienne était applicable à un accident

---

[2] [1961] SCR 584.
[3] [1985] 2 RCS 178.
[4] *Ibid* à la p 208.
[5] 1995 CanLII 5215 (QC CA).
[6] 2003 CSC 40, [2003] 2 RCS 63.

automobile survenu en Colombie-Britannique. La Cour, ayant expliqué que la conception « physique » du principe de la territorialité des lois avait évolué pour devenir plus souple, pose les critères visant à déterminer si une loi provinciale est applicable à une situation présentant un caractère extraterritorial :

> L'examen de l'*applicabilité* du point de vue constitutionnel peut s'articuler autour des propositions suivantes :
>
> 1. La limitation territoriale de la portée du pouvoir de légiférer des provinces empêche les lois d'une province de s'appliquer aux affaires qui ne présentent pas de lien suffisant avec cette dernière.
>
> 2. Le caractère « suffisant » du lien dépend du rapport qui existe entre le ressort ayant légiféré, l'objet du texte de loi et l'individu ou l'entité qu'on cherche à assujettir à celui-ci.
>
> 3. L'applicabilité d'une loi provinciale par ailleurs valide à un défendeur de l'extérieur de la province concernée est fonction des exigences d'ordre et d'équité qui sous-tendent nos structures fédérales.
>
> 4. Comme ils visent une finalité, les principes d'ordre et d'équité sont appliqués d'une manière souple, en fonction de l'objet de la loi.

En résumé, une législation provinciale sera applicable à une situation si celle-ci présente suffisamment de liens réels et importants avec la province.

Le professeur Côté explique ainsi le concept de lien réel et important[7] :

> **787.** Quand peut-on dire qu'un tel lien existe? Pour répondre à cette question, les tribunaux feront appel principalement (mais non exclusivement) aux méthodes de rattachement développées par le droit international privé. La localisation d'une personne, d'un bien, d'un acte ou d'un fait juridiques exigera la qualification du problème juridique et l'application de diverses règles de rattachement qui indiquent le système juridique qui doit régir la situation.

---

[7] Pierre-André Côté, *Interprétation des lois*, 4e éd, Montréal, Thémis, 2009, par 787.

2. Application

Dans le cas d'un dentiste québécois confiant, par exemple, la fabrication d'une prothèse dentaire à un laboratoire situé en Ontario, plusieurs liens réels et importants existent avec le Québec.

D'abord, l'objet du texte de loi conférant des actes réservés aux techniciens dentaires serait la protection du public québécois. Il est toutefois à noter que dans *Ordre des optométristes du Québec* c. *Coastal contacts inc.*[8], la Cour supérieure considère que le fait de pouvoir vendre des lentilles a pour objet la création d'un monopole économique et non la protection du public. Ce prononcé est mis en cause dans l'appel logé à l'encontre de la décision de la Cour supérieure.

Ensuite, la commande de prothèse dentaire serait effectuée à partir du Québec, par un professionnel exerçant au Québec. Ultimement, la prothèse serait vendue à un patient québécois. On peut ajouter que l'examen menant à la fabrication ou la réparation de la prothèse aurait été effectué au Québec, par un professionnel québécois et finalement, que le patient entretient certaines attentes de protection en ce qui concerne cette prothèse.

Ainsi, la législation accordant des activités réservées aux techniciens dentaires pourrait être applicable au cas où un dentiste confierait des tâches à un laboratoire situé hors du Québec. En regard des principes juridiques applicables, cette hypothèse ne peut être exclue. Ceci pourrait empêcher les dentistes québécois d'avoir recours aux services d'une personne qui n'est pas membre de l'Ordre des techniciens et des techniciennes dentaires, et cela, même si cette personne ne travaille pas au Québec.

Vous voudrez bien accepter, M^e^ Daoust, nos salutations distinguées.

BÉLANGER SAUVÉ, S.E.N.C.R.L.

/med

René Piotte

[8] 2014 QCCS 5886.

Bureau du président

PAR COURRIEL ET PAR LA POSTE

Le 19 juin 2015

Madame Christiane Gagnon
Vice-présidente
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

Objet : Consultation en implantologie - Questionnaire transmis à l'Ordre des dentistes du Québec et à l'Ordre des denturologistes du Québec en remplacement de la rencontre du 4 juin 2015

Madame la Vice-présidente,

Le 3 juin dernier, vous nous transmettiez un questionnaire de l'Office des professions en remplacement de la rencontre qui était prévue le 4 juin 2015 et à laquelle l'Ordre des denturologistes du Québec a choisi de ne pas participer.

Nous abordons notre réponse en fonction des sujets qui font l'objet de positions différentes de la part de l'Ordre des dentistes du Québec et de l'Ordre des denturologistes du Québec tout en répondant aux questions qui sont spécifiques à l'Ordre des dentistes du Québec. Certaines réponses sont contenues dans une lettre jointe à la présente et signée par le Dr Pierre de Grandmont. L'Ordre des dentistes les fait siennes.

1. Contribuer à la détermination d'un plan de traitement en implantologie

Nous tenons à préciser que le document auquel l'Ordre des denturologistes du Québec réfère intitulé « *Lignes directrices en réhabilitation implanto-portée* (2004) » fait l'objet d'une injonction interlocutoire de la Cour supérieure du Québec rendue le 22 avril 2005 par l'honorable Gilles Hébert, J.C.S. dans le dossier portant le numéro 505-17-002120-054 et toujours en vigueur. Ladite injonction:

> « *ENJOINT immédiatement à la partie défenderesse, ses agents, préposés, mandataires, représentants et administrateurs, de se conformer à la présente ordonnance;*
>
> *INTERDIT à la partie défenderesse de recommander à ses membres de référer aux Lignes directrices en réhabilitation implanto-portée pendant la durée de la présente ordonnance;*

ORDONNE à la partie défenderesse de transmettre par écrit à ses membres un avis, à l'occasion de la plus prochaine parution de la revue Présence, Bulletin officiel de l'Ordre des denturologistes du Québec les informant que la légalité des Lignes directrices en réhabilitation implanto-portée est contestée devant la Cour supérieure et que la Cour interdit à la partie défenderesse de recommander à ses membres d'y référer pendant la durée de la présente instance;

ORDONNE à la partie défenderesse d'informer toute personne du contenu de l'avis prévu à la conclusion précédente, à l'occasion de toute représentation orale ou écrite portant sur les Lignes directrices en réhabilitation implanto-portée et notamment pendant toute tournée régionale de la présidente de la partie défenderesse auprès de ses membres; » (Annexe 1)

Les lignes directrices en réhabilitation implanto-portée, à leur face même sont illégales en ce qu'elles sont non conformes à la *Loi sur la denturologie* L.R.Q. c. D-4. C'est pour cette raison qu'elles sont frappées d'une injonction.

Quant à la prétention à l'effet que « les denturologistes sont des professionnels de la santé buccodentaire de première ligne pouvant recevoir des patients et déterminer un plan de traitement denturologique », permettez-nous de nous montrer extrêmement soucieux devant ces qualificatifs autoproclamés et ce, quant à leur impact sur le public que les ordres sont censés protéger.

En effet, les denturologistes sont des techniciens qui ne sont pas habilités à faire des dépistages, poser des diagnostics ou faire des examens. Toutefois, dans le contexte actuel de la loi, ils peuvent faire des actes sans intervention préalable d'un médecin ou d'un dentiste. En ce sens, ils sont en première ligne et compte tenu de cela les patients ont l'illusion qu'ils ont reçu un diagnostic. En 2015, cette façon d'aborder la santé à l'encontre des données actuelles de la science n'a plus sa place et s'inscrit même à l'encontre des droits fondamentaux. Prétendre être un professionnel de la santé lorsque ce n'est pas le cas pose un problème sérieux de confusion auprès de la population. Un patient ne reçoit pas un diagnostic lorsqu'il voit son denturologiste, sa santé n'est pas prise en charge.

L'Ordre des denturologistes a déjà déclaré auparavant être en mesure de déterminer un plan de traitement « denturologique », bien que la détermination d'un plan de traitement ne soit pas dans leur champ de pratique. Cette attitude porte à croire que l'Ordre des denturologistes fait fi de toute autorité qui ne partage pas son avis.

Les proclamations de compétences portent à confusion et ne sont pas dignes d'un ordre professionnel chargé de protéger le public.

Mais il y a plus, un plan de traitement « denturologique » ça n'existe pas en médecine dentaire. En réalité, le dentiste, après avoir posé un diagnostic, détermine un plan de traitement comprenant des soins prothétiques.

Toujours sur le premier sujet et relativement à la relation avec les positions rapportées, nous tenons à préciser que le mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec de mars 2012, ainsi que les lignes de conduite en réhabilitation implanto-portée d'avril 2015 ne traitent pas à proprement parlé de l'analyse par le dentiste de propositions du denturologiste. À ce sujet, nous préférons référer l'Office à la copie d'un dossier à l'intention des membres

de l'Ordre des dentistes et paru dans le *Journal*, vol. 49, nº 1 de février/mars 2012, lequel rappelait aux dentistes les balises des pratiques interdisciplinaires (Annexe 2).

Sur la précision apportée par l'Office, et avant d'aborder les questions aux ordres, l'Ordre des dentistes du Québec, bien qu'en accord avec la notion de « contribuer », tient à réitérer que seul le dentiste peut poser un diagnostic et prescrire un traitement prothétique, au moyen d'une ordonnance qui peut être exécutée par un denturologiste, dans certains cas.

Quant à ce premier sujet, nous invitons l'Office à compléter ses questionnements en lisant les commentaires du Dr Pierre de Grandmont dans sa lettre en date du 19 juin 2015 sur la question que soulève l'Ordre des denturologistes à savoir si le libellé proposé par l'Office en janvier 2015 sous-entend que, par exemple, lors d'un renouvellement de prothèses sur implant ne nécessitant pas d'actes chirurgicaux, la détermination du plan de traitement devrait tout de même faire l'objet d'un examen préalable chez le dentiste.

L'Office des professions s'interroge donc sur la contribution des denturologistes et pose la question suivante à l'Ordre des dentistes :

> *« Si le denturologiste propose une solution au dentiste et que ce dentiste estime qu'elle corresponde à la meilleure solution, nous comprenons qu'il confirmera la solution proposée dans son ordonnance. »*

Idéalement, la meilleure solution doit toujours être celle mise en œuvre, c'est indéniable.

Le dentiste reste toutefois, dans tous les cas, responsable d'obtenir le consentement éclairé du patient et pour ce, il doit l'informer de toutes les alternatives possibles. Par exemple, dans certains cas, la meilleure solution pourrait être de ne pas entreprendre certains traitements prothétiques très coûteux et de choisir une alternative qui convient au patient.

Dans le cadre d'une ordonnance faite à un denturologiste et dont nous traiterons du contenu plus loin, il pourrait certainement arriver qu'une contribution du denturologiste soit requise et que l'ordonnance reflète un consensus établi entre deux professionnels.

L'Ordre des dentistes réitère toutefois qu'en toute circonstance il considère qu'aucune prothèse, de quelque type que ce soit, ne devrait être posée ou ajustée sans diagnostic préalable du dentiste.

2. Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires sur implant excluant les prothèses dentaires scellées, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions.

Quant à la position de l'Ordre des denturologistes à l'effet que les membres du comité d'experts avaient l'intention de permettre aux denturologistes l'installation et l'ajustement de tout type de prothèses sur implant sous réserve de réussir une formation additionnelle, nous référons l'Office au rapport du comité que les membres denturologistes qui y siégeaient ont refusé de signer et aux divers arguments de l'Ordre

des dentistes, déjà présentés et basés sur les normes en médecine dentaire et plus particulièrement en réhabilitation implanto-portée pour réfuter cette position.

Que l'Ordre des denturologistes du Québec ait conçu le programme AEC, et ce, sans consultation auprès de l'Ordre des dentistes du Québec ou quelque expert reconnu, constitue à nouveau une autoproclamation de compétences qui ne tient pas en compte le droit du public à un diagnostic et à un plan de traitement déterminés selon les données actuelles de la science par un docteur en médecine dentaire, un dentiste. Par ailleurs, ce programme ne répond à aucun besoin d'accès pour la population. La réhabilitation implanto-portée est une procédure coûteuse que seules quelques personnes peuvent s'offrir.

En regard de ce second sujet, l'Office pose à l'Ordre des dentistes du Québec quatre questions. Nous traitons ici des trois premières questions et nous référons à la lettre du Dr Pierre de Grandmont pour la dernière.

> *« Comment les dentistes, qui travaillent actuellement avec les denturologistes, assurent la gestion de l'ensemble des paramètres de complexité tels qu'identifiés par les experts? »*

En vertu des paramètres légaux actuels, un denturologiste ne peut pas faire des interventions invasives incluant tout ce qui est notamment interdit à l'article 8 de la *Loi sur la denturologie*. Le dentiste gère donc tous les paramètres de complexité.

Dans la mesure où la *Loi sur la denturologie* permet à un denturologiste de procéder à l'essai, la pose, l'adaptation ou le remplacement de prothèses qui s'ajustent indirectement aux implants ostéointégrés, et ce sous la direction d'un dentiste, nous vous référons pour étayer les responsabilités du dentiste et du denturologiste au dossier publié dans le *Journal* de février/mars 2012, pour prendre connaissance des pratiques exigées (Annexe 2). Au moment où le dentiste et le denturologiste agissent en fonction de la loi, les paramètres de complexité ont déjà été gérés par le dentiste, lorsque le denturologiste intervient, et un suivi par le dentiste est de rigueur. Nous rappelons que les prothèses dont il s'agit sont celles qui sont amovibles par le patient.

> *« Que devons-nous comprendre de la collaboration entre les dentistes et les denturologistes dans le cadre des nouvelles lignes directrices de l'Ordre en implantologie? »*

Les lignes de conduite en réhabilitation implanto-portée publiée en avril 2015 ont pour base, comme toute publication similaire de la part de l'Ordre des dentistes du Québec, les règles déontologiques et légales applicables par ailleurs.

Le document auquel vous faites référence a pour but de guider les dentistes dans l'application de meilleures pratiques en réhabilitation implanto-portée et d'établir les exigences de formation en la matière, et ce, tant pour la phase chirurgicale que la phase prothétique.

Les exigences que l'on retrouve dans les lignes de conduite s'appliquent pour toutes les situations. Dans le cas où un denturologiste intervient, il faut que ce soit selon les conditions énoncées précédemment et sous la direction d'un dentiste qui par ailleurs est responsable de tous les contrôles.

Advenant l'établissement concret du principe d'ordonnance dans les textes légaux, l'Ordre des dentistes du Québec s'engage d'ores et déjà à publier des lignes de conduite pour guider les dentistes dans leurs relations avec les denturologistes et à encadrer le contenu de ces ordonnances.

> *« Quelles seraient les conditions idéales à partir desquelles le denturologiste pourrait intervenir dans un contexte de prothèse transvissée (sous supervision directe)? »*

La supervision directe n'étant pas un concept inscrit dans la législation, il faudrait songer à un Règlement de l'Ordre des dentistes qui autoriserait certaines activités dans un cadre de supervision sur place.

Dans cette optique et lorsque l'intervention serait supragingivale, le denturologiste pourrait donc effectuer la prise d'empreinte ainsi que l'essayage et l'ajustement des prothèses suite à la pose des piliers et la modification des surfaces proximales des dents adjacentes ou des surfaces occlusales des antagonistes par le dentiste. La mise en bouche serait effectuée par le dentiste.

Cette hypothèse implique toutefois de mettre de côté le principe d'autonomie et constitue une activité inutile en termes d'accès pour les patients.

Pour le reste, il n'existe aucune autre condition viable et surtout contrôlable par les ordres qui pourrait s'appliquer.

Tel qu'énoncé ci-haut, la réponse à la quatrième question est dans la lettre jointe du Dr Pierre de Grandmont.

3. Retirer et replacer un bouchon de guérison et placer un pilier sur la tête d'un implant, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions.

Quant à ce point, nous nous référons entièrement à la lettre du Dr Pierre de Grandmont.

4. La condition d'ordonnance.

L'Ordre des dentistes du Québec rappelle la nécessité du diagnostic préalable à toute intervention, un examen visuel ne permet pas de voir ce que les yeux ne voient pas.

Quant à la question relative au contenu des ordonnances, nous nous référons à la lettre du Dr Pierre de Grandmont.

Conclusion

L'Ordre des dentistes du Québec demeure disponible pour toute question ou précision qui pourrait être requise.

Compte tenu du format utilisé substituant la rencontre en personne à des questions, devons-nous comprendre que vous nous ferez parvenir les réponses écrites de l'Ordre des denturologistes, ainsi que tout document ou expertise qui y serait joint? Si tel est le

cas, nous n'avons aucune objection à ce que le contenu de la présente et des documents joints soient transmis à l'Ordre des denturologistes.

Dans l'attente prochaine de connaître les suites souhaitées par l'Office des professions, je vous prie d'accepter, Madame la Vice-présidente, mes salutations distinguées.

Le président,

Barry Dolman, DMD

p. j.

C A N A D A

PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE LONGUEUIL

NO: 505-17-002130-054

COUR SUPÉRIEURE
LE 22 AVRIL 2005
Hon. Gilles HÉBERT

ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC, personne morale de droit public, ayant son siège social au 625, boulevard René-Lévesque Ouest, 15e étage, Montréal, district de Montréal

Partie demanderesse

c.

ORDRE DES DENTUROLOGISTES DU QUÉBEC, personne morale de droit public, ayant son siège social au 45, Place Charles-Lemoyne, bureau 106, Longueuil, district de Longueuil

Partie défenderesse

O R D O N N A N C E

VU la *Requête introductive d'instance en injonction interlocutoire et permanente*;

VU l'*Ordonnance de sauvegarde* émise le 22 février 2005 pour valoir jusqu'au 22 avril 2005;

PAR CES MOTIFS, LA COUR :

ÉMET une ordonnance d'injonction pour valoir jusqu'au jugement final;

ENJOINT immédiatement à la partie défenderesse, ses agents, préposés, mandataires, représentants et administrateurs, de se conformer à la présente ordonnance;

INTERDIT à la partie défenderesse de recommander à ses membres de référer aux *Lignes directrices en réhabilitation implanto-portée* pendant la durée de la présente ordonnance;

ORDONNE à la partie défenderesse de transmettre par écrit à ses membres un avis, à l'occasion de la plus prochaine parution de la revue Présence, Bulletin officiel de l'Ordre des denturologistes du Québec, les informant que la légalité des *Lignes directrices en réhabilitation implanto-portée* est contestée devant la Cour supérieure et que la Cour interdit à la partie défenderesse de recommander à ses membres d'y référer pendant la durée de la présente instance;

ORDONNE à la partie défenderesse d'informer toute personne du contenu de l'avis prévu à la conclusion précédente, à l'occasion de toute représentation orale ou écrite portant sur les *Lignes directrices en réhabilitation implanto-portée* et notamment pendant toute tournée régionale de la présidente de la partie défenderesse auprès de ses membres;

DISPENSE la partie défenderesse de fournir caution;

LE TOUT, frais à suivre.

LONGUEUIL, le 22 avril 2005.

, j.c.s.

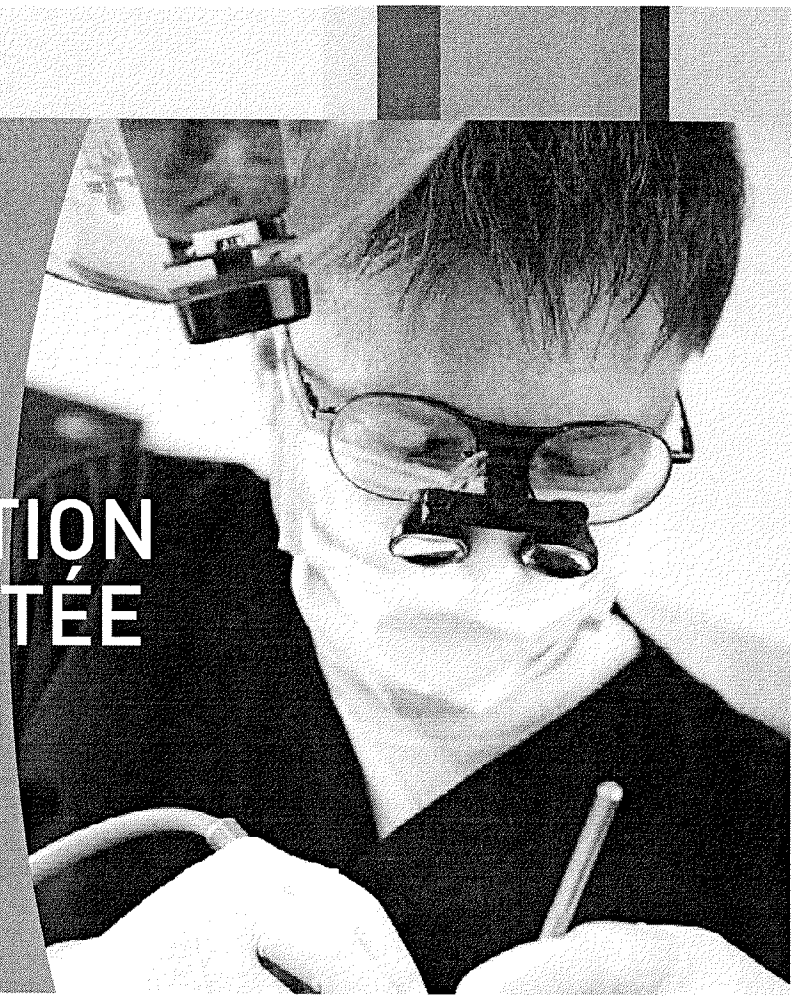
COPIE CONFORME

GREFFIER ADJOINT

DOSSIER

LA RÉHABILITATION IMPLANTO-PORTÉE

QUELQUES RAPPELS IMPORTANTS DE LA PART DE L'ORDRE DES DENTISTES



Le diagnostic et le plan de traitement du dentiste

La réhabilitation implanto-portée est le volet de la dentisterie qui permet la reconstruction buccodentaire et le maintien de la fonction masticatrice et de l'apparence du patient par le remplacement des dents par des prothèses supportées par des implants ostéointégrés. Un traitement complet et réussi repose sur une approche intégrée des deux phases du traitement, soit la phase chirurgicale et la phase prothétique. Le dentiste doit planifier le traitement, prendre en charge le patient et assurer le suivi.

Le plan de traitement en réhabilitation implanto-portée doit être établi par un dentiste compétent, en fonction d'un diagnostic spécifique à un patient. Ce faisant, le dentiste doit tenir compte de tous les critères cliniques et utiliser tous les outils diagnostiques afin de déterminer si un patient est un candidat aux implants dentaires.

Le dentiste est responsable de son diagnostic et de son plan de traitement. Il peut consulter d'autres dentistes, mais ne peut pas agir sous leur dictée ni, bien évidemment, sous la dictée d'une personne qui n'est pas un dentiste.

Lorsque plus d'un dentiste est impliqué dans la réalisation du plan d'un traitement, le succès passera par une approche multidisciplinaire bien comprise et partagée entre le dentiste qui restaure et celui qui pose les implants. Le dentiste qui a établi le plan de traitement doit veiller à son exécution.

La communication au patient par le dentiste du diagnostic et du plan de traitement est essentielle à l'obtention d'un consentement libre et éclairé. Ce faisant, le dentiste informe le patient sur les traitements prothétiques qui lui conviennent le mieux. La réhabilitation implanto-portée est une option de traitement qui n'est pas indiquée pour tous les patients.

L'intervention du denturologiste

L'article 6 de la Loi sur la denturologie, L.R.Q., c. D-4, définit l'exercice de la denturologie comme étant constitué de « tout acte qui a pour objet de prendre des empreintes et des articulés et d'essayer, de poser, d'adapter, de remplacer ou de vendre des prothèses dentaires amovibles qui remplacent la dentition naturelle ».

L'article 7 de la même Loi prévoit de plus l'obligation pour le denturologiste, dans le cas d'une prothèse dentaire partielle amovible, de s'enquérir auprès du patient si ce dernier a subi, à cette fin, un examen par un dentiste. Si le patient n'a pas subi d'examen d'un dentiste, il doit l'informer de l'importance de le subir.

Une prothèse amovible est une prothèse qui remplace une, plusieurs ou toutes les dents du maxillaire ou de la mandibule et qui peut être retirée et remise en bouche par le patient.

En matière de prothèse sur implants, une prothèse amovible est aussi une prothèse qui peut être retirée et remise en bouche par le patient. Il est important de préciser qu'une prothèse vissée ou cimentée n'est pas une prothèse amovible.

L'article 8 de la Loi précitée interdit à un denturologiste dans l'exercice de sa profession « de poser un acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter une déficience des dents, de la bouche ou des maxillaires (...) ». Par ailleurs, le sous-paragraphe 4 c) de ce même article lui permet de procéder « sous la direction d'un dentiste » à « l'essai, la pose, l'adaptation ou le remplacement de prothèses qui s'ajustent indirectement aux implants ostéointégrés ».

La direction du dentiste impose à ce dernier de préciser au denturologiste la nature exacte des travaux requis et par la suite de s'assurer que la prothèse amovible sur implants est conforme au plan de traitement élaboré.

Il convient de rappeler que l'article 3.01.08 du Code de déontologie des dentistes stipule que : « Le dentiste doit examiner le patient et établir le plan de traitement avant qu'un denturologiste ne pose, sous sa direction, un acte qui a pour objet l'essai, la pose, l'adaptation ou le remplacement d'une prothèse qui s'ajuste indirectement aux implants ostéointégrés. Il doit revoir le patient après l'intervention du denturologiste afin de vérifier la réalisation du plan de traitement et s'assurer que soient effectués, si nécessaire, les modifications ou ajustements qui s'imposent. » Cette obligation vise à nouveau à assurer au patient une prise en charge par un dentiste à toutes les étapes de la réhabilitation.

Les obligations du dentiste lorsqu'un patient lui est référé par un denturologiste ou un autre professionnel

Lorsqu'un dentiste reçoit un patient référé par un denturologiste ou un autre professionnel, il doit agir de la même façon que pour tout autre cas. Ses obligations et responsabilités sont les mêmes en ce qui concerne le diagnostic et toutes les étapes du traitement. Le dentiste ne peut entreprendre la pose d'implants à la demande d'un denturologiste ou d'un autre professionnel sans d'abord procéder à établir lui-même, ou en collaboration avec d'autres dentistes, un diagnostic et un plan de traitement. Il doit déterminer le nombre d'implants nécessaire, leur emplacement et le type de prothèse qui convient au patient. Le dentiste peut certainement travailler de concert avec le professionnel référant, mais toujours à l'intérieur des balises de la loi et du Code de déontologie.

Le suivi du patient

Le dentiste qui a pris en charge la réhabilitation implanto-portée est tenu d'assurer le suivi du patient.

Le dentiste doit assurer le suivi clinique et radiologique. Il surveille notamment l'hygiène buccale du patient, la santé des tissus durs et mous, la stabilité des implants, l'occlusion et l'adaptation de la prothèse.

Les aspects financiers

Tant pour ce qui est de l'accomplissement des actes qui relèvent du champ exclusif du dentiste que de l'obtention du consentement éclairé, le dentiste doit conserver son indépendance.

Il revient au dentiste lui-même de fournir au patient les explications nécessaires à la compréhension de ses honoraires. Il lui incombe également d'établir et de présenter à son patient des honoraires justes et raisonnables.

Par ailleurs, l'Ordre tient à rappeler que l'article 3.05.07 du Code de déontologie des dentistes énonce que : « Le dentiste ne peut partager ses honoraires qu'avec un dentiste ou une personne, une fiducie ou une entreprise visée aux paragraphes 1 ou 2 de l'article 3 du Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société (c. D-3, r. 9). »

Ce texte s'applique entre autres aux relations avec des professionnels qui ne sont pas dentistes. Ainsi, un dentiste ne peut partager ses honoraires avec un autre professionnel, ni évidemment travailler pour lui à pourcentage ou lui verser un pourcentage de ses honoraires à titre de loyer ou de dépenses.

Un dentiste ne peut s'engager dans aucune forme de partage d'honoraires ou de profits avec une personne qui n'est pas dentiste.

Sondage de l'Ordre

L'Ordre des dentistes du Québec, dans un souci de respect des lois et règlements et pour le bien-être de la population qu'il est chargé de protéger, entend sonder l'opinion des membres sur la pratique en matière de réhabilitation implanto-portée.

Pierre de Grandmont, DMD, Cert (prostho), M. Sc.
Prosthodontiste
Professeur titulaire, Département de dentisterie de restauration
Faculté de médecine dentaire
Université de Montréal
[redacted]

Montréal, le 19 juin 2015

Docteur Barry Dolman
Président
Ordre des dentistes du Québec
800, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3B 1X9

Objet : Questionnaire transmis à l'Ordre des dentistes du Québec et à l'Ordre des denturologistes du Québec en remplacement de la rencontre du 4 juin.

Monsieur le Président,

Vous avez sollicité mon aide afin de réagir et répondre au document intitulé : Questionnaire transmis à l'Ordre des dentistes du Québec et à l'Ordre des denturologistes du Québec en remplacement de la rencontre du 4 juin.

Dans le présent avis, je vais porter à votre attention certains éléments de ce document qui me semblent important d'éclaircir et de discuter avec l'Office. De plus, je vais répondre aux questions que vous avez portées à mon attention, soit :

- Quelles sont les réactions de l'Ordre à l'égard du fait que la prothèse cimentée est moins complexe à mettre en bouche que la prothèse transvissée?
- Dans quel pourcentage, le dentiste doit-il procéder à une anesthésie locale (lors de la manipulation des bouchons de guérison et des piliers) ?
- Quel devrait être le contenu explicite d'une ordonnance adressée à un denturologiste ?

AVERTISSEMENT : Le contenu de ce rapport est strictement confidentiel. Selon la loi, il est strictement défendu aux personnes non autorisées d'en prendre connaissance et, à plus forte raison, d'en faire quelque usage que ce soit.

1. Contribuer à la détermination d'un plan de traitement en implantologie

Dans le préambule, il est mentionné que l'Ordre des denturologistes du Québec se questionne à savoir si le libellé proposé sous-entend que, par exemple, lors d'un renouvellement de prothèse sur implant ne nécessitant pas d'actes chirurgicaux, la détermination du plan de traitement devrait tout même faire l'objet d'un examen au préalable chez le dentiste?

Je crois que la réponse à cette question s'impose d'elle-même et que l'Ordre des dentistes devrait réagir face à ce questionnement.

En matière de santé, il est évident qu'il existe une nécessité d'évaluer de façon adéquate la condition d'un patient avant de procéder à la fabrication d'une prothèse ou d'un appareil. Tout acte de cette nature doit être précédé d'un processus diagnostique. Cette situation prévaut en médecine et en optométrie.

Ce principe s'inscrit également dans les règles de l'art en médecine dentaire. Un dentiste qui procéderait à la fabrication d'une prothèse ou un appareil dentaire sans d'abord effectué un examen complet, incluant une révision de l'histoire médicale et dentaire de même qu'un examen extra oral, intra oral et radiologique, commettrait une faute déontologique.

Il est difficile de justifier que l'exercice de la denturologie puisse faire figure d'exception dans le modèle médical québécois. Depuis trop longtemps au Québec, il existe deux classes d'édentés : celle qui bénéficie d'un examen diagnostique avant de recevoir des prothèses et celle qui n'en bénéficie pas. Les données scientifiques démontrent que l'impact de la santé buccal sur la santé générale des individus a été sous-estimé. Il est donc indiqué de corriger la situation. Le principe d'ordonnance pour tout type de prothèse dentaire m'apparaît être la solution.

Pour ce qui a trait spécifiquement aux prothèses implanto-portées, est-il nécessaire de rappeler que l'état des implants dentaires doit être vérifié avant la fabrication de ces dernières que ce soit lors de la confection initiale ou lors d'un renouvellement. Cette vérification ne peut être complète sans un examen radiologique. Ce dernier ne peut être effectué que par un dentiste. Conséquemment, il me

semble justifié qu'un patient souhaitant un renouvellement d'une prothèse implanto-portée soit vu par un dentiste afin de subir un examen. Par son ordonnance, le dentiste confirmera entre autres la conformité de cet aspect.

2. Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires sur implant excluant les prothèses dentaires scellées, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions.

Dans le préambule, il est mentionné que pour l'Ordre des denturologistes du Québec, la *Loi sur la denturologie* permet déjà aux denturologistes de faire des prothèses partielles amovibles sur implants sous la supervision d'un dentiste.

L'Ordre des dentistes du Québec doit réagir à l'interprétation de la définition du terme amovible faite par l'Ordre des denturologistes. Je crois qu'il n'existe aucun fondement à la prétention de ces derniers qu'une prothèse transvissée soit de nature amovible et que sa fabrication permise par la législation actuelle. Un argumentaire à cet effet a été présenté dans mon rapport du 30 mars 2015.

J'aimerais de plus souligner que les prothèses partielles implanto-portées amovibles ont peu en commun avec les prothèses partielles implanto-portées fixées transvissées ou scellées.

Exemples de prothèses partielles amovibles implanto-portées

Quelles sont les réactions de l'Ordre à l'égard du fait que la prothèse cimentée est moins complexe à mettre en bouche que la prothèse transvissée?

En préambule à cette question, l'Office rapporte que l'Ordre des denturologistes ne comprend pas pourquoi les prothèses dentaires scellées sont exclues de la proposition actuelle puisque selon « La classification SAQ (sic) en implantologie dentaire », une prothèse scellée est plus facile à installer qu'une prothèse vissée dans la majorité des cas.

Dans un premier temps, je crois important de souligner que la facilité à installer une prothèse implanto-portée n'est pas à mon avis le critère pertinent dans l'analyse des capacités des denturologistes à appareiller leurs patients de prothèses scellées. Dans l'intérêt de la protection du public, les risques associés à ce type de prothèse sont définitivement l'élément le plus significatif dans cette réflexion d'autant plus que les denturologistes ne sont pas habilités à prévenir et gérer les complications potentielles associées. Seul un dentiste a cette compétence et est autorisé à poser les actes requis.

Afin de répondre à la question, l'Ordre des denturologistes propose l'argumentaire suivant :

1) La classification « SAC » en implantologie dentaire a été développée par l'International Team for Implantology (ITI). Elle a pour but de donner des directives normatives pour différents types de restaurations et d'interventions chirurgicales. L'Acronyme SAC signifie Simple, Avancé et Complexe. Dans cette classification une multitude de facteurs sont pris en compte afin d'établir le niveau de difficulté des traitements. Le mode de rétention des prothèses en est un.

2) Dans l'outil internet de la classification SAC proposé par ITI[1], on retrouve les propos suivants :

> « Le scellement des prothèses sur implants est un moyen facile et efficace de rétention, qui évite quelques-unes des difficultés rencontrées avec la rétention vissée. Les prothèses scellées s'ajustent en général passivement et il n'y a pas de trous de vissage nuisant à l'esthétique, affaiblissant la céramique ou gênant l'occlusion. »

[1] http://www.iti.org/var/external/sac-tool/version-2/default.htm

Ces propos confirment les avantages d'une prothèse scellée en regard à sa conception. Cette approche permet d'assurer une passivité surtout lorsque les restaurations sont complexes (nombre d'unités) et permet de contourner les problèmes esthétiques associés à une angulation buccale des implants.

Dans cet outil, il est aussi mentionné :

> « La présence de ciment inaccessible à partir d'une limite marginale profonde peut toutefois créer un risque accru de complication péri-implantaire. La rétention par vis donne une adaptation marginale plus serrée, préférable quand la limite de restauration se trouve sous la muqueuse. »

Ces propos vont à l'encontre de l'affirmation faite par l'Ordre des denturologistes. Ils soulignent les difficultés et risques associés à l'installation d'une prothèse scellée et en contrepartie l'avantage des prothèses transvissées en rapport avec la santé des tissus péri-implantaires.

3) L'Ordre des denturologistes reconnaît qu'un résidu de ciment puisse résulter de l'installation d'une prothèse scellée. Il minimise l'impact de ce constat en affirmant que la nature lisse des piliers permet de prévenir ces complications, qui seraient plus fréquentes lorsqu'effectuées sur des dents naturelles.

Il me semble important de souligner que la nature des piliers n'est pas l'élément le plus important dans cette problématique. La localisation de la marge et les propriétés physiques du ciment sont plus significatives. Il peut s'avérer difficile de retirer les excès de ciment lorsque la jonction pilier-restauration est sous-gingivale, donc difficile d'accès, et que le ciment utilisé présente un indice de dureté élevé. De plus, l'anatomie des tissus péri-implantaires favorise beaucoup plus la migration apicale du ciment que l'anatomie du parodonte. L'attachement tissulaire au pourtour des piliers d'implants est beaucoup moins fort que celui généré par l'attachement parodontal.

Cette affirmation est corroborée par Davarpanah et coll. dans le « Manuel d'implantologie clinique ». (page 52-53)[2]

> « Cliniquement, une moindre résistance lors du sondage est constatée par le déplacement latéral des tissus mous péri-implantaire.
>
> Le saignement associé au sondage … peut être lié à la faible résistance de l'attache muqueuse péri-implantaire. »

Le risque de complication est donc aussi élevé sinon plus élevé lors de l'installation de prothèses scellées sur implants que sur des dents naturelles contrairement à ce qu'affirme l'Ordre des denturologistes.

4) De plus, il est important de rappeler que la confection d'une prothèse scellée implique l'utilisation de piliers qui engagent la connexion interne ou externe des implants. Ces piliers sont souvent fabriqués sur mesure et nécessitent la prise d'une empreinte à l'aide d'un transfert d'impression qui engage également la connexion interne ou externe des implants. Afin de s'assurer de la conformité de l'adaptation de ces composantes, il est nécessaire de prendre des clichés radiologiques, car la plateforme implantaire est normalement sous-gingivale. Les clichés radiologiques permettent également de vérifier l'adaptation de la prothèse scellée au pilier avant et suite à son installation et de détecter des surplus de ciment. En négligeant de faire ces vérifications, un praticien expose son patient à des risques significatifs.

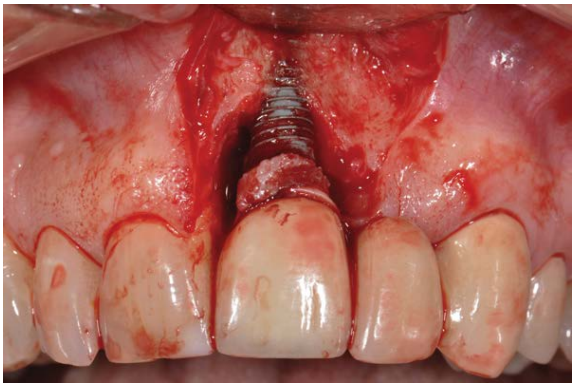
a) b)

a) Imprécision dans l'adaptation d'une couronne scellée.
b) Surplus de ciment au pourtour mésial d'une couronne scellée[3]

[2] Davarpanah M. et coll. Manuel d'implantologie clinique : concepts, protocoles et innovations récentes. 2e édition. Éditions CdP Cedex 2008, p. 52-53

Selon les mesures législatives actuelles, les denturologistes ne peuvent prendre de radiographies.

En présence d'un surplus de ciment sous-gingival, il est nécessaire d'effectuer un curetage avec ou sans ouverture de la gencive. Cette intervention est invasive et nécessite une anesthésie locale.



c) Exposition chirurgicale d'un surplus de ciment au pourtour d'une couronne scellée[4]

Les denturologistes ne sont pas habilités à poser des actes de nature invasive comprenant une anesthésie locale.

[3] http://www.miamiperio.com/pat/images/30-jun-springs-03.jpg
[4] http://www.dentalaegis.com/media/35519/

3. Retirer et replacer un bouchon de guérison et placer un pilier sur la tête d'un implant, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions.

Dans le préambule, il est mentionné que pour l'Ordre des denturologistes du Québec ces deux activités doivent absolument être autorisées aux denturologistes afin qu'ils puissent continuer d'initier des actes relatifs à la conception, l'installation et l'ajustement de prothèses dentaires sur implants.

L'utilisation de l'adverbe « absolument » dans cette affirmation peut être remise en question. La législation actuelle n'accorde pas ces activités aux denturologistes et cette situation n'empêche aucunement ces derniers d'appareiller leurs patients de prothèses amovibles implanto-portées. La gestion des capuchons de guérison et des piliers est prise en charge par le dentiste responsable de la pose des implants, et ce en collaboration avec le denturologiste. Selon nous, cette avenue est celle à privilégier compte tenu des limitations intrinsèques à la pratique des denturologistes. Un argumentaire à cet effet a été présenté dans mon rapport du 30 mars 2015.

Il est aussi mentionné dans le préambule que l'Ordre des denturologistes assure que les denturologistes acquièrent les compétences nécessaires pour la réalisation de ces activités (gestion des capuchons de guérison et des piliers).

Sans me prononcer sur le contenu de cette formation, il ne peut nier l'idée que des étudiants en denturologie puissent acquérir des connaissances techniques associées à la manipulation de ces composantes. Cependant, je crois fermement que ces derniers ne sont pas équipés pour s'assurer de la conformité de leur travail en regard avec ces activités et qu'ils ne possèdent pas les compétences pour gérer les complications.

Dans quel pourcentage, le dentiste doit-il procéder à une anesthésie locale?

Il est difficile d'avancer un chiffre précis en réponse à cette question. Il n'existe pas de données scientifiques à cet égard.

L'expérience clinique suggère que la nécessité de procéder à une anesthésie locale varie en fonction de deux facteurs : de la volonté du praticien de modifier le profil d'émergence et la profondeur du coffre gingivale.

Lorsqu'un praticien désire modifier le profil d'émergence gingival créé par un bouchon de cicatrisation à l'aide d'un bouchon de diamètre différent, d'un pilier ou d'une restauration, il doit fréquemment gérer l'inconfort ou la douleur générée par cette procédure.

Il doit obligatoirement effectuer une anesthésie s'il a recours à une incision de relâchement ou un modelage du site par meulage.

De plus, s'il choisit de gérer le profil d'émergence et repoussant ou en comprimant la gencive à l'aide des composantes prothétiques (capuchon, pilier ou prothèse), près de 30 % des patients rapporteront un inconfort significatif demandant une anesthésie.

Dans les situations où les bouchons de cicatrisation sont remplacés par des piliers de diamètres identiques, le transfert se fait généralement sans inconfort. Toutefois, la situation change en présence d'un coffre gingival profond. Les tissus péri-implantaires collapsent rapidement suite au retrait du bouchon et il devient difficile de placer le pilier sans repousser la gencive. Cette procédure peut engendrer une réaction significative chez environ 5% des patients.

Cette affirmation est supportée par les propos de Davarpanah et coll.[5] :

> « En effet, sans pilier de cicatrisation, la gencive marginale ne reçoit plus de soutien et s'affaisse. Si le délai entre les étapes est trop long, le vissage du transfert d'empreinte peut être douloureux. Si le nombre d'implants est important, il est conseillé d'utiliser des anesthésiques injectés ou de contact. »

Dans cet extrait du Manuel d'implantologie clinique, les auteurs font référence au vissage de transferts d'empreinte lors d'empreinte au niveau de la tête des implants. Les enjeux liés à la manipulation de ces transferts sont toutefois identiques à ceux associés à la pose des piliers.

Finalement, je crois nécessaire de souligner que les statistiques relatives au besoin d'anesthésie lors de la manipulation des bouchons de guérison et des piliers ont peu de valeur aux yeux d'un patient éprouvant de l'inconfort ou de la douleur. Peu importe si cette situation n'est pas fréquente, ce dernier est en droit d'être traité par un praticien qui peut répondre à ses besoins. Compte tenu de limitations imposées au denturologiste, ce dernier ne peut réagir lors de telle situation.

[5] Davarpanah M. et coll. Manuel d'implantologie clinique : concepts, protocoles et innovations récentes. 2e édition. Éditions CdP Cedex 2008, p. 308

4. La condition d'ordonnance.

Quel devrait être le contenu explicite d'une ordonnance adressée à un denturologiste?

Dans le contexte actuel, selon lequel le denturologiste peut effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires « amovibles » par le patient et supportées par la muqueuse, des dents, des implants ou une combinaison de ces éléments, l'ordonnance adressée à un denturologiste devrait contenir les éléments suivants :

i. les nom et prénom du dentiste imprimés ou en lettre moulées;
ii. le numéro de permis d'exercice du dentiste;
iii. le nom de l'établissement ou du milieu clinique, le numéro de téléphone et l'adresse de correspondance où il souhaite être joint relativement à cette ordonnance;
iv. le nom et prénom du patient;
v. la date de naissance ou le numéro de la RAMQ du patient;
vi. le type de prothèse prescrit avec ses principales caractéristiques;
vii. l'identification des éléments de support et de rétention, le cas échéant (ex : pilier d'implant, attachement de précision incorporé dans une couronne) et autres renseignements cliniques nécessaires à sa réalisation;
viii. les informations qui pourraient avoir un impact sur le pronostic général du traitement (conditions spéciales, particularité du patient, etc.) toute contre-indication ou tout renseignement requis sur la condition du patient;
ix. la période de validité de l'ordonnance; et
x. la signature du dentiste.

Conclusion.

J’espère que mes commentaires et mes réponses aux questions formulées par l’Office pourront aider à éclairer le présent dossier.

Je demeure disponible pour une rencontre afin de répondre aux interrogations qui pourraient demeurées et il me fera plaisir de parvenir au besoin tout autre document ou explication nécessaire.

En espérant le tout conforme.

Pierre de Grandmont, DMD, Cert (prostho), M. Sc.

Prosthodontiste

Office des professions Québec

Questionnaire transmis à l'Ordre des dentistes du Québec et à l'Ordre des denturologistes du Québec en remplacement de la rencontre du 4 juin 2015

Ce document présente la lecture que fait l'Office des professions de la position de l'Ordre des dentistes du Québec et de l'Ordre des denturologistes du Québec à l'égard de certaines propositions de l'Office quant au rôle du denturologiste en implantologie. Ces éléments sont issus des documents qui lui ont été transmis par les ordres concernés, les communiqués adressés aux membres de l'Ordre ainsi que des informations recueillies dans le cadre des rencontres.

1. Contribuer à la détermination d'un plan de traitement en implantologie.

Position de l'Ordre des dentistes du Québec et de certains partenaires en médecine dentaire	Position de l'Ordre des denturologistes du Québec
➢ La prosthodontie est une spécialité de la médecine dentaire. ➢ L'élaboration d'un plan de traitement relève de la responsabilité du dentiste qui est en mesure d'évaluer les enjeux, pour la santé buccodentaire d'un patient, de chacune des options de traitement possible. À titre d'exemple : il n'est pas toujours recommandé de suppléer à la perte d'une dent. Il est d'ailleurs plus important, en dentisterie, de préserver la dentition naturelle que de remplacer les dents manquantes et le plan de traitement proposé doit en faire la démonstration. Par ailleurs, si les dents adjacentes à l'espace édenté se veulent pauvres, le dentiste peut suggérer le retrait d'une ou plusieurs dents et modifier ainsi le profil de la prothèse. ➢ Les nouvelles lignes directrices de l'Ordre des dentistes du Québec laissent entendre que la détermination d'un traitement, incluant la mise en bouche d'une prothèse sur implant, implique que le dentiste doit minimalement disposer des compétences pour juger de la solution optimale pour le patient, et analyser les options ou à tout le moins apprécier les différentes options existantes le cas échéant. ➢ Or, l'Ordre des dentistes du Québec soutient que la formation en denturologie est nettement insuffisante sur le plan des connaissances liées aux aspects cliniques et biomédicaux de la santé buccodentaire du patient. L'examen du denturologiste est visuel et tactile et n'a rien à voir avec le diagnostic du dentiste. Le denturologiste ne peut donc	➢ L'Ordre des denturologistes du Québec préfèrerait que le terme « contribuer » soit supprimé et que l'on utilise plutôt l'expression « déterminer conjointement un plan de traitement en implantologie ». ➢ Selon l'Ordre, le fait de « déterminer » au lieu de « contribuer à » implique une obligation conjointe et ne pose pas de problème en termes de responsabilité. ➢ À ce sujet, l'Ordre se questionne à savoir si le libellé proposé sous-entend que, par exemple, lors d'un renouvellement de prothèses sur implant ne nécessitant pas d'actes chirurgicaux, la détermination du plan de traitement devrait tout de même faire l'objet d'un examen préalable chez le dentiste? ➢ L'Ordre rappelle « que les denturologistes sont formés pour être autonomes, qu'ils sont des professionnels de la santé buccodentaire de première ligne pouvant recevoir des patients et déterminer un plan de traitement denturologique. » À cela, l'Ordre ajoute que les denturologistes ont la formation nécessaire leur permettant de diriger un patient vers un autre professionnel au besoin. [Présence, printemps 2013, vol.4, n^{o} 1 : page 4.] ➢ Dans les Lignes directrices en réhabilitation implanto-portée de l'Ordre (2004), il est indiqué que « L'Ordre des denturologistes du Québec préconise donc que le denturologiste endosse le rôle d'accompagnant lorsqu'il est intervenant de première ligne. »

1. Contribuer à la détermination d'un plan de traitement en implantologie.	
Position de l'Ordre des dentistes du Québec et de certains partenaires en médecine dentaire	**Position de l'Ordre des denturologistes du Québec**
établir un plan de traitement qui prend en considération la santé buccodentaire du patient dans son ensemble sans détenir des connaissances approfondies en sciences biomédicales, en science du comportement et en science dentaire (mémoire 2012 p.15). Pour l'Ordre, la compétence du denturologiste se limite à combler un espace édenté. Le plan de traitement proposé par le denturologiste est technique et mécanique. ➢ Le mémoire de l'Ordre ainsi que les lignes directrices ne semblent toutefois pas exclure qu'un dentiste puisse analyser les propositions du denturologiste pour convenir que la solution proposée par ce dernier représente la solution optimale pour la santé du patient.	Ceci dit, « Il va de soi qu'aucune décision finale ne peut être prise, sur le plan de traitement, avant que le dentiste-chirurgien n'ai [sic] rencontré le patient. L'équipe décide en concertation du traitement le plus adéquat devant être effectué. »

Rappel à l'égard des orientations de l'Office des professions

L'Office souhaite rappeler que la notion de contribution est déjà présente dans le système professionnel contrairement à celle de la « détermination conjointe » et que le fait de contribuer à une activité ne permet pas de l'initier.

Comme l'Office le précisait dans le document présentant ses orientations en décembre 2014 : « L'activité qui consiste à Contribuer à la détermination d'un plan de traitement en implantologie décrit le rôle actuel du denturologiste. Le denturologiste contribue à la détermination du plan de traitement en implantologie en soumettant un ou plusieurs scénarios quant aux prothèses dentaires pouvant être mises en bouche. Le dentiste analyse les scénarios soumis sur la base d'un diagnostic qu'il réalise auprès de son patient et y apporte les modifications nécessaires le cas échéant. »

Questions pour l'Ordre des <u>denturologistes</u> du Québec

Sur la base des éléments avancés par l'Ordre des dentistes du Québec, comment un denturologiste peut-il assurer que la solution qu'il propose respecte les fondements de la médecine dentaire et se veut optimale pour sa santé buccodentaire du patient?

Dans la mesure où la solution proposée par le denturologiste n'est pas envisageable pour des considérations qui relèvent de la médecine dentaire, comment le plan de traitement final est-il élaboré?

Questionnaire transmis à l'Ordre des dentistes du Québec et de l'Ordre des denturologistes du Québec
en remplacement de la rencontre du 4 juin 2015

1. Contribuer à la détermination d'un plan de traitement en implantologie.	
Position de l'Ordre des dentistes du Québec et de certains partenaires en médecine dentaire	**Position de l'Ordre des denturologistes du Québec**
Dans le cas d'un renouvellement, vous apparaît-il pertinent que l'état des implants, des dents adjacentes et des tissus soient vérifiés avant de procéder à la mise en bouche d'une nouvelle prothèse sur implant? Pour quelles raisons? **Question pour l'Ordre des <u>dentistes</u> du Québec** Si le denturologiste propose une solution au dentiste et que ce dernier estime qu'elle correspond à la meilleure solution, nous comprenons qu'il confirmera la solution proposée dans son ordonnance?	

2. Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires sur implant excluant les prothèses dentaires scellées, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions.	
Position de l'Ordre des dentistes du Québec et de certains partenaires en médecine dentaire	**Position de l'Ordre des denturologistes du Québec**
La Loi sur la denturologie Pour l'Ordre des dentistes du Québec, la Loi sur la denturologie ne permet pas aux denturologistes de poser des prothèses transvissées complètes et partielles ainsi que des prothèses scellées (cimentées) complètes et partielles. Pour définir la prothèse partielle sur implant, l'ODQ s'appuie, notamment sur des définitions du Glossary Terms publié par The Academy of Prosthodontics. **Les prothèses sur implant** Sur la base des expertises reçues, l'Ordre indique : ➢ que d'autres paramètres qu'« amovible, transvissée et scellée » devraient être considérés pour catégoriser les types de prothèses dentaires : la région d'édentement (antérieure et postérieure, supérieure ou inférieure), le nombre de dents remplacées (prothèse totale, partielle ou unitaire) et la localisation de l'assise de la prothèse (supra ou sous-gingivale), la nature des matériaux (acrylique, céramo-métallique ou céramique). Tous ces éléments sont des indicateurs du degré de complexité lié à la mise en bouche et au suivi devant être assuré par la suite; ➢ que la mise en bouche d'une prothèse partielle et unitaire transvissée ou scellée implique : - la gestion du parodonte;	**La Loi sur la denturologie** Pour l'Ordre des denturologistes du Québec, la Loi sur la denturologie permet déjà aux denturologistes de faire des prothèses partielles amovibles sur implant sous la direction d'un dentiste. Pour l'Ordre, le terme amovible fait référence à des prothèses qui peuvent être amovibles par un patient ou par un professionnel (transvissées). **Les prothèses sur implant** La profession de denturologiste doit s'ouvrir au domaine de l'implantologie. À cet égard, l'Ordre rappelle que l'intention des membres du comité d'experts était de permettre aux denturologistes l'installation et l'ajustement de tout type de prothèses sur implant sous réserve de réussir une formation additionnelle. L'Ordre des denturologistes du Québec a conçu, en collaboration avec le cégep Édouard-Montpetit, le programme d'AEC en pratique avancée de la denturologie, dans le but de s'assurer que le denturologiste aura acquis les compétences nécessaires pour tous les types de prothèses dentaires sur implant (unitaires, ponts, prothèses complètes). Par ailleurs, l'Ordre des denturologistes du Québec ne comprend pas pourquoi les prothèses dentaires scellées (i.e. cimentées) sont exclues de cette proposition puisque selon « La classification SAQ en implantologie dentaire », une prothèse scellée est plus facile à installer qu'une prothèse vissée dans la majorité des cas.

2. Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires sur implant excluant les prothèses dentaires scellées, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions.	
Position de l'Ordre des dentistes du Québec et de certains partenaires en médecine dentaire	**Position de l'Ordre des denturologistes du Québec**
- la prise de radiographies à plusieurs étapes (ex. : la stabilité d'une couronne est optimale sans pilier. Il n'est donc pas recommandé de les utiliser. Sans pilier, le travail s'effectue sous la gencive et nécessite la prise de radiographies); - la création et la modification du profil d'émergence (Il y a lieu de créer un profil d'émergence pour accueillir la dent, car l'implant est beaucoup plus petit que la dent. En cours de pose et d'ajustement, le dentiste doit meuler, couper et réorganiser la gencive pour créer le profil d'émergence optimal) - l'anesthésie (bris de vis, écartement de la muqueuse lors de la pose d'un pilier, retrait du ciment, modification du profil d'émergence); - la modification constante du plan occlusal, de la longueur et de la forme des dents adjacentes et antagonistes. Une négligence à cet égard peut provoquer le bris d'une dent en porcelaine et le bris d'une vis; - la gestion des complications (ex. : bris de vis lors d'un desserrement qui implique la prise de radiographies, l'anesthésie et la chirurgie pour avoir accès à l'implant. La modification du profil d'émergence en cours de route nécessite l'intervention du dentiste); ➢ que seul un dentiste dispose des compétences pour assurer l'ensemble de ces interventions. L'UdeM précise d'ailleurs que la formation en implantologie au programme de doctorat en médecine dentaire présente plus de 70 crédits ce qui représente près de 1 000 heures; ➢ que les denturologistes ne détiennent pas les compétences pour assumer ces parties du traitement qui se veulent complexes.	Pour l'Ordre, la grande problématique des prothèses cimentées réside dans le surplus de ciment qui peut découler de leur installation. Cependant, compte tenu de la nature lisse d'un pilier, l'installation de prothèses scellées sur implant serait beaucoup moins sujette à ce genre de complications que lorsqu'effectuée sur des dents naturelles. De plus, dans les rares cas où cette procédure pourrait nécessiter une anesthésie, par exemple, l'Ordre des denturologistes du Québec soutient que le tout aurait déjà été constaté par un chirurgien-dentiste et que les mesures requises auraient été prises à cet égard. Enfin, l'Ordre avance que « dans une certaine mesure, ce qui est complexe en chirurgie peut être simple en restauration. » L'Ordre rappelle que les dentistes ont moins d'heures de formation dans le domaine de l'implantologie que les denturologistes.

2. Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires sur implant excluant les prothèses dentaires scellées, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions.

Position de l'Ordre des dentistes du Québec et de certains partenaires en médecine dentaire	Position de l'Ordre des denturologistes du Québec
L'Office devrait considérer la réalité de la profession de denturologiste dans le reste du Canada. En ce sens, l'ODQ indique que les lois qui encadrent la pratique de la denturologie en Colombie Britannique, en Ontario et à Terre-Neuve définissent la prothèse amovible comme étant celle qui est amovible par le patient;	

Questions pour l'Ordre des denturologistes du Québec

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

Le programme de formation initiale donnant ouverture au permis de l'Ordre prépare-t-il le denturologiste à poser des prothèses transvissées sur implant incluant des couronnes et des ponts?

La formation du denturologiste (DEC et AEC) permet-elle au denturologiste de poser toutes les prothèses définies selon l'ensemble des paramètres identifiés par l'Ordre des dentistes du Québec? Dans le cas contraire, quels sont les paramètres à considérer pour identifier les prothèses pour lesquelles le denturologiste dispose des compétences pour en assurer la pose?

Sur quelle expertise se sont appuyés l'Ordre des denturologistes du Québec et le collège Édouard-Montpetit pour procéder à l'élaboration du programme d'AEC en pratique avancée de la denturologie?

Comment la formation en pratique avancée de la denturologie prépare le denturologiste à gérer les situations (ex. : douleur, bris de vis, modification du profil d'émergence, meulage des dents pour ajustement, modification du plan occlusal…) telles que décrites par l'Ordre des dentistes du Québec?

Quelles sont les provinces canadiennes où la prothèse transvissée sur implant est considérée comme étant une prothèse amovible?

Quelles sont les provinces canadiennes où les denturologistes sont autorisés à effectuer des prothèses transvissées et scellées sur implant et à quelles conditions?

2. Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires sur implant excluant les prothèses dentaires scellées, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions.	
Position de l'Ordre des dentistes du Québec et de certains partenaires en médecine dentaire	**Position de l'Ordre des denturologistes du Québec**
Questions pour l'Ordre des <u>dentistes</u> du Québec Comment les dentistes, qui travaillent actuellement avec les denturologistes, assurent la gestion de l'ensemble des paramètres de complexité tels qu'identifiés par les experts? Que devons-nous comprendre de la collaboration entre les dentistes et les denturologistes dans le cadre des nouvelles lignes directrices de l'Ordre en implantologie? Quelles seraient les conditions idéales à partir desquelles le denturologiste pourrait intervenir dans un contexte de prothèse transvissée (sous supervision directe)? Quelles sont les réactions de l'Ordre à l'égard du fait que la prothèse cimentée est moins complexe à mettre en bouche que la prothèse transvissée?	

3. Retirer et replacer un bouchon de guérison et placer un pilier sur la tête d'un implant, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions.	
Position de l'Ordre des dentistes du Québec et de certains partenaires en médecine dentaire	**Position de l'Ordre des denturologistes du Québec**
Pour l'Ordre des dentistes du Québec, le retrait d'un bouchon de guérison ainsi que son remplacement par un pilier nécessite de repousser la muqueuse péri-implantaire et peut provoquer de la douleur nécessitant ainsi une anesthésie de la part du dentiste. L'utilisation d'un pilier angulé présente un niveau de complexité supérieur. La confection de ce pilier ne peut être effectuée à partir d'un pilier de cicatrisation et sa mise en place demande souvent une compression des muqueuses où une anesthésie peut être nécessaire. Une gestion fautive du tissu conjonctif ou osseux lors de la phase chirurgicale peut nuire à l'assise du pilier de cicatrisation. Ce dernier peut également se desserrer lors de la phase de guérison et entraîner une migration du tissu conjonctif sur la tête de l'implant qui pourra nuire à l'assise du pilier permanent. Il est souvent jugé prudent de prendre une radiographie et l'anesthésie peut être nécessaire. Dans le cas d'une prothèse amovible, la pose du pilier est beaucoup plus simple et est actuellement effectuée par le denturologiste. Dans cette situation, le denturologiste n'effectue pas de geste invasif.	Pour l'Ordre, ces deux activités doivent absolument être autorisées aux denturologistes afin qu'ils puissent continuer d'initier des actes relatifs à la conception, l'installation et l'ajustement de prothèses dentaires sur implant. Selon l'Ordre, la condition d'ordonnance associée à cette activité complique cependant l'organisation du travail ainsi que la collaboration entre les dentistes et les denturologistes à ce niveau. En effet, cela occasionnera des allers-retours inutiles pour les patients. L'Ordre assure que les denturologistes acquièrent les compétences nécessaires pour la réalisation de ces activités dans leur programme de formation initiale. En effet, le cours de base en « Denturologie implants ostéointégrés » permet aux denturologistes d'acquérir les compétences nécessaires pour réaliser cette activité en autonomie puisqu'ils ont accès à différents cours portant, notamment, sur les visses, les piliers, les cylindres de transition, les transferts coniques, les bouchons ou capuchons de guérison ainsi que sur les différents gestes (ex. : serrer, vérifier, retirer) qui s'y rattachent. À la suite de cette formation, les étudiants doivent se soumettre à un examen final. L'Ordre indique également que ces éléments sont revus dans le cadre de l'AEC en pratique avancée de la denturologie.
Questions pour l'Ordre des <u>denturologistes</u> du Québec Qu'est-ce qui est enseigné spécifiquement à l'égard du retrait des bouchons de guérison dans le programme de formation initiale donnant ouverture au permis de denturologiste? Qu'est-ce qui est enseigné spécifiquement à l'égard de la pose des piliers sur la tête d'un implant dans le programme de formation initiale donnant ouverture au permis de denturologiste? Comment un denturologiste gère la douleur du patient lors du retrait ou de la pose du bouchon de guérison?	

3. Retirer et replacer un bouchon de guérison et placer un pilier sur la tête d'un implant, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions.	
Position de l'Ordre des dentistes du Québec et de certains partenaires en médecine dentaire	**Position de l'Ordre des denturologistes du Québec**
Comment le denturologiste assure-t-il la gestion d'un cas où les tissus conjonctifs se retrouvent sur la tête d'un implant? Comment le denturologiste assure-t-il la gestion d'un cas où il doit mettre en place un pilier angulé? **Question pour l'Ordre des <u>dentistes</u> du Québec** Dans quel pourcentage des cas le dentiste doit-il procéder à une anesthésie locale?	

4. La condition d'ordonnance.	
Position de l'Ordre des dentistes du Québec et de certains partenaires en médecine dentaire	**Position de l'Ordre des denturologistes du Québec**
➢ L'ordonnance est le meilleur moyen d'assurer la protection du public sans nuire à la pratique du denturologiste (mémoire 2012 p.15). ➢ Elle permet le partage des responsabilités professionnelles entre le dentiste et le denturologiste. ➢ Elle permet de garantir que le plan de traitement respecte les fondements de la médecine dentaire. ➢ L'ordonnance ne devrait pas être uniquement utilisée en implantologie. Même une personne édentée complètement devrait passer un examen chez le dentiste afin de s'assurer de l'absence de lésions ou de toute autre problématique de santé.	➢ L'Ordre des denturologistes du Québec n'est pas d'accord avec l'idée qu'une condition d'ordonnance puisse être imposée à ses membres et souhaiterait plutôt que l'on privilégie l'option de l'élaboration d'un plan de traitement conjoint pour la réhabilitation prothétique implanto-portée. ➢ L'Ordre se questionne sur ce que devrait contenir une telle ordonnance. ➢ À cet effet, l'Ordre s'interroge, notamment, sur le fait que la partie « conception » doit être inscrite à l'intérieur d'une ordonnance alors que les denturologistes sont pleinement qualifiés pour assurer la partie prothétique, tout comme les dentistes le sont pour la phase chirurgicale. ➢ En fait, les denturologistes craignent que les dentistes puissent être amenés à émettre des ordonnances trop directrices. ➢ Dans l'éventualité où l'on donnait suite à cette recommandation, l'Ordre soutient qu'il faudrait revoir le contenu du Règlement sur les ordonnances de l'Ordre des dentistes du Québec. ➢ Pour l'Ordre, la solution de l'ordonnance va à l'encontre de l'autonomie de la profession de denturologiste et représente une sorte de retour en arrière. À ce sujet, l'Ordre évoque les principes ayant guidé le Comité d'experts, à savoir la protection du public, l'accessibilité aux soins, l'autonomie des professionnels et l'interdisciplinarité. ➢ L'Ordre rappelle que les denturologistes sont formés pour réaliser un examen de la cavité buccale afin d'« observer » s'il y a présence d'anomalies et, le cas échéant, référer son patient à un dentiste ou un autre professionnel. Bien qu'il ne s'agisse ni de poser un diagnostic ni de dépister des maladies, l'Ordre précise que la réalisation d'un

4. La condition d'ordonnance.	
Position de l'Ordre des dentistes du Québec et de certains partenaires en médecine dentaire	**Position de l'Ordre des denturologistes du Québec**
	examen buccal et l'obligation de référer un patient dans le cas d'anomalies perceptibles font partie des obligations déontologiques des denturologistes. ➢ Selon l'Ordre, une exigence légale quant à l'établissement d'un plan de traitement conjoint pour les prothèses sur implant permettrait, contrairement à l'ordonnance, d'assurer la protection du public, puisque cela respecterait les champs de compétence de chacun des professionnels en plus de nécessiter le consentement du client.

Préoccupations de l'Office des professions

L'Office des professions tient à souligner qu'un plan de traitement conjoint ne constitue pas une condition d'exercice retenue à l'heure actuelle dans le système professionnel.

Question pour l'Ordre des <u>dentistes</u> du Québec

Quel devrait être le contenu explicite d'une ordonnance adressée à un denturologiste?

Questions pour l'Ordre des <u>denturologistes</u> du Québec

À l'égard des récentes avancées scientifiques qui permettent de démontrer les conséquences que la santé buccodentaire pouvait comporter sur la santé en général, l'Office souhaiterait obtenir les réactions de l'Ordre des denturologistes du Québec sur l'importance de s'assurer de la santé buccodentaire d'un patient.

Considérant la collaboration entre les dentistes et les denturologistes qui travaillent actuellement ensemble, en quoi l'ordonnance du dentiste pourrait-elle empêcher le denturologiste de travailler? L'ordonnance exclut-elle l'élaboration d'un plan de traitement conjoint devant être approuvé par le patient?

Que devrait contenir l'ordonnance du dentiste?

Office
des professions
Québec

Bureau du président

PAR COURRIEL

Le 17 février 2016

Aux présidents et à la présidente des
ordres du domaine buccodentaire

Objet : Modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire

Madame la Présidente,
Monsieur le Président,

Le 3 février dernier, la vice-présidente de l'Office des professions, D^re^ Christiane Gagnon, vous a transmis une lettre dans laquelle elle vous indiquait que les orientations à l'égard de la modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire qui ont été retenues par l'Office, à sa réunion du 10 décembre 2015, seraient présentées à la ministre de la Justice.

Or, dans une lettre qu'elle nous adressait le 11 février dernier, la ministre de la Justice invite l'Office à lui soumettre un projet de loi qui tiendra compte de l'ensemble des orientations présentées.

Par conséquent, je vous informe que l'Office travaillera en ce sens au cours des prochaines semaines et prévoit terminer ses travaux avant la fin du printemps 2016.

Entre-temps, je vous propose une rencontre individuelle ayant pour objectif de vous communiquer ces orientations. Mon adjointe administrative, M^me^ Carmen Larose, entrera en contact avec vous rapidement, afin de vous proposer une date à laquelle pourra se tenir cette rencontre.

Je vous prie de recevoir, Madame la Présidente, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,

Jean Paul Dutrisac

JPD/MO/cc

800, place D'Youville, 10^e^ étage
Québec (Québec) G1R 5Z3
Téléphone : 418 643-6912
Sans frais : 1 800 643-6912
Télécopieur : 418 643-0973
www.opq.gouv.qc.ca

Office
des professions
Québec

Modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire

Orientation de l'Office des professions – Dentiste

Champ descriptif

L'exercice de la médecine dentaire consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé buccodentaire, à prévenir et à traiter les maladies buccodentaires dans le but de maintenir ou de rétablir la santé buccodentaire chez l'être humain.

Activités réservées

1. Diagnostiquer les déficiences de la santé buccodentaire et les maladies buccodentaires;
2. Prescrire les examens diagnostiques;
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'un appareil dentaire ou d'une prothèse dentaire;
9. Vendre des appareils dentaires ou des prothèses dentaires.

Commentaire

Tel que demandé depuis 2014, l'Office souhaite avoir rapidement des lignes directrices de l'Ordre des dentistes du Québec à l'égard des activités esthétiques 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.

Mars 2016

Office
des professions
Québec

Modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire

Orientation de l'Office des professions – Hygiéniste dentaire

Champ descriptif

Évaluer l'état de santé buccodentaire, enseigner les principes d'hygiène buccale, déterminer et assurer la réalisation du plan de soins d'hygiène dentaire et prodiguer des soins et des traitements dans le but de prévenir la maladie buccodentaire et de maintenir et rétablir la santé buccodentaire chez l'être humain.

Activités réservées sans ordonnance

1. Évaluer la condition buccodentaire d'une personne dans le but de déterminer le plan de soins d'hygiène dentaire;
2. Appliquer topiquement un agent anticariogène;
3. Appliquer topiquement un agent désensibilisant;
4. Sceller les puits et sillons;
5. Polir les dents, les prothèses dentaires et les appareils dentaires;
6. Procéder à un détartrage supra et sous-gingival;
7. Concevoir et vendre des protecteurs buccaux;

Activités réservées selon une ordonnance

8. Effectuer des examens diagnostiques;
9. Effectuer un débridement parodontal incluant le détartrage, le surfaçage radiculaire, la désinfection des poches parodontales et l'application d'agents antimicrobiens;
10. Prendre des empreintes de précision;
11. Insérer et sculpter des matériaux obturateurs;
12. Fabriquer, cimenter et retirer des restaurations provisoires;
13. Enlever des pansements et des points de suture;
14. Poser et enlever les attaches, les fils et les ligatures orthodontiques;
15. Poser, cimenter et enlever les appareils sur bagues;
16. Appliquer des techniques de blanchiment des dents.

Mars 2016

Office
des professions
Québec

Modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire

Orientation de l'Office des professions – Denturologiste

Champ descriptif

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

Activités réservées

1. Déterminer le type de prothèses dentaires amovibles autres que celles sur implant;
2. Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires autres que celles sur implant excluant les ponts et les couronnes sur dents naturelles;
3. Contribuer à la détermination d'un plan de traitement en implantologie;
4. Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires sur implant excluant les prothèses dentaires scellées, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe *o* de l'article 94 du Code des professions;
5. Retirer et replacer un bouchon de guérison et placer un pilier sur la tête d'un implant, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe *o* de l'article 94 du Code des professions;
6. Prescrire la fabrication et la réparation des prothèses dentaires excluant les prothèses dentaires scellées;
7. Vendre des prothèses dentaires excluant les prothèses dentaires scellées;
8. Concevoir et vendre des protecteurs buccaux.

Commentaire

Le règlement prévoyant l'attestation de formation pour exercer les activités liées à l'implantologie fera l'objet d'une consultation de l'Office auprès de l'Ordre des dentistes du Québec.

Mars 2016

Office
des professions
Québec

Modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire
Orientation de l'Office des professions – Technicien et technicienne dentaires

Titre réservé

Le titre de prothésiste dentaire sera réservé aux techniciens dentaires

Champ descriptif

Concevoir, fabriquer et réparer des appareils dentaires ou des prothèses dentaires et conseiller le dentiste, le denturologiste et le médecin sur leurs aspects techniques dans le but de suppléer à la perte des dents d'une personne ou de corriger une anomalie buccodentaire.

Activités réservées

1. Concevoir la fabrication et la réparation des appareils dentaires et des prothèses dentaires selon une ordonnance;
2. Diriger un laboratoire de prothèses dentaires selon les permis requis.

Directorat de laboratoire

La distinction, établie par le Comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire, entre la prothèse dentaire et l'appareil dentaire impliquera des modifications de concordance aux dispositions qui encadrent actuellement le directorat de laboratoire.

Mars 2016

Ordre des dentistes du Québec

Bureau du Président

Montréal, le 22 mars 2016

Monsieur Jean Paul Dutrisac
Président
Office des professions
800, place D'Youville, 10e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

Objet : Modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire

Monsieur le Président,

Le 9 mars dernier, vous avez présenté à l'Ordre des dentistes les propositions qualifiées de finales relativement aux modifications souhaitées relatives aux champs de pratique des denturologistes, des hygiénistes dentaires, des techniciens dentaires et des dentistes. L'Office entend déposer un projet de loi d'ici la fin du printemps.

Les textes présentés reproduisent, à certains détails près, les propositions de l'Office telles qu'expédiées aux ordres concernés en janvier 2015 à des fins de consultation.

Au cours de cette consultation qui s'est étendue sur plusieurs mois, des expertises médicales dentaires, une volumineuse preuve scientifique à l'appui des demandes ainsi que des opinions juridiques sur la pertinence du choix du vocabulaire juridique et sur le danger de créer un monopole en confiant des activités réservées aux techniciens dentaires, ont été produites.

Lors de la rencontre du 9 mars, il a été question du projet de Règlement permettant à des personnes autres que des dentistes de poser certains actes, en l'occurrence les assistantes dentaires, adopté par le conseil d'administration de l'Ordre et acheminé à l'Office des professions en février 2015. Vous nous aviez alors informés que ledit projet de règlement avait déjà fait l'objet d'une consultation auprès de l'Ordre des hygiénistes dentaires, de l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale et du Collège des médecins. Une rencontre ultérieure devait être fixée par l'Office des professions avec les principaux intéressés.

Le 11 mars suivant, les administrateurs de l'Ordre étaient saisis de ces propositions. De plus, le 21 mars, l'Ordre des dentistes réunissait les associations dentaires et les facultés de médecine dentaire afin de leur en faire part.

800, boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 1X9

TÉLÉPHONE : **514 875-8511** | 1 800 361-4887
TÉLÉCOPIEUR : 514 393-9248
SITE WEB : **www.odq.qc.ca**

Bien que les propositions présentées ont été qualifiées de finales, nous tenons à réitérer certains éléments afin que, d'une part, la modernisation soit rédigée en termes clairs pour ceux qui auront à l'appliquer et que, d'autre part, elle soit conforme à la science pour préserver l'intégrité physique des patients.

Deux éléments majeurs liés aux propositions ont retenu l'attention du conseil d'administration de l'Ordre, soit le champ d'intervention du dentiste et les activités réservées aux denturologistes en ce qui a trait aux réhabilitations fixes (vissées ou transvissées) sur implants. Par ailleurs, certains détails auraient avantage à être étudiés plus à fond sur le plan juridique pour éviter des interprétations non souhaitables. Quant au règlement déléguant certains actes aux assistantes, il doit cheminer en conjonction avec l'ensemble du dossier de la modernisation.

Aussi nous traiterons dans un dernier point de la rédaction des guides de pratiques conjoints.

Le champ descriptif des dentistes et activités réservées

Dans une correspondance adressée à Christiane Gagnon le 9 février 2015, l'Ordre des dentistes a déjà exposé l'impossibilité de restreindre le champ de pratique des dentistes à la santé buccodentaire ou aux maladies buccodentaires. De l'avis de l'Office, la santé buccodentaire comprend la bouche, les dents, les maxillaires et les tissus avoisinants.

Lors de la rencontre du 9 mars 2016, il a réitéré que l'intention de l'Office n'a jamais été et ne sera jamais de diminuer le champ d'intervention des dentistes.

Une opinion juridique requise par l'Ordre et jointe à la lettre du 9 février exposait clairement le sens des mots utilisés. Les définitions communes éclairent aisément un lecteur. Le « buccodentaire », c'est ce qui a trait à la bouche et aux dents.

Nous joignons à la présente la lettre du 9 février 2015 et ses annexes. À cette étape des travaux de l'Office, nous soumettons respectueusement que le champ descriptif des dentistes et les activités réservées qui y sont liées doivent être rétablis.

L'Ordre des dentistes demande donc que le champ descriptif des dentistes soit libellé tel que soumis, c'est-à-dire comme suit :

> *« Champ descriptif :*
>
> *L'exercice de la médecine dentaire consiste à évaluer la santé; à diagnostiquer, prévenir et traiter toute déficience des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants, ainsi que les maladies qui y sont liées dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir chez l'être humain en interaction avec son environnement.*
>
> *Activités réservées :*
>
> 1. *Diagnostiquer les déficiences et les maladies des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants; »*

et ce, dans le texte de la proposition finale qui circule déjà, afin d'éviter toute polémique.

Comme exposé à plusieurs reprises au cours des travaux de l'Office sur la modernisation, il n'est pas question dans une modernisation de revenir en arrière. Or, la proposition telle que formulée est un net recul. Aucun argument valable ne milite en sa faveur. L'Ordre des dentistes recommande de ne pas faire de cet enjeu une bataille. Les personnes qui en seront les victimes sont les patients traités chaque jour en urgence dans les centres de traumatologie du Québec. Les dentistes confrontés aux pires scénarios (malformation congénitale, trauma et cancer) ne comprennent pas la position de l'Office et, surtout, ce qui la sous-tend.

Nous avons cru bon de déposer au soutien de la présente lettre les dispositions régissant le champ de pratique des dentistes au Canada afin d'évacuer tout doute sur la question.

Cet élément doit se régler sans nécessiter d'autres débats, puisque tous sont d'accord sur le champ d'intervention du dentiste.

Nous vous demandons de confirmer que ce sujet se réglera rapidement afin que des ressources en temps et en argent n'y soient plus consacrées. Les dentistes sont des docteurs, la législation ne peut y faire abstraction en niant leur expertise.

Quant à la question des interventions esthétiques, elle fera l'objet de discussions en comité mixte entre le Collège des médecins et l'Ordre des dentistes. Tel que spécifié lors de la rencontre du 9 mars, ce comité a été constitué de concert entre les ordres visés afin de discuter d'enjeux communs et de développer des lignes de conduite uniformes. Des échanges ont d'ailleurs débuté depuis plus de cinq ans de façon soutenue entre les deux ordres dont les professionnels sont les seuls à pouvoir poser des diagnostics sur l'être l'humain.

Sur un plan conceptuel, l'Office des professions a exprimé à l'Ordre des dentistes que l'activité réservée relative à l'utilisation des mesures de contention n'avait pas à être spécifiée dans les activités réservées aux dentistes, et ce, au motif que le consentement du patient est toujours requis. Nous devons avouer ne pas comprendre la base légale de cette explication. Ainsi, et selon cette interprétation, toute contention effectuée avec le consentement d'une personne pourrait être effectuée par toute personne. Rappelons seulement que les dentistes agissent aussi en situation d'urgence où le consentement ne peut pas toujours être obtenu et où éviter des dommages irréparables passe au premier plan. De plus, la contention peut aussi être chimique. Veut-on permettre à toute personne d'utiliser la contention chimique?

Des dentistes traitent des personnes souffrant de handicaps physiques ou mentaux. Parfois, tout comme pour les médecins et les infirmières, la contention sans consentement est nécessaire.

Enfin, tel qu'exprimé le 9 mars dernier dans une lettre qui vous était adressée, la rédaction juridique concernant la Loi sur les dentistes devra comprendre les articles 37.2 et 37.3 lesquels énoncent :

> *« 37.2. Seuls peuvent être propriétaires d'un cabinet dentaire, un dentiste, une société de dentistes ou une société par actions constituée conformément à un règlement pris en application du paragraphe p de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).*
>
> *Aux fins du présent article, on entend par cabinet dentaire une entreprise, autre qu'un établissement, où un dentiste exerce sa profession.*

37.3. Seuls peuvent faire usage du substantif « dentaire » dans un nom ou une publicité se rapportant à des services offerts au public, un dentiste, une société de dentistes ou une société par actions constituée conformément à un règlement de l'Ordre des dentistes du Québec pris en application du paragraphe p de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).

L'interdiction prévue au premier alinéa n'empêche pas un denturologiste d'utiliser le substantif «dentaire » avec d'autres termes qui sont propres à l'exercice de sa profession.» »

Les activités réservées aux denturologistes

Les activités réservées visant la réhabilitation fixe sur implants sont des activités comportant un niveau élevé de préjudice aux patients. Ils requièrent l'expertise unique du dentiste. Ceci a été expliqué au moyen d'expertises crédibles et de données scientifiquement prouvées. Les lignes directrices régissant la pratique de la réhabilitation implanto-portée qui s'appliquent aux dentistes sont on ne peut plus claires. Toute procédure requérant l'usage d'une vis doit être accompagnée de radiographies pendant qu'elle est effectuée et après qu'elle le soit. Elle fait appel à des manœuvres uniques à la compétence du dentiste.

L'expertise du Dr de Grandmont, prosthodontiste et professeur agrégé de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal, livrée à l'Office des professions le 31 mars 2015, pour expliquer les tenants et aboutissants de la réhabilitation fixe sur implants ainsi que le complément d'information fourni le 19 juin 2015 suite à un questionnaire de l'Office, n'ont pas à notre connaissance, fait l'objet d'une contre-expertise qui en dénierait les fondements en partie ou en totalité. L'Office n'a pas fourni d'explication pour la mettre de côté. Nous souhaitons comprendre ce qui a guidé l'Office dans sa décision.

Une ordonnance faite à un denturologiste ne pourra être exécutée sans la présence conjointe d'un dentiste au moment de l'installation et de l'ajustement de la prothèse vissée ou transvissée. Le suivi devra nécessairement être fait par le dentiste. Quel avantage y a-t-il à mettre sur pied des formations pour servir une partie très restreinte de la population? Quel avantage y a-t-il, dans un contexte de protection du public, à ouvrir un champ de pratique pour confier des actes à haut risque de préjudice à un technicien?

Nous demandons à l'Office de revoir sa position et de permettre aux denturologistes de concevoir, d'installer ou d'ajuster des prothèses qui sont uniquement amovibles par le patient. Les normes reconnues ne peuvent supporter que des actes invasifs et à risque de préjudices soient exécutés par des denturologistes.

Les activités réservées aux techniciens dentaires

À ce chapitre, l'Ordre des dentistes du Québec a fourni une opinion juridique le 31 mars 2015 qui explique la problématique systémique que soulèverait la réserve d'activités aux techniciens dentaires. Aucune explication n'a été fournie pour mettre cette opinion de côté. Nous vous mettons en garde avant d'aller de l'avant avec une proposition qui, de toute évidence, créera un monopole dans le domaine dentaire, monopole inexistant à

l'heure actuelle dans les autres domaines de la santé où œuvrent par exemple des techniciens en appareils et prothèses.

L'Ordre, à ce chapitre, tient à être rassuré sur le plan juridique sur le fait que les activités réservées proposées n'empêcheront pas les dentistes de se procurer des appareils ou prothèses ailleurs qu'au Québec. Il s'agit de procurer au public les produits que requiert leur condition.

Les assistantes dentaires

L'article 19 a) de la Loi sur les dentistes stipule :

> *« En outre des devoirs prévus aux articles 87 à 93 du Code des professions, le Conseil d'administration doit par règlement :*
>
> *a) déterminer parmi les actes visés aux articles 26 et 27 ceux qui, suivant certaines conditions prescrites, peuvent être posés par des classes de personnes autres que des dentistes; »*

Le paragraphe 2 de ce même article prévoit que le conseil d'administration doit, avant d'adopter un règlement en vertu du paragraphe a) du premier alinéa, consulter l'Office des professions. L'Ordre des dentistes a soumis un projet de règlement à l'Office. Il ignorait jusqu'au 9 mars dernier que des tiers étaient consultés par l'Office sur ce projet.

Le règlement soumis contient des éléments qui avaient déjà fait l'objet de consensus entre l'Ordre des dentistes, l'Ordre des hygiénistes et l'Association des assistantes dentaires. Nous demandons à l'Office de nous informer sur le contenu des consultations et de faire en sorte que le dossier des assistantes se règle en même temps que le reste du dossier de la modernisation. Nul besoin de rappeler que plus de 12 000 travailleuses attendent une reconnaissance des compétences acquises depuis plus de 20 ans.

À ce chapitre, nous devons confirmer par écrit notre étonnement d'apprendre par la présidente de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, dans une vidéo diffusée sur YouTube, que les assistantes ne pourront exécuter aucune des activités réservées sans ordonnance aux hygiénistes. L'Office aurait donc fait cette déclaration aux représentants de l'Ordre des hygiénistes dentaires. Nous désirons obtenir confirmation de votre part sur cet élément afin de pouvoir faire nos représentations.

La place des assistantes dentaires dans une véritable modernisation n'est plus à démontrer. Nous demandons, dans un ultime effort, de vous y attarder dans la résolution globale du dossier.

Conclusion

L'Ordre des dentistes est un partenaire proactif qui a contribué positivement aux débats concernant la modernisation au cours des 15 dernières années. Les éléments que nous faisons valoir aujourd'hui sont indispensables à nos yeux et nous espérons qu'ils pourront se résoudre rapidement afin de conclure ce dossier qui a occupé notre domaine depuis trop longtemps.

Nous sommes les premiers à demander à ce que nos lois soient éclaircies et qu'elles reflètent la réalité de nos professions. Cependant, cela doit se faire pour le bien du patient

et en respectant les meilleures normes de pratique afin de donner aux Québécoises et aux Québécois des soins de qualité. Les propositions présentées répondent à ce besoin et nous assurent d'éviter des débats futurs qui nuiraient au public.

Toute mesure législative qui aurait pour effet de minimiser le besoin d'obtenir un diagnostic éclairé comprenant des radiographies, fait par un dentiste mettrait à risque la santé des citoyens du Québec et serait contraire à la protection du public. Ce principe est pour nous fondamental.

Nous demeurons toujours disponibles pour répondre à vos questions et faire évoluer cette modernisation dans un climat respectueux de la population que nous sommes chargés de protéger.

Veuillez recevoir, Monsieur le Président, mes salutations les plus distinguées.

Dr Barry Dolman
Président

c.c. Mme Stéphanie Vallée, Ministre de la Justice
M. Gaétan Barrette, Ministre de la Santé et des Services sociaux
Mme Christiane Gagnon, vice-présidente, Office des professions

p.j. :
- Lettre du 9 février 2015 à l'Office des professions du Québec
- Lettre du 31 mars 2015 à l'Office des professions du Québec
- Lettre du 19 juin 2015 à l'Office des professions du Québec et questionnaire
- Revue législative des définitions du champ de pratique des dentistes au Canada

Office
des professions
Québec

Bureau du président

PAR COURRIEL

Le 12 avril 2016

Docteur Barry Dolman, président
Ordre des dentistes du Québec
president@odq.qc.ca

Objet : Modernisation des pratiques du domaine buccodentaire

Monsieur le Président,

J'ai bien reçu votre lettre du 22 mars dernier dans laquelle vous faites état de vos préoccupations à l'égard des champs descriptifs et des activités réservées aux professionnels du domaine buccodentaire.

J'ai pris connaissance des demandes de modifications que vous aviez déjà formulées à l'Office des professions au cours des travaux de modernisation. À la demande de la ministre, je vous rappelle que l'Office doit soumettre un projet de loi qui reflétera les orientations adoptées en 2015.

Dans votre correspondance, vous faites également mention de la déclaration publique de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ) au sujet des activités qui pourraient éventuellement être exercées par les assistantes dentaires.

À cet effet, je tiens à vous informer que l'Office a discuté avec la présidente de l'OHDQ afin de rectifier l'affirmation de l'Ordre selon laquelle les assistantes dentaires ne pourront exécuter aucune des activités réservées sans ordonnance aux hygiénistes dentaires.

Tout comme le Collège des médecins qui peut adopter un règlement d'autorisation pour toute activité qui lui est réservée en exclusivité ou en partage, rien n'empêche l'Ordre des dentistes du Québec d'adopter un règlement dans lequel il autorise les assistantes dentaires à poser tout acte qui lui est réservé aux conditions prescrites *(Le paragraphe a) de l'article 19 de la Loi sur les dentistes [chapitre D-3] mentionne qu'en outre des devoirs prévus aux articles 87 à 93 du Code des professions [chapitre C-26], le Conseil d'administration doit, par règlement, déterminer parmi les actes visés aux articles 26 et 27 ceux qui, suivant certaines conditions prescrites, peuvent être posés par des classes de personnes autres que des dentistes.)*.

... 2

800, place D'Youville, 10e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3
Téléphone : 418 643-6912
Sans frais : 1 800 643-6912
Télécopieur : 418 643-0973
www.opq.gouv.qc.ca

Un tel règlement doit toutefois être soumis, avec la recommandation de l'Office, au gouvernement qui peut l'approuver avec ou sans modification. Ce sont ces informations qui ont été transmises à l'ODHQ en guise de clarification.

En terminant, nous procédons actuellement à l'analyse des commentaires des ordres qui ont été consultés à propos du règlement sur les assistantes dentaires. À ce sujet, je suis étonné d'apprendre que vous n'étiez pas au courant de notre démarche de consultation auprès des ordres. Soyez assuré que nos efforts visant à déterminer le rôle des assistantes dentaires sont déployés en toute transparence et que vous serez prochainement invité à vous prononcer sur la question.

Je vous remercie de votre collaboration et vous prie de recevoir, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,

Jean Paul Dutrisac

JPD/MCC/cc

Ordre des dentistes du Québec

Bureau du président

PAR COURRIEL

Le 7 septembre 2017

Madame Christiane Gagnon
Vice-présidente
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

Objet : Modernisation des pratiques dans le domaine buccodentaire - les denturologistes

Madame la vice-présidente

La position de l'Ordre des dentistes du Québec

Suite à la proposition finale de l'Office de février 2016, l'Ordre des dentistes du Québec a transmis sa position en regard du champ descriptif et des activités à réserver aux denturologistes.

Cette position appuyée par les normes scientifiques généralement reconnues est la suivante :

> *« L'exercice de la denturologie consiste à évaluer les besoins prothétiques, à concevoir, à fabriquer, à installer, à ajuster et à réparer des prothèses dentaires dans le but de suppléer à la perte des dents d'une personne.*
>
> *Dans le cadre de l'exercice de la denturologie, les activités réservées au denturologiste sont les suivantes :*

1. *Déterminer le type de prothèses dentaires amovibles autres que celles sur implant;*

2. *Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires autres que celles sur implant excluant les ponts et les couronnes sur dents naturelles;*
3. *Effectuer les intervenants non invasives et supragingivales nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires amovibles par*

LE DENTISTE,
LE DOCTEUR QUI VEILLE
SUR VOTRE BOUCHE

800, boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 1X9

TÉLÉPHONE : **514 875-8511** | 1 800 361-4887
TÉLÉCOPIEUR : 514 393-9248
SITE WEB : **www.odq.qc.ca**

le patient, sur implant, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui a été délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions.

4. *Prescrire la fabrication et la réparation des prothèses dentaires amovibles par le patient;*

5. *Vendre des prothèses dentaires amovibles par le patient;*

6. *Concevoir et vendre des protecteurs buccaux;*

7. *Diriger un laboratoire de prothèses dentaires selon les permis requis. »*

Cette position est tributaire de l'adoption d'un guide qui devra être clair sur la portée des mots tels que prothèses, besoins prothétiques, invasifs et non invasifs, etc...

Par la présente nous tenons à réaffirmer la position de l'Ordre des dentistes du Québec quant au champ d'exercice et aux activités réservées.

Les activités visant la réhabilitation sur implants sont des activités comportant un niveau très élevé de préjudice aux patients.

Nous vous remettons, à nouveau, l'expertise du Dr Pierre de Grandmont, prosthodontiste et professeur agrégé de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal telle que déposée à l'Office des professions le 31 mars 2015 et expliquant les tenants et aboutissants de la réhabilitation fixe sur implants ainsi que le complément d'information fourni le 19 juin 2015, suite à un questionnaire de l'Office des professions.

Nous déposons à nouveau les lignes directrices de l'Ordre sur la réhabilitation implanto-portée ainsi que celles du Collège Royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario.

Nous avons analysé le tableau de consolidation et avons des commentaires à formuler.

Retour sur le document de travail confidentiel élaboré par Me Jean-François Roberge

1. Le champ de pratique des denturologistes

L'Ordre des dentistes sera satisfait quand les définitions seront claires. Pour le moment on ne peut pas dire qu'il y ait consensus.

La définition de l'Office des professions sur ce que constitue une prothèse dentaire devait être intégrée au document de travail ainsi que la réponse de l'Ordre des denturologistes à la question : « Qu'est-ce que comprend l'évaluation des besoins prothétiques? »

L'Ordre des dentistes a dû requérir l'intervention du Collège des médecins afin de préciser que les appareils anti-ronflement ou pour traiter l'apnée obstructive du sommeil sont du ressors exclusif du dentiste sur prescription médicale et non du denturologiste. Un accord sur cette question serait essentiel à la protection du public.

L'Ordre des dentistes requiert également une déclaration claire de l'Ordre des denturologistes que l'ensemble des plaques occlusales sont en dehors de leur champ d'exercice. L'Association des denturologistes du Québec prétend le contraire et cela est très préoccupant. Le bruxisme est une déficience qui doit être diagnostiquée afin de lui procurer un traitement approprié, il ne s'agit pas d'une mauvaise habitude. De plus, tout appareil installé en bouche peut avoir des impacts sur la condition de santé buccodentaire générale. Une plaque occlusale est un appareil dentaire et non une prothèse. Elle sert à traiter une pathologie ou une déficience.

L'ajout d'acrylique ou de tout autre matériau sur la surface occlusale, afin de déterminer la dimension verticale de l'occlusion pour la fabrication d'une prothèse dentaire, ne constitue pas une plaque occlusale au sens généralement reconnu en médecine dentaire.

Les besoins prothétiques dont il est fait mention dans le champ descriptif des denturologistes doivent être seulement ceux nécessaires pour suppléer la perte des dents d'une personne. Ainsi, le protecteur buccal n'est pas en lien avec le champ descriptif d'aucune façon, c'est une exception et c'est la seule.

2. Les activités réservées sans ordonnance

a. Déterminer le type de prothèses dentaires amovibles autres que celles sur implant

Le document devrait préciser qu'il y a consensus des ordres sur le fait que le mot « amovible » signifie « amovible par le patient ».

Par ailleurs, quels sont les divers types de prothèses visés? En effet, une visite du site web de l'Ordre des denturologistes qui décrit les divers types de prothèses peut devenir complexe pour un non initié. Nous déposons un extrait pour en faire la démonstration.

b. Effectuer les interventions nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires autres que celles sur implants excluant les ponts et les couronnes sur dents naturelles.

L'examen par un dentiste pour un diagnostic de la santé bucco-dentaire doit être une norme à inscrire au guide. Un consensus consigné au document du facilitateur serait utile.

c. Contribuer à la détermination du plan de traitement en implantologie

L'Ordre de dentistes est en désaccord avec cette proposition. La « contribution » à la réalisation d'un acte réservé tel que le plan de traitement peut impliquer plus d'un professionnel, mais la décision quant au choix du plan de traitement optimal pour le patient est du ressort du professionnel qui pose le diagnostic.

L'Ordre des dentistes propose un article au Code des professions où il serait inscrit que tous les professionnels de la santé doivent collaborer à la santé optimale d'une personne. Grâce à cette contribution, le patient même totalement édenté pourra être reconnu comme ayant aussi droit à un diagnostic de sa santé buccodentaire et aux meilleurs soins pour sa condition.

d. Prescrire la fabrication et la réparation des prothèses dentaires excluant les prothèses dentaires scellées

L'Ordre des dentistes est en désaccord avec cette proposition. Seules la fabrication et la réparation de prothèses amovibles par le patient peuvent être faites. Il n'y a pas consensus.

e. Vendre des prothèses dentaires excluant les prothèses dentaires scellées

L'Ordre des dentistes est en désaccord avec cette proposition pour les mêmes motifs que ci-dessus exprimés. Il n'y a pas consensus.

f. Concevoir la fabrication et vendre des protecteurs buccaux

Le protecteur buccal n'est pas en lien avec le champ descriptif d'aucune façon, il s'agit d'une activité concédée par l'Ordre des dentistes, sans plus. D'ailleurs un sportif qui porte régulièrement un tel appareil pendant de longues heures devrait consulter un dentiste et non un denturologiste. En effet, porté longtemps, cet appareil peut avoir des répercussions sur l'articulation temporo-mandibulaire, son ajustement est crucial. Un guide de pratique sérieux le précisera sûrement. Un accord de principe consigné au document serait idéal.

Le consensus est donc conditionnel.

g. Diriger un laboratoire de prothèses dentaires selon les permis requis

Ceci reste à définir. L'opinion des techniciens dentaires est à quel effet ? Un consensus est souvent tributaire de ce qui doit être divulgué.

3. Les activités réservées sans ordonnance

a. Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires sur implant excluant les prothèses dentaires scellées, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe 0 de l'article 94 du Code des professions.

L'Ordre des dentistes est en désaccord avec cette proposition. Le texte de sa proposition est en introduction à la présente lettre. Le document devrait le refléter. De plus, une prothèse vissée ou scellée n'est pas une prothèse amovible, et ce, malgré la prétention de l'Ordre des denturologistes.

De plus, l'ordonnance du dentiste sera réalisée selon les critères que l'Ordre des dentistes fixera par guide normatif et par règlement. Ces critères seront communiqués à l'Ordre des denturologistes sans difficulté.

Aussi, le contenu de la formation en matière de prothèses amovibles par le patient sur implants tel que proposé par l'Ordre des denturologistes, devra être approuvé préalablement par l'Ordre des dentistes avant de devenir réalité. Nous désirons que le document le reflète. Un mécanisme de suivi dans le temps, de cette formation, sera également nécessaire.

b. Retirer et replacer un bouchon de guérison et placer un pilier sur la tête d'un implant, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions.

Tel qu'indiqué au document, l'Ordre des dentistes est en désaccord avec cette proposition.

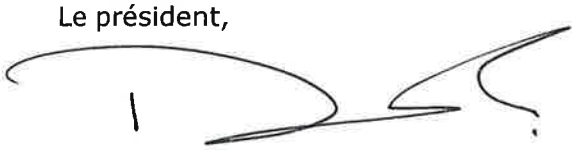
L'Ordre des dentistes tient à conclure cet exercice en réitérant qu'après toutes ces années, il est urgent que le législateur intervienne dans ce dossier. La santé des Québécois est compromise par des flous juridiques que l'Ordre des dentistes a dénoncés à maintes reprises, preuves scientifiques et expertises de spécialistes renommés à l'appui, la complexité et la dangerosité de la discipline convoitée par l'Ordre des denturologistes pour ses membres.

L'Ordre des dentistes demande et requiert une position respectueuse de la science certes, mais des citoyens surtout.

Notre collaboration vous est acquise, n'hésitez pas à nous la demander.

Veuillez accepter, Madame la Vice-présidente, nos salutations distinguées.

Le président,



Barry Dolman, DMD

Office
des professions
Québec

Bureau du président

PAR COURRIEL

Le 20 novembre 2017

Docteur Barry Dolman, président
Ordre des dentistes du Québec
president@odq.qc.ca

Objet : Orientations de l'Office des professions du Québec à l'égard de la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire

Monsieur le Président,

Je vous transmets, ci-joint, les orientations liées à la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire qui ont été adoptées par les membres de l'Office des professions du Québec (Office) lors de leur réunion du 13 novembre dernier. Ces orientations sont issues de nombreuses années de travaux ainsi que des résultats découlant du mandat de facilitation entrepris en novembre 2016, lequel avait pour but de favoriser, en concertation, le cheminement des dispositions législatives pertinentes au gouvernement.

Je tiens à remercier l'ensemble des ordres professionnels concernés d'avoir accepté, de façon volontaire et résolue, de s'engager dans ce processus et d'avoir ainsi contribué à la progression de ce dossier dont nous souhaitons tous voir le dénouement prochainement. L'implication et l'énergie que vous avez investies dans le cadre de ces travaux témoignent d'une volonté commune de vos ordres respectifs de mener à terme le projet de modernisation.

L'Office est tout à fait conscient que les orientations adoptées ne feront pas l'unanimité. Il convient toutefois de rappeler que l'option du statu quo n'est plus envisageable. Le cas échéant, et sur la base du mandat de surveillance qui lui est conféré, l'Office devra s'assurer que les ordres assument leur rôle de protection du public en faisant respecter le droit actuel. Par conséquent, nous espérons que chacun d'entre vous pourra convenir que, sans nécessairement répondre à toutes les attentes exprimées, les orientations qui vous sont déposées aujourd'hui représentent néanmoins une avancée indéniable et nécessaire pour l'amélioration de l'accès compétent aux soins buccodentaires.

...2

800, place D'Youville, 10e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3
Téléphone : 418 643-6912
Sans frais : 1 800 643-6912
Télécopieur : 418 643-0973
www.opq.gouv.qc.ca

Je tiens par ailleurs à souligner, encore une fois, que celles-ci ont été mûrement réfléchies, qu'elles reposent sur de longues années de travaux tout en étant conformes aux critères de protection du public, d'accessibilité et du respect des compétences de chacune des professions du secteur buccodentaire. En ce sens, je vous invite à les considérer avec ouverture, voire même à les envisager comme une étape incontournable sur laquelle pourront éventuellement se greffer d'autres changements.

En terminant, je désire vous informer que nous avons récemment eu l'occasion de faire le point avec la ministre de la Justice, responsable de l'application des lois professionnelles, sur ce dossier. Cette dernière nous a affirmé être convaincue de l'urgence et de la nécessité de pouvoir offrir à la population du Québec et aux personnes vulnérables un meilleur accès aux soins dentaires et attend un projet de loi incessamment à cet égard.

L'Office compte donc sur votre collaboration ainsi que sur votre engagement personnel afin que la modernisation des lois professionnelles dans le domaine buccodentaire puisse se concrétiser dans les meilleurs délais et conditions possibles.

Je vous prie de recevoir, Monsieur le Président, mes meilleures salutations.

Le président,

Jean Paul Dutrisac

JPD/NM/gl

p. j. Tableau des orientations

Orientations adoptées par l'Office des professions du Québec en novembre 2017 à l'égard de la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaires

DENTISTE

Champ descriptif

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, à prévenir et à traiter les maladies des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants dans le but de maintenir ou de rétablir la santé buccodentaire chez l'être humain.

Activités réservées

1. Diagnostiquer les déficiences de la santé buccodentaire et les maladies buccodentaires.
2. Prescrire les examens diagnostiques.
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'un appareil dentaire ou d'une prothèse dentaire.
9. Vendre des appareils dentaires ou des prothèses dentaires.

HYGIÉNISTE DENTAIRE

Champ descriptif

Évaluer l'état de santé buccodentaire, enseigner les principes d'hygiène buccale, déterminer et assurer la réalisation du plan de soins d'hygiène dentaire et prodiguer des soins et des traitements dans le but de prévenir la maladie buccodentaire et de maintenir et rétablir la santé buccodentaire chez l'être humain.

Activités réservées sans ordonnance

1. Évaluer la condition buccodentaire d'une personne dans le but de déterminer le plan de soins d'hygiène dentaire.
2. Appliquer topiquement un agent anticariogène.
3. Appliquer topiquement un agent désensibilisant.
4. Appliquer topiquement un agent anesthésiant.
5. Sceller les puits et sillons.
6. Polir les dents.
7. Poser une obturation temporaire sans préparation de cavité.
8. Procéder à un détartrage supra et sous-gingival.
9. Concevoir, fabriquer et vendre des protecteurs buccaux.

Orientations adoptées par l'Office des professions du Québec en novembre 2017 à l'égard de la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaires

Activités réservées selon une ordonnance

1. Effectuer des examens diagnostiques.
2. Effectuer un débridement parodontal incluant le détartrage, le surfaçage radiculaire, la désinfection des poches parodontales et l'application d'agents antimicrobiens.
3. Prendre des empreintes de précision.
4. Insérer et sculpter des matériaux obturateurs.
5. Fabriquer, cimenter et retirer des restaurations provisoires sur dents naturelles.
6. Poser et enlever des pansements parodontaux.
7. Enlever des points de suture.
8. Poser et enlever les attaches, les fils et les ligatures orthodontiques.
9. Poser, cimenter et enlever les appareils sur bagues.
10. Appliquer des techniques de blanchiment des dents.

DENTUROLOGISTE

Champ descriptif

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

Activités réservées

1. Déterminer le type de prothèses dentaires amovibles autres que celles sur implant.
2. Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires autres que celles sur implant excluant les ponts et les couronnes sur dents naturelles.
3. Contribuer à la détermination d'un plan de traitement en implantologie.
4. Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires sur implant excluant les prothèses dentaires scellées, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions.
5. Retirer et replacer un bouchon de guérison et placer un pilier sur la tête d'un implant, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions.
6. Prescrire la fabrication et la réparation des prothèses dentaires excluant les prothèses dentaires scellées.
7. Vendre des prothèses dentaires excluant les prothèses dentaires scellées.
8. Concevoir, fabriquer et vendre des protecteurs buccaux.
9. Diriger un laboratoire de prothèses dentaires selon les permis requis.

Orientations adoptées par l'Office des professions du Québec en novembre 2017 à l'égard de la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaires

TECHNICIEN(NE) DENTAIRE

Champ descriptif

Produire des appareils dentaires ou des prothèses dentaires et conseiller le dentiste, le denturologiste et le médecin sur leurs aspects techniques dans le but de suppléer à la perte des dents d'une personne ou de corriger une anomalie buccodentaire.

Activités réservées

1. Concevoir, fabriquer et réparer des appareils dentaires et des prothèses dentaires selon une ordonnance.
2. Diriger un laboratoire de prothèses dentaires selon les permis requis.

Ordre des dentistes du Québec

Bureau du président

Le 20 avril 2018

Madame Stéphanie Vallée
Ministre de la Justice
Gouvernement du Québec
Édifice Louis-Philippe-Pigeon
1200, route de l'Église, 9e étage
Québec (Québec) G1V 4M1

Objet: Projet de loi relatif à la modernisation des pratiques dans le domaine buccodentaire

Madame la Ministre,

L'Ordre des dentistes du Québec a été informé que l'Office des professions du Québec vous a remis le projet de loi, longuement attendu, relatif à la modernisation des pratiques dans le domaine buccodentaire.

Bien que nous n'ayons pas pris connaissance du projet de loi, nous tenons pour acquis que le document reproduit les dernières propositions de l'Office des professions telles qu'adoptées en novembre 2017 par son conseil d'administration.

Tout d'abord, il est important de préciser que l'Ordre des dentistes du Québec se réjouit de voir que le dépôt d'un projet de loi est imminent dans une saga qui dure depuis plus de 18 ans.

Nous avons donc considéré important de vous réitérer la position de l'Ordre sur le dossier et vous rappeler que l'Ordre des dentistes est majoritairement en accord avec la proposition de l'Office quant aux activités à réserver aux hygiénistes dentaires et aux denturologistes sauf en ce qui a trait aux éléments suivants sur lesquels il entend s'adresser aux parlementaires dans le cadre de discussions à venir :

<u>Sur le champ descriptif et les activités réservées aux hygiénistes dentaires</u>

L'Ordre des dentistes est en accord avec la proposition de l'Office des professions quant au champ descriptif et aux activités à réserver aux hygiénistes dentaires dans la mesure où un guide de pratique conjoint serait développé pour l'usage des professionnels et disponible avant l'entrée en vigueur.

800, boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 1X9

TÉLÉPHONE : **514 875-8511** | 1 800 361-4887
TÉLÉCOPIEUR : 514 393-9248
SITE WEB : **www.odq.qc.ca**

L'Ordre des dentistes souhaite donc que cette entrée en vigueur soit fixée à un an après l'adoption du projet de loi afin de permettre aux ordres visés de développer le guide de pratique conjoint.

Sur les activités réservées aux denturologistes

L'Ordre des dentistes considère que les denturologistes ne sont habilités à exercer que dans le domaine de la prothèse amovible par le patient, qu'elle soit conventionnelle ou sur implants.

Les activités réservées visant la réhabilitation fixe sur implants et décrites à l'item 4 de la proposition de l'Office des professions sont des activités comportant un niveau élevé de préjudice aux patients. Elles requièrent l'expertise unique du dentiste. Les lignes directrices de l'Ordre des dentistes régissant la pratique de la réhabilitation implanto-portée qui s'appliquent aux dentistes sont on ne peut plus claires. Toute procédure requérant l'usage d'une vis doit être accompagnée de radiographies pendant qu'elle est effectuée et après qu'elle le soit. Elle fait appel à des manœuvres uniques à la compétence du dentiste.

Il faut en effet garder à l'esprit que le denturologiste ne peut procéder à aucun acte invasif tel que :

- la prescription et la prise de radiographies;
- l'anesthésie locale par voie d'infiltration;
- l'altération des structures buccodentaires, telles la taille des dents et la préparation de cavités d'appuis et de plans guides.

Seul un dentiste peut exécuter ces actes.

Une ordonnance faite à un denturologiste, selon la proposition avancée, ne pourra être exécutée sans la présence conjointe d'un dentiste au moment de l'installation et de l'ajustement de la prothèse vissée ou transvissée. Le suivi devra nécessairement être fait par le dentiste. Il n'existe aucun avantage à mettre sur pied des formations pour servir une partie très restreinte de la population dans un contexte de dentisterie assistée par un denturologiste sur place. Les actes en matière de prothèses fixées sur implants aux moyens de dispositifs ne pouvant être retirés par le patient (donc qui ne sont pas amovibles) sont à haut risque de préjudices.

Les normes reconnues ne peuvent supporter que des actes invasifs et à risque de préjudices soient exécutés par des denturologistes.

Il en va de même pour l'activité de retirer et de replacer le bouchon de guérison et placer un pilier sur la tête d'un implant tel que décrit à l'item 5 des activités à réserver contenues dans la proposition de l'Office des professions.

L'Ordre des dentistes propose donc ce qui suit pour pallier aux problèmes ci-dessus décrits:

> *« Champ descriptif : L'exercice de la denturologie consiste à évaluer les besoins prothétiques, à concevoir, à fabriquer, à installer, à ajuster et à réparer des prothèses dentaires dans le but de suppléer à la perte des dents d'une personne.*
>
> *Activités réservées :*
>
> 1. *Déterminer le type de prothèses dentaires amovibles autres que celles sur implant;*
>
> 2. *Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires autres que celles sur implant excluant les ponts et les couronnes sur dents naturelles;*
>
> 3. *Effectuer les interventions non invasives et supragingivales nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires amovibles par le patient, sur implant, selon une ordonnance lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions;*
>
> 4. *Prescrire la fabrication et la réparation des prothèses dentaires amovibles par le patient;*
>
> 5. *Vendre des prothèses dentaires amovibles par le patient;*
>
> 6. *Concevoir et vendre des protecteurs buccaux;*
>
> 7. *Diriger un laboratoire de prothèses dentaires selon les permis requis. »*

L'Ordre des dentistes du Québec a dénoncé les publicités récentes de l'Ordre des denturologistes qui indiquent que les denturologistes sont habilités à exécuter des actes qui ne sont pas permis par la loi. Une requête en jugement déclaratoire est sur le point d'être déposée devant la Cour Supérieure.

Par déférence pour les instances politiques et pour le Tribunal, l'Ordre a décidé de vous informer de la situation et d'attendre une réponse de votre part avant de déposer la procédure judiciaire.

Nous vous demandons donc de nous informer dans les meilleurs délais quant au suivi qui sera donné au projet de loi qui vous a été remis par l'Office des professions, afin que nous soyons en mesure de prendre les actions qui s'imposent.

Nous n'avons pas d'autre choix que d'intervenir, car la confusion créée présentement par les publicités de l'Ordre des denturologistes peut avoir des conséquences importantes sur la santé des citoyens. Notre rôle en tant qu'ordre professionnel est de protéger le public, notamment par le contrôle de la pratique illégale en faisant respecter les champs de pratique. Nous avons donc décidé d'intervenir et espérons que la situation puisse s'éclaircir rapidement.

Nous vous remercions de l'attention portée à la présente, veuillez recevoir, Madame la Ministre, mes salutations les plus respectueuses.

Le président,

Barry Dolman, DMD

c.c Monsieur Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux

Ordre des dentistes du Québec

Bureau du président

PAR COURRIEL

Le 7 mai 2018

Madame Stéphanie Vallée
Ministre de la Justice
Gouvernement du Québec
Édifice Louis-Philippe-Pigeon
1200, route de l'Église, 9e étage
Québec (Québec) G1V 4M1

Objet: Modifications au Code des professions, à la Loi sur les dentistes, à la Loi sur la denturologie et suivi des discussions entre les Ordres

Madame la Ministre,

À la lumière de vos interventions en commission parlementaire lors de l'étude des crédits et des discussions cordiales et respectueuses qui se déroule avec l'Ordre des hygiénistes dentaires, l'Ordre des dentistes du Québec désire ardemment que le projet de modernisation avance et qu'il soit possible pour les ordres concernés de le commenter tout en considérant les besoins du public et l'importance de l'accès à une meilleure santé buccodentaire des Québécois.

Pour ce faire, il est indispensable que le projet de loi soit publié et connu de tous pour qu'un débat sain puisse se réaliser et que des décisions basées sur les besoins du public, la protection des patients, l'amélioration de la santé et les connaissances scientifiques soient prises par les élus.

L'Ordre des dentistes du Québec vous demande donc de prendre les actions nécessaires afin que soit rendu public et que chemine, de façon urgente, le projet de loi visant à donner suite aux orientations que l'Office des professions du Québec émettait en novembre dernier en matière de modernisation des champs de pratique en santé buccodentaire, à la suite des travaux débutés en 2001.

Dans l'attente des dispositions qui seront prises, je vous remercie de l'attention portée à la présente et vous prie de recevoir, Madame la Ministre, mes salutations respectueuses.

Le président,

Dr Barry Dolman, DMD

c.c Monsieur Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux
Mme Diane Duval, présidente de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec
M. Robert Cabana, président de l'Ordre des denturologistes du Québec
M. Stéphan Provencher, président de l'Ordre des techniciens et techniciennes dentaires du Québec

800, boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 1X9

TÉLÉPHONE : **514 875-8511** | 1 800 361-4887
TÉLÉCOPIEUR : 514 393-9248
SITE WEB : **www.odq.qc.ca**

CANADA

PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE LONGUEUIL

N° : 505-17-010633-180

C O U R S U P É R I E U R E
(Chambre civile)

ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC, ordre professionnel constitué en vertu de la *Loi sur les dentistes*, RLRQ, c. P-3, ayant son siège social au 800, boulevard René-Lévesque Ouest, bureau 1640, à Montréal, district judiciaire de Montréal, province de Québec, H3B 1X9

Demandeur

c.

ORDRE DES DENTUROLOGISTES DU QUÉBEC, ordre professionnel constitué en vertu de la *Loi sur la denturologie*, RLRQ, c. P-4, ayant son siège social au 395, rue du Parc-Industriel, à Longueuil, district judiciaire de Longueuil, province de Québec, J4H 3V7

Défendeur

-et-

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC, organisme constitué en vertu du *Code des professions*, RLRQ, c. C-26, ayant son siège social au 800, place D'Youville, 10^{e} étage, à Québec, district judiciaire de Québec, province Québec, G1R 5Z3

Mis en cause

DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE EN JUGEMENT DÉCLARATOIRE
(art. 142 C.p.c.)

I. Parties et objet du litige

1. Le demandeur, l'Ordre des dentistes du Québec, est l'ordre professionnel constitué de l'ensemble des dentistes habilités à exercer au Québec. Cet ordre

professionnel est régi par le *Code des professions*[1] et la *Loi sur les dentistes*[2]. Sa mission est de protéger le public tout en s'assurant du respect des règles applicables à la pratique de l'art dentaire au Québec, autant par les dentistes que par des tiers.

2. Le défendeur, l'Ordre des denturologistes du Québec, est l'ordre professionnel constitué des denturologistes habilités à exercer au Québec. Il est régi par le *Code des professions* et la *Loi sur la denturologie*[3]. Sa mission consiste également à protéger le public et s'assurer du respect des règles applicables à la pratique de la profession.

3. Le mis en cause, l'Office des professions du Québec, est constitué par le *Code des professions* et a pour mission de veiller à ce que chaque ordre assure la protection du public[4].

4. La présente demande vise à :

   a) Faire déclarer contraires à la législation applicable des publicités du genre de celles diffusées récemment par l'Ordre des denturologistes. De telles publicités sont de nature à laisser croire au public que les denturologistes peuvent poser des actes qui relèvent du champ de pratique exclusif des dentistes, notamment en matière de réhabilitation implanto-portée et d'appareils buccaux;

   b) Faire déclarer que les denturologistes ne sont pas autorisés à poser des actes que les publicités en cause laissent croire qu'ils peuvent poser;

   c) Faire déclarer la véritable portée de l'article 8, 1er al., par. 4 c) de la *Loi sur la denturologie*, qui permet au denturologiste, sous la direction d'un dentiste, de poser des actes à l'égard des prothèses qui s'ajustent **indirectement** aux implants ostéointégrés. Les publicités dont il sera fait état ci-après laissent croire que ces actes peuvent être posés à l'égard de tout type de prothèses, alors qu'ils ne peuvent l'être qu'à l'égard de prothèses amovibles au sens de l'article 6 de la *Loi sur la denturologie.*

II. Encadrement législatif et réglementaire

5. Les articles les plus pertinents du *Code des professions* sont les suivants :

---

[1] RLRQ c. C-26.
[2] RLRQ c. P-3.
[3] RLRQ c. P-4.
[4] *Code des professions*, art. 12.

> 23. Chaque ordre a pour principale fonction d'assurer la protection du public.
>
> À cette fin, il doit notamment contrôler l'exercice de la profession par ses membres.
>
> […]
>
> 26. Le droit exclusif d'exercer une profession ne peut être conféré aux membres d'un ordre que par une loi; un tel droit ne doit être conféré que dans les cas où la nature des actes posés par ces personnes et la latitude dont elles disposent en raison de la nature de leur milieu de travail habituel sont telles qu'en vue de la protection du public, ces actes ne peuvent être posés par des personnes ne possédant pas la formation et la qualification requises pour être membres de cet ordre.
>
> […]
>
> 58. Nul ne peut utiliser un titre de spécialiste correspondant à une classe de spécialité prévue par règlement pris en vertu du paragraphe *e* de l'article 94 ni agir de façon à donner lieu de croire qu'il est spécialiste dans cette classe de spécialité, s'il n'est titulaire du certificat de spécialiste approprié.
>
> Un professionnel ne peut se qualifier de spécialiste s'il n'est titulaire d'un certificat de spécialiste.

6. Le champ d'exercice de la profession de dentiste est défini aux articles 26 à 28 de la *Loi sur les dentistes* :

> 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.
>
> 27. Nonobstant toute autre loi générale ou spéciale, les dentistes sont habilités à prescrire des médicaments aux fins visées à l'article 26, à prendre des empreintes et des articulés et à faire l'essai, la pose, l'adaptation, le remplacement et la vente de dispositifs adjoints ou conjoints.
>
> Aux fins du présent article, les mots «dispositif adjoint» désignent une prothèse dentaire amovible qui remplace la dentition naturelle et les mots «dispositif conjoint» désignent une prothèse fixe qui est ajoutée ou intégrée à la dentition naturelle.

> 28. Le dentiste peut, dans l'exercice de sa profession, donner des conseils permettant de prévenir les maladies des dents, de la bouche ou des maxillaires et promouvoir les moyens favorisant une bonne dentition.

7. L'art dentaire comporte plusieurs spécialités définies au *Règlement sur les spécialités et les conditions et modalités de délivrance des certificats de spécialiste de l'Ordre des dentistes du Québec*[5], dont celle de la prosthodontie, qui est définie comme suit à l'annexe I :

> 1. L'Ordre reconnaît les spécialités suivantes:
>
> […]
>
> 7° «prosthodontie»: la spécialité de la médecine dentaire ayant pour objet la restauration des dents naturelles et le remplacement des dents et des tissus adjacents par des substituts artificiels dans le but de restaurer et de maintenir la fonction orale, la santé, le confort et l'apparence. Elle comprend 3 options:
>
> i. la restauration, c'est-à-dire la dentisterie opératoire et prosthodontie fixe;
>
> ii. la prosthodontie amovible;
>
> iii. la prosthodontie maxillo-faciale.

8. Le champ d'exercice de la profession de denturologiste est quant à lui défini aux articles 6 à 8 de la *Loi sur la denturologie* :

> 6. Constitue l'exercice de la denturologie tout acte qui a pour objet de prendre des empreintes et des articulés et d'essayer, de poser, d'adapter, de remplacer ou de vendre des **prothèses dentaires amovibles** qui remplacent la dentition naturelle.
>
> **7. Avant de poser un acte décrit à l'article 6 relativement à une prothèse dentaire partielle amovible, le denturologiste doit s'enquérir auprès du patient si ce dernier a subi, à cette fin, un examen par un dentiste, consigner cette information au dossier relatif au patient et la faire parapher par celui-ci**.
>
> Si le patient n'a pas subi un tel examen, le denturologiste doit l'informer de l'importance de le subir; il doit

[5] RLRQ c P-3, r 14, art. 2 et annexe I.

consigner et faire parapher cette information conformément au premier alinéa.

L'obligation imposée au denturologiste en vertu du présent article s'applique aussi dans le cas de la réparation d'une prothèse dentaire partielle amovible posée ou remplacée avant le 6 juin 1991 sans qu'il n'y ait eu ordonnance d'un dentiste ni présentation d'un certificat de santé buccale délivré par un dentiste au cours des 12 derniers mois.

8. Dans l'exercice de sa profession, il est interdit à un denturologiste de procéder au surfaçage radiculaire, au détartrage ou au polissage des dents **ou de poser un acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter une déficience des dents, de la bouche ou des maxillaires, notamment**:

1° la prescription et la prise de radiographies;

2° l'anesthésie locale par voie d'infiltration;

3° l'essai, la pose, l'adaptation ou le remplacement de ponts papillon et de couronnes et ponts;

4° l'essai, la pose, l'adaptation ou le remplacement de:

***a*) prothèses hybrides;**

***b*) prothèses qui s'ajustent directement aux implants ostéointégrés;**

***c*) prothèses qui s'ajustent indirectement aux implants ostéointégrés;**

5° l'altération des structures bucco-dentaires, telles la taille des dents et la préparation de cavités d'appuis et de plans guides;

6° les actes reliés à l'orthodontie.

Le sous-paragraphe *c* du paragraphe 4° n'a pas pour effet d'empêcher un denturologiste de poser les actes qui y sont décrits **sous la direction d'un dentiste**. [Nos emphases.]

9. En corollaire, l'article 3.01.08 du *Code de déontologie des dentistes*[6] prévoit que :

> 3.01.08. Le dentiste doit examiner le patient et établir le plan de traitement avant qu'un denturologiste ne pose, sous sa direction, un acte qui a pour objet l'essai, la pose, l'adaptation ou le remplacement d'une prothèse qui s'ajuste indirectement aux implants ostéo-intégrés.
>
> Il doit revoir le patient après l'intervention du denturologiste afin de vérifier la réalisation du plan de traitement et s'assurer que soient effectués, si nécessaire, les modifications ou ajustements qui s'imposent.

10. Par ailleurs, selon l'article 12 de la *Loi sur la denturologie*, le denturologiste ne peut s'intituler spécialiste :

> 12. Un denturologiste ne peut, relativement à l'exercice de sa profession, se désigner autrement que comme denturologiste.
>
> Il n'est pas autorisé à s'intituler spécialiste ni à indiquer une spécialité ou une formation particulière.

11. Enfin, selon le *Code de déontologie des denturologistes*[7] :

> 5.10.1. Le denturologiste ne peut faire ou permettre que soit faite, de quelque façon que ce soit, de la publicité fausse, trompeuse, faisant appel à l'émotivité du public ou susceptible d'induire en erreur.

12. Il ressort de l'examen des dispositions législatives pertinentes que :

a) L'objet du *Code des professions* et des lois créant des ordres professionnels est d'assurer la protection du public. Ainsi, le droit exclusif d'exercer une profession ne peut être confié aux membres d'un ordre que par une loi (art. 23 et 26 du *Code des professions*);

b) Un ordre professionnel n'a pas comme principale fonction de promouvoir la pratique de ses membres, mais de protéger le public. Un ordre professionnel doit donc bien encadrer ses membres pour s'acquitter de sa principale fonction;

---

[6] RLRQ c P-3, r 4.
[7] RLRQ c P-4, r 6.

c) Le champ de pratique du dentiste vise 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 et comprend notamment la prescription de médicaments, la prise d'empreintes et d'articulés, ainsi que la pose, l'adaptation, le remplacement et la vente de dispositifs adjoints [prothèse dentaire amovible remplaçant la dentition naturelle] ou conjoints [prothèse fixe ajoutée ou intégrée à la dentition naturelle] (art. 26 et 27 de la *Loi sur les dentistes*);

d) Le champ de pratique du denturologiste ne comprend que les actes qui ont pour objet de prendre des empreintes et des articulés et d'essayer, de poser, d'adapter, de remplacer ou de vendre des prothèses dentaires **amovibles** qui remplacent la dentition naturelle (art. 6 de la *Loi sur la denturologie*);

e) Le dentiste est par ailleurs habilité à poser tous les actes que le denturologiste peut poser (art. 27 de la *Loi sur les dentistes*);

f) Même dans l'exercice du champ de pratique du denturologiste, la consultation préalable d'un dentiste aux fins d'un examen diagnostic fait l'objet de mesures législatives contraignantes; avant de poser un acte autorisé par l'article 6 de la *Loi sur la denturologie* relativement à une prothèse dentaire partielle amovible, le denturologiste doit consigner et faire parapher par son patient les informations échangées à ce sujet dont celle devant être communiquée par le denturologiste sur l'importance d'un tel examen (art. 7 de la *Loi sur la denturologie*);

g) Il est par ailleurs spécifiquement interdit à un denturologiste de poser un acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter une déficience des dents, de la bouche ou des maxillaires (art. 8 de la *Loi sur la denturologie*);

h) Le denturologiste ne peut s'intituler spécialiste ni indiquer une spécialité ou une formation particulière (art. 58 du *Code des professions*; art. 12 de la *Loi sur la denturologie*);

i) Le dentiste peut quant à lui exercer plusieurs spécialités en suivant la formation requise. La prosthodontie est l'une de ces spécialités. Elle a pour objet la restauration des dents naturelles et le remplacement des dents et des tissus adjacents par des substituts artificiels dans le but de restaurer et de maintenir la fonction orale, la santé, le confort et l'apparence (art. 2 et annexe I, art. 1, par. 7 du *Règlement sur les spécialités et les conditions et modalités de délivrance des certificats de spécialiste de l'Ordre des dentistes du Québec*);

j) L'article 26 du *Code des professions* fait mention de la formation requise aux fins d'actes professionnels. Cette formation est au moins du niveau d'un doctorat à l'université pour les dentistes (art. 1.05 du *Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels*), alors que celle des denturologistes correspond à un diplôme ou une attestation d'études collégiales (art. 2.07 du *Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels)*.

III. Réhabilitation implanto-portée

13. La réhabilitation implanto-portée est le volet de la dentisterie qui permet la restauration ainsi que le maintien des fonctions buccodentaires et de l'apparence du patient par le remplacement d'une ou de plus d'une dent par une couronne ou par une prothèse fixe ou amovible supportée par des implants ostéointégrés (insérés chirurgicalement dans les os des mâchoires).

14. Un traitement complet et réussi repose sur une approche intégrée des deux phases du traitement : la phase chirurgicale et la phase prothétique.

15. La première phase doit nécessairement être exécutée par un dentiste, tandis que la seconde peut être effectuée en tout temps par un dentiste ainsi que, dans certains cas strictement définis par la loi, par un denturologiste.

16. La pose d'implants (dans la phase chirurgicale) s'insère dans un traitement global, en vertu d'un plan de traitement prenant en considération tous les aspects de la réhabilitation, en y ajoutant la dimension chirurgicale. Par exemple, et pour n'en nommer que quelques-uns, l'état de santé du patient, la qualité de l'os de support et la position des structures anatomiques à risque devront faire l'objet d'une évaluation minutieuse par un dentiste en regard de la nature de la prothèse prévue.

17. La réussite du traitement repose sur un diagnostic précis résultant d'examens cliniques et radiologiques et d'une planification prosthodontique et chirurgicale rigoureuse. Toutes les précautions doivent être prises afin de réduire au minimum tout risque de préjudice pour le patient.

18. Le législateur a pris soin de baliser les actes que les denturologistes peuvent poser en réhabilitation implanto-portée, lesquels se rattachent nécessairement à la phase prothétique.

19. Les prothèses dentaires peuvent être :

    a) Hybrides (définies ainsi à l'article 8, 1er al., sous-par. 4 a) de la *Loi sur la denturologie*);

    b) Fixes (définies en réhabilitation implanto-portée comme des *prothèses qui s'ajustent* ***directement*** *aux implants ostéointégrés* à l'article 8, 1er al., sous-par. 4 b) de la *Loi sur la denturologie*);

    c) Amovibles (définies en réhabilitation implanto-portée comme des *prothèses qui s'ajustent* ***indirectement*** *aux implants ostéointégrés* à l'article 8, 1er al., sous-par. 4 c) de la *Loi sur la denturologie*).

20. De façon générale, le champ d'exercice des denturologistes ne comprend que les actes relatifs aux prothèses dentaires **amovibles** (art. 6 de la *Loi sur la denturologie*). Une prothèse « amovible » est une prothèse qui peut être retirée et replacée par le patient à sa guise.

21. En matière de réhabilitation implanto-portée, la loi permet ainsi aux denturologistes de faire l'essai, la pose, l'adaptation ou le remplacement de prothèses qui s'ajustent **indirectement** aux implants ostéointégrés à la condition que ces actes soient posés **sous la direction d'un dentiste** (art. 8, 1er al., par. 4 c) et 2e al. de la *Loi sur la denturologie*). Dans ce dernier cas, le dentiste doit examiner le patient et établir le plan de traitement avant qu'un denturologiste ne pose l'un de ces actes et le revoir après l'intervention du denturologiste (art. 3.01.08 du *Code de déontologie des dentistes*).

22. Une prothèse qui s'ajuste **indirectement** aux implants est une prothèse dont le support est assuré par des éléments intermédiaires vissés directement aux implants. Cette prothèse peut être retirée par le patient. Elle est donc nécessairement une prothèse dentaire amovible au sens de l'article 6 de la *Loi sur la denturologie*.

23. La *Loi sur la denturologie* interdit toutefois aux denturologistes de faire l'essai, la pose, l'adaptation ou le remplacement de prothèses hybrides ou de prothèses qui s'ajustent **directement** aux implants ostéointégrés (art. 8, 1er al., sous-par. 4 a) et b)). Une prothèse qui s'ajuste **directement** aux implants est soit une prothèse qui a un lien cimenté ou vissé directement aux implants, soit une prothèse qui a un lien cimenté ou vissé directement à des éléments intermédiaires eux-mêmes vissés aux implants. Cette prothèse ne peut être retirée par le patient. Autrement dit, il s'agit d'une prothèse fixe, par opposition à une prothèse amovible au sens de l'article 6 de la *Loi sur la denturologie*.

24. En tout état de cause, les denturologistes ne peuvent poser un diagnostic sur le fait qu'une intervention soit indiquée ou non, établir un plan de traitement, obtenir

le consentement du patient au suivi de ce plan de traitement et effectuer ce suivi (art. 26 de la *Loi sur les dentistes* et art. 8 de la *Loi sur la denturologie*).

IV. Procédures antérieures entre les parties

25. En 2005, l'Ordre des dentistes a déposé à la Cour supérieure une requête introductive d'instance en jugement déclaratoire et en injonction interlocutoire et permanente contre l'Ordre des denturologistes (dossier 505-17-002130-054) afin de faire déclarer contraires à la *Loi sur les dentistes* et à la *Loi sur la denturologie* les *Lignes directrices en réhabilitation implanto-portée* (ci-après « Lignes directrices ») adoptées par l'Ordre des denturologistes en 2004. Copies de la requête initiale datée du 17 février 2005 et des Lignes directrices sont respectivement communiquées comme pièces **P-1** et **P-2**.

26. Dans la requête P-1, il était entre autres allégué par l'Ordre des dentistes que les Lignes directrices P-2 :

a) [laissaient] *croire que les denturologistes étaient autorisés à entreprendre des soins et traitements en implantologie, contrevenant ainsi la Loi sur les dentistes et à la Loi sur la denturologie* (pièce P-1, par. 24);

b) [créaient] *une confusion fondamentale au sujet des limites de l'exercice de la denturologie, en ne précisant pas les balises, restrictions et interdictions qui départagent l'exercice de la denturologie de l'exercice de l'art dentaire* (P-1, par. 26);

c) [utilisaient des expressions laissant] *entendre qu'un denturologiste peut ou doit déterminer l'indication d'un traitement par implantologie, établir et proposer un plan de traitement, donner toute l'information requise à l'obtention d'un consentement libre et éclairé d'un patient, initier et coordonner les travaux relevant de l'art dentaire, qu'il doit demeurer un « accompagnant » qui surveillera les services et travaux du dentiste, qui devra recommander au patient de faire appel à un autre dentiste si des services ne sont pas conformes à ses exigences ou rendus dans les délais* (P-1, par. 32).

27. Le 22 février 2005, l'honorable Carole Julien, j.c.s., a rendu l'ordonnance de sauvegarde suivante à l'encontre de la défenderesse, l'Ordre des denturologistes :

> **ÉMET** une ordonnance de sauvegarde pour valoir jusqu'au 22/04/2005;
>
> **ENJOINT** immédiatement la partie défenderesse, ses agents, préposés, mandataires, représentants et

> administrateurs, de se conformer à la présente ordonnance;
>
> **INTERDIT** à la partie défenderesse de recommander à ses membres de référer aux Lignes directrices en réhabilitation implanto-portée pendant la durée de la présente ordonnance;
>
> **ORDONNE** à la partie défenderesse de transmettre par écrit à ses membres un avis dans les trois (3) jours de la présente ordonnance, les informant que la légalité des Lignes directrices en réhabilitation implanto-portée est contestée devant la Cour supérieure et que la Cour interdit à l'Ordre des denturologistes de recommander à ses membres d'y référer pendant la durée de la présente ordonnance;
>
> **ORDONNE** à la partie défenderesse d'informer toute personne du contenu de l'avis prévu à la conclusion précédente à l'occasion de toute représentation orale ou écrite portant sur les Lignes directrices en réhabilitation implanto-portée et notamment pendant les tournées régionales de la présidente de la partie défenderesse prévues entre le 22 février et le 14 mars 2005;
>
> […]

28. Copie du procès-verbal d'audience du 22 février 2005 contenant cette ordonnance est communiquée comme pièce **P-3**.

29. Le 22 avril 2005, l'honorable Gilles Hébert, j.c.s., a rendu l'ordonnance d'injonction interlocutoire suivante à l'encontre de la défenderesse, l'Ordre des denturologistes :

> **ÉMET** une ordonnance d'injonction pour valoir jusqu'au jugement final;
>
> **ENJOINT** immédiatement à la partie défenderesse, ses agents, préposés, mandataires, représentants et administrateurs, de se conformer à la présente ordonnance;
>
> **INTERDIT** à la partie défenderesse de recommander à ses membres de référer aux *Lignes directrices en réhabilitation implanto-portée* pendant la durée de la présente ordonnance;
>
> **ORDONNE** à la partie défenderesse de transmettre par écrit à ses membres un avis, à l'occasion de la plus

> prochaine parution de la revue Présence, Bulletin officiel de l'Ordre des denturologistes du Québec, les informant que la légalité des *Lignes directrices en réhabilitation implanto-portée* est contestée devant la Cour supérieure et que la Cour interdit à la partie défenderesse de recommander à ses membres d'y référer pendant la durée de la présente instance;
>
> **ORDONNE** à la partie défenderesse d'informer toute personne du contenu de l'avis prévu à la conclusion précédente, à l'occasion de toute représentation orale ou écrite portant sur les *Lignes directrices en réhabilitation implanto-portée* et notamment pendant toute tournée régionale de la présidente de la partie défenderesse auprès de ses membres;
>
> […]

30. Copie de l'ordonnance d'injonction interlocutoire du 22 avril 2005 est communiquée comme pièce **P-4**.

31. Aucun jugement au fond n'a été rendu dans cette affaire.

V. Publicités récentes de l'Ordre des denturologistes

32. Diverses publicités de l'Ordre des denturologistes sont contraires au *Code des professions*, à la *Loi sur les dentistes*, à la *Loi sur la denturologie* et au *Règlement sur les spécialités et les conditions et modalités de délivrance des certificats de spécialiste de l'Ordre des dentistes du Québec.*

33. De plus, sans qu'il soit directement applicable à l'Ordre des denturologistes, l'article 5.10.1 du *Code de déontologie des denturologistes* prévoit que *le denturologiste ne peut faire ou permettre que soit faite, de quelque façon que ce soit, de la publicité fausse, trompeuse, faisant appel à l'émotivité du public ou susceptible d'induire en erreur.* Il va de soi que l'ordre professionnel dont le denturologiste fait partie ne devrait pas se comporter de manière à contrevenir à cette disposition.

34. Les publicités en cause, dont le contenu sera analysé de façon détaillée ci-après, ont comme points communs :

    a) De créer une confusion au sujet des limites de l'exercice de la denturologie, en ne précisant pas les balises, restrictions et interdictions qui départagent l'exercice de la denturologie de l'exercice de l'art dentaire;

b) De laisser croire au public que le denturologiste peut prendre en charge l'ensemble du processus de réhabilitation implanto-portée, évacuant ainsi le rôle essentiel du dentiste;

c) D'occulter la lettre et l'esprit de l'article 7 de la *Loi sur la denturologie*, qui oblige le denturologiste, avant de poser un acte autorisé par l'article 6 de la *Loi sur la denturologie* relativement à une prothèse dentaire partielle amovible, à s'enquérir auprès du patient à savoir s'il a subi un examen par un dentiste et à défaut, de l'informer de l'importance de le subir;

d) De laisser croire que le denturologiste est autorisé à poser un diagnostic et traiter une déficience des dents, ce qui est contraire à l'article 8 de la *Loi sur la denturologie* et à l'article 26 de la *Loi sur les dentistes*;

e) De laisser croire que le denturologiste est habilité à poser des actes à l'égard de tout type de prothèses, alors que son champ de pratique est limité aux prothèses amovibles (art. 6 de la *Loi sur la denturologie*), ce qui inclut les actes qui peuvent être posés sous la direction d'un dentiste à l'égard des prothèses qui s'ajustent indirectement aux implants ostéointégrés (art. 8, 1er al., par. 4 c) et 2e al. de la *Loi sur la denturologie*);

f) De laisser croire, par l'emploi de divers synonymes, que le denturologiste est un spécialiste (et le seul) en prothèses dentaires, alors que :

   i. Le denturologiste ne peut s'intituler spécialiste ni indiquer une spécialité ou une formation particulière (art. 12 de la *Loi sur la denturologie)*;

   ii. Le seul professionnel autorisé à s'intituler spécialiste en prothèses est le prosthodontiste (art. 2 et annexe I, art. 1, par. 7 du *Règlement sur les spécialités et les conditions et modalités de délivrance des certificats de spécialiste de l'Ordre des dentistes du Québec*);

   iii. Son champ de pratique est limité aux prothèses amovibles (art. 6 de la *Loi sur la denturologie*), ce qui inclut les actes qui peuvent être posés sous la direction d'un dentiste à l'égard des prothèses qui s'ajustent indirectement aux implants ostéointégrés (art. 8, 1er al., par. 4 c) et 2e al. de la *Loi sur la denturologie*).

LaPresse+ du 30 janvier 2018

35. Le 30 janvier 2018, LaPresse+ publiait un cahier XTRA-Ordre des denturologistes regroupant du contenu promotionnel sous forme de quiz apparemment produit ou

commandité par l'Ordre des denturologistes du Québec[8]. Copie du format Web de cette publicité est communiquée comme pièce **P-5.**

36. La publicité P-5 laisse croire que les denturologistes sont autorisés à poser des actes qui relèvent du champ de pratique exclusif des dentistes :

a) **Paragraphe introductif du quiz** : en affirmant que […] *le denturologiste est un expert reconnu en conception, en fabrication et en pose de prothèses dentaires* […], la publicité laisse croire, par l'emploi du terme « expert », que le denturologiste est un spécialiste en matière de prothèses de tout genre, alors que son champ de pratique est limité aux prothèses amovibles;

b) **Question et réponse # 1** : en affirmant que *[t]oute demande de consultation en lien aux prothèses dentaires ou à d'autres besoins peut s'effectuer directement auprès d'un denturologiste. Ainsi, aucune référence d'un professionnel de la santé n'est requise*, la publicité occulte complètement la lettre et l'esprit de l'article 7 de la *Loi sur la denturologie* relativement à la prothèse dentaire partielle amovible ainsi que le rôle essentiel du dentiste en matière de réhabilitation implanto-portée;

c) **Question et réponse # 2** : en affirmant que le denturologiste peut *prodiguer des soins*, la publicité laisse croire qu'il peut traiter une déficience des dents, de la bouche ou des maxillaires, alors que seul le dentiste peut le faire;

d) **Question et réponse # 4** : en affirmant que *le denturologiste peut éviter la perte de dents*, la publicité laisse croire qu'il peut traiter une déficience des dents, alors que seul le dentiste peut le faire*;*

e) **Question et réponse # 5** : il est fait référence au site Web de l'Ordre des denturologistes, qui contient également de la publicité illégale, tel que détaillé ci-après.

37. Dans le format du cahier XTRA qui peut être consulté sur une tablette électronique, on retrouve une photographie d'une femme souriante au bas de laquelle il est indiqué « Nouvelle prothèse ! ». La phrase suivante apparaît en dessous de la photographie :

« Les prothèses dentaires, c'est notre expertise. »

---

[8] LaPresse+, Édition du 30 janvier 2018, section PAUSE SANTÉ, écran 4, http://plus.lapresse.ca/screens/8c1691b5-db9a-471e-839b-dbda0cb99e17__7C___0.html.

Copie d'une capture d'écran provenant d'une tablette est communiquée comme pièce **P-6.**

38. La publicité P-6 laisse croire que le denturologiste est un spécialiste en prothèses de tout genre (par l'emploi des termes « les prothèses dentaires, c'est notre expertise »), alors que son champ de pratique est limité aux prothèses amovibles.

Montreal Gazette du 3 février 2018

39. Le 3 février 2018, *Montreal Gazette* publiait du contenu promotionnel apparemment produit ou commandité par l'Ordre des denturologistes[9]. Copie du format Web de cette publicité est communiquée comme pièce **P-7.**

40. La publicité P-7 laisse croire que les denturologistes sont autorisés à poser des actes qui relèvent du champ de pratique exclusif des dentistes :

a) **Paragraphe introductif de l'article** : En affirmant que […] *The Ordre des denturologistes du Québec (ODQ) provides expertise in dentures* […], la publicité laisse croire, par l'emploi des termes « expertise in dentures », que le denturologiste est un spécialiste en matière de prothèses de tout genre, alors que son champ de pratique est limité aux prothèses amovibles;

b) **Rubrique *Denturists don't do dental exams*** : en affirmant que […] *Denturists — or denturologists, as they're called in Quebec — are experts who are able to determine if it's possible for a patient to receive a partial or full prosthesis* […], la publicité laisse croire que le denturologiste est un spécialiste et qu'il peut poser un diagnostic et élaborer un plan de traitement. De plus, elle occulte complètement la lettre et l'esprit de l'article 7 de la *Loi sur la denturologie* relativement à la prothèse dentaire partielle amovible ainsi que le rôle essentiel du dentiste en matière de réhabilitation implanto-portée;

c) **Rubrique *Even if you're missing just one tooth, consider seeing a denturist*** : cette seule mention évacue encore une fois le rôle essentiel du dentiste à l'égard des patients à qui il manque une ou plusieurs dents, qui est le seul à pouvoir poser un diagnostic et traiter une déficience des dents.

Site Web de l'Ordre des denturologistes du Québec

41. La publicité apparaissant sur le site Web de l'Ordre des denturologistes laisse croire que les denturologistes sont autorisés à poser des actes qui relèvent du

[9] http://montrealgazette.com/sponsored/health-sponsored/denturists-are-a-thing-and-heres-what-you-should-know-about-them.

champ de pratique exclusif des dentistes. Copie des pages du site Web de l'Ordre des denturologistes est communiquée comme **pièce P-8**[10].

42. Les sources de confusion peuvent être regroupées sous les thèmes suivants :

a) **Élaboration d'un plan de traitement** : les affirmations à l'effet que le denturologiste élabore un plan de traitement au patient (P-8, p. 14, 15) excèdent le champ de pratique du denturologiste et constituent une intrusion non autorisée dans le champ de pratique exclusif du dentiste, le dentiste étant le seul à pouvoir poser un diagnostic et établir un plan de traitement;

b) **Qualification d'expert en prothèses dentaires** : l'emploi des termes « expert en prothèses » (P-8, p. 2, 15, 17, 20) et de « le professionnel de référence en matière de prothèses dentaires » (P-8, p. 5) laisse croire, en contravention de la loi, que le denturologiste est un spécialiste en prothèses de tout genre, alors que son champ de pratique est limité aux prothèses amovibles;

c) **Travail sans intermédiaire** : par l'affirmation à l'effet que *le travail de votre denturologiste, l'expert en prothèses dentaires, s'effectue directement avec vous, sans intermédiaire* (p. 20), la publicité évacue complètement le rôle essentiel du dentiste en matière de réhabilitation implanto-portée et occulte la lettre et l'esprit de l'article 7 de la *Loi sur la denturologie* relativement aux prothèses dentaires partielles amovibles;

d) **Emploi des termes « prothèse sur implants » sans autre précision :** l'utilisation de ces termes, notamment sur la page d'accueil du site Web (P-8, p. 1, 21, 22), laisse croire, en contravention de la loi, que le denturologiste est autorisé à poser seul des actes à l'égard de tout type de prothèses sur implants, alors que son champ de pratique en réhabilitation implanto-portée est limité aux prothèses qui s'ajustent indirectement aux implants ostéointégrés, sous la direction d'un dentiste;

e) **Rôle du dentiste et du denturologiste à l'égard des prothèses sur implants :** l'affirmation à l'effet que l'ensemble des soins reliés aux prothèses fixées directement ou indirectement sur les implants ostéointégrés *s'exécute dans l'accomplissement d'un travail de direction, voire collaboration interdisciplinaire ou interdépendance entre le denturologiste et un chirurgien-dentiste ou chirurgien buccal et maxillo-facial ou autre spécialiste* (P-8, p. 22) est inexacte en regard de la loi :

[10] Une pagination manuscrite a été ajoutée pour faciliter l'analyse.

i. Il est en effet strictement interdit au denturologiste de pratiquer l'essai, la pose, l'adaptation ou le remplacement de prothèses hybrides ou fixées directement sur les implants ostéointégrés (art. 8, 1er al., par. 4 a) et b) de la *Loi sur la denturologie*);

ii. La même interdiction s'applique à l'égard des prothèses fixées indirectement sur les implants ostéointégrés, sauf sous la direction d'un dentiste (et non en collaboration avec un dentiste) (art. 8, 1er al., par. 4 c) et 2e al. de la *Loi sur la denturologie*).

f) **Appareils buccaux :** la conception, l'essai, la pose, l'adaptation, le remplacement ou la vente d'appareils buccaux ne font pas partie du champ de pratique des denturologistes. L'affirmation suivante : *« Que ce soit pour une prothèse sur implants, une prothèse complète ou partielle, des appareils buccaux […], votre denturologiste a la solution »* (P-8, p. 1 et 2) laisse faussement croire que le denturologiste est habilité à traiter une déficience des dents ou de la bouche, en plus de laisser croire que le denturologiste est autorisé à poser seul des actes à l'égard de tout type de prothèses sur implants.

43. La page d'accueil du site Web de l'Ordre des denturologistes contient également un lien vers un film publicitaire intitulé « Campagne 2018 »[11]. Il présente des images mettant en scène un homme d'un certain âge qui semble regretter l'époque où il pouvait sourire sans gêne et qui retrouve le plaisir de sourire avec ses petits-enfants après avoir consulté un denturologiste. S'ajoutent à ces images les propos suivants de la narratrice :

> Lorsque votre dentition parfaite n'est plus qu'un souvenir et que vos dents ne vous font plus sourire, le denturologiste, expert en prothèses dentaires, peut faire toute la différence. Il travaille pour vous sans intermédiaire. Pour une prothèse dentaire de qualité, fabriquée selon vos besoins, faites appel à un denturologiste et retrouvez le plaisir de sourire. Les denturologistes, les prothèses dentaires, c'est notre expertise.

Copie du film publicitaire est communiquée comme pièce **P-9**.

44. Le contenu de la publicité P-9 est inexact en regard de la loi :

a) Par l'affirmation à l'effet que le denturologiste *travaille pour vous sans intermédiaire,* la publicité évacue complètement le rôle essentiel du dentiste en matière de réhabilitation implanto-portée et occulte la lettre et

[11] https://www.odq.com/themes/odq/video/odq.mp4.

l'esprit de l'article 7 de la *Loi sur la denturologie* relativement aux prothèses dentaires partielles amovibles;

b) Elle laisse faussement croire que le denturologiste est un spécialiste en prothèses de tout genre (par l'emploi des termes « le denturologiste, expert en prothèses dentaires » et « les prothèses dentaires, c'est notre expertise »).

Échange entre les parties et historique de la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire

45. Le ou vers le 15 février 2018, l'Ordre des dentistes a transmis une lettre à l'Office des professions pour solliciter son intervention afin que l'Ordre des denturologistes cesse immédiatement la diffusion de ses publicités illégales et qu'il retire de son site Web toute mention contraire à la législation applicable ou susceptible d'induire le public en erreur. Une copie de cette lettre a été transmise le même jour au président de l'Ordre des denturologistes. Copies de la lettre et du courriel du 15 février 2018 sont communiquées comme pièce **P-10, en liasse**.

46. Le ou vers le 27 février 2018, l'Office des professions a accusé réception de la lettre de l'Ordre des dentistes (pièce P-10) et a répondu que les observations transmises seraient prises en considération dans le cadre des travaux concernant le projet de loi sur la modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire. Copie de cette lettre est communiquée comme pièce **P-11**.

47. Les travaux auxquels l'Office des professions fait référence dans sa lettre concernent les démarches entamées en 1999 par la ministre responsable des lois professionnelles, madame Linda Goupil, qui a lancé à cette époque un plan d'action ministériel dont l'objectif était la mise à jour du système professionnel québécois.

48. En matière de santé, l'objectif était d'assouplir ou alléger le cadre réglementaire afin de tenir compte de l'évolution de plus en plus rapide des connaissances, de la technologie et des besoins de la population pour maximiser l'utilisation des ressources professionnelles dans le cadre de l'organisation des soins de santé.

49. Dans la foulée des travaux visant la modernisation des pratiques professionnelles, de nombreuses discussions et de rencontres se sont tenues entre des représentants de l'Ordre des dentistes, de l'Ordre des denturologistes et de l'Office des professions au fil des années.

50. En novembre 2017, au terme des travaux d'un comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire, l'Office des professions adressait une lettre au président de l'Ordre des dentistes et joignait les orientations adoptées par son conseil d'administration à l'égard de

la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire. Copie de la lettre de l'Office des professions du 20 novembre 2017 et de ses orientations est jointe comme pièce **P-12**.

51. À ce jour, aucun projet de loi visant à modifier le *Code des professions* et d'autres dispositions législatives dans le domaine buccodentaire n'a été déposé, malgré les travaux entamés depuis déjà 18 ans.

Mise en demeure et échanges avec l'Ordre des denturologistes en 2018

52. Le 29 mars 2018, l'Ordre des dentistes, par l'intermédiaire de ses procureurs, a transmis une lettre de mise en demeure à l'Ordre des denturologistes lui enjoignant de signifier par écrit son accord avec les conclusions d'un projet de procédure judiciaire joint à la lettre, de retirer sans délai les éléments de son site Web incompatibles avec les conclusions de la demande et d'entreprendre les démarches appropriées pour que toutes les publicités de cette nature soient retirées sans délai. Copies de la lettre, du projet de procédure joint et de la preuve de notification des huissiers sont communiquées comme pièce **P-13** en liasse.

53. Le 5 avril 2018, l'Ordre des denturologistes, par l'intermédiaire de son procureur, a répondu à la mise en demeure du 29 mars 2018 en demandant la transmission des pièces alléguées au projet de procédure judiciaire ainsi qu'un délai supplémentaire pour y répondre. Copie de la lettre est communiquée comme pièce **P-14**.

54. Le 9 avril 2018, l'Ordre des dentistes, par l'intermédiaire de ses procureurs, a transmis une lettre au procureur de l'Ordre des denturologistes pour accorder le délai supplémentaire requis et pour transmettre les pièces demandées. Copies du courriel et de la lettre du 9 avril 2018 ainsi que des pièces alléguées au soutien du projet de procédure judiciaire sont communiquées comme pièce **P-15** en liasse.

55. Le 19 avril 2018, l'Ordre des denturologistes, par l'intermédiaire de son procureur, a répondu à la lettre des procureurs de l'Ordre des dentistes du 9 avril 2018 en proposant une rencontre entre les présidents des deux ordres professionnels afin d'explorer les avenues possibles pour éviter un débat judiciaire. Copie de la lettre du 19 avril 2018 est communiquée comme pièce **P-16**.

56. Le 20 avril 2018, le président de l'Ordre des dentistes, Dr Dolman, a transmis une lettre au président de l'Ordre des denturologistes, M. Cabana, en acceptant la proposition d'une rencontre entre les présidents, mais en précisant que cette rencontre devrait être tenue avec les directrices générales des deux ordres professionnels. Copie de la lettre du 20 avril 2018 est communiquée comme pièce **P-17**.

57. Le 23 avril 2018, M. Cabana a transmis une lettre à Dr Dolman, refusant la présence des directrices générales des deux ordres professionnels à la rencontre sollicitée entre les présidents. Copie de la lettre du 23 avril 2018 est communiquée comme pièce **P-18**.

58. Le même jour, Dr Dolman a transmis une lettre à M. Cabana pour réitérer qu'il était prêt à rencontrer le président avec la directrice générale de l'Ordre des dentistes. Copie de la lettre du 23 avril 2018 est communiquée comme pièce **P-19**.

59. Le 24 avril 2018, M. Cabana a transmis une lettre à Dr Dolman indiquant qu'il demeurait disposé à rencontrer seul Dr Dolman. Copie de la lettre du 24 avril 2018 est communiquée comme pièce **P-20**.

60. Le 25 avril 2018, Dr Dolman a transmis une lettre à M. Cabana lui indiquant qu'il n'entendait pas participer à une réunion sans la directrice générale de l'Ordre des dentistes et en invitant M. Cabana à revoir sa position à cet égard. Copie de la lettre du 25 avril 2018 est communiquée comme pièce **P-21**.

61. Le même jour, M. Cabana a transmis une lettre à Dr Dolman indiquant qu'il maintenait sa position à l'effet que la rencontre se déroule seulement en présence des deux présidents. Copie de la lettre du 25 avril 2018 est jointe comme pièce **P-22**.

62. Dans ces circonstances, aucune rencontre ne s'est tenue à ce jour.

63. L'Ordre des denturologistes n'a en apparence rien modifié de son site Web P-8 (et du film publicitaire P-9) depuis les échanges relatés dans les paragraphes précédents. Les publicités P-5 à P-7 sont par ailleurs toujours disponibles en ligne.

64. Dans ce contexte, l'Ordre des dentistes a intérêt à faire déclarer la portée réelle de la législation actuelle à l'égard du champ de pratique des denturologistes.

65. L'Ordre des dentistes, dont la fonction est la protection du public, fait actuellement face à des affirmations de l'Ordre des denturologistes dans un cadre promotionnel qui, d'une part, cadrent mal avec le mandat d'un ordre professionnel et qui, d'autre part, pose des obstacles importants à l'accomplissement des obligations de l'Ordre des dentistes en matière de contrôle de la pratique illégale de la profession. En effet, toutes les situations où un denturologiste pose des actes illégaux, mais néanmoins conformes à la publicité de son ordre professionnel, sont susceptibles de placer l'Ordre des dentistes dans une position l'empêchant de remplir efficacement ses fonctions ou rendre nettement plus complexe l'exercice de ses fonctions.

66. En l'absence de modifications législatives et sans égard à la portée des propositions de l'Office des professions, l'Ordre des denturologistes cautionne et

promeut un élargissement du champ de pratique de ses membres sans reconnaître que les actes en cause ne leur sont pas accessibles selon la loi, telle qu'elle est.

67. Il est opportun que la Cour supérieure tranche la question en litige compte tenu du fait que les gestes sont posés par un autre ordre professionnel, soit l'Ordre des denturologistes.

POUR CES MOTIFS, PLAISE À LA COUR DE :

DÉCLARER que l'Ordre des denturologistes ne peut, non plus que tout denturologiste, dans toute publicité ou autrement, affirmer ou laisser croire que :

a) Le denturologiste est un spécialiste en prothèses dentaires ou un « expert en prothèses dentaires » (pièces P-5 (paragraphe introductif du quiz), P-6, P-7 (paragraphe introductif de l'article et rubrique *Denturists don't do dental exams*) et P-8 (p. 2, 15, 17, 20));

b) Le denturologiste est « le professionnel de référence en matière de prothèses dentaires » (pièce P-8, p. 5);

c) Le denturologiste peut poser un diagnostic, élaborer un plan de traitement en matière de réhabilitation implanto-portée ou traiter une déficience des dents, de la bouche ou des maxillaires, par l'emploi de termes comme les suivants :

   i. « le denturologiste peut prodiguer des soins » (pièce P-5, question et réponse # 2);

   ii. « le denturologiste peut éviter la perte de dents » (pièce P-5, question et réponse # 4);

   iii. « are experts who are able to determine if it's possible for a patient to receive a partial or full prosthesis » (pièce P-7, rubrique *Denturists don't do dental exams*);

   iv. « even if you're missing just one tooth, consider seeing a denturist » (pièce P-7, rubrique *Even if you're missing just one tooth, consider seeing a denturist*);

   v. « il élabore un plan de traitement adapté à votre condition et vos besoins » (pièce P-8, p. 14, 15);

vi. « Que ce soit pour une prothèse sur implants, une prothèse complète ou partielle, des appareils buccaux […], votre denturologiste a la solution » (pièce P-8, p. 1 et 2).

d) Toute demande de consultation en lien aux prothèses dentaires peut s'effectuer directement auprès d'un denturologiste, sans qu'aucune référence d'un professionnel de la santé ne soit requise, ou sans intermédiaire (sans préciser l'exigence contenue à l'article 7 de la *Loi sur les dentistes* relativement aux prothèses dentaires partielles amovibles et les limites du champ d'exercice du denturologiste en matière de prothèses) (pièces P-5 (question et réponse # 1), P-8 (p. 20) et P-9);

e) L'ensemble des soins reliés aux prothèses fixées directement ou indirectement sur les implants ostéointégrés s'exécute « en collaboration interdisciplinaire ou interdépendance entre le denturologiste et un chirurgien-dentiste ou chirurgien buccal et maxillo-facial ou autre spécialiste » (pièce P-8, p. 22);

f) Le denturologiste peut poser seul des actes à l'égard de tout type de prothèses, incluant celles sur implants (sans préciser que son champ de pratique est limité aux prothèses amovibles, incluant les actes qu'il peut poser sous la direction d'un dentiste, soit l'essai, la pose, l'adaptation ou le remplacement de prothèses qui s'ajustent indirectement aux implants ostéointégrés) (pièces P-5 (paragraphe introductif du quiz), P-6, P-7 (paragraphe introductif de l'article), P-8 (p. 1, 5, 15, 17, 21, 22) et P-9).

DÉCLARER que l'Ordre des denturologistes ne peut faire de la publicité qui contreviendrait à l'article 5.10.1 du *Code de déontologie des denturologistes* si elle était faite par un denturologiste;

DÉCLARER que les éléments des publicités P-5 à P-9 spécifiquement mentionnés à la section V de la demande seraient contraires à l'article 5.10.1 du *Code de déontologie des denturologistes* si ces publicités étaient faites par un denturologiste;

DÉCLARER que les denturologistes ne sont pas autorisés à :

a) Poser un diagnostic, élaborer un plan de traitement en matière de réhabilitation implanto-portée ou traiter une déficience des dents, de la bouche ou des maxillaires;

b) Concevoir, essayer, poser, adapter, remplacer ou vendre des appareils buccaux;

c) Poser des actes à l'égard d'autres types de prothèses que des « prothèses dentaires amovibles qui remplacent la dentition naturelle » au sens de l'article 6 de la *Loi sur la denturologie*.

DÉCLARER que les actes que le denturologiste peut poser sous la direction d'un dentiste en matière de réhabilitation implanto-portée, soit l'essai, la pose, l'adaptation ou le remplacement de prothèses qui s'ajustent indirectement aux implants ostéointégrés (art. 8, 1er al., par. 4 c) et 2e al. de la *Loi sur la denturologie*) ne peuvent l'être qu'à l'égard de prothèses amovibles au sens de l'article 6 de la *Loi sur la denturologie*;

DÉCLARER qu'une prothèse amovible au sens de l'article 6 de la *Loi sur la denturologie* est une prothèse qui peut être retirée et replacée par le patient à sa guise;

LE TOUT, avec dépens.

Montréal, le 17 mai 2018

Bélanger Sauvé

BÉLANGER SAUVÉ, S.E.N.C.R.L.
Avocats du demandeur

Me René Piotte
rpiotte@belangersauve.com
Me Stéphanie Lalande
slalande@belangersauve.com
5, Place Ville Marie, bureau 900
Montréal (Québec) H3B 2G2
t. 514 878.3081 / f. 514 878.3053
notification@belangersauve.com

COPIE CONFORME

Bélanger Sauvé

BÉLANGER SAUVÉ, S.E.N.C.R.L.

LA PRESSE+

CET ÉCRAN A ÉTÉ PARTAGÉ À PARTIR DE LA PRESSE+

Édition du 30 janvier 2018,
section PAUSE SANTÉ, écran 4

QUIZ

Au Québec, le denturologiste est un expert reconnu en conception, en fabrication et en pose de prothèses dentaires. En tant que professionnel de la santé, il s'occupe d'évaluer les besoins du patient, de concevoir la prothèse puis de veiller à son ajustement. Ça vous paraît simple ? Mesurez vos connaissances en denturologie avec ce petit quiz !

1. VRAI OU FAUX IL FAUT UNE PRESCRIPTION D'UN DENTISTE POUR CONSULTER UN DENTUROLOGISTE.

FAUX. Toute demande de consultation en lien aux prothèses dentaires ou à d'autres besoins peut s'effectuer directement auprès d'un denturologiste. Ainsi, aucune référence d'un professionnel de la santé n'est requise.

2. VRAI OU FAUX : IL FAUT UN PERMIS DE PRATIQUE POUR ÊTRE DENTUROLOGISTE.

VRAI. Pour pouvoir exercer la profession sur le territoire québécois, il est obligatoire d'être membre de l'Ordre des denturologistes du Québec. L'Ordre s'assure de vérifier et d'attester que chaque membre a acquis la formation et l'expertise nécessaires pour prodiguer des soins à ses patients.

3. VRAI OU FAUX : UNE PROTHÈSE DENTAIRE PEUT FAIRE PARAÎTRE PLUS JEUNE.

VRAI. Une dentition abîmée peut entraîner une résorption des os de la mâchoire et provoquer le vieillissement prématuré du visage. Une prothèse dentaire de qualité aide à retrouver l'envie de sourire et à rajeunir l'apparence du visage. Par esthétisme (et pour le confort), il est recommandé de faire vérifier l'ajustement d'une prothèse par un denturologiste une fois par année et de la remplacer tous les cinq ans.

4. VRAI OU FAUX LE DENTUROLOGISTE PEUT EMPÊCHER LA PERTE DE DENTS.

VRAI. Un denturologiste peut également concevoir des protecteurs buccaux sur mesure pour les athlètes et les sportifs. Comme son ajustement est parfait, le protecteur personnalisé permet d'obtenir un plus grand confort et plus de stabilité, de réduire la force des impacts et de diminuer les risques de blessures.

5. VRAI OU FAUX : LES PROTHÈSES DENTAIRES SONT COUVERTES PAR LA PLUPART DES ASSURANCES.

VRAI. Bien que les services d'un denturologiste soient généralement couverts, il demeure plus prudent d'envoyer un formulaire de demande de préautorisation à son assureur pour en être certain.

Pour en apprendre davantage sur la profession de denturologiste et sur les différents types de prothèses dentaires offerts, rendez-vous sur le site Web de l'Ordre des denturologistes du Québec.

Aucune SIM 10:11 30 %
LA PRESSE+ PAUSE

Retrouvez le plaisir de sourire.

+ WEB

Les prothèses dentaires, c'est notre expertise.

Ordre des denturologistes du Québec

XTRA **ORDRE DES DENTUROLOGISTES**

VRAI

FAUX

Pour en apprendre davantage sur la profession de denturologiste et sur les différents types de prothèses dentaires offerts, rendez-vous sur le site Web de l'Ordre des denturologistes du Québec.

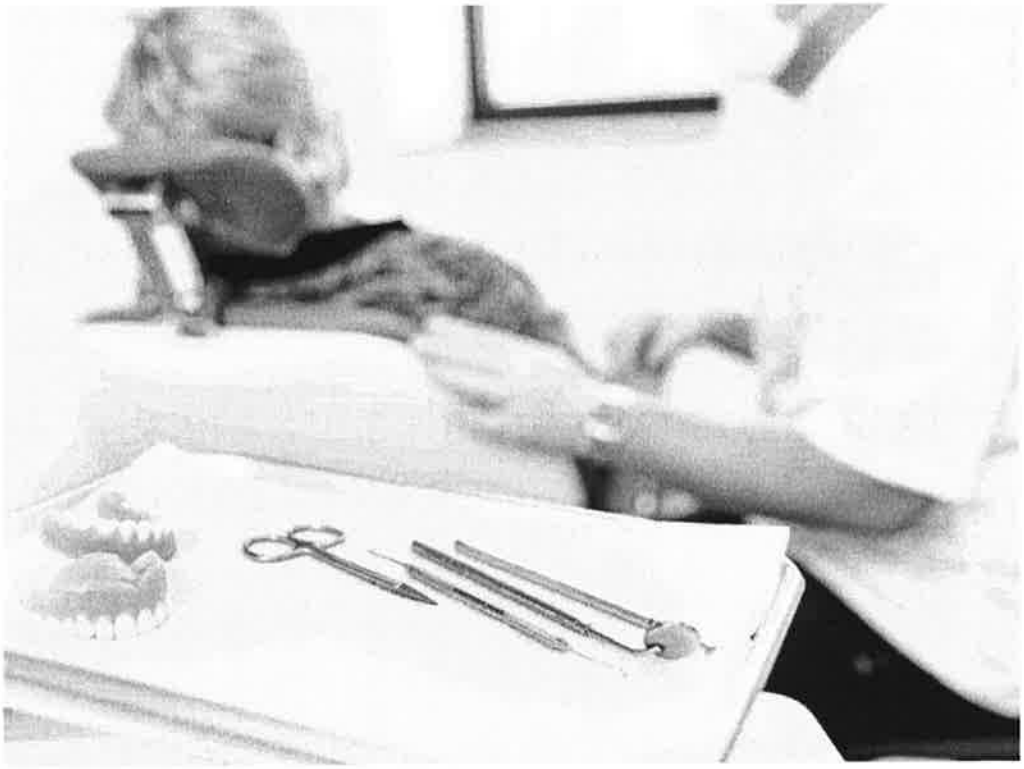
+ WEB **VISITEZ** le site Web de l'Ordre

QU'EST-CE QU'UN XTRA ?

Denturists are a thing, and here's what you should know about them

ERIK LEIJON, SPECIAL TO MONTREAL GAZETTE
Montreal Gazette
More from Erik Leijon, Special to Montreal Gazette (HTTP://MONTREALGAZETTE.COM/AUTHOR/ELEIJON)

Published on: February 3, 2018 | Last Updated: February 3, 2018 12:01 AM EST



Denturists are different from other dental professionals in Quebec. *CÉGEP ÉDOUARD-MONTPETIT*

When it comes to fixing a missing tooth or teeth with dental prostheses, Quebecers can count on denturists. In Quebec, their practice is given its proper due. The Ordre des denturologistes du Québec (ODQ) provides expertise in dentures and sets standards of practice to protect the public, but there are also a lot of other things about the order that you might not know. Here are six facts about them and the denturist profession that might surprise you.

Denturists don't do dental exams

Denturists — or denturologists, as they're called in Quebec — are experts who are able to determine if it's possible for a patient to receive a partial or full prosthesis. So don't expect a denturist to help you fight tartar build-up or check to see if you have any cavities. That's what makes them different from dentists. One thing a denturist will do is give a special exam that determines whether a patient is able to receive dentures.

Denturists (or denturologists, as they're known in Quebec) create dental prostheses and mouth guards. (CÄGEP Ädouard-Montpetit) *CÉGEP ÉDOUARD-MONTPETIT*

Even if you're missing just one tooth, consider seeing a denturist

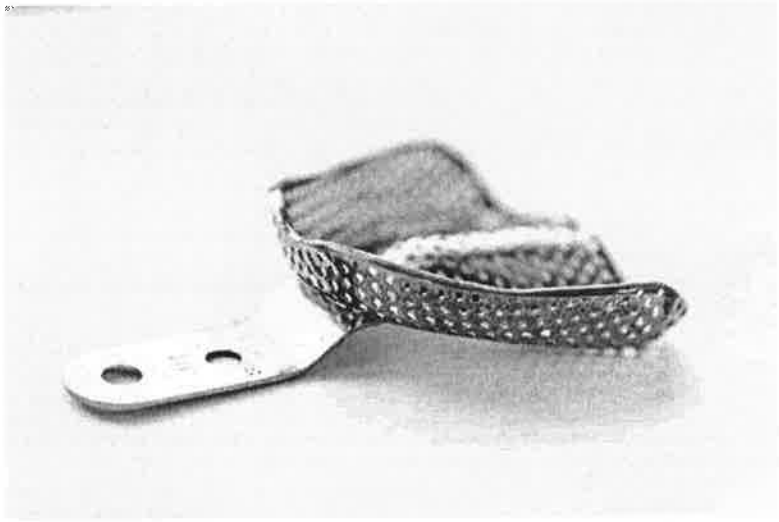
A full smile is the best kind. There are consequences to missing even just one tooth: it could affect the way you chew, it could potentially displace other teeth, and it could cause serious gum problems down the line. It could even result in muscular tension or digestive problems. Your entire facial structure is built on a full set of teeth and, as years go by, lost posterior teeth could cause your cheeks to sink in and your lower jaw to protrude. So even one dental prosthesis can prevent future damage, from premature aging to speech impediments. Regularly consulting your denturist can also ensure your dentures are doing their job.

Today's dentures look exactly like the real deal

A denturist uses different technologies to create a dental prosthesis tailored specifically for the person using it. Denturists can also use facial features, like your hair and eye colour, to create the right dentures. A denturist can even use old photos to help recreate a lost tooth and provide a visual preview so you know what to expect. Dentures are primarily made from either porcelain, plastic, acrylic or a composite of plastic and acrylic. These days, plastic and acrylic options are the most commonly used types, because they can be colour-adjusted to match your existing teeth. Today's dentures are so natural-looking, no one will be able to tell you have them.

Dentures don't last forever

Dentures should be checked every five years. This is because, over time, gums change and your dentures wear. Dentures are doing a lot of work in your mouth, absorbing saliva and bacteria, and they'll often become a little discoloured over time. One thing a person should never do is clean dentures with a product like bleach (don't laugh, it happens more than you think). Bleach can burn and damage the colour of a prosthesis.



Today's dental prostheses and guards are made to measure for the patient's mouth. (CÄGEP Ädouard-Montpetit) *CÉGEP ÉDOUARD-MONTPETIT*

Denturists can help make mouth guards

If you're an athlete playing a contact sport, you know that an errant slap shot or an inopportune elbow can knock out a few teeth. It comes with the territory. If you play a sport or have a career where losing teeth is a possibility, a denturist can custom-make a mouth guard that fits your teeth perfectly. The additional safety and added comfort of a well-designed mouth guard can make all the difference when you're a dedicated athlete. It'll help pro and amateur athletes alike perform better on the ice or pitch, and you won't even notice you're wearing one.

All denturists in Quebec are members of the ODQ

In Quebec, being a denturist is considered an exclusive expertise, and only denturists in the order are allowed to practice. The order's missions are to protect the public by setting standards for the practice, guarantee a high level of quality among its members, and to ensure that a denturist can handle all your needs. The order also strives to constantly improve how denturists do their jobs. That means any denturist you consult in Quebec is part of the order and has the proper qualifications. You can trust them with your prostheses.

For more information, visit www.odq.com (http://www.odq.com) .

This story was created by Content Works, Postmedia's commercial content division, on behalf of the Ordre des denturologistes du Québec.

(HTTP://WWW.POSTMEDIA.COM)
© 2018 Postmedia Network Inc. All rights reserved.

Unauthorized distribution, transmission or republication strictly prohibited.

Powered by WordPress.com VIP (https://vip.wordpress.com/?utm_source=vip_powered_wpcom&utm_medium=web&utm_campaign=VIP%20Footer%20Credit&utm_term=montrealgazette.com)

Menu

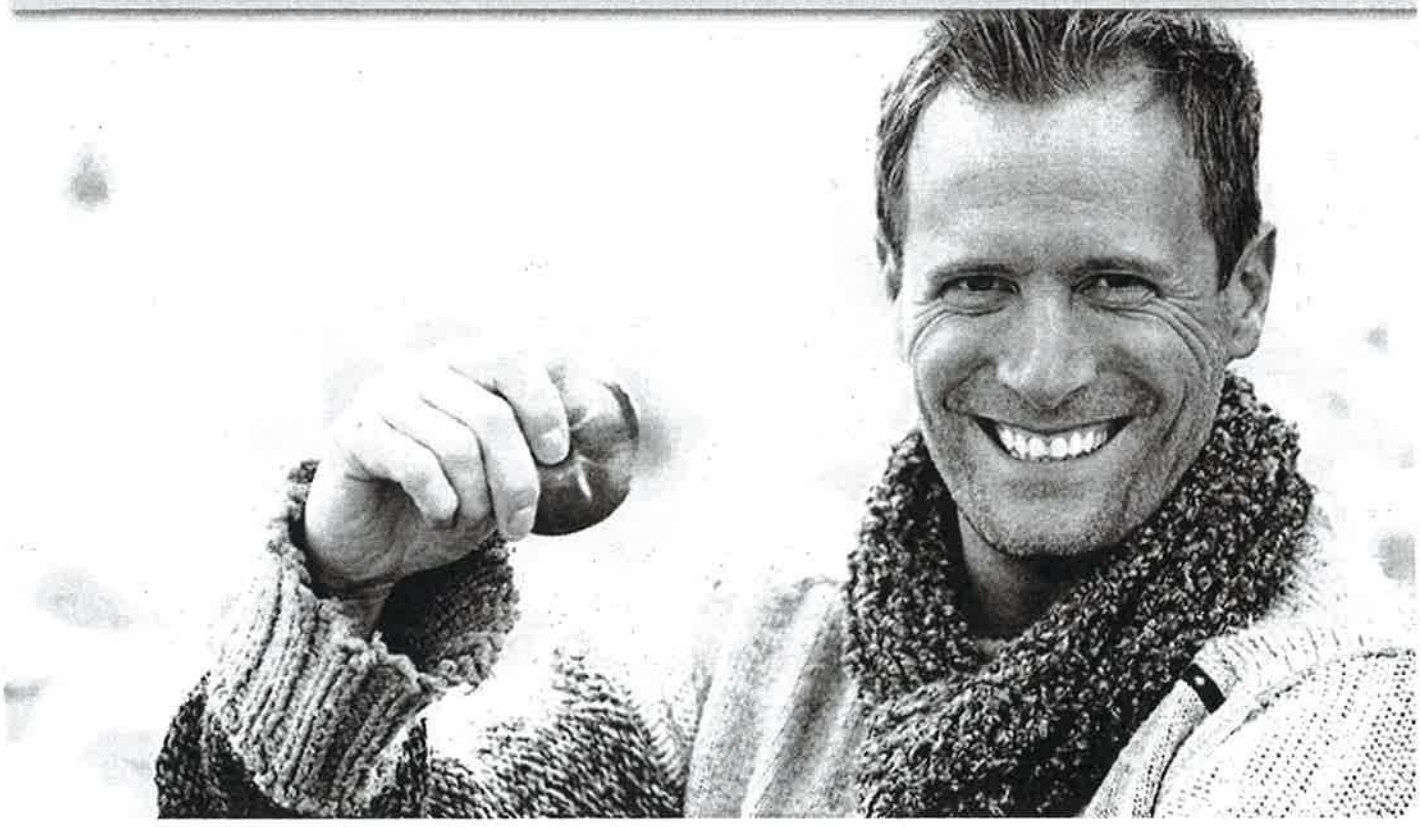
Recherche

LE DENTUROLOGISTE
UN EXPERT EN PROTHÈSES DENTAIRES

Protection du public

L'Ordre des denturologistes a pour mission d'assurer la protection du public.

Apprenez-en plus sur l'Ordre



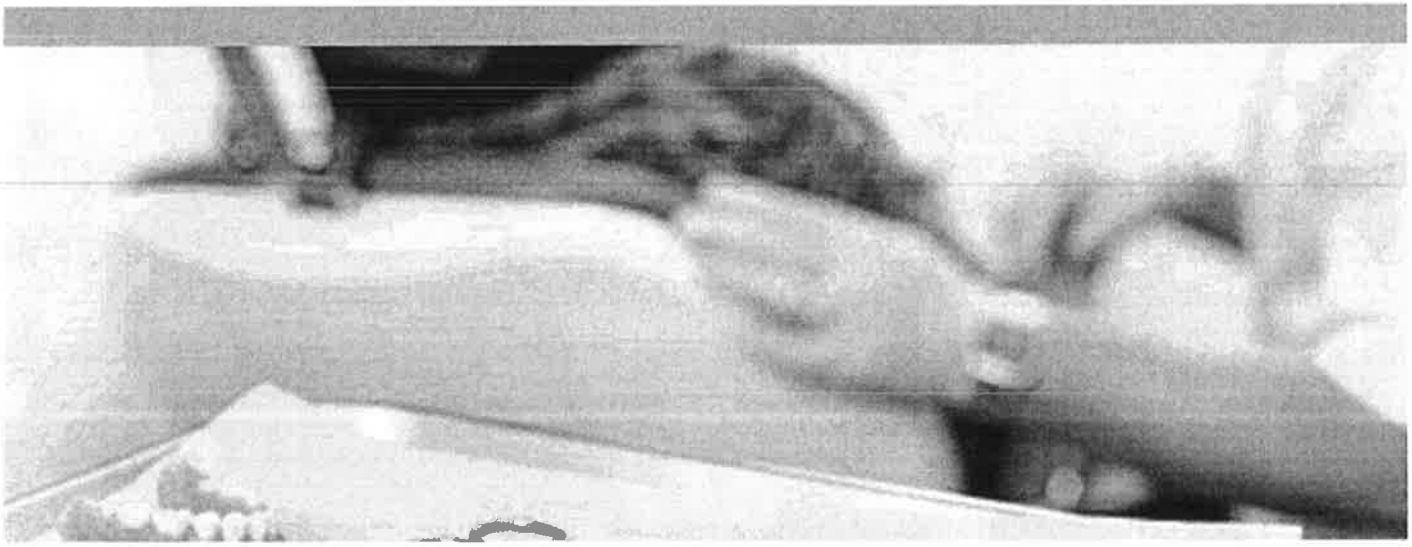
Qu'il vous manque une ou plusieurs dents, votre denturologiste peut vous aider. Que ce soit pour une prothèse sur implants, une prothèse complète ou partielle, des appareils buccaux

ou un blanchiment des dents, votre denturologiste a la solution.

Qu'est-ce qu'un denturologiste?

Le denturologiste est un professionnel de la santé reconnu pour la fabrication, la pose et l'ajustement de prothèses dentaires. Il vous accompagne à chaque étape de votre traitement afin de vous offrir une prothèse dentaire irréprochable et parfaitement adaptée à votre teint, votre visage et vos traits.

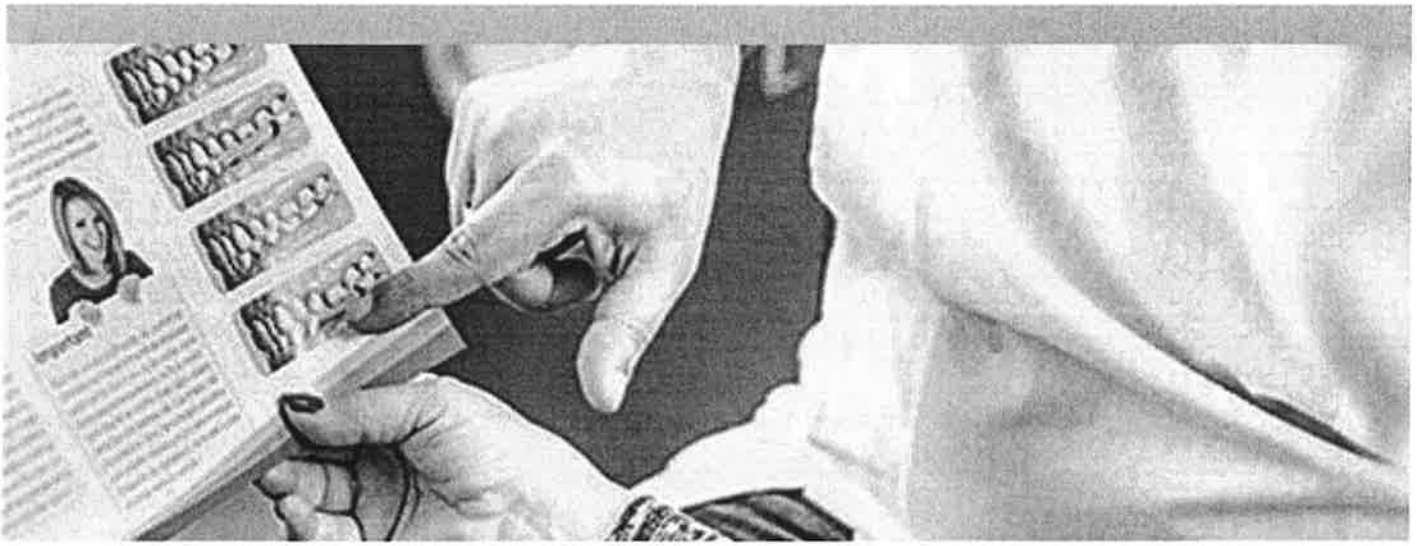
Découvrez la profession



Pourquoi consulter un denturologiste?

Que ce soit pour améliorer votre apparence ou pour des besoins de santé, le denturologiste, expert en fabrication de prothèses dentaires, est outillé pour vous aider.

5 raisons de consulter



Quel type de prothèse?

Équilibrées, balancées ou de précision, semi-équilibrées, semi-balancées ou semi-précision, standards ou centriques : il existe un grand nombre de prothèses dentaires. Votre denturologiste saura vous conseiller.

Informez-vous

Campagne 2018

Visionnez notre film publicitaire faisant la promotion de l'expertise des denturologistes au Québec.

395, rue du Parc-Industriel
Longueuil (Québec)
J4H 3V7

Téléphone : 450 646-7922
Sans frais : 1 800 567-2251
Télécopieur : 450 646-2509

info@odq.com

Menu Recherche

À PROPOS

MISSION

L'Ordre des denturologistes a pour mission…

- de protéger le public de façon exemplaire, le tout en assurant une qualité soutenue des services dispensés;
- de positionner le **denturologiste** comme le professionnel de référence en matière de prothèses dentaires;
- de mobiliser les membres en suscitant chez eux l'obsession d'une compétence toujours plus grande et la volonté d'y arriver par une formation adéquate et un perfectionnement constant.

MOYENS DE CONTRÔLE DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION

Afin d'accomplir sa mission, l'Ordre surveille l'exercice de la profession, soutient l'actualisation et le développement des compétences des denturologistes favorisant ainsi la qualité des services offerts. Concrètement, voici comment l'Ordre remplit ses obligations :

- par la délivrance du permis d'exercice de la profession au Québec après vérification de la compétence des candidats;
- par la vérification que ses membres accomplissent suffisamment d'heures de formation continue;
- par un suivi rigoureux de ses membres quant au respect de la règlementation et du *Code de déontologie* encadrant l'exercice de la profession;
- par l'inspection professionnelle périodique des compétences des denturologistes.

DÉCLARATION DE SERVICES

L'Ordre offre plusieurs services, notamment :

- informer le public sur le rôle du denturologiste par le biais de la publicité (télévision, site Web, publications, médias sociaux…);
- renseigner le public quant à ses droits et ses recours possibles;

- informer le public sur l'exercice illégal de la denturologie et agir à l'encontre des pratiquants illégaux;
- recevoir les signalements sur la conduite des denturologistes et **traiter les demandes d'enquête** issues du public;
- traiter les demandes de conciliation et d'arbitrage de comptes;
- porter plainte, s'il y a lieu, devant le conseil de discipline;
- demander l'avis du comité de révision à la suite d'une décision rendue par le Bureau du syndic.

Pour favoriser l'accès à des services de qualité, l'Ordre s'assure de mettre à la disposition de la population de l'information transparente qui facilite une meilleure compréhension des mécanismes disponibles pour la protection du public.

Pour de plus amples renseignements concernant les services que nous offrons au public, nous vous invitons à communiquer par téléphone au 450 646-7922 ou sans frais au 1 800 567-2251 ou encore par courriel à **info@odq.com**.

VISION 2015-2018

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

VALEURS

L'Ordre s'appuie sur un ensemble de valeurs qui alimentent ses actions et motivent ses décisions. Ces valeurs fondamentales qui soutiennent chaque action que l'Ordre, ses administrateurs, son personnel et ses membres posent quotidiennement sont les suivantes :

Le respect

Le respect s'illustre par la considération envers toute personne avec qui l'Ordre entre en relation. Il sous-tend notamment les notions de courtoisie, de diligence, de confiance, de discrétion et d'accompagnement.

L'intégrité

L'intégrité demande à l'Ordre d'agir sans compromis dans l'intérêt de sa mission. Elle se démontre par l'honnêteté, la rigueur et la transparence.

L'engagement

L'engagement s'illustre par une implication soutenue à la réalisation de la mission de l'Ordre. Le public et les membres sont donc au centre des préoccupations et en tête de liste des priorités.

La compétence

Les actions de l'Ordre s'appuient sur des ressources compétentes : que l'on pense à la gestion interne, aux instances, aux comités ainsi qu'aux membres qui servent le public.

La collaboration

L'Ordre encourage la collaboration à la fois entre les denturologistes, mais également entre les différents professionnels dans le domaine de la santé buccodentaire.

À PROPOS DE L'ORDRE

LE DENTUROLOGISTE

PORTER PLAINTE

NOUS JOINDRE

FR EN

395, rue du Parc-Industriel
Longueuil (Québec)
J4H 3V7

Téléphone : 450 646-7922
Sans frais : 1 800 567-2251
Télécopieur : 450 646-2509

info@odq.com

ADMINISTRATION ET COMITÉS

L'Ordre est administré par différents comités formés conformément au Code des professions et constitués des membres suivants :

Conseil d'administration

Président
Cabana, Robert, d.d.

Administrateurs élus
Auprix, David, d.d.
Boivin, Guy, d.d.
Brochu, Armand, d.d.
Dubois, Suzan, d.d.
Dugré, Guy, d.d.
Garand, Brigitte, d.d.
Harvey, Mario, d.d.
Lagacé, Raymond, d.d.
Leduc, Benoit, d.d.
Perreault, Sylvain, d.d.
Pilon, Paul, d.d.
Rousseau, Robert, d.d.
Sirois, Jean-Sébastien, d.d.

Administrateurs nommés
Cyr, François
Girard, Claudette
Roberge, Pascal
Turgeon, Hélène

Directrice générale et secrétaire
Bouchard, Monique

- Comité exécutif
- Bureau du syndic
- Conseil de discipline
- Comité d'inspection professionnelle
- Comité de révision
- Comité de formation continue
- Comité de pratique illégale
- Comité de formation des denturologistes
- Comité des équivalences
- Conseil d'arbitrage des comptes

395, rue du Parc-Industriel
Longueuil (Québec)
J4H 3V7

Téléphone : 450 646-7922
Sans frais : 1 800 567-2251
Télécopieur : 450 646-2509

info@odq.com

Menu Recherche

PUBLICATIONS

PRÉSENCE

Le journal de l'Ordre des denturologistes du Québec

Présence est le journal de l'Ordre des denturologistes, qui se donne pour mission d'informer les professionnels sur les derniers changements et nouveautés au sein de leur profession.

Dernier numéro

Volume 8
Numéro 3 - Automne 2017

Volume 8

Numéro 3 - Automne 2017
Numéro 2 - Été 2017
Numéro 1 - Printemps 2017

Volume 7

Numéro 4 - Hiver 2016
Numéro 3 - Automne 2016
Numéro 2 - Été 2016
Numéro 1 - Printemps 2016

Volume 6

Numéro 4 - Hiver 2015
Numéro 3 - Automne 2015
Numéro 2 - Été 2015
Numéro 1 - Printemps 2015

11

RAPPORTS ANNUELS

Nous vous invitons à cliquer sur les documents suivants afin de consulter nos états financiers des années antérieures.

Rapport annuel 2016-2017

Rapport annuel 2016-2017
Rapport annuel 2015-2016
Rapport annuel 2014-2015
Rapport annuel 2013-2014
Rapport annuel 2009-2010
Rapport annuel 2008-2009
Rapport annuel 2007-2008
Rapport annuel 2012-2013
Rapport annuel 2011-2012
Rapport annuel 2010-2011

395, rue du Parc-Industriel
Longueuil (Québec)
J4H 3V7

Téléphone : 450 646-7922
Sans frais : 1 800 567-2251
Télécopieur : 450 646-2509

info@odq.com

RÔLE DU DENTUROLOGISTE

Votre denturologiste est un professionnel de la santé reconnu pour la fabrication, la pose et l'ajustement de **prothèses dentaires**.

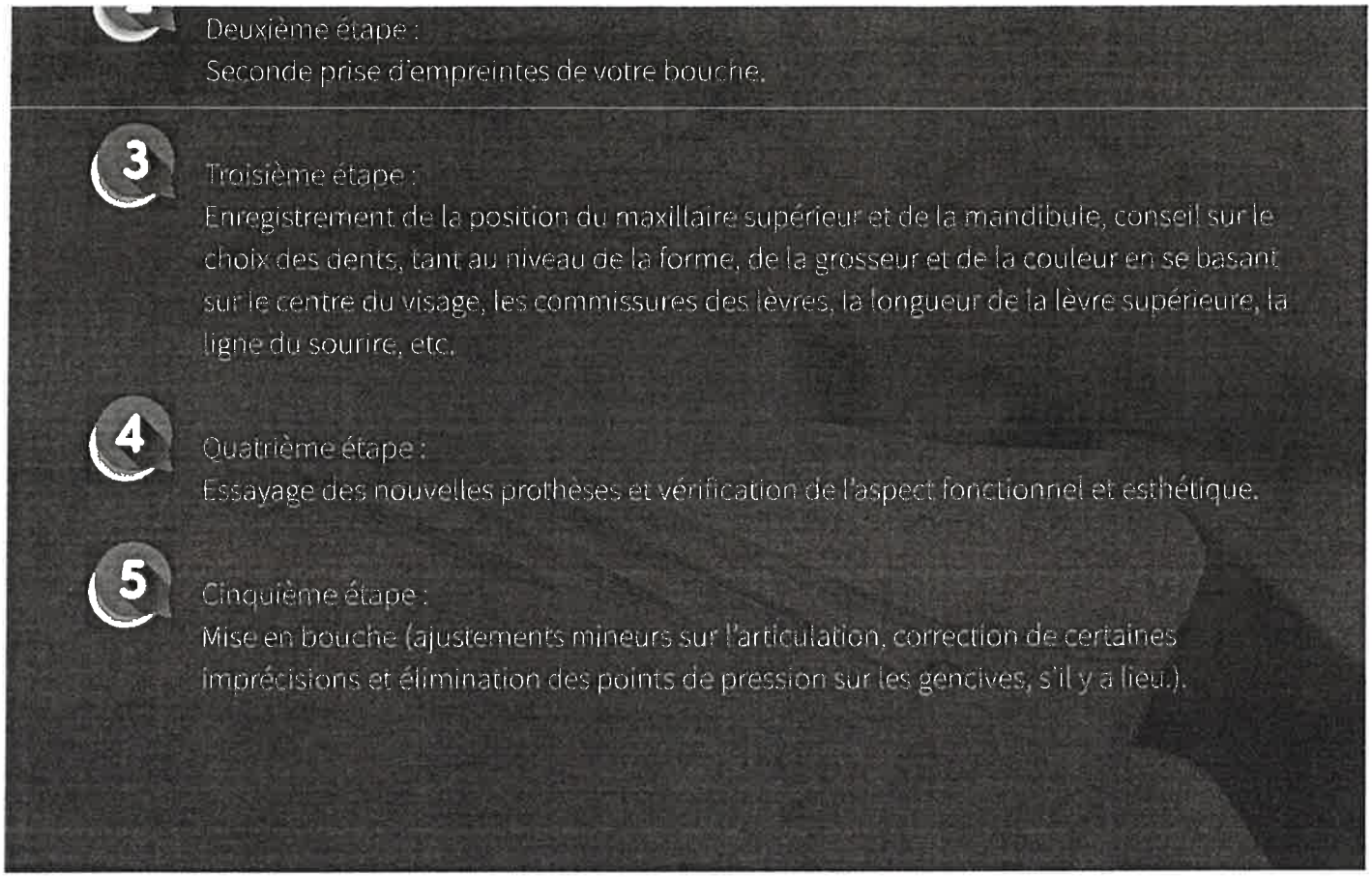
Il vous accompagne à chaque étape du processus, de l'élaboration de votre plan de traitement jusqu'à la mise en bouche, en passant par la fabrication de votre prothèse dentaire.

Quelles sont les étapes du traitement denturologique?

1. Première étape :
Examen denturologique, élaboration d'un plan de traitement et première prise d'empreintes de votre bouche.

2.

14



L'avantage de consulter un denturologiste

Le travail de votre denturologiste, l'expert en prothèses dentaires, s'effectue directement avec vous, sans intermédiaire. Vous avez ainsi l'assurance d'une prothèse sur mesure de très grande qualité.

En quoi consiste le travail d'un denturologiste?

- Il évalue vos besoins;
- Il élabore un plan de traitement adapté à votre condition et vos besoins;
- Il conçoit la prothèse;
- Il réalise votre plan de traitement denturologique;
- Il valide et contrôle votre plan de traitement;
- Il vous conseille sur la bonne façon d'entretenir votre prothèse, ainsi que la nécessité de l'ajuster ou de la changer.

15

Trouver un denturologiste

À PROPOS DE L'ORDRE

LE DENTUROLOGISTE

PORTER PLAINTE

NOUS JOINDRE

FR EN

395, rue du Parc-Industriel
Longueuil (Québec)
J4H 3V7

Téléphone : 450 646-7922
Sans frais : 1 800 567-2251
Télécopieur : 450 646-2509

info@odq.com

Menu Recherche

POURQUOI CONSULTER?

Que ce soit pour améliorer votre apparence ou pour des raisons de santé, votre denturologiste, un expert en prothèses dentaires, peut vous aider.

Protéger vos dents naturelles

Une prothèse dentaire partielle peut éviter un déplacement des dents restantes, car sans soutien, celles-ci se déplaceront progressivement vers la zone édentée.

Éviter des conséquences □sur la santé

Une prothèse dentaire peut faciliter la mastication et la digestion, et permet aussi d'éviter un déséquilibre de l'arcade dentaire et de l'articulation.

Faites évaluer et entretenir □vos prothèses

Une prothèse mal ajustée peut causer des douleurs aux articulations et des maux de tête. Une prothèse dentaire devrait être changée aux 5 ans.

Pour des raisons esthétiques

Une prothèse dentaire peut vous aider à retrouver l'envie de sourire et éviter un vieillissement prématuré du visage causé par une résorption des os de la mâchoire.

Prévenez la perte de dents

(protecteur buccal pour sportifs)

Pour les sports où les contacts sont permis et où les risques de chute sont importants, le protecteur buccal vous offre une protection accrue.

Trouver un denturologiste

395, rue du Parc-Industriel
Longueuil (Québec)
J4H 3V7

Telephone : 450 646-7922
Sans frais : 1 800 567-2251
Télécopieur : 450 646-2509

info@odq.com

ad 12:34 odq.com 69 %

L'avantage de consulter un denturologiste

Le travail de votre denturologiste, l'expert en prothèses dentaires, s'effectue directement avec vous, sans intermédiaire. Vous avez ainsi l'assurance d'une prothèse sur mesure de très grande qualité.

En quoi consiste le travail d'un denturologiste?

- Il évalue vos besoins;
- Il élabore un plan de traitement adapté à votre condition et vos besoins;
- Il conçoit la prothèse;
- Il réalise votre plan de traitement denturologique;
- Il valide et contrôle votre plan de traitement;
- Il vous conseille sur la bonne façon d'entretenir votre prothèse, ainsi que la nécessité de l'ajuster ou de la changer.

Menu Recherche

TYPES DE PROTHÈSES

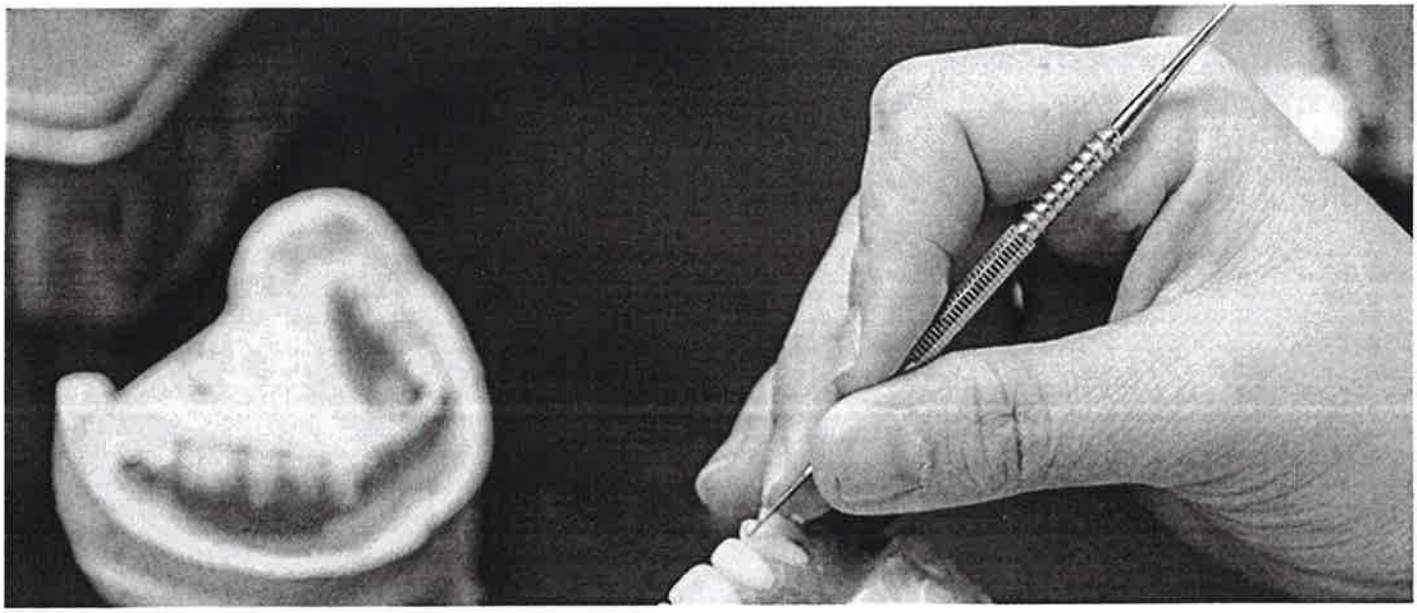
Quatre types de prothèses dentaires s'offrent à vous, soit :

les prothèses sur implants;

les prothèses équilibrées, balancées ou de précision;

les prothèses semi-équilibrées, semi-balancées ou semi-précision;

les prothèses standards ou centriques.



Prothèses sur implants

21

Ces prothèses se fixent directement ou indirectement sur les implants qui sont insérés dans l'os afin de créer un ou plusieurs points d'ancrage. L'ensemble des soins reliés à ce type de prothèses s'exécute dans l'accomplissement d'un travail de direction, voire collaboration interdisciplinaire ou interdépendance entre le denturologiste et un chirurgien dentiste ou chirurgien buccal et maxillo-facial ou autre spécialiste.

Prothèses équilibrées, balancées ou de précision

Ce type de prothèses, le plus personnalisé, nécessite l'enregistrement de certaines données physiologiques du patient. Ces prothèses permettent de faire les mouvements de protrusion (mouvement du menton vers l'avant) et de latéralité (mouvement du menton vers la gauche ou vers la droite) sans interférences entre les dents.

Les prothèses sur implants sont obligatoirement des prothèses de ce type.

Prothèses semi-équilibrées, semi-balancées ou semi-précision

Ce type de prothèses est moins personnalisé. L'articulateur utilisé par le denturologiste est partiellement ajustable : il reproduira les mouvements de protrusion et de latéralité de la bouche, mais de façon arbitraire.

Prothèses centriques ou standards

L'articulateur utilisé pour la fabrication de ce type de prothèses est aussi appelé un occluseur. La prothèse centrique ferme de centre à centre. Ce type de prothèses est ajusté afin de ne permettre qu'un mouvement de fermeture et d'ouverture, et celui-ci n'est pas ajusté en fonction de la mobilité du menton.

395, rue du Parc-industriel
Longueuil (Québec)
J4H 3V7

Téléphone : 450 646-7922
Sans frais : 1 800 567-2251
Télécopieur : 450 646-2509

info@odq.com

Ce type de prothèses, le plus personnalisé, néces
l'enregistrement de certaines données physiologi
patient. Ces prothèses permettent de faire les mo
protrusion (mouvement du menton vers l'avant) e
(mouvement du menton vers la gauche ou vers la
interférences entre les dents.

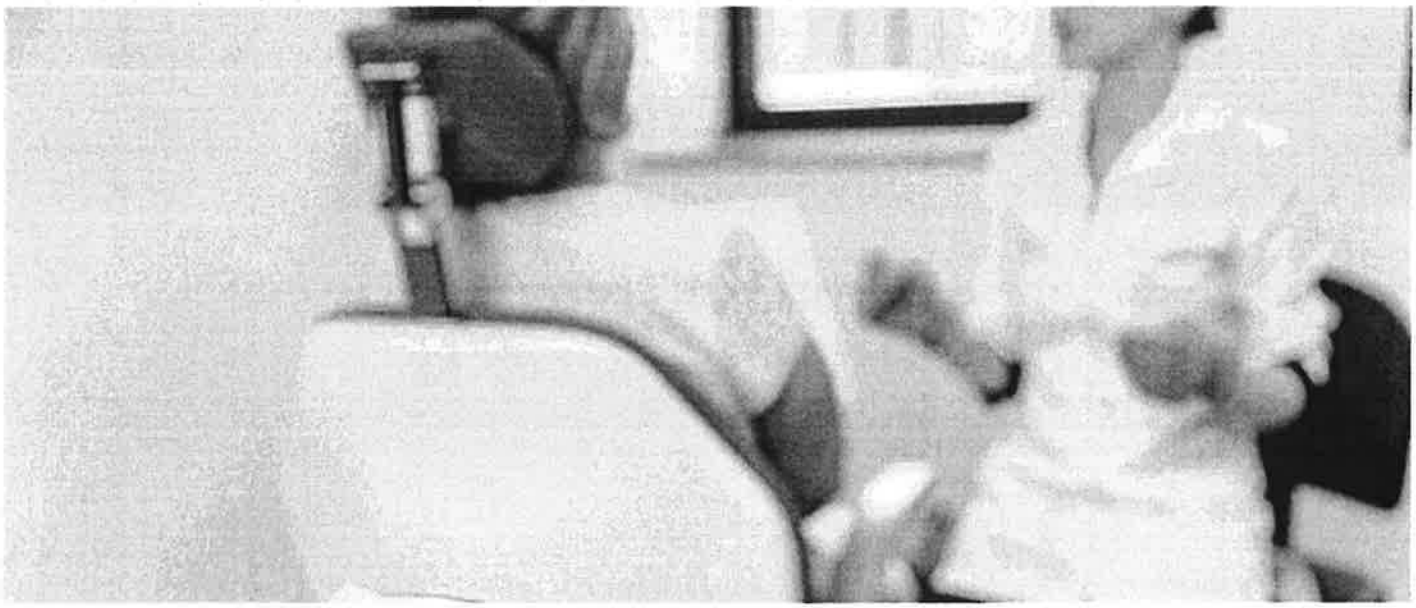
Les prothèses sur implants sont obligatoirement
de ce type.

2d

Menu Recherche

PORTER PLAINTE

Si vous croyez qu'un denturologiste a manqué à ses obligations professionnelles, vous pouvez demander la tenue d'une enquête au syndic de l'Ordre.



Soulignons que votre demande devra être faite par écrit, sur un document original dûment signé. Elle devra obligatoirement comporter :

- la description des faits reprochés au denturologiste;
- les noms des denturologistes qui ont été consultés par le patient, s'il y a lieu;
- tout élément pertinent à l'appui de la demande.

Ces renseignements permettront au syndic de connaître les faits que vous reprochez au denturologiste et d'entamer le processus d'enquête visant à déterminer si celui-ci aurait pu commettre une infraction aux dispositions du Code des professions, de la loi constituant l'Ordre, des règlements adoptés en vertu

de ceux-ci ou encore aux normes généralement reconnues en denturologie.

Au cours de son enquête, si le syndic estime que les faits allégués dans votre demande peuvent faire l'objet d'un règlement, il pourra vous proposer une conciliation, à la condition que vous et le denturologiste y consentiez. Si un règlement intervient entre vous, le dossier sera alors fermé.

Dans le cas contraire, le processus suivra son cours et le syndic vous fera rapport du progrès de son enquête dans les délais prévus au Code des professions. À la fin de son enquête, le syndic vous informera par écrit de sa décision de porter ou non une plainte devant le conseil de discipline.

Il est à noter que le syndic n'a pas le pouvoir d'exiger du denturologiste un remboursement ni un dédommagement pour les services professionnels rendus à votre endroit.

Pour obtenir de plus amples renseignements concernant le processus d'enquête du syndic ou obtenir le « Formulaire de plainte et demande d'enquête », nous vous invitons à communiquer avec le bureau du syndic au **450 646-7922** ou au **1 800 567-2251, poste 221**.

À PROPOS DE L'ORDRE

LE DENTUROLOGISTE

PORTER PLAINTE

NOUS JOINDRE

FR EN

395, rue du Parc-Industriel
Longueuil (Québec)
J4H 3V7

Téléphone : 450 646-7922
Sans frais : 1 800 567-2251
Télécopieur : 450 646-2509

info@odq.com

SERVICES DE PROTECTION DU PUBLIC

Syndic

Le syndic est responsable de traiter les demandes d'enquêtes à la suite d'une plainte déposée contre un denturologiste. S'il estime que les faits allégués dans votre demande peuvent faire l'objet d'un règlement, il pourra vous proposer différentes options de conciliation.

Si une conciliation n'est pas possible, le processus suivra son cours et le syndic vous fera rapport du progrès de son enquête dans les délais prévus au *Code des professions*. À la fin de son enquête, le syndic vous informera par écrit de sa décision de porter ou non une plainte devant le conseil de discipline.

Comité de révision

Ce comité est appelé à intervenir par un particulier lorsque le syndic juge qu'il n'y a pas matière à plainte. À la suite de la demande, il révisera le dossier d'enquête et analysera le travail du syndic avant de livrer sa décision.

Le comité prendra l'une des actions suivantes :

- complétera l'enquête avec une expertise extérieure;
- demandera au comité d'inspection de procédé à une inspection particulière;
- décidera qu'il n'y a pas matière à plainte;

Conseil de discipline

C'est un organisme judiciaire en dehors de l'ODQ qui intervient à la suite d'une demande apposée par un tiers ou le syndic. Il prend aussi en charge les plaintes refusées par le syndic.

Dans le cas où le professionnel est reconnu comme ayant commis une infraction, le Conseil pourra imposer les sanctions suivantes (prévues au *Code des professions*) :

- une réprimande;

- une amende;
- la radiation temporaire ou permanente du tableau de l'Ordre;
- la révocation de son permis d'exercice;
  etc.

Pour plus d'informations, consultez le site de l'Office des professions :
https://www.opq.gouv.qc.ca/droits-et-recours/recours-disciplinaires/

Rôle d'audience

Il s'agit d'une cause qui est entendue à une journée prédéterminée, devant le président du conseil et deux membres de l'ODQ.

Comité d'inspection professionnelle

C'est le comité responsable d'inspecter les membres et leur lieu de travail, ainsi que les outils qu'ils utilisent quotidiennement lors de leur pratique. Ils procèdent à deux types d'inspection, soit ordinaire ou particulière. La deuxième survient, la plupart du temps, lorsque le denturologiste inspecté fait l'objet d'une enquête et doit se présenter en conseil de discipline.

Suivant l'inspection, le denturologiste en cause est dans l'obligation d'appliquer les recommandations livrées par le comité.

Comité d'arbitrage des comptes

Ce comité intervient lorsque le syndic tente une conciliation qui s'avère infructueuse.

Comité de pratique illégale

Il s'agit du comité intervenant suivant une demande du syndic qui exerce une enquête sur des tiers se clamant frauduleusement denturologistes. À la suite de l'enquête, l'Ordre procède à des poursuites judiciaires menant à des sanctions sous forme d'amendes. Il peut s'agir d'un hygiéniste ou d'un technicien prenant des responsabilités en dehors de sa profession ou un particulier qui s'improvise denturologiste.

Comité d'équivalence

Ce comité a pour mission d'évaluer si le denturologiste dont le cas est à l'étude possède une formation suffisante à la pratique. Si le candidat est jugé inadéquat, il se doit de suivre une mise à niveau adéquate.

Comité de formation

Ce comité est composé du président de l'Ordre, de denturologistes, de responsables du programme au cégep, ainsi que d'un membre du ministère de l'Éducation qui vient faire le lien entre le département de denturologie en milieu de formation et l'Ordre en tant que tel.

Pour sa part, le Cégep Édouard-Monpetit possède déjà un comité dédié au programme à l'interne.

Comité de formation continue

Ce comité veille à la perpétuation des pratiques en denturologie au sein des membres de l'Ordre, et ce, à travers divers programmes de formation.

Par exemple, il est possible de suivre un programme de formation continue sur trois ans, comprenant des cours, des conférences et une option de formation en ligne.

Le comité de formation continue sert également à informer les membres des différents services qui leur sont offerts. En partenariat avec le laboratoire de microbiologie et de bactériologie du Cégep Édouard-Montpetit, le Centre international de recherche et d'éducation en denturologie (CIRED) offre aux denturologistes de la province un service de vérification de leurs stérilisateurs.

Comité exécutif

Le comité exécutif est composé de personnes élues parmi les membres du conseil d'administration. Il s'occupe de l'administration courante des affaires de l'Ordre et d'exercer les pouvoirs que le conseil d'administration lui délègue.

FR EN

395, rue du Parc-Industriel
Longueuil (Québec)
J4H 3V7

Téléphone : 450 646-7922
Sans frais : 1 800 567-2251
Télécopieur : 450 646-2509

info@odq.com

Menu

Recherche

FORMATION D'UN DENTUROLOGISTE

Comment obtenir un permis?

Au Québec, la profession de denturologiste est d'exercice exclusif. Pour exercer cette activité et prétendre au titre de denturologiste, il est obligatoire d'être membre de l'Ordre des denturologistes du Québec. L'Ordre doit vérifier et attester que chacun de ses membres a acquis la formation et l'expertise nécessaires pour exercer au Québec.

Formation au Québec

La profession accueille, année après année, les étudiants ayant obtenu leur diplôme du Cégep Édouard-Montpetit en **Techniques de denturologie**. Ce diplôme d'études collégiales (D.E.C.) en denturologie consiste en une formation de trois années validée par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie.

Formation à l'extérieur du Canada

L'Ordre dispose du règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de formation, approuvé par le gouvernement. Ce règlement prévoit des critères pour évaluer et reconnaître les compétences acquises à l'étranger.

La première étape pour un candidat formé à l'extérieur du Canada est de remplir le formulaire d'auto-appréciation des compétences. Il sera envoyé à l'Ordre et sera joint à la demande de permis. Le candidat aura à évaluer ses compétences au regard de cinq champs d'expertise, soit :

1. L'évaluation des besoins du patient
2. L'élaboration d'un plan de traitement adapté à la condition et aux besoins du patient
3. La conception de l'appareillage prothétique
4. La réalisation du plan de traitement denturologique
5. La validation et le contrôle du plan de traitement

Le résultat sommaire découlant de l'auto-appréciation permettra, à la personne désireuse d'entreprendre une démarche de reconnaissance auprès de l'Ordre des denturologistes du Québec, de faire l'inventaire de ses acquis au regard des différentes compétences inscrites au profil. De plus, le candidat pourra, s'il y a lieu, identifier les éléments manquants jugés essentiels à la maîtrise de certaines compétences. Toutefois, il est à noter que le résultat obtenu ne constitue pas une décision définitive.

Consultez le règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de formation.

Candidats formés au Canada

Consultez le règlement sur les autorisations légales d'exercer la profession de denturologiste hors du Québec qui donnent ouverture au permis de l'Ordre des denturologistes du Québec.

PORTER PLAINTE

NOUS JOINDRE

FR EN

395, rue du Parc-Industriel
Longueuil (Québec)
J4H 3V7

Téléphone : 450 646-7922
Sans frais : 1 800 567-2251
Télécopieur : 450 646-2509

info@odq.com

De : Asselin, Chantal
A : Sylvie Morin
Cc : Caroline Daoust; Lalande, Stéphanie
Objet : Pièce P-9
Date : 9 mai 2018 11:59:19

Voici le lien pour consulter la pièce P-9 : https://www.odq.com/themes/odq/video/odq.mp4.

Salutations,

BélangerSauvé

Chantal Asselin
Adjointe juridique
Téléphone : (514) 878-3089 # 2316
Télécopieur : (514) 878-3053
casselin@belangersauve.com
www.belangersauve.com

Ce message électronique de Bélanger Sauvé peut contenir de l'information privilégiée ou confidentielle. Si vous n'êtes pas le destinataire du message, soyez avisé que toute diffusion ou transcription de cette communication est strictement interdite. Si vous avez reçu ce courriel par erreur, veuillez nous en aviser immédiatement et détruire toute copie en votre possession.

Bélanger Sauvé S.E.N.C.R.L. – 5, Place Ville-Marie, bureau 900, Montréal (Québec) H3B 2G2 – 514-878-3081

Pierre de Grandmont, DMD, Cert (prostho), M. Sc.
Prosthodontiste
Professeur titulaire, Département de dentisterie de restauration
Faculté de médecine dentaire
Université de Montréal

[redacted]

Montréal, le 14 septembre 2018

Me Stéphanie Lalande
Bélanger Sauvé avocats
5, Place Ville Marie
Bureau 900
Montréal (Québec) H3B 2G2

Objet : Expertise relative à la demande en jugement déclaratoire à la Cour supérieure logée à l'encontre de l'Ordre des denturologistes du Québec par l'Ordre des dentistes du Québec

Maître,

Vous avez sollicité mon expertise afin d'éclairer le tribunal et de l'aider dans son appréciation de la preuve que vous comptez déposer dans le cadre de la cause citée en titre.

De façon plus particulière, vous m'avez demandé de définir des termes techniques en rapport avec le domaine des prothèses dentaires et de la pratique de la réhabilitation implanto-portée. Je retiens que vous désirez que je porte une attention particulière au sens du terme « prothèse dentaire amovible » lorsqu'elle s'ajuste à des implants dentaires, de même qu'à la signification d'un ajustement direct et indirect d'une prothèse à des implants dentaires ostéo-intégrés. De plus, vous m'avez demandé de définir le terme « déficience », d'énumérer les principaux types d'appareils buccaux utilisés dans le domaine dentaire et de décrire la fonction de chacun.

Je vais donc m'efforcer de répondre à vos demandes, et ce, en faisant référence lorsque possible aux définitions officielles reconnues dans le domaine de la médecine dentaire.

AVERTISSEMENT : Le contenu de ce rapport est strictement confidentiel. Selon la loi, il est strictement défendu aux personnes non autorisées d'en prendre connaissance et, à plus forte raison, d'en faire quelque usage que ce soit.

1 DÉFINITIONS DES TERMES TECHNIQUES EN RAPPORT AVEC LE DOMAINE DE LA PROTHÈSE DENTAIRE

1.1 Prothèses dentaires

Selon le dictionnaire des termes utilisés en médecine dentaire au Québec, une prothèse est une pièce artificielle pour remplacer une partie du corps (bras, jambe, œil ou dent) et employée pour des raisons esthétiques ou fonctionnelles. Selon ce même ouvrage, une prothèse dentaire a pour but le remplacement des dents et des structures environnantes allant d'une simple dent à une dentition complète[1].

Tel que suggéré par *l'Academy of Prosthodontics*, on peut classifier les prothèses dentaires en fonction de descripteurs tels l'étendue (totale, partielle), le mode de rétention (amovible, fixe) et le mode de support (muqueuse, dents, implants)[2].

Les prothèses dentaires peuvent être amovibles ou fixes. Selon le dictionnaire des termes utilisés en médecine dentaire au Québec et le dictionnaire de prothèse odontologique, une prothèse amovible est une prothèse qui peut être retirée et remise en bouche par le patient[1, 3].

Selon l'édition de juillet 2005 du *Glossary of Prosthodontics Terms*[2], produit par *The Academy of Prosthodontics*, la « prothèse dentaire amovible » se définit ainsi :

> *Removable dental prosthesis:*
>
> *1: any dental prosthesis that replaces some or all teeth in a partially dentate arch (partial removable dental prostheses) or edentate arch (complete removable dental prostheses). It can be removed from the mouth and replaced at will, 2: any dental prosthesis that can be readily inserted and removed by the patient.*

Je crois pertinent de souligner que selon ces trois sources, la nature amovible de ces prothèses est associée à la capacité pour les patients de les mettre en place et de les

retirer eux-mêmes. Cette conception est utilisée dans les ouvrages de référence et elle fait consensus dans la communauté dentaire.

Le terme « adjointe » est utilisé pour qualifier les prothèses amovibles[1]. Toutefois, cette utilisation est jugée inappropriée[3], car cet adjectif est non spécifique. *L'Academy of Prosthodontics* décourage l'utilisation d'appellations non spécifiques pour décrire un type de prothèse, car ce type de descripteurs peut être une source de confusion en raison de facteurs linguistiques et d'interprétations régionales[2].

Les prothèses dentaires amovibles peuvent être supportées par la muqueuse, par des dents, par des implants ou par une combinaison de ces éléments.

Lorsqu'une prothèse n'est pas amovible, on dit de la prothèse qu'elle est fixe ou fixée[i].

Selon le dictionnaire de prothèse odontologique, une prothèse dentaire fixée est une prothèse à appui dentaire ou implantaire, pouvant être scellée, collée ou vissée[3]. Selon le *Glossary of Prosthodontics Terms*[2], ce terme est défini comme suit :

> *Fixed dental prosthesis:*
>
> *any dental prosthesis that is luted, screwed or mechanically attached or otherwise securely retained to natural teeth, tooth roots, and/or dental implant abutments that furnish the primary support for the dental prosthesis.*

Une prothèse fixe est généralement retenue de manière permanente ou semi-permanente par du ciment, de la résine adhésive ou des vis. Le patient ne peut l'enlever lui-même et il a besoin de l'intervention du dentiste pour la retirer.

Le terme « conjointe » est utilisé pour qualifier les prothèses fixes. Toutefois, cette utilisation est jugée inappropriée[3], car ce descripteur est non spécifique.

---

[i] Au Québec l'appellation prothèse fixe est couramment utilisée. Dans les écrits français, l'appellation prothèse fixée est toutefois préférée. Les deux termes sont utilisés aux mêmes fins.

Les prothèses dentaires fixes sont supportées par des dents ou des implants.

Malgré la recommandation de ne pas utiliser de descripteurs non spécifiques pour décrire les prothèses, je vais utiliser l'appellation « conventionnelle » pour décrire une prothèse supportée par la muqueuse ou les dents et l'appellation « sur implants » pour les prothèses dont une partie ou la totalité du support provient d'implants dentaires. Ces appellations sont couramment utilisées au Québec. Je vais décrire brièvement les prothèses dentaires conventionnelles ci-dessus et les prothèses sur implants dans la prochaine section[ii].

1.1.1 *Prothèses dentaires amovibles conventionnelles :*

Une prothèse totale ou complète amovible conventionnelle (fig. 1a, b)[iii] remplace la totalité des dents du maxillaire ou de la mandibule[1]. Elle est supportée par la crête résiduelle et en addition par le palais dur au maxillaire. La crête résiduelle est ce qui reste comme structure osseuse de la crête alvéolaire[iv] après l'avulsion des dents[1]. Étant donné que la crête résiduelle et le palais dur sont recouverts par une muqueuse, une prothèse dentaire amovible conventionnelle peut être qualifiée de prothèse supportée par la muqueuse ou muco-portée. Dans le jargon populaire, le terme « dentier » est utilisé pour décrire cette prothèse.

Une prothèse partielle amovible conventionnelle (fig. 2a, b) remplace une ou plusieurs dents[1]. Elle est supportée par les dents adjacentes aux espaces édentées et/ou par la crête résiduelle. Lorsqu'elle est supportée par les dents, elle peut être qualifiée de prothèse dento-portée. Lorsque l'édentement est sévère et qu'elle doit également être supportée par la crête résiduelle, elle peut être qualifiée de muco-dento-portée. Dans le jargon populaire, le terme « partiel » est utilisé pour décrire cette prothèse.

Une prothèse totale amovible supra-dentaire (fig. 3a, b, c) est une prothèse qui s'appuie sur les crêtes, mais également sur des dents résiduelles qui ont été réduites et laissées sur l'arcade dentaire[1]. Fréquemment, seule la racine de ces dents est préservée. Pour

---

[ii] Un diagramme résumant la classification des prothèses dentaires est joint comme annexe 1.

[iii] Les figures auxquelles je fais référence tout au long du rapport apparaissent à l'annexe 2

[iv] La crête alvéolaire est la partie osseuse qui recouvre les maxillaires et retient les dents dans leur alvéole.

cette raison, cette prothèse est aussi qualifiée de supra-radiculaire[3]. Comme ce type de prothèse est supporté par les crêtes et les dents résiduelles, elle peut être qualifiée de prothèse muco-dento-portée. Le terme « overdenture » est utilisé dans les écrits scientifiques de langue anglaise pour décrire cette dernière. Une prothèse partielle amovible peut également être qualifiée de supra-dentaire si elle recouvre des dents qui la supportent.

De par leur nature, les prothèses dentaires amovibles conventionnelles, qu'elles soient totales, partielles ou supra-dentaires, peuvent être retirées et remises en bouche par le patient.

1.1.2 *Prothèses dentaires fixées conventionnelles :*

Les prothèses dentaires fixes conventionnelles sont supportées par une ou plusieurs dents naturelles.

Une couronne dentaire conventionnelle (fig. 4a, b), aussi appelée couronne artificielle, est une restauration en métal, en porcelaine ou en acrylique, qui reproduit la surface anatomique de la couronne clinique d'une dent et qui a été cimentée sur la dépouille de la dent naturelle[1]. On utilise cette restauration pour réparer une dent qui a été abimée et qui a besoin d'être recouverte afin d'être solidifiée. La dent est meulée afin de créer l'espace nécessaire pour accommoder la couronne. Au sens propre du terme, une couronne conventionnelle n'est pas une prothèse, car elle ne remplace pas une dent. C'est une restauration unitaire. Toutefois, plusieurs praticiens la considèrent comme une prothèse, car elle remplace une partie de dent. Dans le langage populaire, ce type de prothèse est appelé une « couronne ».

Une prothèse partielle fixe conventionnelle (fig. 5a, b) est une prothèse qui remplace une ou plusieurs dents du maxillaire ou de la mandibule et qui est fixée de façon permanente aux dents naturelles[1]. Tout comme pour une couronne, les dents qui supportent une prothèse partielle fixe ont été réduites en dépouille afin d'accommoder la structure de la prothèse et de permettre son insertion. Dans le langage populaire, ce type de prothèse est

appelé un « pont ». Dans les écrits français, on utilise aussi l'appellation « bridge ». Les dents qui supportent une prothèse partielle fixe sont appelées dents piliers[1]. La partie de la prothèse qui remplace la ou les dents manquantes est appelée pontique(s)[1].

Le pont papillon (fig. 6a, b) est une prothèse partielle fixée qui remplace une ou plusieurs dents. Toutefois, les dents piliers qui la supportent ne sont pas réduites en dépouille. Cette prothèse comporte des ailettes de métal ou de céramique qui s'adaptent sur les surfaces externes des dents piliers. Ces ailettes sont collées à la surface d'émail à l'aide d'une résine composite.

De par leur nature, les couronnes et les prothèses dentaires partielles fixes conventionnelles (ponts) ne peuvent être retirées et remises en bouche par le patient lorsqu'elles ont été scellées.

2 DÉFINITIONS DES TERMES TECHNIQUES EN RAPPORT AVEC LE DOMAINE DE LA PRATIQUE DE LA RÉHABILITATION IMPLANTO-PORTÉE

2.1 Implant endo-osseux et ostéo-intégration

Un implant endo-osseux (fig. 7a) est un implant placé dans l'os des maxillaires[1]. L'implant racine est un implant endo-osseux dont la section de coupe est circulaire[1]. Sa forme rappelle la forme de la portion radiculaire d'une dent. Depuis les années 1980, ce type d'implant est l'implant dentaire généralement utilisé pour traiter l'édentement. Le terme ostéo-intégration décrit le phénomène d'apposition osseuse au pourtour d'un implant. Ce processus physiologique confère à l'implant un ancrage solide et la capacité de supporter une prothèse. Lorsque cette intégration osseuse se produit au pourtour d'un implant, on le qualifie d'ostéo-intégré.

2.2 Pilier transmuqueux

Un pilier transmuqueux (fig. 7b, c, d, e, f) est une extension métallique fixée sur un implant, servant de support pour la reconstruction prothétique[1]. Conséquemment, le pilier transmuqueux est aussi appelé pilier prothétique ou implantaire[3].

Dans un système d'implant traditionnel, la portion supérieure d'un implant endo-osseux est située au niveau de la crête osseuse, sous la gencive. Le pilier transmuqueux a pour fonction d'amener l'assise prothétique près du niveau ou au-dessus de la gencive. Cette mesure a pour but de faciliter la fabrication de la prothèse.

La portion supérieure de certains systèmes d'implants endo-osseux est allongée et elle émerge au-dessus de la gencive. Ces implants qualifiés d'implants-tulipes n'ont pas besoin de piliers transmuqueux.

2.3 Prothèses dentaires amovibles sur implants

Les prothèses dentaires amovibles sur implants sont des prothèses supra-implantaires[3]. Dans les écrits scientifiques anglais, elles sont souvent décrites par le terme « implant overdenture ». Elles recouvrent un ou plusieurs implants et le nombre d'implants recouverts par la prothèse influence le mode de support de cette dernière. Les prothèses dentaires amovibles sur implants peuvent être supportées par des implants en combinaison ou non avec les crêtes résiduelles ou des dents. Elles peuvent remplacer toutes les dents d'une arcade dentaire (prothèse totale) ou quelques dents (prothèse partielle).

2.3.1 *Prothèse totale amovible implanto-portée :*

La prothèse totale amovible implanto-portée (fig. 8a, g, h) est généralement supportée par quatre à six implants. C'est une prothèse amovible, donc elle peut être retirée et remise en place par le patient. Elle repose généralement sur une structure métallique indépendante, appelée barre de conjonction[3] ou barre de soutien (fig. 8a, b, e, f), qui relie chacun des

implants entre eux. La barre de conjonction supporte, stabilise et assure la rétention de la prothèse. Cette barre est retenue par des vis qui s'insèrent habituellement dans les piliers transmuqueux des implants. Elle est donc fixée en place et elle ne peut être retirée que par le dentiste. Elle présente un léger dégagement par rapport à la gencive et comporte souvent des prolongements postérieurs suspendus, en porte à faux, non supportés par les implants. Ces prolongements de la barre de conjonction permettent de mieux supporter la prothèse. Celle-ci est généralement retenue sur la barre à l'aide de cavaliers[v] (fig. 8c, d) incorporés à l'intrados[vi] de la prothèse (fig. 8g). Ces cavaliers épousent la forme de la structure de soutien et génèrent une friction suffisante à la rétention et à la stabilisation de la prothèse. D'autres systèmes d'attaches, tels des attachements boules, des boutons pressions et des aimants peuvent être incorporés à la barre de conjonction afin de retenir la prothèse. Compte tenu de l'étendue de la barre, la prothèse n'est pas supportée par la crête résiduelle. De plus, elle présente un mode d'attachement non résilient en raison de la géométrie de la barre qui ne permet pas les mouvements de rotation (fig. 8b, c).

Plusieurs implants distribués uniformément sur la crête résiduelle et chapeautés de piliers prothétiques individuels (non-solidarisés) incorporant des mécanismes d'attachement peuvent assurer seuls le support et la rétention d'une prothèse totale amovible. Ces piliers sont vissés directement dans les implants et ils remplacent les piliers transmuqueux conventionnels. Ils ne sont pas solidarisés par une barre et les attachements qui les épousent sont incorporés dans l'intrados de la prothèse. Malgré l'absence de structure de soutien, cette prothèse est aussi considérée implanto-portée.

Le terme « prothèse de recouvrement » est aussi utilisé pour décrire une prothèse totale implanto-portée. Selon le dictionnaire des termes utilisés en médecine dentaire au Québec, une prothèse de recouvrement est une prothèse amovible non résiliente, supportée exclusivement par des implants[1]. L'utilisation de cette appellation semble limitée au Québec et constitue donc un régionalisme. Elle devrait donc être évitée.

---

[v] Un cavalier est un type d'attache en forme de U insérée dans la partie amovible de la prothèse[1]. Cette pièce chevauche la barre de soutien afin de créer de la rétention.

[vi] L'intrados est la partie interne d'une prothèse[1].

2.3.2 *Prothèse totale amovible muco-implanto-portée* :

La prothèse totale amovible muco-implanto-portée (fig. 9a, g, h) est une prothèse supportée par des implants en combinaison avec la crête résiduelle. C'est une prothèse amovible, donc elle peut être retirée et remise en place par le patient. Cette prothèse est souvent supportée dans sa portion antérieure par une barre de conjonction (fig. 9a, b) reliant deux implants. Cette structure métallique indépendante est retenue par des vis qui s'insèrent généralement dans les piliers transmuqueux des implants. La barre est donc fixée en place et elle ne peut être retirée que par le dentiste. Elle est légèrement dégagée par rapport à la gencive et ne comporte généralement pas d'extension postérieure suspendue. Un ou des cavaliers (fig. 9c), incorporés dans l'intrados de la prothèse (fig. 9f), permettent de stabiliser et d'augmenter la rétention de cette dernière. Lors de la mastication, la barre agit comme axe de rotation et doit permettre à la prothèse de pivoter (fig. 9b, c, d). La portion postérieure de la prothèse est alors supportée par la crête résiduelle. Cette prothèse présente donc un mode d'attachement résilient.

Des piliers prothétiques individuels incorporant des mécanismes d'attachement (boule, bouton pression, aimant) (fig. 9i, j) sont aussi utilisés pour retenir et supporter cette prothèse. Ces piliers sont vissés directement dans les implants (fig. 9k) et ils remplacent les piliers transmuqueux conventionnels. Ils ne sont pas solidarisés par une barre et les attachements qui les épousent sont incorporés dans l'intrados de la prothèse (fig. 9l). Ces attachements sont résilients, ce qui veut dire qu'ils permettent la rotation de la prothèse et ainsi la compression des crêtes édentées postérieures. Ils permettent également au patient de retirer et replacer la prothèse par lui-même.

Le terme « prothèse hybride » est utilisé pour décrire une prothèse amovible totale muco-implanto-portée. Selon le *Glossary of Prosthodontics Terms*[2], le terme « prothèse hybride » est défini comme suit:

> *Hybrid prosthesis:*
>
> *Slang for a nonspecific term applied to any prosthesis that does not follow conventional design. Frequently it is used to describe a dental prosthesis*

that is composed of different materials, type of denture teeth, variable acrylic denture resins, differing metals or design, etc.

Comme souligné par *l'Academy of Prosthodontics*, le terme « hybride » est une appellation non spécifique. Plusieurs exemples illustrent cette situation. Le terme « hybrid prosthesis » est parfois utilisé pour décrire une prothèse fixe implanto-portée fabriquée d'une structure de métal, d'acrylique et de dents prothétiques[4]. Selon le dictionnaire des termes utilisés en médecine dentaire au Québec, une prothèse hybride est une prothèse amovible résiliente, supportée en partie par des implants, en partie par des tissus mous[1]. Cette appellation est donc suggérée du fait que la prothèse hybride emprunte son mécanisme de support tant à la prothèse conventionnelle qu'à la prothèse sur implant. Dans le même ordre d'idées, on peut également associer ce descripteur à une prothèse supra-dentaire, car elle aussi utilise un mode de support mixte (muco-dento-portée). Conséquemment, l'utilisation du terme « hybride » est sujet à interprétation et il devrait être évité.

2.3.3 ***Prothèse partielle amovible supra-implantaire*** :

Les prothèses partielles amovibles supra-implantaires (fig. 10a, b, c, d) sont des prothèses partielles amovibles qui, en plus d'être supportées par des dents et la muqueuse, reposent sur des implants. Cette mesure vise à améliorer le support et la rétention de la prothèse qui, en présence d'un nombre limité de dents, est souvent instable et inconfortable. Les implants peuvent être chapeautés par des piliers prothétiques individuels incorporant des mécanismes d'attachement ou solidarisés par une barre de conjonction. Les piliers individuels ou la barre de conjonction sont fixes alors que la prothèse peut être mise en place et retirée par le patient.

2.4 Prothèses dentaires fixes sur implants

Les prothèses dentaires fixes sur implants servent à remplacer une dent, plusieurs dents ou voir même toutes les dents d'une arcade dentaire. Elles sont supportées par des implants dans la majorité des cas. Elles sont donc des prothèses implanto-portées. Il est possible de supporter une prothèse à l'aide d'une combinaison d'implants et de dents. Ces

prothèses sont alors considérées comme étant dento-implanto-portées. Ce type de prothèses est cependant peu utilisé. Les prothèses fixes sur implants sont généralement retenues par divers mécanismes de rétention : ciment, vis, friction. Lorsqu'installées, elles ne peuvent être retirées par les patients.

2.4.1 *Couronnes et prothèses partielles fixes implanto-portées :*

Prothèses sur implants qui remplacent une ou plusieurs dents du maxillaire ou de la mandibule. Les couronnes implanto-portées (fig. 11a, b, c, d, e, f) sont supportées par un implant. Elles remplacent généralement une dent et elles sont aussi appelées prothèses unitaires. Alors que les prothèses partielles (fig. 12a, b, c, d, e), aussi appelées ponts ou prothèses plurales, remplacent plusieurs dents et reposent sur un nombre variable d'implants. Ces prothèses peuvent être vissées directement dans les implants ou dans des piliers prothétiques. Lorsqu'elles sont cimentées ou retenues par friction, elles chapeautent des piliers prothétiques. Les couronnes et les prothèses partielles fixes implanto-portées ne peuvent être retirées par le patient.

2.4.2 *Prothèses totales fixes implanto-portées :*

Les prothèses totales fixes implanto-portées (fig. 13a, b, c, d, e, f) sont supportées par un nombre variable d'implants allant de quatre à huit. L'insertion de ces implants est souvent limitée à la portion antérieure de la mandibule et du maxillaire afin de profiter d'un os de meilleure qualité et d'éviter des structures anatomiques tels le complexe neuro-vasculaire mandibulaire ou les sinus maxillaires. Cette prothèse possède une armature de métal qui repose sur chacun des piliers prothétiques ou directement sur les implants. Elle est rattachée à ces derniers à l'aide de vis ou de ciment et par conséquent ne peut pas être retirée par le patient. Comme elle est entièrement supportée par les implants, cette prothèse ne touche généralement pas à la crête résiduelle afin de favoriser une bonne hygiène. Puisqu'il est souvent préférable ou impossible de ne pas insérer d'implants en zone postérieure, la prothèse fixée possède fréquemment des prolongements distaux

suspendus, en porte-à-faux, non supportés par les implants. Ces extensions sont créées afin de restaurer une table occlusale adéquate.

On retrouve dans les écrits français, l'appellation « bridge complet implanto-portée »[5]. Cette appellation est utilisée pour désigner une prothèse fixe implanto-portée fabriquée dans une situation clinique où la crête alvéolaire résiduelle est peu résorbée[vii]. Cette prothèse a pour but de principalement remplacer les dents manquantes. Elle a l'aspect d'une prothèse partielle fixe conventionnelle. L'appellation « prothèse sur pilotis » est utilisée pour désigner une prothèse fixe implanto-portée fabriquée en présence d'une crête alvéolaire plus résorbée[v]. La prothèse remplace les dents ainsi que les tissus environnants manquants. Elle tient ce nom du fait qu'elle ne touche fréquemment pas la crête alvéolaire.

On retrouve dans des écrits de langue anglaise l'appellation « fixed detachable » qui est associée à la prothèse totale fixe implanto-portée retenue par des vis[6]. Cette appellation est utilisée afin de souligner la capacité du praticien de déposer la prothèse au besoin. Cette appellation a été traduite par certains par prothèse fixe-amovible. Cette appellation et sa traduction ne respectent pas l'essence des définitions établies des termes « prothèse fixe » et « prothèse amovible ». Il est pertinent de souligner que *l'Academy of Prosthodontics* indique qu'une prothèse fixe peut être retenue par des vis[2]. Cette notion est aussi reprise dans le dictionnaire de prothèse odontologique[3]. Bien qu'une prothèse implanto-portée vissée puisse être déposée aisément par le dentiste, elle ne peut être retirée par le patient et elle ne peut être considérée comme amovible. De plus, l'appellation « fixed detachable » est aussi associée dans des écrits à une prothèse amovible implanto-portée supportée par une barre de conjonction qui incorpore des attachements non résilients[7,8]. L'utilisation des appellations « fixed-detachable » et « prothèse fixe-amovible » devrait être évitée, car elles entraînent de la confusion.

De façon similaire, on retrouve dans les écrits français l'utilisation du terme « prothèse adjointe implanto-portée » afin de décrire une prothèse fixe vissée. Comme mentionné précédemment, l'utilisation du qualificatif « adjointe » est non recommandée, car il est non

[vii] La résorption alvéolaire est le phénomène de perte physiologique de l'os alvéolaire consécutif à la perte des dents.

spécifique. Conséquemment, sa signification est souvent galvaudée. A titre d'exemple, dans le manuel *Décisions cliniques et plans de traitement en ostéo-intégration*[9], l'auteur utilise le terme « prothèse adjointe implanto-portée » pour décrire une prothèse mandibulaire fixe implanto-portée vissée alors qu'il utilise le terme « prothèse maxillaire vissée » pour décrire une prothèse ayant des caractéristiques similaires et qu'il définit comme étant aussi une prothèse implanto-portée fixée. L'auteur souligne que le patient ne peut pas retirer cette prothèse, que seul le praticien peut le faire. Cet exemple illustre à nouveau la confusion pouvant résulter de l'utilisation d'une mauvaise terminologie. L'utilisation des appellations « prothèse adjointe implanto-portée » devrait aussi être évitée.

2.5 Prothèses dentaires qui s'ajustent directement ou indirectement aux implants ostéo-intégrés

La nature de l'ajustement (direct ou indirect) d'une prothèse à des implants n'est pas utilisée en dentisterie à des fins de classification. On ne retrouve pas cette appellation dans les livres de référence. De plus, à ma connaissance, elle n'est pas enseignée dans les universités canadiennes et américaines. On retrouve toutefois dans la *Loi sur la denturologie* du Québec, un article qui utilise ces termes. Compte tenu de l'utilisation peu répandue de ces derniers, l'interprétation de cet article fait l'objet de discussions depuis plusieurs années. Afin de répondre au mandat qui m'a été confié, je vais proposer des hypothèses quant à leur signification.

Selon le *Petit Larousse*[10], l'adjectif « direct » signifie sans intermédiaire, en relation immédiate avec quelqu'un ou quelque chose.

Dans la pratique de la réhabilitation implanto-portée, l'utilisation de ce qualificatif peut théoriquement se faire à deux niveaux.

La première utilisation ferait référence à la présence ou non de piliers prothétiques. Comme mentionné précédemment, l'implant endo-osseux traditionnel est placé dans l'os

de la mâchoire et sa portion supérieure est située au niveau de la crête osseuse, sous la gencive. Les piliers ont pour fonction d'amener l'assise prothétique près du niveau ou au-dessus de la gencive (fig. 7a, b, d). Cette mesure a pour but de faciliter la fabrication de la prothèse. Pour des considérations esthétiques ou en raison d'un espace prothétique limité, cette connexion peut toutefois s'établir en l'absence de piliers, donc sous la gencive. Un ajustement direct d'une prothèse dentaire à des implants s'effectuerait en absence de piliers prothétiques. La prothèse serait ainsi en relation immédiate avec les implants ; alors qu'un ajustement indirect d'une prothèse dentaire à des implants s'effectuerait en présence de piliers prothétiques. Les piliers joueraient le rôle d'élément intermédiaire dans la connexion de la prothèse aux implants. Cette interprétation réfère donc au sens commun (ordinaire) des mots.

La deuxième utilisation ferait abstraction de la présence ou non de piliers et référerait plutôt au mode de connexion de la prothèse. Une prothèse qui s'ajuste directement aux implants serait une prothèse qui a un lien cimenté ou vissé avec les implants (fig. 7e, f). Cette connexion directe et rigide ne permettrait pas le retrait de la prothèse par le patient. Une prothèse qui s'ajuste indirectement aux implants serait une prothèse qui se connecte aux implants par l'intermédiaire d'attachements (fig. 8g, 9f et l) qui s'adaptent à des piliers individuels (piliers boule ou boutons pression, fig.9i et j) ou une sous-structure (barre de conjonction, fig. 8a et e, 9a et b). Cette connexion indirecte et non rigide permettrait le retrait de la prothèse par le patient. Cette interprétation permettrait donc d'associer l'utilisation de l'appellation d'ajustement direct ou indirect à la nature fixe ou amovible des prothèses dentaires sur implants. Cette interprétation, plus figurée que la première, peut se justifier par une mise en contexte historique de la pratique de la réhabilitation implanto-portée au Québec. Lorsque la *Loi sur la denturologie* a été modifiée au début des années 1990, la majorité des patients traités étaient des patients totalement édentés souffrant d'atrophie alvéolaire sévère. Dans ce contexte, il était extrêmement rare qu'une prothèse totale sur implant soit fabriquée en absence de piliers prothétiques. Conséquemment, il est permis de penser que l'utilisation de l'appellation d'ajustement direct ou indirect dans cette loi faisait référence à d'autres considérations que celles découlant d'une situation d'exception (absence de piliers).

Comme mentionné précédemment, les praticiens ont tenté de trouver une signification à l'appellation d'ajustement direct ou indirect d'une prothèse à des implants dentaires dans les discussions qui ont suivi la modification de la *Loi sur la denturologie*. À ma connaissance, cette problématique n'a malheureusement pas été éclaircie.

3 TYPES ET FONCTION DES APPAREILS BUCCAUX

3.1 Déficience et appareils buccaux

Le terme déficience est l'équivalent du terme de langue anglaise « impairment ».

La définition des déficiences selon l'Organisation mondiale de la santé[11], est :

> *Impairment:*
>
> *In the context of health experience, an impairment is any loss or abnormality of psychological, physiological, or anatomical structure or function.*

Généralement, les déficiences sont associées à la manifestation de pathologies et aux conditions diagnostiquées et traitées par le corps médical. Les déficiences peuvent conduire à des incapacités, c'est-à-dire des impossibilités pour la personne déficiente de faire certaines actions.

Un appareil buccal est une pièce destinée à une autre fonction que le remplacement des dents[1]. Un appareil buccal n'est pas une prothèse. Même si à l'occasion certains appareils peuvent incorporer un élément prothétique, telle une fausse dent ou de l'acrylique imitant la gencive, ils servent principalement à corriger une déficience. La démarche diagnostique, l'ajustement et le suivi des appareils buccaux s'inscrivent donc généralement dans une démarche thérapeutique. Ceci dit, certains appareils buccaux sont utilisés à des fins de prévention.

3.2 Gouttières occlusales

Une gouttière occlusale (fig. 14a, b, c), aussi appelée plaque occlusale, est un appareil buccal qui recouvre l'incisif et l'occlusal des dents. Cette couverture peut être complète ou partielle. Cet appareil est généralement fait d'acrylique.

Dans les écrits de langue anglaise, le terme « occlusal device » est utilisé pour décrire cet appareil.

Selon le *Glossary of Prosthodontics Terms*[2], le terme « occlusal device » est défini comme suit:

> *Occlusal device:*
>
> *Any removable artificial occlusal surface used for diagnosis or therapy affecting the relationship of the mandible to the maxillae. It may be used for occlusal stabilization, for treatment of temporomandibular disorder, or to prevent wear of the dentition.*

Les termes « bite splint », « night guard », « interocclusal appliance » ou « orthotic » sont aussi utilisés par les auteurs et praticiens anglophones.

Les gouttières occlusales permettent de modifier la relation intermaxillaire et les contacts occlusaux. Elles sont utilisées dans le cadre d'objectifs thérapeutiques différents. Comme souligné dans la définition de *l'Academy of Prosthodontics*, elles permettent de stabiliser les mâchoires en présence d'une occlusion fautive. Elles sont aussi utilisées dans la gestion de désordres temporo-mandibulaires et de douleurs bucco-faciales. Les gouttières occlusales peuvent permettre, en changeant la relation intermaxillaire, aux articulations temporo-mandibulaires de prendre une position orthopédique stable. Elles contribuent, en modifiant l'occlusion, à réorganiser l'activité neuromusculaire et ainsi à réduire l'hyperactivité musculaire. Les gouttières occlusales peuvent être utiles au diagnostic et à la gestion du bruxisme (serrement-grincement de dents) de même qu'à la prévention de l'usure des dents (attrition) associée à cette condition[12].

Les gouttières occlusales ne sont pas des protecteurs buccaux. Elles ont une fonction thérapeutique. Leur utilisation doit s'inscrire dans une démarche diagnostique et faire l'objet d'un suivi. Le protecteur buccal (fig. 15a, b, c) est un appareil porté durant l'exercice d'un sport de contact dans le but de prévenir ou tout au moins réduire les blessures aux dents et aux tissus environnants[1].

3.3 Appareils d'avancement mandibulaire

Les appareils d'avancement mandibulaire (AAM) (fig. 16a, b, c) sont utilisés dans le traitement temporaire de l'apnée du sommeil et du ronflement. Ils ont pour but d'amener antérieurement la mandibule et les structures anatomiques y étant attachées, notamment la langue. Ce déplacement permet d'empêcher le rétrécissement voire l'obstruction des voies respiratoires causée par un positionnement postérieur de la langue lors du sommeil.

Bien que la démarche diagnostique et la prescription des AAM relèvent du domaine médical, la fabrication, l'ajustement et surtout le suivi de tels appareils demandent des compétences en médecine dentaire. En effet, des effets secondaires à court et à long terme sont associés aux AAM. Inconfort aux dents, gencives et ATM, déplacements dentaires et modifications de l'articulation temporo-mandibulaires peuvent être causés par le port de ces appareils et demandent un suivi rigoureux.

3.4 Appareils orthodontiques

Les appareils orthodontiques (fig. 17a, b, c) sont des appareils de résine comportant des crochets, des fils, des bagues, des vérins ou des ressorts servant à déplacer ou à retenir les dents[1]. Certains de ces appareils peuvent aussi être utilisés pour diriger ou contraindre la croissance des maxillaires. Ils ont pour but de corriger ou de prévenir les malocclusions dentaires.

Récemment, des techniques de fabrication assistée par ordinateur de coquilles en acrylique (fig. 17d) à des fins de traitements orthodontiques ont été développées. Cette technologie permet dans certaines situations de remplacer les appareils orthodontiques

conventionnels. Malgré l'impression de simplicité associée à l'utilisation de ces coquilles, cette avenue thérapeutique demande également des connaissances approfondies en médecine dentaire.

3.5 Obturateurs

Les obturateurs (fig. 18a, b) sont des prothèses maxillo-faciales[viii] destinées à obturer les communications bucco-nasales accidentelles, héréditaires ou post-chirurgicales[1].

Les obturateurs peuvent être stabilisés par des implants dentaires.

On distingue l'obturateur maxillaire oblitérant une partie perdue du palais dur, de l'obturateur vélaire, remplaçant le voile du palais. Dans certains cas, la mobilité du voile du palais est affectée et l'obturateur vélaire ne fait que supporter cette structure, sans qu'il y ait un déficit anatomique. Dans ces circonstances, ce type d'obturateur peut être considéré comme un appareil dentaire plutôt qu'une prothèse maxillo-faciale.

* * * * * *

J'espère avoir répondu aux questions qui m'étaient soumises et demeure disposé à répondre à toute question éventuelle.

Pierre de Grandmont, DMD, Cert (prostho), M. Sc.

[viii] Une prothèse maxillo-faciale est une prothèse servant à restaurer les grandes pertes de substance des tissus durs et des parties molles dans la région des maxillaires et de la face[1].

Références :

1- Lemieux Bertrand, Le dictionnaire des termes de médecine dentaire en usage au Québec, Consultants BL, Beaupré, 2001;

2- The Academy of Prosthodontics, *The Glossary of Prosthodontics Terms,* Journal of Prosthetic Dentistry, 2005 July; 94(1): p. 10-92;

3- Archien Claude et col., Dictionnaire de prothèse odontologique, Éd. SNPMD, Paris, 2004;

4- Warreth A, Alkadhimi AF, Sultan A, Byrne C, Woods E. Mandibular implant-supported overdentures: attachment systems, and number and locations of implants--Part I. J Ir Dent Assoc. 2015 Apr-May; 61(2):93-7;

5- Davarpanah Mithridade et col., Manuel d'implantologie clinique, Édition CdP, Paris, 1999;

6- Hess Timothy A., Choosing Between Fixed and Removable Prostheses, Decisions in Dentistry, 2017 http://decisionsindentistry.com/article/choosing-fixed-removable-prostheses/;

7- De Avila Erica A. et col., Eigth-Year Follow-up of a Fixed-Detachable Maxillary Prostheis Utilizing an Attachement Syatem : Clinical Protocol for Individuals With Skeletal Class III Malocclusions, Journal of Implantology, 2014 vol 40(3): 307-12;

8- Morgano Steven M. et col., A Fixed-Detachable Implant-supported Prosthesis retained with precision attachements, J Prosthet Dent, 1993; 70 (5):438-42;

9- Engelman Michael J., Décisions cliniques et plans de traitement en ostéo-intégration. Quintessence International, Paris, 1998;

10- Petit Larousse illustré, Librairie Larousse, Paris, 1991;

11- International classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (OMS, 1980). Télécharger la version originale en anglais : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41003/9241541261_eng.pdf;jsessionid=2B6A9304E797F100C61A33B9553CD829?sequence=1 (PDF, 6,4 Mo);

12- Okeson Jeffrey P., Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion, 6e edition, Elvesier Mosby,St-Louis, 2008.

Québec

© Éditeur officiel du Québec

À jour au 1er avril 2019
Ce document a valeur officielle.

chapitre D-3, r. 14

Règlement sur les spécialités et les conditions et modalités de délivrance des certificats de spécialiste de l'Ordre des dentistes du Québec

Loi sur les dentistes
(chapitre D-3, a. 3).

Code des professions
(chapitre C-26, a. 94, par. *e* et *i*).

TABLE DES MATIÈRES

SECTION I
DÉLIVRANCE DU CERTIFICAT DE SPÉCIALISTE..... **1**

SECTION II
STAGE..... **4**

SECTION III
EXAMENS..... **12**

ANNEXE I

ANNEXE II

SECTION I

DÉLIVRANCE DU CERTIFICAT DE SPÉCIALISTE

1. Le Conseil d'administration de l'Ordre des dentistes du Québec délivre un certificat de spécialiste au candidat qui satisfait aux conditions suivantes:

1° être titulaire d'un diplôme reconnu par le gouvernement en vertu du premier alinéa de l'article 184 du Code des professions (chapitre C-26) ou d'un diplôme reconnu équivalent par le Conseil d'administration, ou être bénéficiaire d'une équivalence de formation reconnue par le Conseil d'administration;

2° être titulaire d'un permis délivré par l'Ordre;

3° être inscrit au tableau de l'Ordre;

4° être titulaire d'un certificat d'immatriculation délivré selon les dispositions de la Loi sur les dentistes (chapitre D-3);

5° avoir satisfait aux exigences du stage;

6° avoir réussi les examens déterminés par l'Ordre;

7° avoir rempli une demande de certificat de spécialiste;

8° avoir acquitté les frais relatifs à l'obtention du certificat de spécialiste déterminés par résolution du Conseil d'administration en vertu du paragraphe 8 de l'article 86.0.1 du Code.

D. 1361-94, a. 1.

2. L'Ordre reconnait les spécialités décrites à l'annexe I.

D. 1361-94, a. 2.

3. Le certificat de spécialiste délivré conformément au présent règlement porte le sceau de l'Ordre ainsi que la signature du président et du secrétaire. Il doit indiquer le nom de son titulaire, la date de sa délivrance ainsi que la spécialité reconnue à son titulaire.

Pour la spécialité de prosthodontie, l'option doit également apparaître sur le certificat à la suite de la spécialité.

D. 1361-94, a. 3; D. 687-2008, a. 1.

SECTION II

STAGE

4. Le stage effectué par un candidat consiste en un programme universitaire de spécialisation post-doctoral reconnu et approuvé par l'Ordre et composé d'études théoriques et pratiques en vue de l'obtention d'un certificat de spécialiste.

D. 1361-94, a. 4.

5. La période de stage requise en vue de l'obtention d'un certificat de spécialiste est prévue à l'annexe II.

D. 1361-94, a. 5.

© Éditeur officiel du Québec

6. Le stage est effectué à plein temps dans un établissement agréé par l'Ordre et dans le cadre et limites de cet agrément, le tout tel qu'il appert à la liste des cours et des établissements agréés par le Conseil d'administration.

D. 1361-94, a. 6; D. 687-2008, a. 2.

7. Pour être admis au stage, un candidat doit obtenir du Conseil d'administration une carte de stage prévue à l'article 8.

D. 1361-94, a. 7.

8. La carte de stage est émise au candidat qui:

1° est titulaire d'un permis délivré par l'Ordre;

2° est immatriculé aux registres des personnes poursuivant des études de spécialité;

3° fournit la preuve de son acceptation dans un programme universitaire visé à l'article 4; et

4° remplit une demande à cet effet.

D. 1361-94, a. 8.

9. La carte de stage demeure valide à compter de sa date de délivrance jusqu'à:

1° la fin de l'année universitaire pour laquelle elle a été émise;

2° la résiliation de l'inscription de son titulaire au programme de formation ou au retrait de son titulaire du programme; ou

3° la révocation de l'immatriculation du candidat.

D. 1361-94, a. 9.

10. Une nouvelle carte de stage pour une année universitaire suivante est émise au candidat qui remplit les conditions prévues à l'article 8.

D. 1361-94, a. 10.

11. Le stage doit être suivi d'un rapport portant sur la compétence du candidat, signé par le doyen de la faculté ou le directeur du programme, et transmis par le signataire au secrétaire de l'Ordre dans les 30 jours de la fin du stage. Ce rapport doit faire état notamment:

1° de la conscience professionnelle;

2° des connaissances;

3° de la dextérité manuelle;

4° de l'expérience clinique;

5° du jugement professionnel du candidat.

D. 1361-94, a. 11.

© Éditeur officiel du Québec

SECTION III

EXAMENS

12. Un candidat qui a satisfait aux exigences du stage prévues à la section II est admissible aux examens prévus à la présente section.

D. 1361-94, a. 12.

13. Les examens ont pour but d'évaluer la compréhension et la maîtrise des connaissances techniques ainsi que les habiletés acquises par le candidat en vue de déterminer s'il est apte à exercer dans la spécialité postulée.

D. 1361-94, a. 13.

14. À chaque année, il se tient au moins une session d'examens pour chaque spécialité reconnue par l'Ordre.

D. 1361-94, a. 14.

15. Pour pouvoir se présenter à une session d'examens, un candidat doit remplir une demande d'inscription à cet effet et la retourner au secrétaire au plus tard 60 jours avant la date fixée pour les examens.

D. 1361-94, a. 15.

16. La liste des candidats à l'examen est remise au comité d'examen des titres, constitué en vertu du paragraphe 2 de l'article 86.0.1 du Code, par le secrétaire au plus tard 45 jours avant la date fixée pour les examens.

D. 1361-94, a. 16.

17. La note minimale de réussite de chaque examen est de 60%. À défaut d'obtenir cette note, le candidat doit reprendre l'examen à la session suivante.

D. 1361-94, a. 17.

18. Les examens auxquels doivent se soumettre le candidat sont des examens écrits, oraux, cliniques ou pratiques.

D. 1361-94, a. 18.

19. Pour être admissible à l'examen oral, clinique ou pratique, un candidat doit avoir réussi l'examen écrit.

D. 1361-94, a. 19.

20. À l'examen oral, clinique ou pratique, les questions et réponses sont enregistrées mécaniquement.

D. 1361-94, a. 20.

21. Les résultats de l'examen sont transmis au candidat par la poste dans les 45 jours suivant la date fixée pour l'examen.

D. 1361-94, a. 21.

22. Le Conseil d'administration doit réviser la note obtenue à l'examen par un candidat, à condition que ce dernier en fasse la demande par écrit, dans les 30 jours de la mise à la poste du relevé de notes. Le candidat peut, selon les mêmes modalités, demander au Conseil d'administration d'être entendu au sujet des motifs justifiant une telle révision.

D. 1361-94, a. 22.

© Éditeur officiel du Québec

23. Le Conseil d'administration dispose d'un délai de 120 jours, à compter de la date de la réception de la demande de révision, pour entendre le candidat et, s'il y a lieu, réviser sa décision. À cette fin, le secrétaire convoque le candidat par écrit, par poste recommandée, au moins 10 jours avant la date de l'audition.

D. 1361-94, a. 23; N.I. 2016-01-01 (NCPC).

24. La note accordée, après révision, est définitive et doit être transmise au candidat par la poste.

D. 1361-94, a. 24.

25. *(Omis)*.

D. 1361-94, a. 25.

© Éditeur officiel du Québec

ANNEXE I

(a. 2)

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;

2° «dentisterie pédiatrique»: la spécialité de la médecine dentaire ayant pour objet le diagnostic, la prévention et le traitement des maladies, des anomalies et des accidents bucco-dentaires chez les enfants, de la naissance à l'adolescence;

3° «endodontie»: la spécialité de la médecine dentaire ayant pour objet l'étiologie, la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies et des traumatismes affectant et la pulpe et les tissus périapicaux;

4° «médecine buccale»: la spécialité de la médecine dentaire ayant pour objet la gestion de la santé buccale des patients présentant des conditions médicales complexes ainsi que le diagnostic et le traitement principalement non chirurgical des maladies primitives de la cavité buccale et des désordres constitutionnels et syndromes douloureux pouvant affecter la sphère orofaciale;

5° «orthodontie»: la spécialité de la médecine dentaire ayant pour objet le diagnostic, la prévention, l'interception et le traitement de toutes formes de malocclusions dentaires et la correction des structures environnantes;

6° «parodontie»: la spécialité de la médecine dentaire ayant pour objet le diagnostic, la prévention et le traitement des maladies qui affectent les tissus de soutien de la dent;

7° «prosthodontie»: la spécialité de la médecine dentaire ayant pour objet la restauration des dents naturelles et le remplacement des dents et des tissus adjacents par des substituts artificiels dans le but de restaurer et de maintenir la fonction orale, la santé, le confort et l'apparence. Elle comprend 3 options:

i. la restauration, c'est-à-dire la dentisterie opératoire et prosthodontie fixe;

ii. la prosthodontie amovible;

iii. la prosthodontie maxillo-faciale;

8° «santé dentaire communautaire»: la science et l'art de prévenir et de contrôler les maladies dentaires et de promouvoir l'hygiène dentaire par des mesures communautaires concertées. Cette forme d'exercice de la médecine dentaire a la collectivité comme patient plutôt qu'un individu. Elle a pour objet l'éducation du public en matière d'hygiène dentaire, par le truchement de la recherche et de l'application des données de telles recherches ainsi que de l'administration de programmes de soins dentaires à des collectivités et de la prévention et du contrôle des affections dentaires sur une base communautaire;

9° «pathologie buccale et maxillo-faciale»: la spécialité de la médecine dentaire ayant pour objet l'étude de la nature, le diagnostic clinique et microscopique, la gestion et le traitement principalement non chirurgical des maladies primitives, désordres constitutionnels et lésions buccales et maxillo-faciales;

10° «radiologie buccale et maxillo-faciale»: la spécialité de la médecine dentaire ayant pour objet principal l'interprétation d'images obtenues à l'aide de diverses technologies en vue d'établir un diagnostic radiologique des maladies et conditions de la cavité buccale et du complexe maxillo-facial.

D. 1361-94, Ann. I; D. 687-2008, a. 3.

© Éditeur officiel du Québec

ANNEXE II

(a. 5)

1. Période de stage requise à l'égard des spécialités reconnues par l'Ordre:

1° chirurgie buccale et maxillo-faciale: avoir complété avec succès des études d'au moins 4 années académiques à plein temps et consécutives dans un programme universitaire reconnu et approuvé par l'Ordre;

2° dentisterie pédiatrique: avoir complété avec succès des études d'au moins 2 années académiques à plein temps et consécutives dans un programme universitaire reconnu et approuvé par l'Ordre;

3° endodontie: avoir complété avec succès des études d'au moins 2 années académiques à plein temps et consécutives dans un programme universitaire reconnu et approuvé par l'Ordre;

4° médecine buccale: avoir complété avec succès des études d'au moins 2 années académiques à plein temps et consécutives dans un programme universitaire reconnu et approuvé par l'Ordre;

5° orthodontie: avoir complété avec succès des études d'au moins 2 années académiques à plein temps et consécutives dans un programme universitaire reconnu et approuvé par l'Ordre;

6° parodontie: avoir complété avec succès des études d'au moins 2 années académiques à plein temps et consécutives dans un programme universitaire reconnu et approuvé par l'Ordre;

7° prosthodontie: avoir complété avec succès des études d'au moins 2 années académiques à plein temps et consécutives dans un programme universitaire reconnu et approuvé par l'Ordre;

8° santé dentaire communautaire: avoir complété avec succès des études d'au moins 2 années académiques à plein temps et consécutives, ou l'équivalent, dans un programme universitaire reconnu et approuvé par l'Ordre;

9° pathologie buccale et maxillo-faciale: avoir complété avec succès des études d'au moins 2 années académiques à plein temps et consécutives dans un programme universitaire reconnu et approuvé par l'Ordre;

10° radiologie buccale et maxillo-faciale: avoir complété avec succès des études d'au moins 2 années académiques à plein temps et consécutives dans un programme universitaire reconnu et approuvé par l'Ordre.

D. 1361-94, Ann. II; D. 687-2008, a. 4.

Note

Tout certificat de spécialiste en médecine buccale délivré par l'Ordre avant le 24 juillet 2008 devient:

1° un certificat en médecine buccale, pour le titulaire d'un certificat en médecine buccale comprenant l'option diagnostic médecine buccale et thérapeutique dentaire;

2° un certificat en pathologie buccale et maxillo-faciale, pour le titulaire d'un certificat en médecine buccale comprenant l'option pathologie buccale;

3° un certificat en radiologie buccale et maxillo-faciale, pour le titulaire d'un certificat en médecine buccale comprenant l'option radiologie dentaire.

MISES À JOUR
D. 1361-94, 1994 G.O. 2, 5768
D. 687-2008, 2008 G.O. 2, 3992
L.Q. 2008, c. 11, a. 212

© Éditeur officiel du Québec

SECTION V

EXERCICE DE L'ART

DENTAIRE

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.

1973, c. 49, a. 26.

27. Nonobstant toute autre loi générale ou spéciale, les dentistes sont habilités à prescrire des médicaments aux fins visées à l'article 26, à prendre des empreintes et des articulés et à faire l'essai, la pose, l'adaptation, le remplacement et la vente de dispositifs adjoints ou conjoints.

Aux fins du présent article, les mots «dispositif adjoint» désignent une prothèse dentaire amovible qui remplace la dentition naturelle et les mots «dispositif conjoint» désignent une prothèse fixe qui est ajoutée ou intégrée à la dentition naturelle.

1973, c. 49, a. 27.

28. Le dentiste peut, dans l'exercice de sa profession, donner des conseils permettant de prévenir les maladies des dents, de la bouche ou des maxillaires et promouvoir les moyens favorisant une bonne dentition.

1973, c. 49, a. 28.

29. *(Abrogé)*.

1973, c. 49, a. 29; 1994, c. 40, a. 308.

30. Le Conseil d'administration peut délivrer, aux conditions qu'il détermine, un permis temporaire à toute personne qui ne remplit pas les conditions de délivrance du permis, mais qui est engagée comme professeur dans le domaine de la santé dans une université du Québec. Ce permis est valable pour la durée de l'engagement de cette personne comme professeur.

1973, c. 49, a. 30; 1994, c. 40, a. 309; 2008, c. 11, a. 212; 2009, c. 35, a. 49.

31. Le Conseil d'administration peut accorder, aux conditions qu'il détermine, à toute personne qui ne remplit pas les conditions de délivrance du permis un permis restrictif, annuel et renouvelable.

Le titulaire d'un tel permis ne peut poser d'autres actes professionnels que ceux spécifiquement autorisés par son permis.

1973, c. 49, a. 31; 1994, c. 40, a. 310; 1997, c. 43, a. 875; 2008, c. 11, a. 212.

31.1. Le Conseil d'administration peut délivrer un permis spécial de spécialiste pour l'exercice des activités professionnelles dans le domaine d'une classe de spécialité qu'il définit en application du paragraphe *e* de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26), assorti d'un certificat de spécialiste correspondant à cette classe de spécialité, à une personne qui satisfait les conditions et modalités de délivrance déterminées dans un règlement pris en vertu du premier alinéa de l'article 19.1.

2017, c. 11, a. 113.

© Éditeur officiel du Québec

Québec

© Éditeur officiel du Québec

À jour au 1er juin 2019
Ce document a valeur officielle.

chapitre M-9

LOI MÉDICALE

Note *La ministre de la Justice est responsable de l'application de la présente loi. Décret 385-2019 du 10 avril 2019, (2019) 151 G.O. 2, 1420.*

TABLE DES MATIÈRES

SECTION I
DÉFINITIONS **1**

SECTION II
ORDRE DES MÉDECINS DU QUÉBEC **2**

SECTION III
CONSEIL D'ADMINISTRATION **6**

SECTION IV
SECRÉTAIRE DE L'ORDRE **25**

SECTION V
IMMATRICULATION **28**

SECTION VI
EXERCICE DE LA MÉDECINE **31**

SECTION VII
EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE **43**

SECTION VIII

ANNEXE ABROGATIVE

SECTION I

DÉFINITIONS

1. Dans la présente loi et dans les règlements adoptés sous son autorité, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les termes suivants signifient:

a) «Ordre» : l'Ordre des médecins du Québec constitué par la présente loi;

b) «Conseil d'administration» : le Conseil d'administration de l'Ordre;

c) «médecin» ou «membre de l'Ordre» : quiconque est inscrit au tableau;

d) «permis» : un permis délivré conformément au Code des professions (chapitre C-26) et à la présente loi;

e) (paragraphe abrogé);

f) «établissement» : un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);

*f.*1*)* «centre médical spécialisé» : un centre médical spécialisé au sens de l'article 333.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2);

g) «tableau» : la liste des membres en règle de l'Ordre dressée conformément au Code des professions et à la présente loi;

h) «centre de procréation assistée» : un centre au sens de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01).

1973, c. 46, a. 1; 1974, c. 65, a. 67; 1992, c. 21, a. 188; 1994, c. 40, a. 369; 1994, c. 23, a. 23; 2006, c. 43, a. 48; 2008, c. 11, a. 212; 2009, c. 30, a. 53.

SECTION II

ORDRE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

2. L'ensemble des médecins habilités à exercer la profession médicale au Québec constitue un ordre professionnel désigné sous le nom de «Collège des médecins du Québec» ou de «Ordre professionnel des médecins du Québec» ou «Ordre des médecins du Québec».

1973, c. 46, a. 2; 1977, c. 5, a. 229; 1994, c. 40, a. 370.

3. Sous réserve des dispositions de la présente loi, l'Ordre et ses membres sont régis par le Code des professions (chapitre C-26).

1973, c. 46, a. 3.

4. Le siège de l'Ordre est à Montréal ou à tout autre endroit au Québec déterminé par règlement du Conseil d'administration pris en application du paragraphe *f* de l'article 93 du Code des professions (chapitre C-26).

1973, c. 46, a. 4; 1994, c. 40, a. 371; 2008, c. 11, a. 212.

5. Toute procédure dirigée contre l'Ordre doit être signifiée à son secrétaire ou à l'un de ses adjoints, au siège de l'Ordre.

1973, c. 46, a. 5.

© Éditeur officiel du Québec

SECTION III

CONSEIL D'ADMINISTRATION

2008, c. 11, a. 212.

6. L'Ordre est administré par un Conseil d'administration formé d'un président et de 14 autres administrateurs.

1973, c. 46, a. 6; 1989, c. 27, a. 1; 2008, c. 11, a. 212; 2017, c. 11, a. 126.

7. Onze des administrateurs sont élus de la manière prévue à la présente loi et au Code des professions (chapitre C-26).

Quatre autres administrateurs sont nommés par l'Office des professions du Québec, de la manière prévue au Code des professions.

1973, c. 46, a. 7; 1994, c. 40, a. 372; 2017, c. 11, a. 127.

8. *(Abrogé)*.

1973, c. 46, a. 8; 1994, c. 40, a. 373.

9. Les administrateurs élisent le président de l'Ordre parmi les administrateurs élus par scrutin secret.

L'élection au poste de président a lieu tous les quatre ans, à la première séance du Conseil d'administration qui suit le premier mercredi d'octobre.

Le président est élu pour un mandat de quatre ans. Il ne peut exercer plus de deux mandats consécutifs.

Lorsque le président est élu pour un mandat qui excède la durée de son mandat à titre d'administrateur, il cesse d'exercer son mandat de président à la fin de son mandat d'administrateur, à moins qu'il ne soit réélu à titre d'administrateur. Dans un tel cas, il continue son mandat de président pour la durée non écoulée de celui-ci.

1973, c. 46, a. 9; 1999, c. 40, a. 176; 2008, c. 11, a. 194, a. 212; 2017, c. 11, a. 128.

10. Les élections aux postes d'administrateurs élus ont lieu le premier mercredi d'octobre, tous les deux ans.

Elles pourvoient au remplacement des administrateurs élus dont le mandat vient à expiration.

1973, c. 46, a. 10.

11. Le choix des administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec a lieu en même temps que les élections des administrateurs élus.

Lors de ce choix, on pourvoit au remplacement des administrateurs nommés dont le mandat vient à expiration.

1973, c. 46, a. 11; 2017, c. 11, a. 129.

12. Les administrateurs sont élus ou nommés, suivant le cas, pour un mandat de quatre ans.

1973, c. 46, a. 12; 2017, c. 11, a. 130.

© Éditeur officiel du Québec

13. Tous les deux ans, à la première séance du Conseil d'administration qui suit le premier mercredi d'octobre, les membres du Conseil d'administration désignent parmi les membres élus, par un vote au scrutin secret, un vice-président.

Lors de la même séance, dans le cas où un comité exécutif est formé en application de l'article 96 du Code des professions (chapitre C-26), un membre du comité exécutif est désigné par un vote au scrutin secret des membres du Conseil d'administration parmi les membres nommés par l'Office et deux autres membres sont désignés par un vote au scrutin secret des membres du Conseil d'administration parmi les membres élus. Le président et le vice-président sont d'office membres de ce comité.

1973, c. 46, a. 13; 1974, c. 65, a. 68; 2008, c. 11, a. 194, a. 212; 2017, c. 11, a. 131.

14. En cas d'absence ou d'empêchement du président, il est remplacé par le vice-président.

1973, c. 46, a. 14; 1999, c. 40, a. 176.

15. En outre des fonctions prévues au Code des professions (chapitre C-26), le Conseil d'administration:

a) donne avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la qualité des soins médicaux fournis dans les centres exploités par les établissements et sur les normes à suivre pour relever le niveau de la qualité de ces soins;

a.1*)* donne avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, de sa propre initiative ou sur demande de celui-ci, sur la qualité et la sécurité des traitements médicaux spécialisés effectués dans un centre médical spécialisé de même que sur les normes à suivre pour relever le niveau de qualité et de sécurité de ces traitements;

b) (paragraphe abrogé);

c) organise la tenue d'un registre des étudiants en médecine, de même que des personnes effectuant un stage de formation professionnelle ou poursuivant des études de spécialité, et détermine les formalités relatives à l'inscription dans ce registre;

d) (paragraphe abrogé);

e) donne avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, de sa propre initiative ou sur demande de celui-ci, sur la qualité, la sécurité et l'éthique des activités de procréation assistée qui sont exercées dans un centre de procréation assistée, sur la compétence professionnelle des médecins qui y exercent ces activités de même que sur les normes à suivre pour relever le niveau de qualité, de sécurité et d'éthique de ces activités.

1973, c. 46, a. 15; 1974, c. 65, a. 69; 1985, c. 23, a. 24; 1992, c. 21, a. 189; 1994, c. 40, a. 374; 2000, c. 13, a. 68; 2006, c. 43, a. 49; 2008, c. 11, a. 195, a. 212; 2009, c. 30, a. 54.

16. Dans l'exercice des fonctions qui lui sont attribuées aux paragraphes *a*, *a*.1 et *e* de l'article 15, le Conseil d'administration peut faire effectuer des enquêtes au sujet de la qualité des soins médicaux fournis dans les centres exploités par les établissements, au sujet de la qualité et de la sécurité des activités exercées dans les centres de procréation assistée ou au sujet de la qualité et de la sécurité des traitements médicaux spécialisés effectués dans les centres médicaux spécialisés et former un comité d'enquête à cette fin.

1973, c. 46, a. 16; 1992, c. 21, a. 190; 2006, c. 43, a. 50; 2008, c. 11, a. 212; 2009, c. 30, a. 55.

17. Il est interdit d'entraver de quelque façon que ce soit un membre d'un comité d'enquête formé en vertu de l'article 16 dans l'exercice de ses fonctions, de le tromper par des réticences ou par de fausses déclarations ou de refuser de lui fournir un renseignement ou un document relatif à une enquête qu'il tient en vertu de la présente loi.

© Éditeur officiel du Québec

Toute personne qui contrevient au présent article commet une infraction et est passible des peines prévues à l'article 188 du Code des professions (chapitre C-26).

1973, c. 46, a. 17.

18. Le Conseil d'administration peut tenir une enquête sur toute matière ayant trait à la déontologie médicale, la discipline des membres de l'Ordre ou l'honneur et la dignité de la profession.

Aux fins de cette enquête, le Conseil d'administration délègue un membre de l'Ordre, qui a le droit d'obtenir de tout médecin, établissement ou patient tous les renseignements qu'il juge utiles, sans qu'aucun d'eux ne puisse invoquer le secret professionnel.

S'il y a refus de répondre ou d'exhiber un document concernant l'enquête ou de laisser prendre copie d'un tel document, l'Ordre peut obtenir, sur demande dûment signifiée à l'intéressé, une ordonnance de la Cour supérieure équivalant à une ordonnance d'outrage au tribunal.

1973, c. 46, a. 18; 1974, c. 65, a. 70; 2008, c. 11, a. 212; N.I. 2016-01-01 (NCPC).

18.1. Le Conseil d'administration transmet au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens institué pour un établissement et auquel est rattaché un médecin visé par une enquête, sur demande ou de sa propre initiative, les informations obtenues par un comité d'enquête, le comité d'inspection professionnelle ou un syndic et qu'il croit utiles à l'exercice des fonctions de ce conseil.

1981, c. 22, a. 35; 1984, c. 47, a. 210; 1992, c. 21, a. 191; 2008, c. 11, a. 196, a. 212.

18.2. Le Conseil d'administration peut vérifier la qualité des activités visées au deuxième alinéa de l'article 31, lorsqu'elles sont exercées par des personnes habilitées par règlement du Conseil d'administration.

À cette fin, un comité ou un membre de l'Ordre désigné par le Conseil d'administration peut obtenir de ces personnes et des médecins avec lesquels celles-ci collaborent ou de tout établissement qui exploite un centre dans lequel ces activités sont exercées, tous les renseignements qu'il juge utiles et qui sont reliés directement à l'exercice de ces activités, sans qu'aucun d'eux ne puisse invoquer le secret professionnel.

Dans le cas où ces personnes sont des professionnels, le Conseil d'administration, s'il le juge nécessaire, transmet le rapport de vérification à l'ordre dont ils sont membres.

2002, c. 33, a. 15; 2008, c. 11, a. 212.

19. En outre des devoirs prévus aux articles 87 à 93 du Code des professions (chapitre C-26), le Conseil d'administration doit, par règlement:

a) (paragraphe abrogé);

b) déterminer parmi les activités visées au deuxième alinéa de l'article 31 celles qui, suivant certaines conditions prescrites, peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins; à cette fin, il peut, dans ce règlement, constituer un comité consultatif;

c) déterminer les conditions et les formalités de délivrance du certificat d'immatriculation à un étudiant en médecine ou à une personne effectuant un stage de formation professionnelle ou poursuivant des études de spécialité de même que les causes, conditions et formalités de révocation de ce certificat;

d) déterminer des normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances, verbales ou écrites, faites par un médecin.

Le Conseil d'administration doit, avant d'adopter un règlement en vertu du paragraphe *b* du premier alinéa, consulter l'Office des professions du Québec et les ordres professionnels auxquels appartiennent les

© Éditeur officiel du Québec

personnes visées par ce règlement ou, à défaut de tels ordres, les organismes représentatifs de ces classes de personnes.

Les articles 95.2 et 95.3 du Code des professions s'appliquent au règlement adopté en vertu du paragraphe *d* du premier alinéa.

1973, c. 46, a. 19; 1974, c. 65, a. 71; 1994, c. 40, a. 375; 1999, c. 24, a. 19; 2000, c. 13, a. 69; 2002, c. 33, a. 16; 2008, c. 11, a. 212.

20. En outre des pouvoirs prévus à l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26), le Conseil d'administration peut, par règlement, déterminer des règles relatives à la formation des médecins qui désirent exercer l'acupuncture.

1977, c. 66, a. 27; 1989, c. 27, a. 2; 1994, c. 40, a. 376; 1994, c. 37, a. 19; 2008, c. 11, a. 212.

21. *(Abrogé)*.

1977, c. 66, a. 27; 1986, c. 112, a. 1; 1994, c. 37, a. 20.

22. *(Abrogé)*.

1973, c. 46, a. 20; 1977, c. 66, a. 28; 1989, c. 27, a. 3; 1994, c. 40, a. 377.

23. *(Abrogé)*.

1973, c. 46, a. 21; 1974, c. 65, a. 72; 1983, c. 54, a. 49; 1994, c. 40, a. 377.

24. *(Abrogé)*.

1973, c. 46, a. 22; 1994, c. 40, a. 377.

SECTION IV

SECRÉTAIRE DE L'ORDRE

25. Le Conseil d'administration choisit le secrétaire parmi les membres de l'Ordre.

La durée des fonctions du secrétaire n'est pas limitée; il peut y être mis fin:

a) par la démission du secrétaire;

b) par résolution du Conseil d'administration adoptée à la majorité des deux tiers de ses membres.

Le Conseil d'administration peut également nommer un ou plusieurs secrétaires adjoints de l'Ordre et déterminer leurs attributions.

1973, c. 46, a. 23; 1974, c. 65, a. 73; 2008, c. 11, a. 212.

26. Le secrétaire agit comme secrétaire de l'Ordre, du Conseil d'administration et du comité exécutif.

Il est dépositaire des archives de l'Ordre.

1973, c. 46, a. 24; 2008, c. 11, a. 212.

27. Tout certificat portant la signature du secrétaire ou d'un secrétaire adjoint est authentique.

1973, c. 46, a. 25.

© Éditeur officiel du Québec

SECTION V

IMMATRICULATION

28. L'immatriculation d'un étudiant en médecine ou d'une personne effectuant un stage de formation professionnelle ou poursuivant des études de spécialité est constatée par un certificat délivré par le secrétaire de l'Ordre.

1973, c. 46, a. 26; 1974, c. 65, a. 74.

29. A droit à un certificat d'immatriculation l'étudiant en médecine qui:

a) est bachelier ès arts ou ès sciences d'une université du Québec ou d'une autre université dont le diplôme est jugé équivalent par le Conseil d'administration; ou

b) est détenteur d'un diplôme d'études collégiales décerné par le ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie ou une université du Québec ou d'un diplôme jugé équivalent par le Conseil d'administration; et

c) a rempli les conditions et les formalités déterminées par règlement adopté en vertu du paragraphe *c* du premier alinéa de l'article 19.

A également droit à un certificat d'immatriculation une personne qui effectue un stage de formation professionnelle ou qui poursuit des études de spécialité et qui a rempli les conditions et les formalités déterminées par règlement adopté en vertu du paragraphe *c* du premier alinéa de l'article 19.

1973, c. 46, a. 27; 1974, c. 65, a. 75; 1985, c. 21, a. 96; 1988, c. 41, a. 88; 1993, c. 51, a. 72; 1994, c. 16, a. 50; 2000, c. 13, a. 70; 2005, c. 28, a. 195; 2008, c. 11, a. 212; 2013, c. 28, a. 201.

30. Le Conseil d'administration peut révoquer un certificat d'immatriculation conformément aux règlements adoptés en vertu du paragraphe *c* du premier alinéa de l'article 19.

1973, c. 46, a. 28; 2008, c. 11, a. 212.

SECTION VI

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;

© Éditeur officiel du Québec

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).

1973, c. 46, a. 29; 2002, c. 33, a. 17; 2009, c. 28, a. 15; 2014, c. 2, a. 69.

32. *(Abrogé).*

1973, c. 46, a. 30; 2002, c. 33, a. 18.

33. A droit d'obtenir un permis celui qui en fait la demande et qui:

a) est détenteur d'un certificat d'immatriculation;

b) (paragraphe abrogé);

c) (paragraphe abrogé);

d) s'est conformé aux conditions et formalités imposées conformément au Code des professions (chapitre C-26).

Le paragraphe *a* du premier alinéa ne s'applique pas au requérant:

1° dont le diplôme, délivré par un établissement d'enseignement situé hors du Québec, a été reconnu équivalent en application d'un règlement pris en vertu du paragraphe *c* de l'article 93 du Code des professions, sauf si, aux fins de l'obtention de la reconnaissance d'une équivalence, le requérant a dû réussir, en application de ce règlement, un cours ou un stage;

2° à qui le Conseil d'administration a reconnu une équivalence en application d'un règlement pris en vertu du paragraphe *i* de l'article 94 du Code des professions, sauf si, aux fins de l'obtention de la reconnaissance d'une équivalence, le requérant a dû réussir, en application de ce règlement, un cours ou un stage.

1973, c. 46, a. 31; 1994, c. 40, a. 378; 2000, c. 13, a. 71; 2008, c. 11, a. 197.

34. Le Conseil d'administration peut délivrer, aux conditions qu'il détermine, un permis temporaire à toute personne qui ne remplit pas les conditions fixées à l'article 33, mais qui est engagée comme professeur dans le domaine de la santé dans une université du Québec. Ce permis est valable pour la durée de l'engagement de cette personne comme professeur.

1973, c. 46, a. 32; 1994, c. 40, a. 379; 2008, c. 11, a. 212; 2009, c. 35, a. 57.

35. Le Conseil d'administration peut accorder, aux conditions qu'il détermine à toute personne qui ne remplit pas les conditions fixées à l'article 33 un permis restrictif, annuel et renouvelable.

© Éditeur officiel du Québec

Le titulaire d'un tel permis ne peut poser d'autres actes professionnels que ceux spécifiquement autorisés par son permis.

1973, c. 46, a. 33; 1997, c. 43, a. 875; 2008, c. 11, a. 212.

36. *(Abrogé)*.

1973, c. 46, a. 34; 1994, c. 40, a. 380.

37. A droit à un certificat de spécialiste tout titulaire de permis qui en fait la demande et qui:

a) est détenteur d'un certificat d'immatriculation;

b) (paragraphe abrogé);

c) s'est conformé aux conditions et formalités imposées conformément au Code des professions (chapitre C-26).

Le paragraphe *a* du premier alinéa ne s'applique pas au requérant:

1° dont le diplôme, délivré par un établissement d'enseignement situé hors du Québec, a été reconnu équivalent en application d'un règlement pris en vertu du paragraphe *c* de l'article 93 du Code des professions, sauf si, aux fins de l'obtention de la reconnaissance d'une équivalence, le requérant a dû réussir, en application de ce règlement, un cours ou un stage;

2° à qui le Conseil d'administration a reconnu une équivalence en application d'un règlement pris en vertu du paragraphe *i* de l'article 94 du Code des professions, sauf si, aux fins de l'obtention de la reconnaissance d'une équivalence, le requérant a dû réussir, en application de ce règlement, un cours ou un stage.

1973, c. 46, a. 35; 1994, c. 40, a. 381; 1997, c. 43, a. 875; 2000, c. 13, a. 72; 2008, c. 11, a. 198.

38. Tout médecin est autorisé à utiliser les médicaments, les substances et les appareils dont il peut avoir besoin dans l'exercice de sa profession, de même qu'à administrer et prescrire des médicaments à ses patients.

Il peut également délivrer des attestations relatives à la fourniture de médicaments.

1973, c. 46, a. 36.

39. Il est interdit à un médecin de vendre des prothèses autres que des verres de contact.

Il est également interdit à un médecin d'avoir un intérêt, direct ou indirect, dans une entreprise de fabrication ou de vente de quelque prothèse que ce soit. Si un intérêt dans une telle entreprise lui échoit, par succession ou autrement, il est tenu d'en disposer immédiatement.

1973, c. 46, a. 37.

40. Il est interdit au médecin de prescrire, d'administrer ou de fournir des médicaments dont il refuse de révéler au Conseil d'administration la composition qualitative ou quantitative exacte, ou encore qu'il refuse de soumettre aux analyses requises par le Conseil d'administration.

1973, c. 46, a. 38; 2008, c. 11, a. 212.

40.1. Un médecin ne peut, de quelque façon, prétendre être acupuncteur ni utiliser un titre ou une abréviation ou s'attribuer des initiales pouvant laisser croire qu'il l'est, à moins qu'il n'ait reçu une formation conforme aux règles prises en application de l'article 20.

1994, c. 37, a. 22.

© Éditeur officiel du Québec

41. Nul ne peut exercer la médecine sous un nom autre que le sien.

Il est toutefois permis à des médecins d'exercer leur profession sous le nom d'un ou de plusieurs associés.

1973, c. 46, a. 39.

42. Un médecin ne peut être contraint de déclarer ce qui lui a été révélé à raison de son caractère professionnel.

1973, c. 46, a. 40.

42.1. Lorsqu'un membre d'un ordre professionnel est habilité, par règlement du Conseil d'administration pris en application du paragraphe *b* du premier alinéa de l'article 19, à exercer une activité visée au deuxième alinéa de l'article 31 et qu'il entend l'exercer ailleurs que dans un centre exploité par un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5), le médecin oeuvrant avec ce professionnel doit transmettre au Conseil d'administration un projet de conditions d'application locales de cette activité, lequel doit être autorisé par le Conseil d'administration.

Le secrétaire du Collège informe l'ordre dont ce professionnel est membre des conditions qui ont été autorisées.

Le médecin oeuvrant avec le professionnel surveille la façon dont s'exerce une activité que ce professionnel est habilité à exercer.

2002, c. 33, a. 19; 2008, c. 11, a. 212.

SECTION VII

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

43. Sous réserve des droits et privilèges expressément accordés par la loi à d'autres professionnels, nul ne peut exercer l'une des activités décrites au deuxième alinéa de l'article 31, s'il n'est pas médecin.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux activités exercées:

a) par une personne en conformité avec les dispositions d'un règlement pris en application du paragraphe *h* de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26);

b) par les personnes qui, en raison de leurs fonctions ou de leur formation, prêtent, à titre gratuit et dans des circonstances spéciales, leur assistance aux malades;

c) (paragraphe abrogé);

d) par une personne faisant partie d'une classe de personnes visée dans un règlement pris en application du paragraphe *b* du premier alinéa de l'article 19, pourvu qu'elle les exerce suivant les conditions qui y sont prescrites;

e) (paragraphe abrogé);

f) par des étudiants dans le cadre d'un programme de formation de personnes visées au règlement adopté en vertu du paragraphe *b* de l'article 19, pourvu qu'ils les exercent suivant les conditions qui y sont prescrites.

1973, c. 46, a. 41; 1974, c. 65, a. 76; 1977, c. 66, a. 29; 1984, c. 27, a. 78; 1994, c. 40, a. 382; 1994, c. 37, a. 23; 1999, c. 24, a. 20; 2000, c. 13, a. 73; 2002, c. 33, a. 20; 2009, c. 35, a. 58.

© Éditeur officiel du Québec

44. *(Abrogé).*

1977, c. 66, a. 30; 1994, c. 37, a. 24.

45. Quiconque contrevient à l'une des dispositions de l'article 43 est passible, pour chaque infraction, des peines prévues à l'article 188 du Code des professions (chapitre C-26).

1973, c. 46, a. 42; 1977, c. 66, a. 31; 1994, c. 37, a. 25.

SECTION VIII

Note *Cette section a cessé d'avoir effet le 17 avril 1987.*

46. *(Cet article a cessé d'avoir effet le 17 avril 1987).*

1982, c. 21, a. 1; R.-U., 1982, c. 11, ann. B, ptie I, a. 33.

© Éditeur officiel du Québec

ANNEXE ABROGATIVE

Conformément à l'article 17 de la Loi sur la refonte des lois (chapitre R-3), le chapitre 46 des lois de 1973, tel qu'en vigueur au 31 décembre 1977, à l'exception des articles 43 à 53 et 56, est abrogé à compter de l'entrée en vigueur du chapitre M-9 des Lois refondues.

© Éditeur officiel du Québec

Québec

© Éditeur officiel du Québec

À jour au 1er juin 2019
Ce document a valeur officielle.

chapitre P-10

LOI SUR LA PHARMACIE

Note *La ministre de la Justice est responsable de l'application de la présente loi. Décret 385-2019 du 10 avril 2019, (2019) 151 G.O. 2, 1420.*

TABLE DES MATIÈRES

SECTION I
DÉFINITIONS..... **1**

SECTION II
ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC..... **2**

SECTION III
CONSEIL D'ADMINISTRATION..... **4**

SECTION IV
IMMATRICULATION..... **14**

SECTION V
EXERCICE DE LA PHARMACIE..... **17**

SECTION VI
EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE..... **35**

SECTION VII
RÈGLEMENTS..... **37**

SECTION VIII *Abrogée, 1990, c. 75, a. 9.*

SECTION IX
DISPOSITIONS FINALES..... **39**

FORMULE

1

ANNEXE ABROGATIVE

SECTION I

DÉFINITIONS

1. Dans la présente loi et dans les règlements adoptés sous son autorité, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les termes suivants signifient:

a) «Ordre» : l'Ordre des pharmaciens du Québec constitué par la présente loi;

b) «Conseil d'administration» : le Conseil d'administration de l'Ordre;

c) «pharmacien» ou «membre de l'Ordre» : quiconque est inscrit au tableau;

d) «médecin» : tout membre de l'Ordre des médecins du Québec;

e) «permis» : un permis délivré conformément au Code des professions (chapitre C-26) et à la présente loi;

f) (paragraphe abrogé);

g) «établissement» : un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);

h) «médicament» : toute substance ou mélange de substances pouvant être employé:

i. au diagnostic, au traitement, à l'atténuation ou à la prévention d'une maladie, d'un désordre, d'un état physique ou psychique anormal, ou de leurs symptômes, chez l'homme ou chez les animaux; ou

ii. en vue de restaurer, corriger ou modifier les fonctions organiques chez l'homme ou chez les animaux;

i) (paragraphe abrogé);

j) «ordonnance» : une autorisation de fournir un médicament:

i. donnée par une personne autorisée par une loi du Québec à prescrire un médicament;

ii. donnée par une personne autorisée par une loi d'une autre province ou d'un territoire du Canada à prescrire un médicament dans la mesure où cette personne, si elle exerçait au Québec, serait autorisée par une loi du Québec à prescrire ce médicament;

k) «tableau» : la liste des membres en règle de l'Ordre dressée conformément au Code des professions et à la présente loi.

1973, c. 51, a. 1; 1974, c. 65, a. 84; 1989, c. 31, a. 1; 1992, c. 21, a. 197; 1994, c. 40, a. 422; 1994, c. 23, a. 23; 1990, c. 75, a. 1; 2008, c. 11, a. 212.

SECTION II

ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

2. L'ensemble des personnes habilitées à exercer la pharmacie au Québec constitue un ordre professionnel désigné sous le nom de «Ordre professionnel des pharmaciens du Québec» ou «Ordre des pharmaciens du Québec».

1973, c. 51, a. 2; 1977, c. 5, a. 229; 1994, c. 40, a. 423.

© Éditeur officiel du Québec

3. Sous réserve des dispositions de la présente loi, l'Ordre et ses membres sont régis par le Code des professions (chapitre C-26).

1973, c. 51, a. 3.

SECTION III

CONSEIL D'ADMINISTRATION

2008, c. 11, a. 212.

4. L'Ordre est administré par un Conseil d'administration formé conformément au Code des professions (chapitre C-26).

1973, c. 51, a. 4; 1984, c. 47, a. 113; 1989, c. 31, a. 2; 2008, c. 11, a. 212.

5. *(Abrogé)*.

1973, c. 51, a. 5; 1994, c. 40, a. 424; 2017, c. 11, a. 145.

6. *(Abrogé)*.

1973, c. 51, a. 6; 1994, c. 40, a. 425.

7. *(Abrogé)*.

1973, c. 51, a. 7; 1994, c. 40, a. 425.

8. En outre des fonctions prévues au Code des professions (chapitre C-26), le Conseil d'administration:

a) (paragraphe abrogé);

b) organise la tenue d'un registre des étudiants en pharmacie et détermine les formalités relatives à l'inscription dans ce registre;

c) (paragraphe abrogé).

1973, c. 51, a. 8; 1994, c. 40, a. 426; 2000, c. 13, a. 86; 2008, c. 11, a. 208, a. 212.

8.1. Le Conseil d'administration transmet au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens institué pour un établissement et auquel est rattaché un pharmacien visé par une enquête, sur demande ou de sa propre initiative, les informations obtenues par le comité d'inspection professionnelle ou un syndic et qu'il croit utiles à l'exercice des fonctions de ce conseil.

1981, c. 22, a. 37; 1984, c. 47, a. 209; 1992, c. 21, a. 198; 2008, c. 11, a. 209, a. 212.

9. *(Abrogé)*.

1973, c. 51, a. 9; 1990, c. 75, a. 2.

10. En outre des devoirs prévus aux articles 87 à 93 du Code des professions (chapitre C-26), le Conseil d'administration doit, par règlement:

a) déterminer parmi les activités visées au deuxième et au troisième alinéa de l'article 17 celles qui, suivant certaines conditions prescrites, peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des pharmaciens;

© Éditeur officiel du Québec

b) déterminer les conditions et les formalités de délivrance du certificat d'immatriculation à un étudiant en pharmacie de même que les causes, conditions et formalités de révocation de ce certificat;

c) établir des normes relatives à l'étiquetage des médicaments;

d) établir des normes relatives à la tenue des pharmacies, notamment en ce qui concerne la conservation des médicaments;

e) déterminer des règles relatives à la façon de disposer des médicaments contenus dans une pharmacie qui est définitivement fermée;

f) (paragraphe abrogé);

g) établir des normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances faites par un pharmacien dans le cadre des activités visées aux paragraphes 6°, 7°, 8° et 10° du deuxième alinéa de l'article 17 et de celle visée au troisième alinéa de cet article;

h) déterminer les conditions et les modalités suivant lesquelles les activités visées aux paragraphes 6° à 10° du deuxième alinéa de l'article 17 sont exercées;

i) déterminer les cas pour lesquels un pharmacien peut prescrire un médicament en vertu du troisième alinéa de l'article 17, de même que les conditions et les modalités suivant lesquelles cette activité est exercée.

Le Conseil d'administration doit, avant d'adopter un règlement en vertu du paragraphe *a* du premier alinéa, consulter l'Office des professions du Québec et les ordres professionnels auxquels appartiennent les personnes visées par ce règlement ou, à défaut de tels ordres, les organismes représentatifs de ces classes de personnes.

Le Conseil d'administration doit, avant d'adopter un règlement en vertu des paragraphes *g* à *i* du premier alinéa, consulter l'Ordre professionnel des médecins du Québec.

Les articles 95.2 et 95.3 du Code des professions s'appliquent aux règlements pris en application des paragraphes *d* et *e* du premier alinéa.

1973, c. 51, a. 10; 1990, c. 76, a. 9; 1994, c. 40, a. 427; 1990, c. 75, a. 3; 2000, c. 13, a. 87; 2002, c. 33, a. 21; 2008, c. 11, a. 212; 2011, c. 37, a. 1.

11. *(Abrogé).*

1973, c. 51, a. 11; 1989, c. 31, a. 3; 1994, c. 40, a. 428.

12. En outre des pouvoirs prévus à l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26), le Conseil d'administration peut, par règlement:

a) (paragraphe abrogé);

b) (paragraphe abrogé);

c) (paragraphe abrogé);

d) déterminer des normes applicables à certains contrats que peuvent conclure les pharmaciens dans l'exercice de leur profession ou en vue de cet exercice, les cas dans lesquels un contrat doit être transmis au secrétaire de l'Ordre, y compris à sa demande, ainsi que les modalités applicables à cette transmission, y compris la production d'un rapport ou de renseignements l'accompagnant.

© Éditeur officiel du Québec

Les articles 95.2 et 95.3 du Code des professions s'appliquent au règlement pris en application du paragraphe *d* du premier alinéa.

1973, c. 51, a. 12; 1983, c. 54, a. 60; 1994, c. 40, a. 429; 2000, c. 13, a. 88; 2007, c. 25, a. 7; 2008, c. 11, a. 212.

13. *(Abrogé)*.

1973, c. 51, a. 13; 1994, c. 40, a. 430.

SECTION IV

IMMATRICULATION

14. L'immatriculation d'un étudiant en pharmacie est constatée par un certificat délivré par le secrétaire de l'Ordre.

1973, c. 51, a. 14.

15. A droit à un certificat d'immatriculation l'étudiant en pharmacie qui:

a) est bachelier ès arts ou ès sciences d'une université du Québec ou d'une autre université dont le diplôme est jugé équivalent par le Conseil d'administration; ou

b) est détenteur d'un diplôme d'études collégiales décerné par le ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie ou une université du Québec ou d'un diplôme jugé équivalent par le Conseil d'administration; et

c) a rempli les conditions et les formalités déterminées par règlement adopté en vertu du paragraphe *b* du premier alinéa de l'article 10.

1973, c. 51, a. 15; 1985, c. 21, a. 96; 1988, c. 41, a. 88; 1993, c. 51, a. 72; 1994, c. 16, a. 50; 2000, c. 13, a. 89; 2005, c. 28, a. 195; 2008, c. 11, a. 212; 2013, c. 28, a. 201.

16. Le Conseil d'administration peut révoquer un certificat d'immatriculation conformément aux règlements adoptés en vertu du paragraphe *b* du premier alinéa de l'article 10.

1973, c. 51, a. 16; 2008, c. 11, a. 212.

SECTION V

EXERCICE DE LA PHARMACIE

17. L'exercice de la pharmacie consiste à évaluer et à assurer l'usage approprié des médicaments afin notamment de détecter et de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques, à préparer, à conserver et à remettre des médicaments 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 pharmacie, les activités réservées au pharmacien sont les suivantes:

1° émettre une opinion pharmaceutique;

2° préparer des médicaments;

3° vendre des médicaments, conformément au règlement pris en application de l'article 37.1;

4° surveiller la thérapie médicamenteuse;

© Éditeur officiel du Québec

5° initier ou ajuster, selon une ordonnance, la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire appropriées;

6° prolonger une ordonnance d'un médecin, suivant les conditions et les modalités déterminées par règlement, afin que ne soit pas interrompu le traitement prescrit par le médecin à un patient; la durée de prolongation d'une ordonnance ne peut excéder la durée de validité de l'ordonnance initiale ou, si cette durée est supérieure à un an, elle ne peut excéder un an;

7° ajuster une ordonnance d'un médecin, suivant les conditions et les modalités déterminées par règlement, en modifiant la forme, la dose, la quantité ou la posologie d'un médicament prescrit;

8° substituer au médicament prescrit, en cas de rupture d'approvisionnement complète au Québec, un autre médicament de même sous-classe thérapeutique, suivant les conditions et les modalités déterminées par règlement;

9° administrer un médicament par voie orale, topique, sous-cutanée, intradermique ou intramusculaire, ou par inhalation, suivant les conditions et les modalités déterminées par règlement, afin d'en démontrer l'usage approprié;

10° pour un pharmacien exerçant dans un centre exploité par un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5), prescrire et interpréter des analyses de laboratoire aux fins du suivi de la thérapie médicamenteuse, suivant les conditions et les modalités déterminées par règlement.

Malgré le premier alinéa, est également réservée au pharmacien l'activité de prescrire un médicament lorsque aucun diagnostic n'est requis, notamment à des fins préventives, dans les cas et suivant les conditions et les modalités déterminés par règlement.

Un pharmacien peut exercer les activités professionnelles visées aux paragraphes 7°, 8° et 9° du deuxième alinéa lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe *o* de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).

1973, c. 51, a. 17; 1990, c. 75, a. 4; 2002, c. 33, a. 22; 2011, c. 37, a. 2; 2014, c. 2, a. 70.

18. Rien dans la présente loi n'interdit l'achat, la préparation, la vente ou la fourniture de médicaments par une personne habilitée à le faire en vertu d'une loi.

Rien n'interdit non plus l'achat et la préparation de médicaments par un établissement, ni la vente ou la fourniture par lui de médicaments aux personnes qui sont admises ou inscrites auprès de lui, pourvu qu'il y ait un pharmacien ou un médecin qui exerce sa profession dans tout centre exploité par cet établissement; quant à la vente et la fourniture de médicaments par un établissement aux personnes autres que celles qui sont admises ou inscrites auprès de lui, elles sont permises dans les cas et aux conditions prévues par règlement adopté conformément au paragraphe *b* de l'article 37.

Rien n'interdit non plus la préparation de médicaments par un fabricant de médicaments, ni la vente en gros par un tel fabricant à un grossiste en médicaments, ni la vente en gros par un tel fabricant ou un tel grossiste à une personne habilitée à vendre ou fournir des médicaments en vertu de la présente loi ou d'une autre loi.

Rien n'interdit non plus la vente d'un médicament mentionné dans un règlement adopté en vertu de l'article 37.1, lorsque cette vente est effectuée conformément à ce règlement.

1973, c. 51, a. 18; 1990, c. 75, a. 5; 1992, c. 21, a. 199; 1994, c. 40, a. 431; 2009, c. 35, a. 66.

19. A droit d'obtenir un permis celui qui en fait la demande et qui:

© Éditeur officiel du Québec

a) est détenteur d'un certificat d'immatriculation;

b) (paragraphe abrogé);

c) s'est conformé aux conditions et formalités imposées conformément au Code des professions (chapitre C-26).

Un médecin a aussi droit d'obtenir un permis conformément aux règlements adoptés en vertu du paragraphe *a* de l'article 37.

Le paragraphe *a* du premier alinéa ne s'applique pas au requérant dont le diplôme, délivré par un établissement d'enseignement situé hors du Québec, a été reconnu équivalent en application d'un règlement pris en vertu du paragraphe *c* de l'article 93 du Code des professions, ni au requérant dont la formation a été reconnue équivalente en application de ce règlement, sauf si, aux fins de l'obtention de la reconnaissance d'une équivalence, le requérant a dû réussir, en application de ce règlement, un cours ou un stage.

1973, c. 51, a. 19; 1994, c. 40, a. 432; 2000, c. 13, a. 90; 2008, c. 11, a. 210.

20. Nonobstant son inscription au tableau, un médecin qui est titulaire d'un permis visé au paragraphe *a* de l'article 37 ne peut voter à l'élection des membres du Conseil d'administration et est inéligible au Conseil d'administration ou à toute autre charge au sein de l'Ordre.

1973, c. 51, a. 20; 1994, c. 40, a. 433; 1997, c. 43, a. 875; 2008, c. 11, a. 212.

21. Un pharmacien doit exécuter une ordonnance suivant sa teneur intégrale.

Il peut toutefois, pourvu qu'il en avise le client et qu'il l'inscrive à son dossier, substituer au médicament prescrit un médicament dont la dénomination commune est la même, à moins d'indication contraire formulée par l'auteur de l'ordonnance lorsque la situation de la personne le requiert.

1973, c. 51, a. 21; 1981, c. 22, a. 38; 2012, c. 23, a. 150.

22. *(Abrogé).*

1973, c. 51, a. 22; 1990, c. 75, a. 6.

23. Sur demande du Conseil d'administration, tout pharmacien doit lui révéler la composition de tout médicament qu'il fournit et lui procurer tout échantillon d'un tel médicament aux fins d'analyse.

1973, c. 51, a. 23; 2008, c. 11, a. 212.

24. Il est interdit à un pharmacien de substituer à un médicament prescrit un médicament fabriqué par une entreprise dans laquelle il a un intérêt, direct ou indirect.

1973, c. 51, a. 24.

25. Nul ne peut exercer la profession de pharmacien sous un nom autre que le sien.

Il est toutefois permis à des pharmaciens d'exercer leur profession sous le nom d'un ou de plusieurs associés.

1973, c. 51, a. 25.

26. Un pharmacien ne peut, relativement à l'exercice de sa profession, se désigner autrement que comme pharmacien.

© Éditeur officiel du Québec

Il est autorisé à utiliser un titre de spécialiste uniquement s'il est détenteur d'un certificat de spécialiste délivré conformément au Code des professions (chapitre C-26).

1973, c. 51, a. 26; 1989, c. 31, a. 4; 2000, c. 13, a. 91.

27. Sous réserve des articles 28 à 30, seuls peuvent être propriétaires d'une pharmacie, ainsi qu'acheter et vendre des médicaments comme propriétaires d'une pharmacie, un pharmacien, une société de pharmaciens ou une société par actions dont toutes les actions du capital-actions sont détenues par un ou plusieurs pharmaciens et dont tous les administrateurs sont pharmaciens.

1973, c. 51, a. 27; 2001, c. 34, a. 20.

28. Au cas de décès d'un pharmacien propriétaire de pharmacie, l'héritier, le liquidateur de succession ou le fiduciaire de la succession peut administrer cette pharmacie pendant les trois années qui suivent le décès, en la plaçant sous la surveillance personnelle d'un pharmacien.

1973, c. 51, a. 28; 1999, c. 40, a. 212.

29. Au cas où un pharmacien propriétaire de pharmacie est mis en tutelle ou en curatelle et est en conséquence rayé du tableau, le tuteur ou le curateur peut administrer cette pharmacie pendant une période de trois ans, en la plaçant sous la surveillance personnelle d'un pharmacien.

1973, c. 51, a. 29; 1989, c. 54, a. 180.

30. Au cas où un pharmacien propriétaire de pharmacie fait faillite ou cession de ses biens ou lors de la réalisation d'une garantie en vertu de l'article 427 de la Loi sur les banques (Lois révisées du Canada (1985), chapitre B-1.01) ou d'une hypothèque mobilière, le gardien provisoire, le séquestre intérimaire, le curateur, le syndic, la banque bénéficiaire de la garantie, le créancier hypothécaire ou leurs mandataires peuvent administrer tels biens jusqu'à ce que la liquidation soit close, en les plaçant sous la surveillance personnelle d'un pharmacien.

1973, c. 51, a. 30; 1989, c. 31, a. 5; 1992, c. 57, a. 641; 1995, c. 33, a. 24.

31. Nul propriétaire ou administrateur de pharmacie ne doit laisser son établissement accessible au public sans que tout service pharmaceutique ne soit rendu sous le contrôle et la surveillance constante d'un pharmacien ou ne le soit en conformité avec les dispositions d'un règlement pris en application du paragraphe *h* de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).

1973, c. 51, a. 31; 2007, c. 25, a. 8.

32. 1. Toute personne qui ouvre, acquiert, vend, ferme définitivement ou déménage une pharmacie doit envoyer au secrétaire de l'Ordre, par poste recommandée, une copie de son titre ou de son bail et une déclaration sous sa signature mentionnant ses nom, prénom, qualité et résidence, la date de l'ouverture, de l'acquisition, de la vente, de la fermeture ou du déménagement de cette pharmacie, et l'endroit où elle est située. Dans le cas d'un déménagement, elle doit également indiquer l'endroit où la pharmacie sera située. Cette déclaration doit être faite:

a) dans le cas de l'ouverture, de la fermeture ou du déménagement d'une pharmacie, au moins 30 jours mais pas plus de 90 jours avant cette ouverture, cette fermeture ou ce déménagement;

b) dans le cas de l'acquisition ou de la vente d'une pharmacie, au plus tard à la date de la prise de possession de celle-ci.

2. Dans le cas d'une société, la déclaration doit contenir les nom, qualité et résidence de chacun des associés ou actionnaires. Une pareille déclaration doit être faite et remise au secrétaire, dans un délai de trente jours, chaque fois qu'il survient quelque changement dans les noms des associés ou actionnaires.

© Éditeur officiel du Québec

3. Ces déclarations doivent être appuyées d'un serment devant un commissaire à l'assermentation qui doit mentionner lisiblement ses nom et résidence.

1973, c. 51, a. 32; 1975, c. 83, a. 84; 1999, c. 40, a. 212; 2007, c. 25, a. 9; N.I. 2016-01-01 (NCPC).

33. Dans le cas de la fermeture définitive d'une pharmacie, le Conseil d'administration veille à ce qu'il soit disposé des médicaments contenus dans cette pharmacie conformément aux règlements adoptés en vertu du paragraphe *e* du premier alinéa de l'article 10.

1973, c. 51, a. 33; 1990, c. 75, a. 7; 2008, c. 11, a. 212.

34. Un pharmacien ne peut être contraint de déclarer ce qui lui a été révélé à raison de son caractère professionnel.

1973, c. 51, a. 34.

SECTION VI

EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE

35. Sous réserve de l'article 18 et sous réserve des droits et privilèges expressément accordés par la loi à d'autres professionnels, nul ne peut exercer l'une des activités décrites au deuxième et au troisième alinéa de l'article 17, s'il n'est pas pharmacien.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux activités exercées:

a) par une personne faisant partie d'une classe de personnes visée dans un règlement pris en application du paragraphe *a* du premier alinéa de l'article 10, pourvu qu'elle les exerce suivant les conditions qui y sont prescrites;

b) par une personne en conformité avec les dispositions d'un règlement pris en application du paragraphe *h* de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).

1973, c. 51, a. 35; 1994, c. 40, a. 434; 2002, c. 33, a. 23; 2011, c. 37, a. 3.

36. Quiconque contrevient à l'article 35 est passible, pour chaque infraction, des peines prévues à l'article 188 du Code des professions (chapitre C-26).

1973, c. 51, a. 36.

SECTION VII

RÈGLEMENTS

37. L'Office des professions du Québec, après consultation de l'Ordre, peut, par règlement:

a) déterminer les circonstances où, à cause de la faible densité de la population ou de l'absence d'un pharmacien dans un endroit donné, un médecin peut obtenir un permis valable pour une période n'excédant pas cinq ans et renouvelable, et exercer la pharmacie;

b) déterminer dans quels cas et à quelles conditions un établissement qui exploite un centre où un pharmacien ou un médecin exerce sa profession peut vendre ou fournir des médicaments aux personnes qui ne sont pas admises ou inscrites auprès de cet établissement.

1973, c. 51, a. 37; 1992, c. 21, a. 200; 1994, c. 40, a. 435; 2009, c. 35, a. 67.

37.1. L'Office des professions du Québec, après consultation de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, de l'Ordre professionnel des médecins du Québec, de l'Ordre professionnel des médecins

© Éditeur officiel du Québec

vétérinaires du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec, peut, par règlement, établir des catégories de médicaments et déterminer pour chacune, s'il y a lieu, par qui et suivant quelles conditions et modalités de tels médicaments peuvent être vendus. Ces règles peuvent différer pour un même médicament selon qu'il est destiné à la consommation humaine ou animale.

1990, c. 75, a. 8; 1994, c. 40, a. 436; 2002, c. 27, a. 41; 2010, c. 15, a. 73.

SECTION VIII

Abrogée, 1990, c. 75, a. 9.

1990, c. 75, a. 9.

38. *(Abrogé).*

1973, c. 51, a. 38; 1985, c. 23, a. 24; 1990, c. 75, a. 9.

SECTION IX

DISPOSITIONS FINALES

39. Tous les pharmaciens et médecins inscrits au registre du Collège des pharmaciens du Québec, au 1er février 1974, sont inscrits au tableau de l'Ordre par le secrétaire. Le Conseil d'administration délivre à chacun d'eux un permis.

Nonobstant son inscription au tableau, un médecin visé au présent article ne peut voter à l'élection des membres du Conseil d'administration et est inéligible au Conseil d'administration ou à toute autre charge au sein de l'Ordre.

1973, c. 51, a. 42; 2008, c. 11, a. 212.

40. Toutes les personnes inscrites comme assistants-pharmaciens au registre du Collège des pharmaciens du Québec, au 1er février 1974, sont inscrites au tableau comme assistants-pharmaciens par le secrétaire. Le Conseil d'administration délivre à chacune d'elles un permis d'assistant-pharmacien.

Ces personnes peuvent continuer à exercer les fonctions qu'elles exerçaient au 1er février 1974 et elles sont réputées des pharmaciens aux fins de la présente loi et du Code des professions (chapitre C-26), sauf quant au droit d'être propriétaire d'une pharmacie.

1973, c. 51, a. 43; 1977, c. 66, a. 33; 1999, c. 40, a. 212; 2008, c. 11, a. 212.

41. *(Cet article a cessé d'avoir effet le 17 avril 1987).*

1982, c. 21, a. 1; R.-U., 1982, c. 11, ann. B, ptie I, a. 33.

© Éditeur officiel du Québec

FORMULE

© Éditeur officiel du Québec

1

(Abrogée)

1973, c. 51, formule 1; 1990, c. 75, a. 10.

© Éditeur officiel du Québec

ANNEXE ABROGATIVE

Conformément à l'article 17 de la Loi sur la refonte des lois (chapitre R-3), le chapitre 51 des lois de 1973, tel qu'en vigueur au 31 décembre 1977, à l'exception des articles 39 à 41, 44 à 49 et 51, est abrogé à compter de l'entrée en vigueur du chapitre P-10 des Lois refondues.

© Éditeur officiel du Québec

Ordre des dentistes du Québec

L'UTILISATION DES MESURES DE CONTENTION

LE 29 SEPTEMBRE 2009

AVANT-PROPOS

L'Ordre des dentistes du Québec a adopté des principes directeurs quant à l'utilisation des mesures de contention. Ces principes visent à fournir un cadre et des repères sur lesquels les dentistes pourront s'appuyer pour guider leur pratique dans divers contextes de soins et de traitements dentaires.

L'Ordre tient à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à l'élaboration de ce guide :

Comité d'éthique et de déontologie

M. Louis Roy, président du comité
Dr Jean-Marc Brodeur
Dr André Phaneuf
Dre Farnaz Pourhariri
Mme Andrée Duplantie
Me Caroline Daoust, directrice générale et secrétaire de l'Ordre des dentistes du Québec

Collaborateurs

Dr Christian Caron
Dre Marie Dagenais
Dre Jeanne-Nicole Faille
Dr Paul Morin
Dre Stéphane R. Schwartz
Dre Duy-Dat Vu

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

LE CONTEXTE DE L'UTILISATION DE LA CONTENTION 3

LA CONTENTION COMME MESURE D'EXCEPTION 4

LES STRATÉGIES DE REMPLACEMENT 5

LES CONSIDÉRATIONS LÉGALES ET LA TENUE DE DOSSIER 6

LES PRINCIPES DIRECTEURS DE L'UTILISATION DE LA CONTENTION 9

CONCLUSION 10

RÉFÉRENCES 12

NOTES DE FIN DE DOCUMENT 14

L'UTILISATION DES MESURES DE CONTENTION

INTRODUCTION

Les dentistes partagent un ensemble de valeurs phares qui caractérisent l'éthique des soins qu'ils procurent. Ces valeurs phares sont ancrées au cœur de l'exercice de la profession et balisent les interventions. Cette éthique du soin signifie qu'en tout temps, le patient est respecté dans sa singularité, que la bienfaisance est au cœur de l'intervention professionnelle et que le respect de l'autonomie est toujours pris en considération.

Le respect du patient implique d'emblée le respect de l'intégrité et de l'inviolabilité de la personne soignée et traitée. Le dentiste agit d'abord dans le meilleur intérêt de la personne et s'engage dans une relation de soins qui considère le patient comme un sujet et non comme un objet. Le souci du patient est un souci de dignité envers la personne soignée qui doit être accueillie et protégée tout au long de la rencontre dentiste-patient.

La bienfaisance prendra toute sa dimension dans l'accompagnement du patient et dans l'intention marquée du dentiste de contribuer à son bien-être en s'abstenant de lui nuire. La sensibilité du dentiste devant la souffrance et la vulnérabilité ainsi que sa considération pour la sécurité et la qualité de la vie sont garantes d'une éthique du soin chez les dentistes.

Le respect de l'autonomie renvoie au consentement libre et éclairé, donc au respect de la liberté de la personne concernée ou de celle qui agit en son nom de décider et de faire des choix. Aider le patient à faire des choix exige nécessairement que toute l'information lui soit donnée et rendue accessible dans un langage qu'il comprend. C'est ainsi que la promotion et le respect de la dignité humaine deviennent des notions vivantes.

Fort de ces principes éthiques et devant les nombreuses interrogations que soulève l'utilisation des mesures de contention physiques par les dentistes auprès de leur clientèle, et particulièrement auprès des enfants, des personnes handicapées et des personnes âgées, l'Ordre des dentistes du Québec entend préciser certaines balises pour guider leur utilisation.

Dans une optique de respect des droits civils individuels, de protection de la santé et de la sécurité, l'Ordre recommande la réduction maximale de l'utilisation de la contention par la mise en place de mesures de remplacement efficaces et respectueuses des personnes. La contention est une mesure de dernier recours. L'Ordre prône, lorsque nécessaire, une utilisation de la contention faite selon les normes éthiques, déontologiques, cliniques et techniques. L'Ordre croit que les dentistes sont en mesure de contribuer à l'atteinte de cet objectif.

En adoptant le document intitulé *L'utilisation des mesures de contention*, l'Ordre tient à fournir des repères et un encadrement pour l'utilisation de la contention chez les dentistes, en proposant des principes directeurs sur lesquels les dentistes pourront s'appuyer pour guider leur pratique dans divers contextes de soins et de traitements dentaires.

Le dentiste joue un rôle primordial dans l'utilisation de la contention puisque c'est à lui que revient la décision de l'ordonner. Il lui appartient d'évaluer l'à-propos de sa mise en place de façon judicieuse.

Les écrits consultés[1, 2, 3] démontrent que l'utilisation des mesures de contention peut entraîner des risques importants qu'il ne faut pas négliger, puisqu'il peut en résulter des sévices graves allant du traumatisme psychologique et physique jusqu'au décès. Dans ce contexte, l'Ordre considère important de soutenir ses membres relativement à l'utilisation responsable de la contention comme mesure de dernier recours.

Les établissements de santé et de services sociaux jouissent d'un encadrement légal et réglementaire spécifique en matière de contention. Les principes qui s'en dégagent ont inspiré l'Ordre pour établir les principes directeurs à l'endroit des membres.

Ainsi, chaque établissement doit élaborer un protocole en gardant pour objectif que la contention est une mesure d'exception; il doit donc être restrictif. Ainsi, les établissements se doivent de faire la promotion des techniques non coercitives d'intervention par le personnel soignant en tenant compte du type de clientèle, de l'état de santé des personnes traitées et de leur âge. Il est important que le personnel qui utilise les mesures de contention soit dûment formé et encadré.

LE CONTEXTE DE L'UTILISATION DE LA CONTENTION

Les personnes handicapées physiques ou mentales, les personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile ou en milieu adapté ainsi que les enfants et les adolescents font partie de la clientèle régulière des dentistes. Le traitement de certaines personnes présentant des problèmes de comportement, de déficits cognitifs, de démence ou de désordres psychiatriques, ou encore de personnes qui ne collaborent pas ou peu aux soins, pourrait nécessiter l'utilisation de la contention par le dentiste. La peur, l'agitation et le manque de collaboration sont également des facteurs qui, selon de nombreux auteurs[4, 5, 6], contribuent à l'utilisation de la contention.

La majorité des dentistes travaillent en cabinet privé alors qu'un petit nombre exerce aussi en milieu hospitalier.

Les dentistes œuvrant en établissement de santé doivent se référer au protocole élaboré par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement (CMDP), comme l'exige l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui encadre l'utilisation d'une mesure de contrôle d'une personne[7], et le respecter. La participation des dentistes à l'élaboration des protocoles ou des guides d'application des mesures de contention est, à ce titre, essentielle.

Les motifs invoqués par les dentistes pour recourir aux mesures de contention, et corroborés par de nombreux auteurs, sont liés au besoin d'assurer la sécurité, de gérer les comportements d'agitation, d'éviter les comportements agressifs ou d'empêcher l'interférence aux traitements offerts. Leur utilisation permet aux dentistes de prodiguer les soins requis et d'empêcher les comportements agressifs ou inattendus[8, 9, 10].

L'utilisation de la contention comporte des risques qu'il ne faut pas négliger. Les conséquences sont autant d'ordre physique (complications respiratoires, contractures, ecchymoses, etc.) que psychosocial (sentiment de rejet, perte de dignité, humiliation, frustration, peur, crainte d'abandon, baisse de l'estime de soi, augmentation de l'agitation, etc.).

LA CONTENTION COMME MESURE D'EXCEPTION

Pour l'élaboration des orientations ministérielles en matière de contention, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a retenu la définition suivante :

> *« Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap. »* Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et services sociaux (MSSS, 2002).[11]

S'inspirant de cette définition et l'appliquant à la pratique de la médecine dentaire, l'Ordre définit la contention comme :

> *Tout moyen utilisé pour maintenir physiquement une personne traitée dans une position appropriée, qui limite ou restreint la liberté de mouvement et vise à diminuer les risques de blessures, tout en permettant de prodiguer les soins buccodentaires urgents et essentiels.*

L'application de la contention s'exerce de plusieurs façons, et notamment par l'utilisation de la planche d'immobilisation en momie de type *papoose*. L'application de l'une ou l'autre de ces mesures limite la liberté de mouvement de la personne dans des contextes différents afin de permettre de procéder à un traitement dentaire responsable, de qualité et sécuritaire.

Cependant, ces moyens doivent être utilisés toujours comme des mesures d'exception, lorsque tous les autres moyens ont été essayés et qu'il s'agit du dernier recours possible. La contention, si utilisée, doit l'être pour une courte durée, après une évaluation clinique et continue, sur une base individualisée et selon le jugement clinique du dentiste dans une perspective thérapeutique pour les traitements urgents et essentiels.

La planche d'immobilisation en momie de type *papoose*, souvent utilisée en dentisterie pédiatrique, est une planche rigide munie de trois séries de canevas de tissus avec velcro qui se chevauchent pour immobiliser complètement la personne, un enfant, la plupart du temps.

L'inconvénient lié à cette planche est que les larges bandes de canevas rendent difficile l'évaluation de la respiration[12, 13].

L'utilisation de cette planche d'immobilisation doit se faire dans des situations urgentes et essentielles, ne pas excéder le temps minimal et indispensable nécessaire au traitement indiqué et seulement lorsqu'aucun autre moyen ne peut la remplacer. Le dentiste qui décide d'utiliser ce type de contention doit assurer une surveillance clinique constante de la condition respiratoire et utiliser obligatoirement un saturomètre. De plus, il doit avoir les connaissances et les habiletés nécessaires pour le faire, l'équipement pour intervenir en cas d'urgence, en plus de connaître et d'être à jour dans les techniques de réanimation cardio-respiratoire.

L'immobilisation inhérente à un traitement par l'utilisation de la contention réfère aussi à toute intervention ayant pour objet de stabiliser, de restreindre et de limiter les mouvements d'une personne qui reçoit un soin ou un traitement buccodentaire. Ces interventions nécessitent un positionnement spécifique de courte durée et visent à diminuer les risques de blessures tout en permettant au dentiste d'agir en toute sécurité[14]. Il s'agit la plupart du temps d'une immobilisation, comme par exemple retenir avec ses mains les mouvements imprévus d'un enfant. Cependant, du matériel technique peut parfois être utilisé comme la contention de poignets, des bandes avec velcro pour genoux, etc.

LES STRATÉGIES DE REMPLACEMENT

Comme les mesures de contention limitent la liberté de mouvement et peuvent avoir des conséquences graves pour une personne, il est essentiel de préconiser des mesures de remplacement afin d'en éviter l'usage. Quant aux mesures dites de remplacement, elles font référence aux stratégies d'intervention de nature préventive utilisées par les dentistes pour éviter le recours à des mesures de contention.

Il existe une variété de stratégies d'intervention simples ou complexes qui font appel aux compétences, à la créativité et à l'expérience des dentistes, permettant d'éviter de recourir à la contention. Il s'agit d'approches reconnues pour prodiguer les soins buccodentaires aux enfants, aux adultes, aux adolescents et à toute autre personne qui présente des conditions de santé particulières dans une perspective de promotion de la qualité et de la sécurité des soins[15].

Afin de diminuer la peur, l'anxiété ou l'agitation de l'enfant dans certaines circonstances, les approches de gestion des comportements permettent d'accomplir les soins buccodentaires exigés. Par exemple, de nombreuses stratégies de communication, simples et plus élaborées (par exemple, la communication non verbale, le renforcement positif, le contrôle de la voix, la distraction, etc.), sont utilisées en dentisterie pédiatrique et permettent au dentiste d'amener l'enfant à collaborer, à se détendre, à avoir confiance et à s'adapter à l'environnement nouveau qu'est un cabinet de dentiste. Chaque approche doit être adaptée à l'enfant. L'application de ces approches requiert de l'expérience et des connaissances de la part du dentiste[16].

La pertinence de la communication adaptée à la situation permet aussi de tempérer les comportements de peur, d'anxiété et d'agitation auprès des adultes. Par ailleurs, soigner certaines personnes handicapées qui présentent des problèmes de démence, de déficits cognitifs, de problèmes de santé mentale ou de maladie dégénérative nécessitera l'utilisation d'une mesure de contention pour permettre au dentiste de donner tous les soins buccodentaires requis[17]. Dans ce cas, le dentiste devra respecter les principes identifiés dans le présent document.

LES CONSIDÉRATIONS LÉGALES ET LA TENUE DE DOSSIER

Notre système juridique énonce les droits et libertés, les responsabilités et les obligations en tant que citoyen afin d'assurer la sécurité et l'intégrité des personnes dans une société libre et démocratique.

Il n'est pas inutile de rappeler que la Charte canadienne des droits et libertés, la Charte québécoise des droits et libertés de la personne, le Code civil du Québec, la Loi sur les services de santé et des services sociaux, le Code des professions, la Loi sur les dentistes ainsi que le Code de déontologie des dentistes et le Règlement sur la tenue des cabinets et des dossiers et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre des dentistes du Québec sont parmi les textes juridiques les plus importants dans le contexte qui nous occupe.

Il va sans dire qu'une attention particulière doit être apportée au Code de déontologie des dentistes, qui établit les règles de conduite et les responsabilités professionnelles des dentistes en tout temps.

Comme en toute matière, la responsabilité civile et professionnelle des dentistes et de leur personnel pourra être mise en cause en cas de non-respect des normes.

L'utilisation d'une mesure de contention doit toujours avoir une visée thérapeutique. En aucun cas, elle ne doit être utilisée pour accélérer le processus de traitement, pour compenser le manque de personnel ou comme mesure punitive ou éducative. L'utilisation des mesures de contention doit immédiatement cesser dès qu'il n'y a plus de risque d'entrave au traitement ou lorsque le dentiste observe une complication. La contention ne doit jamais être utilisée de manière à causer une blessure ou de la douleur au patient. Elle doit toujours se faire sous supervision constante du patient.

La décision d'utiliser des mesures de contention doit être prise après avoir procédé à l'évaluation rigoureuse de la situation de santé de la personne et d'en avoir déterminé les besoins. Les effets indésirables et les avantages liés à l'utilisation de mesure de contention doivent être pris en compte afin d'en justifier la prescription.

L'utilisation responsable des mesures de contention auprès des clientèles visées doit être précédée d'une formation adaptée et particulière, notamment en dentisterie pédiatrique et gériatrique.

Lorsqu'il décide d'utiliser une mesure de contention, le dentiste doit en tout temps se référer aux principes et aux normes généralement reconnus en cette matière.

Si le dentiste œuvre en établissement de santé, il doit agir en conformité avec le protocole d'application adopté par le CMDP de son établissement.

Le dentiste qui exerce dans un milieu non régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux doit utiliser la contention dans le respect des principes énoncés dans le présent document, de son code de déontologie et des règles usuelles de la responsabilité civile. Un protocole d'utilisation doit également être dressé pour l'utilisation dans une clinique.

L'obtention du consentement de la personne ou de la personne autorisée à consentir pour elle est essentielle, sauf en cas d'urgence, et doit précéder l'utilisation de la contention.

Deux contextes différents de l'utilisation des mesures de contention sont identifiés (MSSS, 2002) :

- en cas d'intervention planifiée, c'est-à-dire lorsqu'il est possible, voire nécessaire, de prévoir une éventuelle utilisation des mesures de contention;

- en cas d'intervention non planifiée, c'est-à-dire lorsque le dentiste intervient en réponse à un comportement inhabituel et imprévisible qui met en danger de façon imminente la sécurité de la personne ou celle d'autrui.

Toute décision d'utiliser une mesure de contention requiert le consentement libre et éclairé de la personne ou de celle qui agit légalement en son nom, sauf en situation d'urgence. Toutes les informations pertinentes à l'utilisation de la contention doivent être données dans un langage accessible à la personne concernée. Aussi, la personne doit consentir de son plein gré, sans crainte ou pression provenant d'une tierce personne.

Dans le cas d'une intervention planifiée, il est préférable d'obtenir un consentement écrit de la part du patient ou de la personne qui agit légalement en son nom. Toutes les données relatives à l'obtention du consentement libre et éclairé, qu'il soit écrit ou non, doivent être inscrites au dossier du patient.

Dans le cas d'une intervention non planifiée, lorsqu'il s'agit d'utiliser une immobilisation inhérente à un traitement, le dentiste doit également obtenir le consentement, bien qu'il ne puisse pas en toute circonstance être écrit. Par exemple, la présence du parent durant l'immobilisation temporaire d'un enfant représente un consentement implicite.

En outre, le dentiste a l'obligation de respecter le refus catégorique de la personne ou de son représentant.

Toutes les données pertinentes et relatives à l'utilisation des mesures de contention ou des mesures de remplacement doivent être consignées au dossier. L'indication de la mesure de contrôle, la durée de l'application et le comportement du patient doivent faire l'objet d'une note de la part du dentiste.

LES PRINCIPES DIRECTEURS DE L'UTILISATION DE LA CONTENTION

Les principes directeurs suivants viennent baliser l'utilisation des mesures de contention par les dentistes :

- les mesures de contention doivent être utilisées comme moyens d'exception auprès de personnes dont les comportements sont susceptibles de mettre leur sécurité ou celle d'autrui en danger dans un contexte où les soins buccodentaires sont urgents et essentiels;

- une situation est considérée urgente et essentielle lorsque les soins buccodentaires doivent absolument être prodigués de façon immédiate afin d'éviter des conséquences graves pour la santé et l'intégrité physique de la personne;

- les mesures de contention ne doivent jamais être utilisées pour accélérer le processus de traitement, pour compenser le manque de personnel ou comme mesure punitive ou éducative;

- l'utilisation des stratégies de remplacement doit être priorisée avant de décider d'appliquer toute mesure de contention;

- l'utilisation des mesures de contention requiert une évaluation clinique initiale, tant physique que psychologique, et continue afin de déterminer la nature du problème, les interventions requises, les stratégies de remplacement les plus appropriées et la contention envisagée;

- l'application des mesures de contention doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité en assurant le meilleur confort possible de la personne en tout temps, dans un contexte de supervision constante et attentive, et un maintien de la communication et des contacts humains;

- l'utilisation de la contention doit toujours être optimale, sans être excessive, pour ne pas restreindre inutilement la liberté, ni insuffisante, pour ne pas compromettre la sécurité;

- l'utilisation de la contention doit s'exercer conjointement avec des moyens qui visent à calmer et à apaiser le patient;

- dans un cabinet dentaire, seul un dentiste peut prescrire une mesure de contention;

- le dentiste et son personnel doivent être dûment formés et qualifiés avant de faire usage de quelque forme de contention;

- l'utilisation des mesures de contention requiert le consentement libre et éclairé de la personne ou de celle qui agit légalement en son nom, sauf en situation d'urgence;

- toute utilisation de contention doit se faire en situation d'urgence ou d'exception, sous haute surveillance et dans un environnement sécuritaire permettant d'intervenir rapidement en cas d'urgence;

- l'utilisation de la contention doit être faite selon le protocole élaboré par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement de santé où exerce le dentiste ou selon le protocole élaboré par la clinique dentaire par des dentistes;

- toute utilisation de la contention doit faire l'objet de notes au dossier du patient, y incluant notamment le diagnostic lié à la prise de décision, l'indication de la mesure prescrite en fonction du comportement, la description de la situation, le type de contention utilisé, la date, l'heure et la durée de son utilisation, le consentement obtenu, l'explication fournie des risques associés, les observations pertinentes (dont la condition respiratoire, etc.), les paramètres de surveillance requis (dont le saturomètre, etc.) et les contrôles exercés.

CONCLUSION

Par l'élaboration de ces principes directeurs, l'Ordre des dentistes du Québec invite tous ses membres à se rappeler les principes qui entourent leur responsabilité professionnelle, éthique et légale relativement à l'utilisation des mesures de contention auprès de l'ensemble de leur clientèle, notamment auprès des enfants et des personnes âgées. De fait, il espère sensibiliser les dentistes à l'ampleur et à la complexité de la situation relative à l'utilisation des mesures de contention tant en cabinet privé qu'en établissement de santé du réseau de la santé et des services sociaux.

À l'instar de leurs autres collègues du domaine de la santé, les dentistes peuvent contribuer de façon tangible à la diminution de l'utilisation des mesures de contention au Québec en reconnaissant que la contention demeure une mesure d'exception. Des stratégies de

remplacement, pertinentes au contexte des soins dentaires, sont disponibles et doivent être privilégiées.

L'utilisation des mesures de contention en dentisterie doit toujours être faite en toute connaissance des techniques et des motifs cliniques nécessaires à son emploi.

La contention, si utilisée, doit être de courte durée, faire l'objet d'une évaluation clinique et continue, sur une base individualisée et selon le jugement clinique du dentiste dans une perspective thérapeutique pour les traitements urgents et essentiels.

RÉFÉRENCES

AUTRES DOCUMENTS CONSULTÉS

Alammouri, M. (2006, Summer). The attitude of parents toward behaviour management techniques in pediatric dentistry. *J Clin Pediatr Dent*. 30(4). 310-313.

Collège des médecins du Québec (1999). *Recommandations concernant l'utilisation de la contention et de l'isolement. Lignes directrices.* Montréal : Collège des médecins du Québec.

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (1997). *Grille d'analyse pour le traitement des plaintes en lésion de droit en matière de contention.* Document adopté à la 422e séance de la Commission, tenue le 31 octobre 1997.

Eaton, J.J., McTigue, D.J., Field, H.W Jr., Beck, M. (2005, Mar-Apr). Attitudes of contemporary parents toward behaviour management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr. Dent.* 27(2). 107-13.

Frenkel, R.I. (1991, Sept-Oct). The Papoose Board and mothers' attitudes following its use. *Pediatr. Dent.* 13(5). 284-288.

Glassman, P. (2009. Jan.-Feb). A review of guidelines for sedation, anesthesia, and alrenative interventions for people with special needs. *Spc. Care Dentist*. *29*(1). 9-16.

Lussier, J.P., Benigeri, M. (2007). L'organisation de la pratique de médecine dentaire au Québec. *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec*. (44). 385-388.

Lussier, J.P., Benigeri, M. (2008). Survol des caractéristiques de la clientèle des cabinets dentaires et des traitements offerts par les généralistes en 2005. Résultats du sondage de l'ODQ de 2006. *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec*. (45). 21-24.

Mathewson, R.J., Primosch, R.E. (1995). Behavior management (pp. 137-143). Dans *Fundamentals of Pediatric Dentistry*. Third Edition. Quintessence Books.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques.* Direction des communications du MSSS.

Ordre des dentistes du Québec (2007). *Consultation publique sur les conditions de vie des aînés. Mémoire déposé par l'Ordre des dentistes du Québec.*

Romer, M. (2009, Jan-Feb). Consent, restraint, and people with special needs: a review. *Spec. Care Dentist*. 29(1). 58-66.

Shuman, S.K., Bebeau, M.J. (2008). Ethical issues in nursing home care: Practice guidelines for difficult situations. *Special Care in Dentistry.* (16)4. 170-176.

Strayer, Michael (1996). Consensus Conference on Practice Guidelines for Institutionalized Older Patients. *Special Care in Dentistry*, (16)4. (141-142).

Wilson, S., Cody, W.E. (2005, July-Aug). An analysis of behaviour management papers published in the pediatric dental literature. *Pediatr Dent*. (27)4. 331-338.

NOTES DE FIN DE DOCUMENT

1 American Academy of Pediaric Dentistry (2008-2009). Clinical Guidelines Reference manual. Vol 30 : no. 7. *Pediatric Dentistry*. Publication of the College of Diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry. (En ligne : www.aapd.org/media/policies-guuidelines, page consultée le 3 octobre 2009)

2 Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Vers un* changement *de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*. Programme de formation. Cahier du formateur. Direction des communications du MSSS. (En ligne : http://publication.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-812-02.pdf, page consultée le 3 octobre 2009)

3 Le Protecteur du citoyen. Rapport annuel 2008-2009. Isolement et contention dans les établissements de santé – Des mesures exceptionnelles de dernier recours, pp. 90-91. (En ligne : www.protecteurducitoyen.qc.ca/fileadmin/medias/pdf/rapports_annuels/2008-09/RA_0809_06.pdf, page consultée le 3 octobre 2009)

4 Connick, C.M., Bates, M.L., Barsley, R.E. (1999). Dental treatment guidelines for use of restraints within the nine Louisiana development centers. *Louisiana Dental Association*. 58(2). 23-26.

5 American Academy of Pediaric Dentistry. (2008-2009). Clinical Guidelines Reference manual. Vol 30: no.7. *Pediatric Dentistry*. Publication of the College of Diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry. (En ligne: www.aapd.org/media/policies-guuidelines, page consultée le 3 octobre 2009)

6 Stiefel, D.J. (2002). Dental Care Considerations for Disabled Adults. *Spec Care Dentist. 22*(3). 26-39.

7 Loi sur les services de santé et les services sociaux. (L.R.Q., chapitre S-4.2). Éditeur officiel du Québec.

Article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux :

> *La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.*
>
> *Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant*

laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures.

8 Dodds, S. (1996). Exercising restraint: autonomy, welfare and elderly patients. *J. Med. Ethics*, 22(3). 160-163.

9 Connick, C.M., Bates, M.L., Barsley, R.E. (1999). Dental treatment guidelines for use of restraints within the nine Louisiana development centers. *Louisiana Dental Association*. 58(2). 23-26.

10 American Academy of Pediaric Dentistry. (2008-2009). Clinical Guidelines Reference manual. Vol 30: no. 7. *Pediatric Dentistry*. Publication of the College of Diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry. (En ligne: www.aapd.org/media/policies-guuidelines, page consultée le 3 octobre 2009)

11 Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *Plan d'action. Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*. Direction des communications du MSSS.

12 Adair, Steven M., Durr, David P. (1987). Modification of Papoose Board restraint to facilitate airway management of the sedated pediatric dental patient. *Pediatric dentistry.* June, Vol. 9, No. 2. (163-165).

13 Brandes, D.A. *et al.* (1995). A comparison of opinions from parents of disabled and non-disabled children on behavior management techniques used in dentistry. *Special care in Dentistry*. 15(3). 119-123.

14 American Academy of Pediaric Dentistry (2008-2009). Clinical Guidelines Reference manual. Vol 30: no.7. *Pediatric Dentistry*. Publication of the College of Diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry. (En ligne: www.aapd.org/media/policies-guuidelines, page consultée le 3 octobre 2009)

15 *Ibid*. AAPD.

16 *Ibid*. AAPD.

17 Stiefel, D.J. (2002). Dental Care Considerations for Disabled Adults. *Spec Care Dentist*. 22(3). 26-39.

Ordre des dentistes du Québec

625, boul. René-Lévesque Ouest
15e étage
Montréal (Québec) H3B 1R2

Téléphone : 514.875.8511 1 800 361.4887
Télécopieur : 514.393.9248

www.odq.qc.ca

Cabinet du président

Le 28 mars 2013

Monsieur Jean Paul Dutrisac, président
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10e étage
Québec (Québec)
G1R 5Z3

Objet : Modifications au *Code des professions* et aux lois professionnelles
V/D : 3211-00

Monsieur le Président,

Suite à votre invitation du 18 décembre 2012, il me fait plaisir de vous faire parvenir les demandes de l'Ordre des dentistes du Québec concernant des modifications législatives à la loi qui le constitue.

Les demandes transmises ne concernent évidemment pas la révision du champ d'exercice ou des activités à réserver aux dentistes, mais ceci se retrouve dans le mémoire de l'Ordre en réponse au rapport du « Comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire ».

Par ailleurs, nous attirons votre attention sur les demandes que nous avions formulées, le 7 mars dernier, en réponse à la consultation relative au *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien* ainsi qu'au *Règlement sur les conditions et modalités suivant lesquelles un pharmacien peut prolonger ou ajuster une ordonnance d'un médecin ou substituer au médicament prescrit un autre médicament* et vous invitons à considérer, de concert avec l'Ordre des pharmaciens du Québec et le Collège des médecins du Québec, des modifications à la *Loi sur la pharmacie* afin d'y inclure les dentistes. Ces modifications s'inscrivent positivement dans un objectif d'accessibilité.

Nous tenons à offrir à l'Office des professions du Québec notre entière collaboration afin de mener à terme les demandes que nous vous formulons. Si vous souhaitez obtenir des informations additionnelles, n'hésitez pas à communiquer avec Me Caroline Daoust, directrice générale et secrétaire de l'Ordre des dentistes du Québec.

Je vous prie de recevoir, monsieur le Président, mes salutations distinguées.

Le président,

Barry Dolman, DMD

p. j. Demandes de modification législative

Le 6 juin 2013

Monsieur Jean Paul Dutrisac, président
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10e étage
Québec (Québec)
G1R 5Z3

Objet : Modifications au *Code des professions* et aux lois professionnelles
V/D : 3211-00

Monsieur le Président,

Le 28 mars dernier, dans le cadre des travaux entrepris par l'Office des professions du Québec relativement aux modifications législatives au Code des professions et aux lois professionnels, nous vous faisions parvenir nos propositions de modification. Avec votre accord, nous souhaiterions vous soumettre deux amendements aux propositions de l'Ordre des dentistes du Québec.

Le premier amendement, somme toute mineur, revêt une grande importance en regard de la cohérence de nos propositions. Nous demandons de remplacer l'expression « art dentaire » par celle de « médecine dentaire » aux pages 5 et 7 de notre demande.

Vous conviendrez que la nature de cet amendement rejoint l'objet de la demande de modifications formulées aux pages 1 et 2 et ne constitue en rien une nouvelle proposition.

Le deuxième amendement vise à corriger la référence à l'article 62 du Code des professions par l'article 61, en page 4 de notre demande.

Vous trouverez ci-joints les propositions des modifications législatives de l'Ordre des dentistes du Québec, telles que nous vous les avions fait parvenir en mars dernier et sur lesquelles vous pourrez voir les amendements que nous vous soumettons aujourd'hui.

Si des informations additionnelles étaient nécessaires, n'hésitez pas à communiquer avec la soussignée.

Je vous prie de recevoir, monsieur le Président, mes salutations distinguées.

La directrice générale et secrétaire,

Caroline Daoust
Avocate

p. j. Demande de modification législative amendée

DEMANDE DE MODIFICATION LÉGISLATIVE - AMENDÉE

Ordre des dentistes du Québec

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Articles visés

Modification des articles 2 et 26 ainsi que du titre des sections V et VI pour remplacer l'usage des mots « art dentaire » par « médecine dentaire ».

3. Demande de modification

Les nouveaux articles 2 et 26 se liraient comme suit :

> ***2.*** *L'ensemble des dentistes habilités à exercer la médecine dentaire au Québec constitue un ordre professionnel désigné sous le nom de «Ordre professionnel des dentistes du Québec» ou «Ordre des dentistes du Québec».*
>
> ***26.*** *Constitue l'exercice de la médecine 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.*

Les nouvelles sections V et VI se liraient comme suit :

> ***SECTION V***
> *EXERCICE DE LA MÉDECINE DENTAIRE*
>
> ***SECTION VI***
> *EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE DENTAIRE*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Le changement proposé ne modifie pas l'ordre juridique. Cette modernisation de vocabulaire est cependant importante et reflète l'évolution de la discipline. L'expression *médecine dentaire* a d'ailleurs été retenue par le Comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire (*Rapport Bernier*, octobre 2012, p. 18). Il n'y a pas lieu d'attendre la mise en œuvre des recommandations de ce comité pour apporter les modifications demandées.

5. Solutions possibles

La proposition étant déjà appuyée par un comité d'experts, il n'y a pas lieu de chercher d'autres pistes de travail.

6. Analyse comparative

Pour la même raison, il n'y avait pas lieu de procéder à une telle analyse. L'enjeu ne le requérait pas.

7. Activité réglementaire

Nous avons retracé deux règlements où l'expression *art dentaire* est utilisée :

- *Règlement su la délivrance d'un permis de l'Ordre des dentistes du Québec pour donner effet à l'arrangement conclu par l'Ordre en vertu de l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles,* R.R.Q., c. D-3, r. 7.1, art. 2;

- *Règlement sur la souscription obligatoire au Fonds d'assurance responsabilité professionnelle de l'Ordre des dentistes du Québec,* R.R.Q., c. D-3, art. 2 et annexe I.

Ces règlements devront être éventuellement modifiés pour que l'expression *médecine dentaire* y soit plutôt utilisée.

8. Consultation et information

La modification proposée n'entre en conflit avec les intérêts d'aucun groupe. Il n'y a pas matière à consultation. Il n'y a pas lieu non plus de prévoir un mécanisme particulier d'information.

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Articles visés

Ajout d'un article 7.1 et d'un quatrième alinéa à l'article 13 concernant la composition du conseil d'administration et du comité exécutif

3. Demande de modifications

Le nouvel article 7.1 se lirait comme suit :

> *Le nombre d'administrateurs peut être modifié conformément au Code des professions (chapitre C-26).*

Le nouveau quatrième alinéa de l'article 13 se lirait comme suit :

> *Le Conseil d'administration peut modifier le nombre de membres visés au premier alinéa qui doivent faire partie du comité exécutif, conformément à l'article 97 du Code des professions (chapitre c-26).*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Le *Code des professions* (L.R.Q., c. C-26) prévoit un cadre qui permettrait à l'Ordre des dentistes de modifier la composition de ses instances suivant l'évolution des besoins.

En ce qui concerne le conseil d'administration, une telle modification devrait être approuvée par l'Office des professions (*Code des professions,* L.R.Q., c-C-26, art. 95.2). En ce qui concerne le comité exécutif, l'Ordre des dentistes s'est doté de règles de gouvernance qui pourraient éventuellement être modifiées.

5. Solutions possibles

La référence à un cadre existant d'application générale parait comporter en soi un avantage. Elle ne comporte aucun inconvénient sauf s'il en est un de devoir référer à plus d'un texte législatif afin de déterminer la composition des organes de gouvernance de l'Ordre des dentistes.

Une solution alternative consisterait à décrire de façon précise dans la *Loi sur les dentistes* les modifications que l'Ordre serait autorisé à apporter. L'objectif de souplesse serait atteint, sans inconvénient pour l'Ordre des dentistes. On y perdrait toutefois une occasion d'étendre le champ d'application concret du *Code des professions* à cet égard.

6. Analyse comparative

L'idée de rendre applicable à l'Ordre des dentistes une disposition du *Code des professions* se prête mal à un exercice comparatif avec les cadres de gouvernance en vigueur ailleurs au Canada et aux États-Unis.

7. Activité réglementaire

L'Office des professions serait éventuellement appelé à approuver un règlement modifiant la composition du conseil d'administration.

Le premier alinéa de l'article 61 du *Code des professions* permettrait par ailleurs au conseil d'administration de l'Ordre des dentistes de modifier par résolution la composition de son comité exécutif dans le cadre fixé par l'article 97 du *Code des professions*. Il le fera naturellement dans ses règles de gouvernance, lesquelles contiennent déjà des dispositions concernant l'organisation des instances de l'Ordre.

8. Relations intergouvernementales et impacts sur la mobilité

Aucune répercussion et aucun impact

9. Consultation et information

Aucune opération de consultation ou d'information n'est nécessaire. Le sujet en est un de régie interne. L'encadrement de ce sujet par le *Code des professions* est par ailleurs de nature à protéger les intérêts des professionnels concernés et du public dans la gouvernance de l'Ordre des dentistes.

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Article visé

Ajout d'un article 18.2 concernant l'inspection d'autres personnes que des *dentistes*

3. Demande de modification

Ce nouvel article 18.2 se lirait comme suit :

> *Le Conseil d'administration peut vérifier la qualité des activités visées à l'article 26, lorsqu'elles sont exercées par des personnes, autres que des professionnels, habilitées par une autre loi ou par règlement du Conseil d'administration.*
>
> *À cette fin, un comité ou un membre de l'Ordre désigné par le Conseil d'administration peut obtenir de ces personnes et des dentistes avec lesquels celles-ci collaborent ou de tout établissement dans lequel ces activités sont exercées, tous les renseignements qu'il juge utiles et qui sont reliés directement à l'exercice de ces activités, sans qu'aucun d'eux ne puisse invoquer le secret professionnel.*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Dans le contexte d'un accroissement possible des prérogatives de personnes qui ne sont pas des professionnelles, telles les assistantes dentaires, une disposition inspirée de l'article 18.2 de la *Loi médicale* (L.R.Q., c. M-9) est requise pour permettre à l'Ordre des dentistes d'exercer pleinement sa mission.

Les pouvoirs de l'Ordre des dentistes du Québec à cet égard ne devraient pas être limités aux cas de délégations compte tenu de la proposition faite de privilégier une autre voie pour autoriser plus amplement l'exercice de la médecine dentaire par des personnes autres que des dentistes.

5. Solutions possibles

La solution proposée étant calquée sur une disposition de la *Loi médicale* - sans toutefois en avoir la portée puisque le Collège des médecins est aussi habilité à

inspecter des professionnels autres que des médecins - nous n'avons pas cherché d'autres pistes de travail.

6. Analyse comparative

La solution proposée étant calquée sur une disposition de la *Loi médicale,* nous n'avons pas documenté la question en regard de précédents canadiens ou américains.

7. Activité réglementaire

Aucune

8. Consultation et information

Les professionnels n'étant pas visées par la proposition, il n'y a pas lieu de penser à ce qu'il y ait opposition. L'Ordre des dentistes présume ici que les assistantes dentaires ne le deviendront pas même lors de la mise en œuvre éventuelle du *Rapport Bernier* (2012).

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Article visé

Remplacement de l'article 31 concernant la délivrance de permis restrictifs

3. Demande de modification

Le nouvel article 31 se lirait comme suit :

> *Le Conseil d'administration peut accorder un permis restrictif, aux conditions et pour la durée qu'il détermine, à toute personne qui ne remplit pas les conditions de délivrance du permis.*
>
> *Il peut en outre accorder un tel permis restrictif et un certificat de spécialiste permettant à une personne d'exercer la médecine dentaire dans le domaine de la spécialité à l'égard de laquelle le Conseil d'administration reconnait une équivalence en application d'un règlement pris en vertu du paragraphe i de l'article 94 du Code des professions.*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Ce nouvel article 31 vise à accorder à l'Ordre des dentistes des pouvoirs plus étendus en la matière, comme parait le faire en partie la *Loi médicale* au bénéfice du Collège des médecins.

Il permettrait de résoudre une difficulté majeure aux fins de l'application d'engagements pris par Québec et l'Ordre dans le domaine de la mobilité interprovinciale et internationale, ce qui a déjà été exposé à l'Office des professions.

Il est nécessaire en effet de permettre l'émission de permis et de certificats de spécialiste dans des domaines correspondant l'un à l'autre. Dans ce contexte notamment il est requis que les permis restrictifs visés par l'article 31 ne soient plus à durée limitée.

5. Solutions possibles

Lors de discussions remontant à 2009, l'Office des professions s'est montré réticent à ce que la réglementation de l'Ordre des dentistes qui serait adoptée en vertu du *Code des professions* ouvre la voie à l'émission de certificats de spécialistes prenant appui sur des permis restreints. Des considérations liées à la pratique réglementaire générale ont alors été évoquées.

L'Ordre des dentistes propose ici une voie plus étroite qui ne concernerait pas les autres professions. Une modification à sa loi constituante permettrait à l'Ordre des dentistes de respecter pleinement ses engagements envers les organismes canadiens de réglementation de la médecine dentaire tout en mettant en œuvre de façon active l'entente France-Québec sur la mobilité.

6. Analyse comparative

Selon les renseignements disponibles à l'Ordre des dentistes, les autres juridictions canadiennes ont établi des règles permettant aux organismes de réglementation de la médecine dentaire d'autoriser un spécialiste formé à l'étranger à pratiquer à ce titre dans le seul champ de sa spécialité.

7. Activité réglementaire

Contrairement à d'autres voies de solution, celle proposée ne requiert en soi aucune activité réglementaire.

8. Relations intergouvernementales et impacts sur la mobilité

Ces questions sont au centre de la proposition sous considération. La pleine mise en œuvre de l'entente France-Québec sur la mobilité requiert l'émission de permis aux candidats à l'exercice de la profession. Une fois admis au Québec, le candidat devient admissible à la pratique dans les autres juridictions canadiennes suivant un modèle très souple. L'Ordre des dentistes s'est par ailleurs engagé à admettre ces candidats selon certaines restrictions dans le cadre du Protocole FCORD relatif à la reconnaissance de spécialistes dentaires formés à l'étranger et à la délivrance d'un permis d'exercice.

9. Consultation et information

Il est assez certain que toutes les personnes et organismes intéressés seront d'accord avec la proposition. Elle vise à faciliter l'admission de ces personnes à l'Ordre des dentistes dans un cadre qui respecte les positions des organismes canadiens de réglementation.

DEMANDE DE MODIFICATION LEGISLATIVE

Ordre des dentistes du Québec

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Article visé

Article 36 concernant le nom des cabinets dentaires

3. Demande de modification

Abrogation

4. Exposé de la situation et argumentaire

Cet article 36 est antérieur à un important changement qui a été autorisé par la législation professionnelle : la pratique au sein d'une société par actions.

Afin de s'adapter à ce changement et à la pratique suivie dans d'autres ordres professionnels, il y aurait lieu d'encadrer, par règlements, la dénomination des cabinets et sociétés de dentistes.

5. Solutions possibles

Voir point 4

6. Analyse comparative

Les références canadiennes et américaines ne paraissent pas très utiles pour la mise à jour de la question soulevée en regard de la structuration de la pratique professionnelle résultant de la législation québécoise. Certaines règles déontologiques interdisant par exemple la tromperie et dont il sera fait mention au point suivant sont par ailleurs classiques et sont utilisées dans plusieurs juridictions.

7. Activité réglementaire

Le *Code de déontologie des dentistes* (R.R.Q., c. D-3, r. 4) pourrait être modifié par l'insertion, après l'article 3.09.11, des articles suivants :

> ***3.09.12.*** *Le dentiste exerce sa profession sous son propre nom, sous le nom d'un ou plusieurs associés ou sous celui d'une société par actions constituée*

conformément au Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société (R.R.Q., c. D-3, r. 9).

3.09.13. *Le nom d'une société de dentistes peut comprendre le nom de tout associé exerçant sa profession au sein de cette société. Il peut également comprendre celui de tout associé qui a cessé d'exercer sa profession, pendant une période d'au plus trois ans à compter du moment où il a cessé de l'exercer, pourvu que son nom ait fait partie du nom de la société au moment où il a cessé d'exercer.*

3.09.14. *Le dentiste ne doit pas exercer sa profession sous un nom ou une désignation qui induit en erreur, qui soit trompeur, qui aille à l'encontre de l'honneur ou de la dignité de la profession, qui soit un nom numérique ou qui contrevienne aux articles 3.09.01 à 3.09.06 du présent code.*

L'article 11 du *Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société* (R.R.Q., c. D-3, r. 9) serait modifié par l'ajout, à la fin, de l'alinéa suivant :

Le nom d'une société par actions doit être conforme aux articles 3.09.12 à 3.09.14 du Code de déontologie des dentistes (R.R.Q., c. D-3, r. 4).

L'article 12 du *Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société* serait modifié par le remplacement des mots « à l'article 36 de la Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3) par « aux articles 3.09.12 à 3.09.14 du Code de déontologie des dentistes (R.R.Q., c. D-3, r. 4).

8. Relations intergouvernementales et impacts sur la mobilité

Aucune répercussion et aucun impact.

9. Consultation et information

La proposition vise les membres de l'Ordre des dentistes qui auront maintenant des règles plus modernes et plus claires à respecter. L'Ordre les informera avec précisions de la portée de ces règles à travers les moyens de communication dont il dispose.

DEMANDE DE MODIFICATION LEGISLATIVE

Ordre des dentistes du Québec

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Article visé

Ajout des articles 37.1 et 37.2 concernant la propriété des cabinets dentaires et l'usage du substantif *dentaire*

3. Demande de modification

Les nouveaux articles 37.1 et 37.2 se liraient comme suit :

> ***37.1.*** *Seuls peuvent être propriétaires d'un cabinet dentaire, un dentiste, une société de dentistes ou une société par actions constituée conformément à un règlement pris en application du paragraphe p de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).*
>
> *Aux fins du présent article, on entend par cabinet dentaire une entreprise, autre qu'un établissement, où un dentiste exerce sa profession.*
>
> ***37.2.*** *Seuls peuvent faire usage du substantif « dentaire » dans un nom ou une publicité se rapportant à des services offerts au public, un dentiste, une société de dentistes ou une société par actions constituée conformément à un règlement de l'Ordre des dentistes du Québec pris en application du paragraphe p de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).*
>
> *L'interdiction prévue au premier alinéa n'empêche pas un denturologiste d'utiliser le substantif « dentaire » avec d'autres termes qui sont propres à l'exercice de sa profession.*

À titre de mesure transitoire, il y aurait lieu de prévoir ce qui suit :

> *L'article (indiquer ici l'article introduisant les articles 37.1 et 37.2) entre en vigueur le (indiquer ici la date qui suit de trois mois celle de la sanction de la loi).*
>
> *Pour une période de trois mois à partir de la date de l'entrée en vigueur des articles 37.1 et 37.2 de la Loi sur les dentistes, un avertissement est transmis à un contrevenant au lieu d'un constat d'infraction.*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Les nouveaux articles 37.1 et 37.2 visent à mettre fin à la confusion qui existe présentement en l'absence d'une règle claire sur la propriété des cabinets dentaires et du fait de l'utilisation du substantif dentaire, sans autre précision, pour désigner des organisations ou des services liés à plusieurs professions.

Il y aurait lieu de prévoir un délai pour permettre à certaines organisations de modifier leurs pratiques et se conformer à ces nouvelles dispositions. Ce délai serait de trois mois, suivi d'une période de tolérance de trois autres mois.

5. Solutions possibles

La voie législative est requise compte tenu de l'importance des sujets traités. C'est d'ailleurs de cette façon que la question de la propriété est résolue à l'article 27 de la *Loi sur la pharmacie* (L.R.Q., c. P-10).

6. Analyse comparative

Les exemples canadiens et américains ne seraient pas probants parce qu'on n'y retrouve pas exactement les mêmes professions dans le domaine qui nous intéresse.

7. Activité réglementaire

Aucune

8. Consultation et information

Les professionnels du domaine dentaire qui ne sont pas dentistes auront vraisemblablement des réactions variées devant la proposition de l'Ordre des dentistes. Il est possible d'anticiper que des denturologistes s'y opposent. Il faudra alors faire valoir que d'une part il est approprié que les dentistes contrôlent les entreprises de médecine dentaire et que d'autre part il n'est pas approprié qu'il y ait confusion dans la nature des organisations et des services. L'Ordre des dentistes pourra expliquer que ses propositions sont justes et servent l'intérêt public.

Ordre des dentistes du Québec

PAR COURRIEL

Le 30 avril 2015

Me Jean-Paul Dutrisac
Président
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

Objet : Planification du traitement des dossiers de réglementation

Monsieur le Président,

Nous faisons suite à la vôtre du 2 avril 2015 et vous transmettons le calendrier prévoyant les activités réglementaires de l'Ordre des dentistes du Québec.

Vous remarquerez à la lecture de nos projets réglementaires que plusieurs découlent de modifications législatives attendues dans les prochains mois ou nécessaires.

Ainsi, et notamment à la demande des facultés de médecine dentaire, l'Ordre entend rétablir l'exigence de l'immatriculation des étudiants en médecine dentaire. À l'instar des étudiants en médecine, les étudiants en médecine dentaire devraient être soumis dans la mesure où c'est adapté aux règles imposées aux membres. Ceci nécessitera de rétablir certains articles autrefois prévus à la Loi sur les dentistes et qui sont similaires à ceux énoncés à la Loi médicale. Parallèlement à ces modifications, qui pourraient être jointes au dépôt législatif prévu par l'Office à l'automne 2015, des règlements devront être adoptés. Ils sont en titre prioritaire au calendrier.

Par ailleurs, nous avons soumis le 9 février 2015, lors d'une rencontre avec madame Christine Gagnon, un projet de règlement à être adopté en vertu de l'article 19, 1er alinéa, par. a) de la *Loi sur les dentistes* intitulé « Règlement sur les actes qui peuvent être posés par une assistante dentaire », et ce, dans le cadre de la réponse de l'Ordre aux propositions de l'Office des professions relatives au dossier sur la modernisation des pratiques dans le domaine buccodentaire. La procédure relative à l'adoption de ce règlement est celle prévue par la *Loi sur les dentistes* et, l'Ordre des dentistes est disposé à entreprendre une consultation formelle, si nécessaire, dès que l'Office des professions donnera son aval. Ce règlement n'a pas été transmis aux juristes de l'Office. Il le sera dans le cadre du dossier de modernisation, lequel est évidemment lié à des modifications législatives.

800, boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 1X9

TÉLÉPHONE : **514 875-8511** | 1 800 361-4887
TÉLÉCOPIEUR : 514 393-9248
SITE WEB : **www.odq.qc.ca**

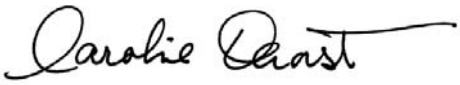
De plus, le 28 mars 2013, l'Ordre des dentistes suggérait des modifications à la *Loi sur les dentistes*, ces changements, à parfaire compte tenu de l'adoption récente de nouvelles dispositions sur la gouvernance de certains ordres et la consultation à venir de l'Office, devront cheminer avec la modernisation des champs de pratique et en feront nécessairement partie.

Quant à la question des permis spéciaux, nous avons réitéré l'urgence dans notre calendrier de l'adoption d'un règlement dans la mesure des discussions et propositions antérieures sur le sujet. Nous vous rappelons à cet effet votre correspondance du 12 août 2014 et la nôtre du 2 octobre 2014.

Nos autres demandes ne requièrent pas de modifications aux lois et s'inscrivent dans un nécessaire besoin d'actualisation.

Veuillez recevoir, Monsieur le Président, mes salutations distinguées.

La directrice générale et secrétaire,



Caroline Daoust,
Avocate

p.j.

CALENDRIER RÉGLEMENTAIRE – ANNÉE FINANCIÈRE 2015-2016

ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

Titre du règlement	Article(s) habilitant(s)	Adoption prévue du projet de règlement par le C.A.	Règlement déjà transmis à l'Office	Degré de priorité	Commentaires
Règlement sur les causes, conditions et formalités de délivrance et de révocation de l'immatriculation en médecine dentaire	À déterminer en fonction de la modernisation à la Loi sur les dentistes	Janvier 2016	Non – délai prévu - automne 2015	Élevé	L'étudiant qui pose des actes professionnels doit le faire dans le respect des règles applicables aux dentistes, notamment celles relatives à la déontologie. Il apparaît important que l'Ordre ait une assise légale pour intervenir et contrôler la pratique des étudiants en médecine dentaire qui effectuent leur formation professionnelle qui implique des interventions sur des patients. L'étudiant d'une faculté de médecine dentaire située à l'extérieur du Québec qui souhaite s'inscrire à un programme d'accueil ou d'échange approuvé par une faculté de médecine dentaire devrait également détenir un certificat d'immatriculation. Les facultés ont exprimé le souhait de rétablir l'immatriculation et les événements récents dans les universités canadiennes viennent également soutenir cette nécessité.

					L'apprentissage des règles d'éthique et de déontologie jumelé à l'immatriculation est un outil de prévention efficace.
Règlement sur les actes professionnels qui peuvent être exercés par des étudiants en médecine dentaire	L.R.Q, c. C-26 : 94 h)	Janvier 2016	Non - délai prévu - automne 2015	Élevé	Idem
Code de déontologie des dentistes (L.R.Q. D-3, r. 4)	L.R.Q, c. C-26 : 87	Automne 2015	Non – délai prévu – juin 2015	Élevé	Le code de déontologie des dentistes a été adopté en 1981 et n'a fait l'objet d'aucun amendement depuis 2008. Sa modernisation est essentielle pour s'assurer que les obligations déontologiques du dentiste s'arriment avec les réalités actuelles.
Règlement sur les actes qui peuvent être posés par une assistante dentaire	L.R.Q. c. D-3, a. 19, 1er al. par.a)	Automne 2015	Oui, par lettre à Mme Christiane Gagnon le 9 février 2015	Élevé	Dans l'optique du dépôt par l'Office des professions du Québec d'un projet de loi à l'automne 2015 relatif à la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire, ce règlement cheminera en parallèle.

CALENDRIER RÉGLEMENTAIRE – ANNÉE FINANCIÈRE 2015-2016

ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

Règlement sur la délivrance des permis spéciaux de l'Ordre des dentistes du Québec	L.R.Q, c. C-26 (sous réserve de la position de l'Ordre des dentistes quant à la possibilité d'agir selon les dispositions actuelles du code des professions, ce règlement serait adopté en vertu de modifications au Code (réf. Lettre de l'Office du 12 août 2014.)	2016	Oui	Élevé	Ce règlement vise l'émission de permis liés à une spécialité de la médecine dentaire à des spécialistes formés à l'étranger et dont la formation a été reconnue équivalente.
Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme et de formation pour la délivrance d'un permis ou d'un certificat de spécialiste de l'Ordre des dentistes du Québec (chapitre D-3, r. 10)	L.R.Q, c. C-26 : 93 c) et 93 c.1) 94 i) 94.1	Automne 2015	Non	Élevé	Nécessaire à l'arrimage entre la pratique en matière de reconnaissance et le texte règlementaire.
Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un dentiste	L.R.Q. c. D-3, a. 19, 1er al. par. c)	Automne 2015	Non	Élevé	Mise à jour nécessaire dans le cadre de la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire et les pratiques d'usages chez les dentistes.

Ordre des dentistes du Québec

PAR COURRIEL

Le 29 avril 2016

Me Jean-Paul Dutrisac
Président
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10e étage
Québec (Québec) GIR 5Z3

Objet : Planification du traitement des dossiers de réglementation

Monsieur le Président,

Nous faisons suite à la vôtre du 29 mars 2016.

Tel que nous vous l'annoncions à pareille date l'an dernier, l'Ordre souhaitait rétablir l'exigence de l'immatriculation des étudiants en médecine dentaire. Nous avons travaillé en ce sens au cours des derniers mois et espérons l'adoption d'un règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des dentistes qui permettra la mise sur pied d'un registre.

Par ailleurs, et toujours en suivi de notre planification de l'an dernier, nous avions soumis le 9 février 2015, à Madame Christine Gagnon, un projet de règlement à être adopté en vertu de l'article 19, 1er alinéa, par. a) de la *Loi sur les dentistes* intitulé « Règlement sur les actes qui peuvent être posés par une assistante dentaire », et ce, dans le cadre de la réponse de l'Ordre aux propositions de l'Office des professions relatives au dossier sur la modernisation des pratiques dans le domaine buccodentaire. Nous attendons une communication de votre part à ce sujet.

Toujours en lien avec la modernisation des pratiques professionnelles, soulignons que le Règlement sur les ordonnances faites par un dentiste devra cheminer en même temps que le reste du dossier. Nous l'avons donc intégré à nos priorités et un projet sera soumis sous peu.

Nous joignons le calendrier prévoyant les activités réglementaires de l'Ordre des dentistes du Québec pour 2016-2017.

Veuillez recevoir, Monsieur le Président, mes salutations distinguées.

La directrice générale et secrétaire,

Caroline Daoust,
Avocate

p.j.

CALENDRIER RÉGLEMENTAIRE – ANNÉE FINANCIÈRE 2016-2017

ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

Titre du règlement	Article(s) habilitant(s)	Adoption prévue du projet de règlement par le C.A.	Règlement déjà transmis à l'Office	Degré de priorité	Grandes lignes des projets des règlements
Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des dentistes	L.R.Q, c. C-26 : 94 h)	Adoption de principe le 20 nov. 2015	Oui	Élevé	Aucun règlement de l'Ordre des dentistes du Québec n'existe à l'heure actuelle relativement aux activités professionnelles pouvant être exercées par les étudiants en médecine dentaire inscrits à un programme d'études qui conduit à l'obtention d'un diplôme donnant ouverture au permis délivré par l'Ordre ainsi que par toute personne inscrite dans un tel programme d'études mais dans le cadre d'un programme d'accueil ou d'échanges approuvé par la faculté de médecine dentaire. Le Règlement répond à la volonté de favoriser l'intégration rapide des étudiants en médecine dentaire à l'Ordre et de s'assurer de leur engagement à sa mission de protection du public dès le début de leurs études. Si l'Ordre reçoit à l'heure actuelle la liste des noms des étudiants inscrits auprès des facultés de médecine dentaire, il ne peut exiger de celles-ci les renseignements personnels de ces étudiants afin de les utiliser pour communiquer avec eux directement

					ou de les rendre publics conformément à l'article 108.8 al. 1(3°) du Code de professions. Enfin, l'Ordre envisage la mise en place d'un stage de formation professionnelle obligatoire à titre de condition supplémentaire pour l'obtention du permis d'exercice. L'inscription des étudiants (et ultimement leur immatriculation une fois les modifications à la Loi sur les dentistes adoptées) doit être considérée comme un prérequis administratif nécessaire à l'adoption d'un règlement en vertu de l'article 94 (i).
Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un dentiste (L.R.Q. D-3, r. 11)	L.R.Q. c. D-3, a. 19, 1er al. par. c)	Adoption de principe Printemps 2016	Non – dépôt prévue été 2016	Élevé	Mise à jour nécessaire dans le cadre de la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire et les pratiques d'usages chez les dentistes. La structure du règlement actuel doit être revue notamment afin de bien distinguer les normes applicables aux ordonnances individuelles de celles applicables aux ordonnances collectives.

CALENDRIER RÉGLEMENTAIRE – ANNÉE FINANCIÈRE 2016-2017

ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

Code de déontologie des dentistes (L.R.Q. D-3, r. 4)	L.R.Q, c. C-26 : 87	Automne 2016	Non	Élevé	Le code de déontologie des dentistes a été adopté en 1981 et n'a fait l'objet d'aucun amendement depuis 2008. Sa modernisation est essentielle pour s'assurer que les obligations déontologiques du dentiste s'arriment avec les réalités actuelles.
Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des dentistes. (Assistante dentaire)	L.R.Q. c. D-3, a. 19, 1er al. par. a)	Printemps 2016	Oui, par lettre à Mme Christiane Gagnon le 9 février 2015	Élevé	Dans l'optique du dépôt par l'Office des professions du Québec d'un projet de loi relatif à la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire, ce règlement devra cheminer en même temps.
Règlement sur la délivrance des permis spéciaux de l'Ordre des dentistes du Québec	L.R.Q, c. C-26 (sous réserve de la position de l'Ordre des dentistes quant à la possibilité d'agir selon les dispositions actuelles du code des professions, ce règlement serait adopté en vertu de modifications au Code (réf. Lettre				Ce règlement vise l'émission de permis liés à une spécialité de la médecine dentaire à des spécialistes formés à l'étranger et dont la formation a été reconnue équivalente.

	de l'Office du 12 août 2014.)				
Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme et de formation pour la délivrance d'un permis ou d'un certificat de spécialiste de l'Ordre des dentistes du Québec (chapitre D-3, r. 10)	L.R.Q, c. C-26 : 93 c) et 93 c.1) 94 i) 94.1				Nécessaire à l'arrimage entre la pratique en matière de reconnaissance et le texte règlementaire.
Règlement sur la formation dentaire continue de l'Ordre des dentistes du Québec	Code des professions (chapitre C-26, a. 94, par. o)	Printemps 2017	Non	Élevé	

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CONCERNANT UN NOUVEAU RÈGLEMENT DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

1. Titre du règlement et habilitation

Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des dentistes, c. D-3, r. x (le Règlement)

Ce règlement est habilité par l'article 94 (h) du Code des professions et par l'article 19 (a) de la Loi sur les dentistes.

2. Règlement existant

Aucun règlement de l'Ordre des dentistes du Québec n'existe à l'heure actuelle relativement aux activités professionnelles pouvant être exercées par les étudiants en médecine dentaire inscrits à un programme d'études qui conduit à l'obtention d'un diplôme donnant ouverture au permis délivré par l'Ordre ainsi que par toute personne inscrite dans un tel programme d'études mais dans le cadre d'un programme d'accueil ou d'échanges approuvé par la faculté de médecine dentaire ou les autorités gouvernementales.

3. Description du projet

Le Règlement en est un de nature facultative qui détermine, aux termes de l'article 94(h) du Code des professions et de l'article 19 (a) de la Loi sur les dentistes, parmi les activités professionnelles que peuvent exercer les membres de l'Ordre en vertu des articles 26 et 27 de la Loi sur les dentistes, celles qui peuvent être exercées par les étudiants inscrits auprès des facultés offrant le programme de médecine dentaire au Québec.

Le Règlement indique aussi les conditions et modalités suivant lesquelles les étudiants peuvent exercer ces activités, dont notamment l'inscription au registre tenu à cette fin par l'Ordre, la supervision d'un membre de l'Ordre en vue d'une intervention dans un court délai et le respect des règles applicables aux membres de l'Ordre, notamment celles relatives à la déontologie et des normes reconnues en matière d'exercice de la médecine dentaire.

S'il n'existe pas de problème à résoudre, l'inscription des étudiants au registre de l'Ordre vient soutenir celui-ci dans sa mission de la façon suivante:

a) Le Règlement répond à la volonté de favoriser l'intégration rapide des étudiants en médecine dentaire à l'Ordre et de s'assurer de leur engagement à sa mission de protection du public dès le début de leurs études. Si l'Ordre reçoit à l'heure actuelle la liste des noms des étudiants inscrits auprès des facultés de médecine dentaire, il ne peut exiger de celles-ci les renseignements personnels de ces étudiants afin de les utiliser pour communiquer avec eux directement ou de les rendre publics conformément à l'article 108.8 al. 1(3°) du Code de professions;

b) Le Règlement détermine aussi, comme le permet l'article 94 (h), parmi les normes réglementaires applicables aux membres, celles applicables aux étudiants;

c) Également, l'Ordre s'est interrogé ces derniers mois sur sa capacité à intervenir dans une situation qui mettrait en cause des évènements comme ceux survenus au printemps 2015 au sein de la faculté de médecine dentaire à l'Université Dalhousie de la Nouvelle-Écosse. Si un règlement sous 94 (h) ne permet pas l'adoption de modalités particulières de contrôle de ces personnes comme peut le faire un règlement sous 94 (i), il reste qu'une meilleure communication entre l'Ordre et les étudiants est souhaitable, surtout en ce qui concerne l'éthique et la déontologie;

d) Enfin, l'une des actions proposées à la Planification quinquennale 2014-2019 adoptée par l'Ordre en 2014 est la mise en place d'un stage de formation professionnelle obligatoire à titre de condition supplémentaire pour l'obtention du permis d'exercice. L'inscription des étudiants (et ultimement leur immatriculation une fois les modifications à la Loi sur les dentistes adoptées) doit être considérée comme un prérequis administratif nécessaire à l'adoption d'un règlement en vertu de l'article 94 (i).

4. Solution envisagée et solution retenue

Le choix de l'inscription des étudiants auprès de l'Ordre est la seule disponible pour le moment en l'absence de dispositions à la Loi sur les dentistes permettant une immatriculation complète. Cependant, l'immatriculation complète des étudiants demeurera nécessaire advenant la réalisation du projet de stage de formation professionnelle obligatoire à titre de condition supplémentaire pour l'obtention du permis d'exercice.

La démarche de l'Ordre n'a pas pour but de substituer sa juridiction à celle des facultés de médecine dentaire du Québec qui appliquent leurs propres règles et codes de conduite. Il s'agit plutôt de collaborer avec ces institutions d'enseignement afin d'assurer un passage plus fluide entre les études et la vie professionnelle.

L'analyse comparative qui suit montrera d'ailleurs qu'il s'agit de la solution la plus répandue et celle qui permet de répondre au mieux aux besoins de l'Ordre décrits plus haut.

5. Analyse comparative

Pour les fins des présentes, seule la réglementation d'ordres professionnels du domaine de la santé a été considérée.

Tel que mentionné plus haut, l'immatriculation complète des étudiants inscrits dans un programme d'études menant à la délivrance d'un permis par un ordre professionnel est nécessaire à partir du moment où un stage de formation est une condition supplémentaire pour l'obtention d'un permis d'exercice; ces stages se déroulent en dehors de l'établissement d'enseignement et les ordres concernés se doivent d'exercer un contrôle sur ces personnes. C'est le cas des étudiants en médecine et des étudiants en soins ou en science infirmiers.

Au Collège des médecins et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, il existe deux règlements distincts, soit un règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres ET un règlement sur l'immatriculation elle-même. Ce modèle devra être adopté par l'Ordre des dentistes du Québec advenant la réalisation du projet de stage de formation professionnelle obligatoire à titre de condition supplémentaire pour l'obtention du permis d'exercice. Cependant, des modifications à la Loi sur les dentistes devront être apportées au préalable.

Pour l'heure, seule une inscription auprès de l'Ordre des dentistes du Québec est requise : les étudiants de premier cycle en médecine dentaire exercent leurs activités dans les cliniques intra-muros de l'établissement d'enseignement sous la supervision de dentistes chargés de clinique, ainsi qu'à l'extérieur des murs universitaires sous la supervision de dentistes responsables de formation clinique.

Lorsqu'ils poursuivent leurs études pour compléter une résidence multidisciplinaire ou une spécialité, ils ont déjà obtenu un permis de l'Ordre et sont donc sous sa juridiction.

Le projet de Règlement de l'Ordre des dentistes du Québec se rapproche donc plus de celui des pharmaciens i.e. Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des pharmaciens, P-10, r.3 à la différence qu'il n'est pas nécessaire, dans le cas des étudiants en médecine dentaire, de moduler les activités qu'ils peuvent exercer comme c'est le cas pour les étudiants en pharmacie (articles 3 et 4 du Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des pharmaciens).

6. Impact sur la mobilité

À l'exception du stage d'adaptation requis par le Règlement sur la délivrance d'un permis de l'Ordre des dentistes du Québec pour donner effet à l'Arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des dentistes conclu par l'Ordre des dentistes du Québec en vertu de l'Entente entre la France et le Québec en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles, les processus de reconnaissance d'équivalence de l'Ordre n'imposent pas la réussite d'un stage ou d'une résidence. Or, dans le cas de l'ARM, le candidat français doit déjà détenir un permis restrictif temporaire pendant son stage; il n'y a donc aucun impact du Règlement sur la mobilité.

Cependant, l'Ordre exigera également l'inscription au registre de tout étudiant étranger inscrit auprès d'une faculté de médecine dentaire dans le cadre d'un programme d'accueil ou d'échange interuniversitaire.

7. Consultations effectuées

Comme il s'agit d'autoriser l'exercice d'une activité professionnelle aux personnes inscrites à un programme donnant ouverture au permis de l'Ordre, le Conseil d'administration n'a pas eu à consulter d'autres ordres dont les membres exerceraient une activité professionnelle qui y est visée (article 94 (h) *in fine*).

Les facultés de médecine dentaire des trois universités québécoises qui offrent le programme d'études qui conduit à l'obtention d'un diplôme donnant ouverture au permis délivré par l'Ordre appuient la présente démarche.

8. Informations relatives aux répercussions économiques, aux implications financières ou aux charges administratives

Le nouveau registre sera intégré à la même base de données électronique qui contient les tableau et répertoire de l'Ordre : sa mise en place sera donc assurée facilement et avec peu de répercussions financières pour l'Ordre.

Certains renseignements pourraient être directement obtenus des universités mais l'Ordre choisira sûrement que les étudiants remplissent un simple formulaire d'inscription au registre, et ce, dès le début de leurs études en médecine dentaire.

Comme dans le cas des autres ordres professionnels qui ont un tel registre, cette inscription n'aura pas à être renouvelée tous les ans et sera valide jusqu'à 3 mois après la fin du programme de premier cycle. Une carte d'inscription au registre sera remise aux étudiants.

Quant aux frais d'inscription, aucune décision n'a encore été prise par le conseil d'administration de l'Ordre à ce sujet. À titre d'exemple, les étudiants en pharmacie inscrits à un programme de premier cycle universitaire paient un montant de 225$ (plus taxes). Les étudiants étrangers suivant un cours dans le cadre d'un échange interuniversitaire doivent acquitter des frais de 55$ (plus taxes).

Ordre des dentistes du Québec

625, boul. René-Lévesque Ouest
15e étage
Montréal (Québec) H3B 1R2

Téléphone : 514.875.8511 1 800 361.4887
Télécopieur : 514.393.9248

www.odq.qc.ca

Cabinet du président

Le 28 mars 2013

Monsieur Jean Paul Dutrisac, président
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10e étage
Québec (Québec)
G1R 5Z3

Objet : Modifications au *Code des professions* et aux lois professionnelles
V/D : 3211-00

Monsieur le Président,

Suite à votre invitation du 18 décembre 2012, il me fait plaisir de vous faire parvenir les demandes de l'Ordre des dentistes du Québec concernant des modifications législatives à la loi qui le constitue.

Les demandes transmises ne concernent évidemment pas la révision du champ d'exercice ou des activités à réserver aux dentistes, mais ceci se retrouve dans le mémoire de l'Ordre en réponse au rapport du « Comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire ».

Par ailleurs, nous attirons votre attention sur les demandes que nous avions formulées, le 7 mars dernier, en réponse à la consultation relative au *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien* ainsi qu'au *Règlement sur les conditions et modalités suivant lesquelles un pharmacien peut prolonger ou ajuster une ordonnance d'un médecin ou substituer au médicament prescrit un autre médicament* et vous invitons à considérer, de concert avec l'Ordre des pharmaciens du Québec et le Collège des médecins du Québec, des modifications à la *Loi sur la pharmacie* afin d'y inclure les dentistes. Ces modifications s'inscrivent positivement dans un objectif d'accessibilité.

Nous tenons à offrir à l'Office des professions du Québec notre entière collaboration afin de mener à terme les demandes que nous vous formulons. Si vous souhaitez obtenir des informations additionnelles, n'hésitez pas à communiquer avec Me Caroline Daoust, directrice générale et secrétaire de l'Ordre des dentistes du Québec.

Je vous prie de recevoir, monsieur le Président, mes salutations distinguées.

Le président,

Barry Dolman, DMD

p. j. Demandes de modification législative

DEMANDE DE MODIFICATION LEGISLATIVE

Ordre des dentistes du Québec

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Articles visés

Modification des articles 2 et 26 ainsi que du titre des sections V et VI pour remplacer l'usage des mots « art dentaire » par « médecine dentaire ».

3. Demande de modification

Les nouveaux articles 2 et 26 se liraient comme suit :

> ***2.*** *L'ensemble des dentistes habilités à exercer la médecine dentaire au Québec constitue un ordre professionnel désigné sous le nom de «Ordre professionnel des dentistes du Québec» ou «Ordre des dentistes du Québec».*
>
> ***26.*** *Constitue l'exercice de la médecine 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.*

Les nouvelles sections V et VI se liraient comme suit :

> ***SECTION V***
> *EXERCICE DE LA MÉDECINE DENTAIRE*
>
> ***SECTION VI***
> *EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE DENTAIRE*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Le changement proposé ne modifie pas l'ordre juridique. Cette modernisation de vocabulaire est cependant importante et reflète l'évolution de la discipline. L'expression *médecine dentaire* a d'ailleurs été retenue par le Comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire (*Rapport Bernier*, octobre 2012, p. 18). Il n'y a pas lieu d'attendre la mise en œuvre des recommandations de ce comité pour apporter les modifications demandées.

5. Solutions possibles

La proposition étant déjà appuyée par un comité d'experts, il n'y a pas lieu de chercher d'autres pistes de travail.

6. Analyse comparative

Pour la même raison, il n'y avait pas lieu de procéder à une telle analyse. L'enjeu ne le requérait pas.

7. Activité réglementaire

Nous avons retracé deux règlements où l'expression *art dentaire* est utilisée :

- *Règlement su la délivrance d'un permis de l'Ordre des dentistes du Québec pour donner effet à l'arrangement conclu par l'Ordre en vertu de l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles,* R.R.Q., c. D-3, r. 7.1, art. 2;

- *Règlement sur la souscription obligatoire au Fonds d'assurance responsabilité professionnelle de l'Ordre des dentistes du Québec,* R.R.Q., c. D-3, art. 2 et annexe I.

Ces règlements devront être éventuellement modifiés pour que l'expression *médecine dentaire* y soit plutôt utilisée.

8. Consultation et information

La modification proposée n'entre en conflit avec les intérêts d'aucun groupe. Il n'y a pas matière à consultation. Il n'y a pas lieu non plus de prévoir un mécanisme particulier d'information.

DEMANDE DE MODIFICATIONS LEGISLATIVE

Ordre des dentistes du Québec

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Articles visés

Ajout d'un article 7.1 et d'un quatrième alinéa à l'article 13 concernant la composition du conseil d'administration et du comité exécutif

3. Demande de modifications

Le nouvel article 7.1 se lirait comme suit :

> *Le nombre d'administrateurs peut être modifié conformément au Code des professions (chapitre C-26).*

Le nouveau quatrième alinéa de l'article 13 se lirait comme suit :

> *Le Conseil d'administration peut modifier le nombre de membres visés au premier alinéa qui doivent faire partie du comité exécutif, conformément à l'article 97 du Code des professions (chapitre c-26).*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Le *Code des professions* (L.R.Q., c. C-26) prévoit un cadre qui permettrait à l'Ordre des dentistes de modifier la composition de ses instances suivant l'évolution des besoins.

En ce qui concerne le conseil d'administration, une telle modification devrait être approuvée par l'Office des professions (*Code des professions,* L.R.Q., c-C-26, art. 95.2). En ce qui concerne le comité exécutif, l'Ordre des dentistes s'est doté de règles de gouvernance qui pourraient éventuellement être modifiées.

5. Solutions possibles

La référence à un cadre existant d'application générale parait comporter en soi un avantage. Elle ne comporte aucun inconvénient sauf s'il en est un de devoir référer à plus d'un texte législatif afin de déterminer la composition des organes de gouvernance de l'Ordre des dentistes.

Une solution alternative consisterait à décrire de façon précise dans la *Loi sur les dentistes* les modifications que l'Ordre serait autorisé à apporter. L'objectif de souplesse serait atteint, sans inconvénient pour l'Ordre des dentistes. On y perdrait toutefois une occasion d'étendre le champ d'application concret du *Code des professions* à cet égard.

6. Analyse comparative

L'idée de rendre applicable à l'Ordre des dentistes une disposition du *Code des professions* se prête mal à un exercice comparatif avec les cadres de gouvernance en vigueur ailleurs au Canada et aux États-Unis.

7. Activité réglementaire

L'Office des professions serait éventuellement appelé à approuver un règlement modifiant la composition du conseil d'administration.

Le premier alinéa de l'article 62 du *Code des professions* permettrait par ailleurs au conseil d'administration de l'Ordre des dentistes de modifier par résolution la composition de son comité exécutif dans le cadre fixé par l'article 97 du *Code des professions*. Il le fera naturellement dans ses règles de gouvernance, lesquelles contiennent déjà des dispositions concernant l'organisation des instances de l'Ordre.

8. Relations intergouvernementales et impacts sur la mobilité

Aucune répercussion et aucun impact

9. Consultation et information

Aucune opération de consultation ou d'information n'est nécessaire. Le sujet en est un de régie interne. L'encadrement de ce sujet par le *Code des professions* est par ailleurs de nature à protéger les intérêts des professionnels concernés et du public dans la gouvernance de l'Ordre des dentistes.

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Article visé

Ajout d'un article 18.2 concernant l'inspection d'autres personnes que des *dentistes*

3. Demande de modification

Ce nouvel article 18.2 se lirait comme suit :

> *Le Conseil d'administration peut vérifier la qualité des activités visées à l'article 26, lorsqu'elles sont exercées par des personnes, autres que des professionnels, habilitées par une autre loi ou par règlement du Conseil d'administration.*
>
> *À cette fin, un comité ou un membre de l'Ordre désigné par le Conseil d'administration peut obtenir de ces personnes et des dentistes avec lesquels celles-ci collaborent ou de tout établissement dans lequel ces activités sont exercées, tous les renseignements qu'il juge utiles et qui sont reliés directement à l'exercice de ces activités, sans qu'aucun d'eux ne puisse invoquer le secret professionnel.*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Dans le contexte d'un accroissement possible des prérogatives de personnes qui ne sont pas des professionnelles, telles les assistantes dentaires, une disposition inspirée de l'article 18.2 de la *Loi médicale* (L.R.Q., c. M-9) est requise pour permettre à l'Ordre des dentistes d'exercer pleinement sa mission.

Les pouvoirs de l'Ordre des dentistes du Québec à cet égard ne devraient pas être limités aux cas de délégations compte tenu de la proposition faite de privilégier une autre voie pour autoriser plus amplement l'exercice de l'art dentaire par des personnes autres que des dentistes.

5. Solutions possibles

La solution proposée étant calquée sur une disposition de la *Loi médicale* - sans toutefois en avoir la portée puisque le Collège des médecins est aussi habilité à

inspecter des professionnels autres que des médecins - nous n'avons pas cherché d'autres pistes de travail.

6. Analyse comparative

La solution proposée étant calquée sur une disposition de la *Loi médicale,* nous n'avons pas documenté la question en regard de précédents canadiens ou américains.

7. Activité réglementaire

Aucune

8. Consultation et information

Les professionnels n'étant pas visées par la proposition, il n'y a pas lieu de penser à ce qu'il y ait opposition. L'Ordre des dentistes présume ici que les assistantes dentaires ne le deviendront pas même lors de la mise en œuvre éventuelle du *Rapport Bernier* (2012).

DEMANDE DE MODIFICATION LEGISLATIVE

Ordre des dentistes du Québec

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Article visé

Remplacement de l'article 31 concernant la délivrance de permis restrictifs

3. Demande de modification

Le nouvel article 31 se lirait comme suit :

> *Le Conseil d'administration peut accorder un permis restrictif, aux conditions et pour la durée qu'il détermine, à toute personne qui ne remplit pas les conditions de délivrance du permis.*
>
> *Il peut en outre accorder un tel permis restrictif et un certificat de spécialiste permettant à une personne d'exercer l'art dentaire dans le domaine de la spécialité à l'égard de laquelle le Conseil d'administration reconnait une équivalence en application d'un règlement pris en vertu du paragraphe i de l'article 94 du Code des professions.*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Ce nouvel article 31 vise à accorder à l'Ordre des dentistes des pouvoirs plus étendus en la matière, comme parait le faire en partie la *Loi médicale* au bénéfice du Collège des médecins.

Il permettrait de résoudre une difficulté majeure aux fins de l'application d'engagements pris par Québec et l'Ordre dans le domaine de la mobilité interprovinciale et internationale, ce qui a déjà été exposé à l'Office des professions.

Il est nécessaire en effet de permettre l'émission de permis et de certificats de spécialiste dans des domaines correspondant l'un à l'autre. Dans ce contexte notamment il est requis que les permis restrictifs visés par l'article 31 ne soient plus à durée limitée.

5. Solutions possibles

Lors de discussions remontant à 2009, l'Office des professions s'est montré réticent à ce que la réglementation de l'Ordre des dentistes qui serait adoptée en vertu du *Code des professions* ouvre la voie à l'émission de certificats de spécialistes prenant appui sur des permis restreints. Des considérations liées à la pratique réglementaire générale ont alors été évoquées.

L'Ordre des dentistes propose ici une voie plus étroite qui ne concernerait pas les autres professions. Une modification à sa loi constituante permettrait à l'Ordre des dentistes de respecter pleinement ses engagements envers les organismes canadiens de réglementation de la médecine dentaire tout en mettant en œuvre de façon active l'entente France-Québec sur la mobilité.

6. Analyse comparative

Selon les renseignements disponibles à l'Ordre des dentistes, les autres juridictions canadiennes ont établi des règles permettant aux organismes de réglementation de la médecine dentaire d'autoriser un spécialiste formé à l'étranger à pratiquer à ce titre dans le seul champ de sa spécialité.

7. Activité réglementaire

Contrairement à d'autres voies de solution, celle proposée ne requiert en soi aucune activité réglementaire.

8. Relations intergouvernementales et impacts sur la mobilité

Ces questions sont au centre de la proposition sous considération. La pleine mise en œuvre de l'entente France-Québec sur la mobilité requiert l'émission de permis aux candidats à l'exercice de la profession. Une fois admis au Québec, le candidat devient admissible à la pratique dans les autres juridictions canadiennes suivant un modèle très souple. L'Ordre des dentistes s'est par ailleurs engagé à admettre ces candidats selon certaines restrictions dans le cadre du Protocole FCORD relatif à la reconnaissance de spécialistes dentaires formés à l'étranger et à la délivrance d'un permis d'exercice.

9. Consultation et information

Il est assez certain que toutes les personnes et organismes intéressés seront d'accord avec la proposition. Elle vise à faciliter l'admission de ces personnes à l'Ordre des dentistes dans un cadre qui respecte les positions des organismes canadiens de réglementation.

DEMANDE DE MODIFICATION LEGISLATIVE

Ordre des dentistes du Québec

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Article visé

Article 36 concernant le nom des cabinets dentaires

3. Demande de modification

Abrogation

4. Exposé de la situation et argumentaire

Cet article 36 est antérieur à un important changement qui a été autorisé par la législation professionnelle : la pratique au sein d'une société par actions.

Afin de s'adapter à ce changement et à la pratique suivie dans d'autres ordres professionnels, il y aurait lieu d'encadrer, par règlements, la dénomination des cabinets et sociétés de dentistes.

5. Solutions possibles

Voir point 4

6. Analyse comparative

Les références canadiennes et américaines ne paraissent pas très utiles pour la mise à jour de la question soulevée en regard de la structuration de la pratique professionnelle résultant de la législation québécoise. Certaines règles déontologiques interdisant par exemple la tromperie et dont il sera fait mention au point suivant sont par ailleurs classiques et sont utilisées dans plusieurs juridictions.

7. Activité réglementaire

Le *Code de déontologie des dentistes* (R.R.Q., c. D-3, r. 4) pourrait être modifié par l'insertion, après l'article 3.09.11, des articles suivants :

> ***3.09.12.*** *Le dentiste exerce sa profession sous son propre nom, sous le nom d'un ou plusieurs associés ou sous celui d'une société par actions constituée*

conformément au Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société (R.R.Q., c. D-3, r. 9).

3.09.13. *Le nom d'une société de dentistes peut comprendre le nom de tout associé exerçant sa profession au sein de cette société. Il peut également comprendre celui de tout associé qui a cessé d'exercer sa profession, pendant une période d'au plus trois ans à compter du moment où il a cessé de l'exercer, pourvu que son nom ait fait partie du nom de la société au moment où il a cessé d'exercer.*

3.09.14. *Le dentiste ne doit pas exercer sa profession sous un nom ou une désignation qui induit en erreur, qui soit trompeur, qui aille à l'encontre de l'honneur ou de la dignité de la profession, qui soit un nom numérique ou qui contrevienne aux articles 3.09.01 à 3.09.06 du présent code.*

L'article 11 du *Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société* (R.R.Q., c. D-3, r. 9) serait modifié par l'ajout, à la fin, de l'alinéa suivant :

Le nom d'une société par actions doit être conforme aux articles 3.09.12 à 3.09.14 du Code de déontologie des dentistes (R.R.Q., c. D-3, r. 4).

L'article 12 du *Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société* serait modifié par le remplacement des mots « à l'article 36 de la Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3) par « aux articles 3.09.12 à 3.09.14 du Code de déontologie des dentistes (R.R.Q., c. D-3, r. 4).

8. Relations intergouvernementales et impacts sur la mobilité

Aucune répercussion et aucun impact.

9. Consultation et information

La proposition vise les membres de l'Ordre des dentistes qui auront maintenant des règles plus modernes et plus claires à respecter. L'Ordre les informera avec précisions de la portée de ces règles à travers les moyens de communication dont il dispose.

DEMANDE DE MODIFICATION LEGISLATIVE

Ordre des dentistes du Québec

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Article visé

Ajout des articles 37.1 et 37.2 concernant la propriété des cabinets dentaires et l'usage du substantif *dentaire*

3. Demande de modification

Les nouveaux articles 37.1 et 37.2 se liraient comme suit :

> ***37.1.*** *Seuls peuvent être propriétaires d'un cabinet dentaire, un dentiste, une société de dentistes ou une société par actions constituée conformément à un règlement pris en application du paragraphe p de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).*
>
> *Aux fins du présent article, on entend par cabinet dentaire une entreprise, autre qu'un établissement, où un dentiste exerce sa profession.*
>
> ***37.2.*** *Seuls peuvent faire usage du substantif « dentaire » dans un nom ou une publicité se rapportant à des services offerts au public, un dentiste, une société de dentistes ou une société par actions constituée conformément à un règlement de l'Ordre des dentistes du Québec pris en application du paragraphe p de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).*
>
> *L'interdiction prévue au premier alinéa n'empêche pas un denturologiste d'utiliser le substantif « dentaire » avec d'autres termes qui sont propres à l'exercice de sa profession.*

À titre de mesure transitoire, il y aurait lieu de prévoir ce qui suit :

> *L'article (indiquer ici l'article introduisant les articles 37.1 et 37.2) entre en vigueur le (indiquer ici la date qui suit de trois mois celle de la sanction de la loi).*
>
> *Pour une période de trois mois à partir de la date de l'entrée en vigueur des articles 37.1 et 37.2 de la Loi sur les dentistes, un avertissement est transmis à un contrevenant au lieu d'un constat d'infraction.*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Les nouveaux articles 37.1 et 37.2 visent à mettre fin à la confusion qui existe présentement en l'absence d'une règle claire sur la propriété des cabinets dentaires et du fait de l'utilisation du substantif dentaire, sans autre précision, pour désigner des organisations ou des services liés à plusieurs professions.

Il y aurait lieu de prévoir un délai pour permettre à certaines organisations de modifier leurs pratiques et se conformer à ces nouvelles dispositions. Ce délai serait de trois mois, suivi d'une période de tolérance de trois autres mois.

5. Solutions possibles

La voie législative est requise compte tenu de l'importance des sujets traités. C'est d'ailleurs de cette façon que la question de la propriété est résolue à l'article 27 de la *Loi sur la pharmacie* (L.R.Q., c. P-10).

6. Analyse comparative

Les exemples canadiens et américains ne seraient pas probants parce qu'on n'y retrouve pas exactement les mêmes professions dans le domaine qui nous intéresse.

7. Activité réglementaire

Aucune

8. Consultation et information

Les professionnels du domaine dentaire qui ne sont pas dentistes auront vraisemblablement des réactions variées devant la proposition de l'Ordre des dentistes. Il est possible d'anticiper que des denturologistes s'y opposent. Il faudra alors faire valoir que d'une part il est approprié que les dentistes contrôlent les entreprises de médecine dentaire et que d'autre part il n'est pas approprié qu'il y ait confusion dans la nature des organisations et des services. L'Ordre des dentistes pourra expliquer que ses propositions sont justes et servent l'intérêt public.

Le 6 juin 2013

Monsieur Jean Paul Dutrisac, président
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10e étage
Québec (Québec)
G1R 5Z3

Objet : Modifications au *Code des professions* et aux lois professionnelles
V/D : 3211-00

Monsieur le Président,

Le 28 mars dernier, dans le cadre des travaux entrepris par l'Office des professions du Québec relativement aux modifications législatives au Code des professions et aux lois professionnels, nous vous faisions parvenir nos propositions de modification. Avec votre accord, nous souhaiterions vous soumettre deux amendements aux propositions de l'Ordre des dentistes du Québec.

Le premier amendement, somme toute mineur, revêt une grande importance en regard de la cohérence de nos propositions. Nous demandons de remplacer l'expression « art dentaire » par celle de « médecine dentaire » aux pages 5 et 7 de notre demande.

Vous conviendrez que la nature de cet amendement rejoint l'objet de la demande de modifications formulées aux pages 1 et 2 et ne constitue en rien une nouvelle proposition.

Le deuxième amendement vise à corriger la référence à l'article 62 du Code des professions par l'article 61, en page 4 de notre demande.

Vous trouverez ci-joints les propositions des modifications législatives de l'Ordre des dentistes du Québec, telles que nous vous les avions fait parvenir en mars dernier et sur lesquelles vous pourrez voir les amendements que nous vous soumettons aujourd'hui.

Si des informations additionnelles étaient nécessaires, n'hésitez pas à communiquer avec la soussignée.

Je vous prie de recevoir, monsieur le Président, mes salutations distinguées.

La directrice générale et secrétaire,

Caroline Daoust
Avocate

p. j. Demande de modification législative amendée

DEMANDE DE MODIFICATION LÉGISLATIVE - AMENDÉE

Ordre des dentistes du Québec

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Articles visés

Modification des articles 2 et 26 ainsi que du titre des sections V et VI pour remplacer l'usage des mots « art dentaire » par « médecine dentaire ».

3. Demande de modification

Les nouveaux articles 2 et 26 se liraient comme suit :

> ***2.*** *L'ensemble des dentistes habilités à exercer la médecine dentaire au Québec constitue un ordre professionnel désigné sous le nom de «Ordre professionnel des dentistes du Québec» ou «Ordre des dentistes du Québec».*
>
> ***26.*** *Constitue l'exercice de la médecine 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.*

Les nouvelles sections V et VI se liraient comme suit :

> ***SECTION V***
> *EXERCICE DE LA MÉDECINE DENTAIRE*
>
> ***SECTION VI***
> *EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE DENTAIRE*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Le changement proposé ne modifie pas l'ordre juridique. Cette modernisation de vocabulaire est cependant importante et reflète l'évolution de la discipline. L'expression *médecine dentaire* a d'ailleurs été retenue par le Comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire (*Rapport Bernier*, octobre 2012, p. 18). Il n'y a pas lieu d'attendre la mise en œuvre des recommandations de ce comité pour apporter les modifications demandées.

5. Solutions possibles

La proposition étant déjà appuyée par un comité d'experts, il n'y a pas lieu de chercher d'autres pistes de travail.

6. Analyse comparative

Pour la même raison, il n'y avait pas lieu de procéder à une telle analyse. L'enjeu ne le requérait pas.

7. Activité réglementaire

Nous avons retracé deux règlements où l'expression *art dentaire* est utilisée :

- *Règlement su la délivrance d'un permis de l'Ordre des dentistes du Québec pour donner effet à l'arrangement conclu par l'Ordre en vertu de l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles,* R.R.Q., c. D-3, r. 7.1, art. 2;

- *Règlement sur la souscription obligatoire au Fonds d'assurance responsabilité professionnelle de l'Ordre des dentistes du Québec,* R.R.Q., c. D-3, art. 2 et annexe I.

Ces règlements devront être éventuellement modifiés pour que l'expression *médecine dentaire* y soit plutôt utilisée.

8. Consultation et information

La modification proposée n'entre en conflit avec les intérêts d'aucun groupe. Il n'y a pas matière à consultation. Il n'y a pas lieu non plus de prévoir un mécanisme particulier d'information.

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Articles visés

Ajout d'un article 7.1 et d'un quatrième alinéa à l'article 13 concernant la composition du conseil d'administration et du comité exécutif

3. Demande de modifications

Le nouvel article 7.1 se lirait comme suit :

> *Le nombre d'administrateurs peut être modifié conformément au Code des professions (chapitre C-26).*

Le nouveau quatrième alinéa de l'article 13 se lirait comme suit :

> *Le Conseil d'administration peut modifier le nombre de membres visés au premier alinéa qui doivent faire partie du comité exécutif, conformément à l'article 97 du Code des professions (chapitre c-26).*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Le *Code des professions* (L.R.Q., c. C-26) prévoit un cadre qui permettrait à l'Ordre des dentistes de modifier la composition de ses instances suivant l'évolution des besoins.

En ce qui concerne le conseil d'administration, une telle modification devrait être approuvée par l'Office des professions (*Code des professions,* L.R.Q., c-C-26, art. 95.2). En ce qui concerne le comité exécutif, l'Ordre des dentistes s'est doté de règles de gouvernance qui pourraient éventuellement être modifiées.

5. Solutions possibles

La référence à un cadre existant d'application générale parait comporter en soi un avantage. Elle ne comporte aucun inconvénient sauf s'il en est un de devoir référer à plus d'un texte législatif afin de déterminer la composition des organes de gouvernance de l'Ordre des dentistes.

Une solution alternative consisterait à décrire de façon précise dans la *Loi sur les dentistes* les modifications que l'Ordre serait autorisé à apporter. L'objectif de souplesse serait atteint, sans inconvénient pour l'Ordre des dentistes. On y perdrait toutefois une occasion d'étendre le champ d'application concret du *Code des professions* à cet égard.

6. Analyse comparative

L'idée de rendre applicable à l'Ordre des dentistes une disposition du *Code des professions* se prête mal à un exercice comparatif avec les cadres de gouvernance en vigueur ailleurs au Canada et aux États-Unis.

7. Activité réglementaire

L'Office des professions serait éventuellement appelé à approuver un règlement modifiant la composition du conseil d'administration.

Le premier alinéa de l'article 61 du *Code des professions* permettrait par ailleurs au conseil d'administration de l'Ordre des dentistes de modifier par résolution la composition de son comité exécutif dans le cadre fixé par l'article 97 du *Code des professions*. Il le fera naturellement dans ses règles de gouvernance, lesquelles contiennent déjà des dispositions concernant l'organisation des instances de l'Ordre.

8. Relations intergouvernementales et impacts sur la mobilité

Aucune répercussion et aucun impact

9. Consultation et information

Aucune opération de consultation ou d'information n'est nécessaire. Le sujet en est un de régie interne. L'encadrement de ce sujet par le *Code des professions* est par ailleurs de nature à protéger les intérêts des professionnels concernés et du public dans la gouvernance de l'Ordre des dentistes.

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Article visé

Ajout d'un article 18.2 concernant l'inspection d'autres personnes que des *dentistes*

3. Demande de modification

Ce nouvel article 18.2 se lirait comme suit :

> *Le Conseil d'administration peut vérifier la qualité des activités visées à l'article 26, lorsqu'elles sont exercées par des personnes, autres que des professionnels, habilitées par une autre loi ou par règlement du Conseil d'administration.*
>
> *À cette fin, un comité ou un membre de l'Ordre désigné par le Conseil d'administration peut obtenir de ces personnes et des dentistes avec lesquels celles-ci collaborent ou de tout établissement dans lequel ces activités sont exercées, tous les renseignements qu'il juge utiles et qui sont reliés directement à l'exercice de ces activités, sans qu'aucun d'eux ne puisse invoquer le secret professionnel.*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Dans le contexte d'un accroissement possible des prérogatives de personnes qui ne sont pas des professionnelles, telles les assistantes dentaires, une disposition inspirée de l'article 18.2 de la *Loi médicale* (L.R.Q., c. M-9) est requise pour permettre à l'Ordre des dentistes d'exercer pleinement sa mission.

Les pouvoirs de l'Ordre des dentistes du Québec à cet égard ne devraient pas être limités aux cas de délégations compte tenu de la proposition faite de privilégier une autre voie pour autoriser plus amplement l'exercice de la médecine dentaire par des personnes autres que des dentistes.

5. Solutions possibles

La solution proposée étant calquée sur une disposition de la *Loi médicale* - sans toutefois en avoir la portée puisque le Collège des médecins est aussi habilité à

inspecter des professionnels autres que des médecins - nous n'avons pas cherché d'autres pistes de travail.

6. Analyse comparative

La solution proposée étant calquée sur une disposition de la *Loi médicale,* nous n'avons pas documenté la question en regard de précédents canadiens ou américains.

7. Activité réglementaire

Aucune

8. Consultation et information

Les professionnels n'étant pas visées par la proposition, il n'y a pas lieu de penser à ce qu'il y ait opposition. L'Ordre des dentistes présume ici que les assistantes dentaires ne le deviendront pas même lors de la mise en œuvre éventuelle du *Rapport Bernier* (2012).

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Article visé

Remplacement de l'article 31 concernant la délivrance de permis restrictifs

3. Demande de modification

Le nouvel article 31 se lirait comme suit :

> *Le Conseil d'administration peut accorder un permis restrictif, aux conditions et pour la durée qu'il détermine, à toute personne qui ne remplit pas les conditions de délivrance du permis.*
>
> *Il peut en outre accorder un tel permis restrictif et un certificat de spécialiste permettant à une personne d'exercer la médecine dentaire dans le domaine de la spécialité à l'égard de laquelle le Conseil d'administration reconnait une équivalence en application d'un règlement pris en vertu du paragraphe i de l'article 94 du Code des professions.*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Ce nouvel article 31 vise à accorder à l'Ordre des dentistes des pouvoirs plus étendus en la matière, comme parait le faire en partie la *Loi médicale* au bénéfice du Collège des médecins.

Il permettrait de résoudre une difficulté majeure aux fins de l'application d'engagements pris par Québec et l'Ordre dans le domaine de la mobilité interprovinciale et internationale, ce qui a déjà été exposé à l'Office des professions.

Il est nécessaire en effet de permettre l'émission de permis et de certificats de spécialiste dans des domaines correspondant l'un à l'autre. Dans ce contexte notamment il est requis que les permis restrictifs visés par l'article 31 ne soient plus à durée limitée.

5. Solutions possibles

Lors de discussions remontant à 2009, l'Office des professions s'est montré réticent à ce que la réglementation de l'Ordre des dentistes qui serait adoptée en vertu du *Code des professions* ouvre la voie à l'émission de certificats de spécialistes prenant appui sur des permis restreints. Des considérations liées à la pratique réglementaire générale ont alors été évoquées.

L'Ordre des dentistes propose ici une voie plus étroite qui ne concernerait pas les autres professions. Une modification à sa loi constituante permettrait à l'Ordre des dentistes de respecter pleinement ses engagements envers les organismes canadiens de réglementation de la médecine dentaire tout en mettant en œuvre de façon active l'entente France-Québec sur la mobilité.

6. Analyse comparative

Selon les renseignements disponibles à l'Ordre des dentistes, les autres juridictions canadiennes ont établi des règles permettant aux organismes de réglementation de la médecine dentaire d'autoriser un spécialiste formé à l'étranger à pratiquer à ce titre dans le seul champ de sa spécialité.

7. Activité réglementaire

Contrairement à d'autres voies de solution, celle proposée ne requiert en soi aucune activité réglementaire.

8. Relations intergouvernementales et impacts sur la mobilité

Ces questions sont au centre de la proposition sous considération. La pleine mise en œuvre de l'entente France-Québec sur la mobilité requiert l'émission de permis aux candidats à l'exercice de la profession. Une fois admis au Québec, le candidat devient admissible à la pratique dans les autres juridictions canadiennes suivant un modèle très souple. L'Ordre des dentistes s'est par ailleurs engagé à admettre ces candidats selon certaines restrictions dans le cadre du Protocole FCORD relatif à la reconnaissance de spécialistes dentaires formés à l'étranger et à la délivrance d'un permis d'exercice.

9. Consultation et information

Il est assez certain que toutes les personnes et organismes intéressés seront d'accord avec la proposition. Elle vise à faciliter l'admission de ces personnes à l'Ordre des dentistes dans un cadre qui respecte les positions des organismes canadiens de réglementation.

DEMANDE DE MODIFICATION LEGISLATIVE

Ordre des dentistes du Québec

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Article visé

Article 36 concernant le nom des cabinets dentaires

3. Demande de modification

Abrogation

4. Exposé de la situation et argumentaire

Cet article 36 est antérieur à un important changement qui a été autorisé par la législation professionnelle : la pratique au sein d'une société par actions.

Afin de s'adapter à ce changement et à la pratique suivie dans d'autres ordres professionnels, il y aurait lieu d'encadrer, par règlements, la dénomination des cabinets et sociétés de dentistes.

5. Solutions possibles

Voir point 4

6. Analyse comparative

Les références canadiennes et américaines ne paraissent pas très utiles pour la mise à jour de la question soulevée en regard de la structuration de la pratique professionnelle résultant de la législation québécoise. Certaines règles déontologiques interdisant par exemple la tromperie et dont il sera fait mention au point suivant sont par ailleurs classiques et sont utilisées dans plusieurs juridictions.

7. Activité réglementaire

Le *Code de déontologie des dentistes* (R.R.Q., c. D-3, r. 4) pourrait être modifié par l'insertion, après l'article 3.09.11, des articles suivants :

> ***3.09.12.*** *Le dentiste exerce sa profession sous son propre nom, sous le nom d'un ou plusieurs associés ou sous celui d'une société par actions constituée*

conformément au Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société (R.R.Q., c. D-3, r. 9).

3.09.13. *Le nom d'une société de dentistes peut comprendre le nom de tout associé exerçant sa profession au sein de cette société. Il peut également comprendre celui de tout associé qui a cessé d'exercer sa profession, pendant une période d'au plus trois ans à compter du moment où il a cessé de l'exercer, pourvu que son nom ait fait partie du nom de la société au moment où il a cessé d'exercer.*

3.09.14. *Le dentiste ne doit pas exercer sa profession sous un nom ou une désignation qui induit en erreur, qui soit trompeur, qui aille à l'encontre de l'honneur ou de la dignité de la profession, qui soit un nom numérique ou qui contrevienne aux articles 3.09.01 à 3.09.06 du présent code.*

L'article 11 du *Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société* (R.R.Q., c. D-3, r. 9) serait modifié par l'ajout, à la fin, de l'alinéa suivant :

Le nom d'une société par actions doit être conforme aux articles 3.09.12 à 3.09.14 du Code de déontologie des dentistes (R.R.Q., c. D-3, r. 4).

L'article 12 du *Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société* serait modifié par le remplacement des mots « à l'article 36 de la Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3) par « aux articles 3.09.12 à 3.09.14 du Code de déontologie des dentistes (R.R.Q., c. D-3, r. 4).

8. Relations intergouvernementales et impacts sur la mobilité

Aucune répercussion et aucun impact.

9. Consultation et information

La proposition vise les membres de l'Ordre des dentistes qui auront maintenant des règles plus modernes et plus claires à respecter. L'Ordre les informera avec précisions de la portée de ces règles à travers les moyens de communication dont il dispose.

DEMANDE DE MODIFICATION LEGISLATIVE

Ordre des dentistes du Québec

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Article visé

Ajout des articles 37.1 et 37.2 concernant la propriété des cabinets dentaires et l'usage du substantif *dentaire*

3. Demande de modification

Les nouveaux articles 37.1 et 37.2 se liraient comme suit :

> ***37.1.*** *Seuls peuvent être propriétaires d'un cabinet dentaire, un dentiste, une société de dentistes ou une société par actions constituée conformément à un règlement pris en application du paragraphe p de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).*
>
> *Aux fins du présent article, on entend par cabinet dentaire une entreprise, autre qu'un établissement, où un dentiste exerce sa profession.*
>
> ***37.2.*** *Seuls peuvent faire usage du substantif « dentaire » dans un nom ou une publicité se rapportant à des services offerts au public, un dentiste, une société de dentistes ou une société par actions constituée conformément à un règlement de l'Ordre des dentistes du Québec pris en application du paragraphe p de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).*
>
> *L'interdiction prévue au premier alinéa n'empêche pas un denturologiste d'utiliser le substantif « dentaire » avec d'autres termes qui sont propres à l'exercice de sa profession.*

À titre de mesure transitoire, il y aurait lieu de prévoir ce qui suit :

> *L'article (indiquer ici l'article introduisant les articles 37.1 et 37.2) entre en vigueur le (indiquer ici la date qui suit de trois mois celle de la sanction de la loi).*
>
> *Pour une période de trois mois à partir de la date de l'entrée en vigueur des articles 37.1 et 37.2 de la Loi sur les dentistes, un avertissement est transmis à un contrevenant au lieu d'un constat d'infraction.*

4. Exposé de la situation et argumentaire

Les nouveaux articles 37.1 et 37.2 visent à mettre fin à la confusion qui existe présentement en l'absence d'une règle claire sur la propriété des cabinets dentaires et du fait de l'utilisation du substantif dentaire, sans autre précision, pour désigner des organisations ou des services liés à plusieurs professions.

Il y aurait lieu de prévoir un délai pour permettre à certaines organisations de modifier leurs pratiques et se conformer à ces nouvelles dispositions. Ce délai serait de trois mois, suivi d'une période de tolérance de trois autres mois.

5. Solutions possibles

La voie législative est requise compte tenu de l'importance des sujets traités. C'est d'ailleurs de cette façon que la question de la propriété est résolue à l'article 27 de la *Loi sur la pharmacie* (L.R.Q., c. P-10).

6. Analyse comparative

Les exemples canadiens et américains ne seraient pas probants parce qu'on n'y retrouve pas exactement les mêmes professions dans le domaine qui nous intéresse.

7. Activité réglementaire

Aucune

8. Consultation et information

Les professionnels du domaine dentaire qui ne sont pas dentistes auront vraisemblablement des réactions variées devant la proposition de l'Ordre des dentistes. Il est possible d'anticiper que des denturologistes s'y opposent. Il faudra alors faire valoir que d'une part il est approprié que les dentistes contrôlent les entreprises de médecine dentaire et que d'autre part il n'est pas approprié qu'il y ait confusion dans la nature des organisations et des services. L'Ordre des dentistes pourra expliquer que ses propositions sont justes et servent l'intérêt public.

Ordre des dentistes du Québec

Bureau du président

EN MAIN PROPRE

Le 9 février 2015

Madame Christiane Gagnon
Vice-présidente
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

Objet : Propositions de l'Office des professions du Québec – Pistes de solution et de bonification

Madame la Vice-présidente,

D'abord, permettez-nous de remercier l'Office des professions pour le travail accompli au cours des derniers mois et pour l'écoute dont vous avez fait preuve.

Nous avons eu la chance de partager les propositions avec les membres du conseil d'administration de l'Ordre ainsi qu'avec les associations de dentistes du Québec (spécialistes et l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec). Nous avons également remis les propositions de l'Office des professions au Collège des médecins du Québec.

Des questions demeurent et des ajouts sont nécessaires. De plus, nous avons une préoccupation importante à l'égard de la santé des Québécois advenant que les propositions relatives au champ et aux activités réservées des denturologistes ne tiennent pas compte d'un diagnostic préalable.

Les commentaires qui suivent, et dont nous vous donnons les détails à l'occasion de la rencontre de ce jour, ont pour but d'une part de bonifier les propositions tout en conservant l'approche préconisée par l'Office des professions. Des enjeux de fond sont aussi abordés à nouveau, car il en va de la protection du public. Aux fins de clarification, nous vous soumettons également quelques questions qui découlent d'une analyse systémique des textes et des actions.

800, boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 1X9

TÉLÉPHONE : **514 875-8511** | 1 800 361-4887
TÉLÉCOPIEUR : 514 393-9248
SITE WEB : **www.odq.qc.ca**

Nous commenterons dans un premier temps les champs descriptifs et les activités réservées aux hygiénistes, aux denturologistes et aux techniciens dentaires. Nous aborderons ensuite la question des assistantes dentaires, qui ne fait pas l'objet des propositions de l'Office des professions, mais qui devra vraisemblablement être réglée de façon concomitante. Enfin, nous vous suggérons un texte remodelé du champ descriptif des dentistes afin qu'il reflète la pratique et l'évolution de l'écriture juridique des champs descriptifs du domaine de la santé depuis 2002, et nous réitérerons des demandes quant aux activités réservées.

A- Le champ descriptif des hygiénistes dentaires et les activités réservées

1- Le champ descriptif des hygiénistes dentaires

Le champ descriptif des hygiénistes dentaires est représentatif de la pratique et remplit les critères de rédaction sur le plan systémique. Nous sommes d'accord avec la description proposée.

2- Les activités réservées aux hygiénistes dentaires

Quant aux activités réservées sans ordonnance, l'Ordre des dentistes est d'accord avec les activités 1, 2 et 3 telles qu'énoncées.

Quant à l'activité 4, l'Ordre considère qu'elle devrait être exercée en toute autonomie dans le cadre d'un programme de santé publique selon un protocole établi et une ordonnance collective. En cabinet, la difficulté ne se pose pas, car un diagnostic préalable de carie ou d'absence de carie sera posé par le dentiste. Le scellant de puits et fissures sera donc appliqué selon une ordonnance individuelle.

Nous vous soumettons quelques articles scientifiques récents sur le sujet des scellants. (Annexe 1) Les auteurs s'entendent sur la nécessité d'encadrer cette activité. De plus, il y aurait lieu, pour être plus juste, de désigner l'activité comme étant celle « d'appliquer des agents de scellement de puits et sillons ».

L'application d'agents de scellement est un acte invasif, puisqu'il touche à la structure de la dent. Les normes scientifiques généralement reconnues requièrent un diagnostic (incluant une radiographie) avant de le poser.

Nous proposons que cet acte soit réservé, sous ordonnance, étant entendu que cette ordonnance puisse être individuelle ou collective.

L'activité 5 ne pose pas de problème.

L'activité 6 introduit le concept du « non invasif ». Nous désirons obtenir des précisions sur la signification de ces mots. La législation actuelle utilise le concept de l'invasif pour réserver des activités à des professionnels. C'est le cas notamment des infirmières. Nous ignorons l'impact systémique de l'introduction du concept du « non invasif ».

Nous sommes d'avis, pour fins de clarification, dans le but d'éviter des discussions additionnelles et puisqu'il s'agit d'un acte et non d'un ensemble d'activités, que l'activité devrait être décrite tel

que proposé en mars 2013 avec un ajout important soit celui de la mesure diagnostic qui permettra l'usage de la sonde :

> *« Réaliser une mesure à partir d'une sonde et effectuer un détartrage supragingival lorsqu'aucun indice de l'examen de dépistage des maladies parodontales (PSR) n'est supérieur à 2. »*

Nous croyons que cette rédaction respecte le cadre de l'article 37.1 du Code des professions et qu'elle a l'avantage de clore le débat sur cette question. La modernisation doit régler des conflits d'interprétation qui soulèvent des polémiques sans fin. De cette façon, le public est protégé et les professionnels collaborent plus aisément, puisqu'ils connaissent clairement leur champ d'activités.

De plus, le seul détartrage possible selon une rédaction qui resterait telle que proposée par l'Office des professions serait le détartrage supragingival avec une mesure d'indice PSR inférieure à 2.

Pour les activités réservées selon une ordonnance, l'Ordre est d'accord avec les activités 2 à 11, telles que proposées.

L'Ordre croit que l'activité consistant à « effectuer les examens diagnostiques » qui, selon les notes explicatives, comprend la prise de radiographies, la réalisation des tests de vitalité pulpaire et les examens réalisés à partir d'une sonde, doit être bonifiée. En effet, comme elle ne réfère ni à une activité invasive ni à une activité non invasive, faut-il en déduire qu'elle inclut les deux? Effectivement dans une autre note explicative de la proposition, l'Office définissait la prise de radiographies comme une technique diagnostique invasive.

La prise de radiographies et les tests de vitalité pulpaire doivent être précédés d'une ordonnance. L'usage d'une sonde permet de prendre une mesure aux fins de dépistage des maladies parodontales. Cette activité, qui est une mesure diagnostique, devra être réalisée sans ordonnance pour permettre le détartrage supragingival lorsque l'indice PSR est inférieur à 2.

Il existe par contre plusieurs autres examens diagnostiques. À titre d'exemple l'examen de la bouche et la biopsie sont des examens diagnostiques.

Compte tenu de la difficulté de contrôler une activité si largement décrite et qui, par ailleurs, n'a pas été réservée aux infirmières et ne vise que deux actes, il y a lieu de revenir aux propositions de texte des divers groupes présidés par le Dr Roch Bernier et d'énoncer spécifiquement la prise de radiographies et les tests de vitalité pulpaire selon une ordonnance comme des activités réservées. Enfin, si nous revenons à notre proposition de définition du détartrage, l'usage de la sonde comme outil de mesure est alors inclus dans l'activité, qui se pratiquerait sans ordonnance.

B- Le champ descriptif des denturologistes et les activités réservées

L'Ordre des dentistes réitère qu'aucune activité en bouche ne doit s'exercer sans un diagnostic préalable du dentiste. Tous les arguments scientifiques et médicaux ont déjà été faits auprès de l'Office des professions à ce sujet. En 2015, un citoyen du Québec doit avoir accès à un diagnostic avant qu'un professionnel, quel qu'il soit, n'intervienne pour installer ou ajuster une

prothèse en bouche. L'Ordre a donc, après examen de la proposition et discussion avec des experts, convenu de réaffirmer la proposition faite en mars 2013 avec des ajouts de précisions [texte souligné]:

« L'exercice de la denturologie consiste à contribuer à l'évaluation des besoins prothétiques, à concevoir, à installer, à ajuster et à réparer des prothèses dentaires amovibles par le patient, dans le but de suppléer à la perte des dents chez l'être humain.

Les activités réservées :

1. Déterminer le type de prothèses dentaires amovibles par le patient lorsqu'une ordonnance est émise;

2. Effectuer, les interventions non invasives nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires amovibles par le patient, autre que celles sur implants, selon une ordonnance;

3. Effectuer les interventions non invasives et supragingivales nécessaires à la conception, l'installation et l'ajustement des prothèses dentaires amovibles par le patient, sur implant, selon une ordonnance lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions;

4. Prescrire la fabrication et la réparation des prothèses dentaires amovibles par le patient;

5. Vendre des prothèses dentaires amovibles par le patient lorsqu'une ordonnance est émise;

6. Diriger un laboratoire de prothèses dentaires selon les permis requis. »

Les activités proposées par l'Office des professions, soit le retrait et le remplacement d'un bouchon de guérison et le placement d'un pilier sur la tête d'un implant (activité 5), sont des activités invasives pouvant nécessiter une anesthésie locale, des radiographies et ultimement l'ouverture de la gencive. Les denturologistes n'ont pas la formation pour faire ces activités et de plus elles ne répondent à aucun problème d'accès. Il en est de même pour toute intervention en matière de prothèses fixes (transvissées) ou scellées.

Il y a lieu de préciser qu'une prothèse amovible selon notre proposition est une prothèse qui est amovible par le patient, donc qui n'inclut pas une prothèse transvissée ou scellée. Cette précision au texte est nécessaire pour éviter des débats de terminologie avec l'Ordre des denturologistes et ces membres.

L'activité qui vise la conception et la vente d'une plaque occlusale adaptée à une prothèse dentaire complète est une nouveauté au sujet de laquelle nous demandons des précisions avant de nous prononcer. À noter toutefois qu'il s'agit d'un appareil et que cela devrait être exclu. Le bruxisme est en soi une condition qui doit faire l'objet d'un diagnostic.

Quant à l'activité proposée de concevoir et vendre des protecteurs buccaux, l'Ordre s'y oppose également. Les dommages pouvant être causés par un protecteur buccal mal ajusté sont sérieux et irréversibles. Cela est d'autant plus vrai chez les jeunes dont la dentition est en croissance.

C- Le champ descriptif des techniciens dentaires et les activités réservées

Ce chapitre ouvre la porte à un débat sur l'attribution d'activités réservées à un ordre professionnel dont les membres, qui fabriquent et vendent des prothèses et des appareils dentaires, n'ont pas d'interaction avec le public. Le présent cas est unique.

En effet, les orthésistes et les prothésistes membres de l'Ordre des technologues professionnels n'ont pas d'activités réservées.

La proposition de l'Office aurait pour conséquence de soulever un débat sur la portée extraterritoriale d'activités qui auraient pour objet la vente de prothèses ou d'appareils dentaires par un tiers à un dentiste. Par ailleurs, il deviendrait difficile de conseiller les dentistes sur les pratiques permises ou non, et ce, en regard de l'application de l'article 37.2 du Code des professions.

Nous avons développé une proposition qui permettrait à l'Ordre des techniciens et techniciennes dentaires du Québec (OTTDQ) de contrôler ses membres tout en évitant un monopole commercial et territorial. Cette proposition, qui touche à des amendements aux dispositions relatives au permis de directorat contenues au Code des professions, a été partagée avec l'OTTDQ. Il a été convenu que les ordres en discuteraient avant de vous la soumettre.

Quant au titre réservé de prothésiste dentaire, l'Ordre des dentistes considère toujours que cela est une source additionnelle de confusion pour le public.

D- Les assistantes dentaires

L'Ordre des dentistes soumet un projet de règlement pris en application de la Loi sur les dentistes pour discussion et bonification, le cas échéant. (Annexe 2)

Nous précisons que le ministère de l'Éducation est en train de revoir le programme du diplôme d'études professionnelles en assistance dentaire. L'Ordre sera consulté d'ici la mi-mars 2015.

Le projet de règlement respecte les ententes antérieures intervenues avec l'Ordre des hygiénistes et l'Office des professions.

E- Le champ descriptif des dentistes et les activités réservées

1- Le champ descriptif des dentistes

La « santé buccodentaire » ou « les dents, la bouche, les maxillaires et les tissus avoisinants »

Dans le rapport d'étape de novembre, 2001, le Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines indiquait que le champ d'exercice d'une profession devait être descriptif, reconnaître l'existence de chevauchements possibles entre les professions et préciser le contexte d'exercice des activités professionnelles.

Au cours des différents travaux qui ont suivi, le champ d'exercice des dentistes a toujours fait référence aux dents, à la bouche, aux maxillaires et aux tissus avoisinants. De définir l'exercice comme étant relatif à la santé buccodentaire est, selon la plupart des définitions du terme buccodentaire, un net recul. En effet le terme buccodentaire réfère généralement aux dents et à la bouche uniquement. Or, les dentistes traitent plus que les dents et la bouche. (Annexe 3)

Nous ignorons de quel ouvrage provient la définition du terme buccodentaire qui se trouve dans les notes explicatives de l'Office, mais nous suggérons, pour éviter une interprétation restrictive dont certains pourraient vouloir se servir, qu'il n'y ait pas, à ce stade des travaux, à revenir sur le champ de pratique et à soulever des polémiques qui pourraient, à terme, produire des effets pervers.

Aucun litige n'entoure le champ descriptif du dentiste. Les divers comités présidés par le Dr Roch Bernier ont toujours proposé un énoncé spécifique du champ. Aucune difficulté de nature systémique ne semble exister. Nous proposons donc de nommer les éléments contenus dans le champ de pratique afin de ne pas en omettre. Évidemment, nous concevons que le dentiste traite généralement les dents et la bouche, mais la médecine dentaire inclut aussi, notamment, la pratique des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux qui procèdent à des traitements plus complexes, dont des reconstructions complètes du complexe maxillo-facial ainsi que des interventions aux tissus avoisinants et aux maxillaires. Certaines législations provinciales réfèrent d'ailleurs dans la description de leur champ à la tête et au cou.

L'évaluation de la santé

Tout diagnostic et, par surcroît, tout traitement dentaire nécessitent que le dentiste obtienne des renseignements du patient, de son médecin et de son pharmacien sur divers aspects de sa santé.

Le dentiste est un professionnel de première ligne.

Nous joignons, à titre indicatif, l'outil développé par l'Ordre à l'intention des dentistes afin de leur permettre de recueillir l'histoire médicale des patients. (Annexe 4) Ce questionnaire ainsi que toutes les observations diagnostiques du dentiste sont nécessaires à l'établissement d'un diagnostic de la santé des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants. La bouche n'est pas un organe séparé du corps humain. Il est reconnu par les instances gouvernementales que la santé de la bouche fait partie de la santé globale.

Sans évaluer au préalable la santé d'un patient, le dentiste ne pourrait pas procéder à une anesthésie ni prescrire de médicaments. Le dentiste qui traite un patient souffrant de diverses conditions tient compte de celles-ci. Plusieurs interventions dentaires nécessitent des consultations médicales et plusieurs interventions médicales impliquent l'intervention d'un dentiste au préalable. Évacuer l'évaluation de la santé du champ, c'est ne pas reconnaître que la santé globale inclut la bouche et c'est omettre les règles établies en matière de champ descriptif.

L'ordre des mots et les conceptions erronées

Il est entendu que le dentiste est apte à diagnostiquer et à traiter toute déficience et toute maladie des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants. Il peut aussi prévenir les déficiences et les maladies qui y sont liées. Les interventions esthétiques ayant souvent pour objectif de rétablir une déficience et non de traiter une maladie, il est donc important de référer à la fois aux maladies et aux déficiences en lien avec le champ d'exercice couvert. Or, la proposition faite par l'Office des professions peut laisser entendre que le dentiste ne peut traiter une déficience même s'il peut la diagnostiquer. Nous comprenons évidemment qu'il ne s'agit pas de l'intention visée, mais nous préférons soulever le problème d'écriture que cela comporte.

Un changement dans l'ordre des termes réglerait le tout.

L'interaction avec l'environnement

Le champ descriptif de la médecine réfère à l'être humain en interaction avec son environnement. Cet ajout a été fait dans le cadre des travaux de modernisation en santé mentale. Sans vouloir ajouter à la difficulté des rédacteurs et sans vouloir prétendre à des actes en santé mentale, nous tenons à préciser qu'une bonne santé buccodentaire aura des répercussions sur l'estime de soi et plus encore.

L'Organisation mondiale de la Santé, dans un rapport publié en 2003, souligne à ce propos :

> *« Le complexe maxillo-facial nous permet de parler, de sourire, d'embrasser, de toucher, de sentir, de goûter, d'avaler et de pleurer sans éprouver de douleurs. Il nous protège contre les infections microbiennes et les menaces liées à l'environnement. Les maladies buccodentaires restreignent les activités scolaires, professionnelles et personnelles, entraînant la perte de millions d'heures d'études et de travail partout dans le monde. De plus, l'impact psychologique et social de ces maladies diminue sensiblement la qualité de vie. »* [1]

[1] PETERSEN, Poul Erik. *Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003 : poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXIe siècle - l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire*. Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2003. Page 3

En 2013, la Société canadienne de pédiatrie rappelait d'ailleurs la nécessité de se préoccuper de la santé buccodentaire des enfants :

> *« La santé dentaire peut avoir des répercussions sur les dimensions fonctionnelles, psychologiques et sociales du bien-être de l'enfant. La douleur buccodentaire a des effets dévastateurs sur les enfants y compris la perte de sommeil, le retard de croissance, les troubles du comportement et les retards d'apprentissage. Le processus de communication, de socialisation et d'estime de soi, essentiels sur le plan du développement, sont également touchés par une mauvaise santé buccodentaire. »*[2]

L'Ordre des dentistes n'a pas été invité à participer aux travaux en santé mentale et ne s'est pas non plus ingéré dans les travaux en santé physique. Aujourd'hui, la loi qui régira les dentistes devra en tenir compte, bien que les textes du passé n'y fassent pas référence.

Compte tenu de ce qui précède et de la nécessité d'harmoniser l'écriture du champ des dentistes pour qu'il s'inscrive dans une interprétation globale des professions de la santé et respecte le cadre systémique, nous proposons que soit bonifié le champ descriptif des dentistes pour qu'il se lise ainsi :

> *« L'exercice de la médecine dentaire consiste à évaluer la santé; à diagnostiquer, prévenir et traiter toute déficience des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants, ainsi que les maladies qui y sont liées dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir chez l'être humain en interaction avec son environnement. »*

2- Les activités réservées au dentiste

Au chapitre des activités réservées, nous redemandons que soit bonifié le texte pour y ajouter les deux activités suivantes : « décider de l'utilisation des mesures de contention » et « exercer la surveillance clinique des personnes malades dont l'état de santé présente des risques ».

Un argumentaire étoffé a été présenté à l'Office sur la question de la contention. Il est impératif que cette activité, pratiquée à l'heure actuelle selon des balises contrôlées par l'Ordre et sans que le Collège des médecins intervienne, soit incluse. Il est question que l'activité soit réservée à des professionnels tels que les criminologues qui, à notre connaissance, n'ont pas de formation en santé physique. Il apparaît évident que les dentistes doivent obtenir cette réserve.

Sans cette activité, des milliers d'enfants et de personnes souffrant de troubles cognitifs ou de handicaps ne pourront plus être traitées. Le recours à l'anesthésie générale n'est pas toujours la solution, en raison des risques sérieux qu'elle pose chez certaines personnes. Nous nous permettons d'insister et nous demandons des explications sur cet élément qui semble poser problème.

---

[2] ROWAN-LEGG, A**.** « *Les soins buccodentaires des enfants – un appel à l'action* »[en ligne]. *Société canadienne de pédiatrie,* Document de principes, (janvier 2013).

Quant à la question de la surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente des risques, nous réitérons que, lors de chirurgies majeures, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale, en collaboration avec d'autres professionnels médecins, doit faire une surveillance clinique de personnes dont l'état de santé présente des risques. Cette surveillance se fait selon les protocoles établis dans les hôpitaux.

Par ailleurs, compte tenu des représentations faites sur le champ descriptif, nous suggérons que l'activité 1 qui consiste à « diagnostiquer les maladies buccodentaires » soit modifiée ainsi : « diagnostiquer les déficiences et les maladies des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants; ». Dans le même ordre d'idées, le terme « buccodentaire » doit être retiré de l'activité numéro 4.

Aux seules fins de clarification, nous comprenons que l'activité qui consistait à installer et à ajuster des appareils et des prothèses dentaires ait été retirée de la proposition. Nous en déduisons que l'Office considère qu'il s'agit d'une intervention ou d'un traitement et qu'il n'y a pas lieu de la reprendre de façon spécifique. Est-ce le cas?

Par ailleurs, nous désirons soulever un nouvel enjeu qui nous est apparu à la lecture des textes et des notes. En effet, dans le domaine de la chirurgie maxillo-faciale, il existe aussi ce que l'on appelle des prothèses maxillo-faciales. Ces prothèses ne sont ni des prothèses dentaires ni des appareils dentaires. Il y a lieu d'ajuster le texte des activités 6 et 8 afin que tout type d'appareils ou de prothèses soient visés, et ce, toujours dans le cadre du champ descriptif.

Quelques ajouts

L'Ordre tient à réitérer les demandes de modifications à la Loi sur les dentistes faites le 28 mars 2013, plus spécifiquement quant à l'usage de certains termes. Une révision des dispositions des articles 37.1 et suivants sera nécessaire pour s'assurer des concordances légales. (Annexe 5) Enfin, tout projet de loi devra s'accompagner d'un nouveau règlement sur les ordonnances des dentistes. Ce règlement respectera les cadres règlementaires connus.

La gymnastique à laquelle se livrent les légistes dans l'élaboration de ces textes est complexe. En effet, le champ descriptif des médecins et des dentistes comprend le traitement des maladies, mais aucun acte « non invasif » n'y est associé dans les activités réservées. Ceci prend toute son importance par l'arrivée d'un nouveau concept en matière de description d'actes réservés en santé, les interventions « non invasives ».

En terminant

Nous souhaitons connaître quelles seront les prochaines étapes et quel est l'échéancier, et ce, afin de planifier le déploiement auprès de nos membres et la formation qui serait nécessaire.

Nous vous tiendrons au courant de nos discussions avec le Collège des médecins dès que possible. Nous vous offrons par ailleurs notre entière collaboration pour finaliser ce dossier.

Nous terminons en vous remerciant à nouveau pour vos travaux et pour l'écoute dont vous faites preuve. Les dentistes sont fiers de faire partie du domaine de la santé et ils ont à cœur la

santé de leurs patients. L'Ordre, qui est préoccupé par l'accès aux soins, est convaincu que cette modernisation saura aider la population.

Je vous prie d'accepter, Madame la Vice-présidente, mes salutations distinguées.

Le président,

Barry Dolman, DMD

P. j. Annexes

Ordre des dentistes du Québec

Bureau du Président

Montréal, le 14 janvier 2016

Monsieur Jean Paul Dutrisac
Président
Office des professions
800, place d'Youville, 10e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

Objet : Commentaires sur le projet de réforme à la Loi sur les dentistes / Code des professions

Monsieur le Président,

La présente donne suite à votre courriel reçu le 22 décembre 2015, dans lequel vous demandiez de vous transmettre nos commentaires sur les propositions de modifications à la Loi sur les dentistes.

Tel que convenu hier avec Me Guylaine Couture, directrice des affaires juridiques à l'Office, je vous transmets les modifications requises à la Loi sur les dentistes, que l'Ordre des dentistes souhaite voir cheminer dans le cadre du premier volet de la réforme du Code des professions.

Si vous deviez avoir des questions additionnelles, je vous invite à communiquer avec nous.

Veuillez recevoir, Monsieur le Président, mes salutations les plus distinguées.

Dr Barry Dolman
Président

c.c. Me Guylaine Couture

p.j.

800, boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 1X9

TÉLÉPHONE : **514 875-8511** | 1 800 361-4887
TÉLÉCOPIEUR : 514 393-9248
SITE WEB : **www.odq.qc.ca**

Modifications proposées à la Loi sur les dentistes

« SECTION III
CONSEIL D'ADMINISTRATION

6 L'Ordre est administré par un conseil d'administration formé ~~d'un président et de 24 administrateurs~~ de la manière prévue au Code des professions.

6.1 Tous les membres de l'Ordre des dentistes du Québec, sauf les dentistes retraités, sont éligibles aux postes de président de l'Ordre ou à un poste d'administrateur. De plus, le candidat ne doit pas avoir été un administrateur du conseil d'une association dentaire vouée à la défense des intérêts économiques des membres au cours des deux années précédant sa mise en candidature.

Le candidat au poste de président doit avoir été membre du Conseil d'administration de l'Ordre pendant au moins deux années consécutives

6.2 Lorsqu'aucun des administrateurs élus n'est un membre inscrit au Tableau depuis dix ans et moins, le Conseil d'administration nomme un administrateur additionnel parmi ces membres, à la suite d'un appel de candidatures dans les 30 jours suivant l'élection. La personne ainsi nommée est réputée être un administrateur élu du Conseil d'administration. Son mandat est de deux ans et ne peut être renouvelé à ce titre.

Le Conseil d'administration est alors réputé régulièrement formé, nonobstant le fait que le nombre des administrateurs se trouve augmenté d'une unité.

~~***7.** Les administrateurs sont élus de la manière prévue à la présente loi et au Code des professions (chapitre C-26).~~

~~*Les administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec, le sont de la manière prévue au Code des professions*~~

8. (abrogé)

~~**9**. Les élections au poste de président ont lieu tous les quatre ans, le dernier lundi d'octobre, si le président est élu au suffrage universel des membres inscrits au tableau ou à la première séance du conseil d'administration qui suit le dernier lundi d'octobre si le président est élu par les administrateurs élus.~~

~~Dans les cas où le président est élu par les administrateurs élus, le Conseil d'administration est réputé régulièrement formé, nonobstant le fait que le nombre des administrateurs se trouve diminué d'une unité.~~

9.1 L'élection du président est tenue suivant l'un ou l'autre des modes suivants que l'assemblée générale détermine :

a) soit au suffrage universel des membres de l'ordre par scrutin secret;

b) soit au suffrage des administrateurs élus et nommés, qui élisent le président parmi les administrateurs élus par scrutin secret.

Dans les cas où l'élection du président a lieu conformément au paragraphe b de l'alinéa précédent, le Conseil d'administration est réputé régulièrement formé, nonobstant le fait que le nombre des administrateurs se trouve diminué d'une unité.

Un membre ne peut être candidat à la fois au poste de président et à un poste d'administrateur.

9.2 Les candidats au poste de président ou au poste d'administrateur sont soumis au Code de conduite des candidats à une élection au poste de président et d'administrateur adopté par le conseil d'administration.

~~**10**. les élections au poste d'administrateurs élus ont lieu le dernier lundi d'octobre, tous les deux ans.~~

~~Elles pourvoient au remplacement des administrateurs élus dont le mandat vient à expiration.~~

~~**11**. Le choix des administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec a lieu en même temps que les élections des administrateurs élus.~~

~~Lors de ce choix, on pourvoit au remplacement des administrateurs élus dont le mandat vient à expiration.~~

~~**12**. Le président et les administrateurs sont élus ou nommés, selon le cas, pour un mandat de quatre ans.~~

13. À la première séance du conseil d'administration suivant le dernier lundi d'octobre de chaque année, les membres élus ~~du conseil d'administration désignent parmi eux, par un vote au scrutin secret, un vice-président et deux membres qui doivent faire partie du comité exécutif.~~ et nommés élisent le vice-président parmi les administrateurs élus par scrutin secret.

Il peut en outre désigner d'autres dirigeants dont il détermine les fonctions.

~~Le vice-président est d'office membre et vice-président du comité exécutif~~
Le mandat du vice-président ne peut être renouvelé qu'une fois.

Lorsqu'un comité exécutif est formé en application de l'article 96 du Code des professions, le président et le vice-président sont d'office membres de ce comité.

Lors de la même séance, un autre membre du comité exécutif est désigné par vote au scrutin secret des membres du Conseil d'administration parmi les membres nommés

par l'Office *et deux autres membres sont désignés par vote au scrutin secret du Conseil d'administration parmi les membres élus.*

14. ~~En cas d'absence ou d'empêchement du président, il est remplacé par le vice-président.~~
Le président de l'Ordre fait partie de droit de tous les comités de l'Ordre, sauf des organismes chargés de la discipline, de l'inspection professionnelle et de l'admission.

En cas d'absence ou d'empêchement d'agir du président, le vice-président le remplace et en exerce les fonctions.

14.1. Le conseil d'administration nomme un directeur général lequel peut cumuler la fonction de secrétaire de l'Ordre.

Le directeur général peut être assisté d'adjoints ou d'autres personnes à qui le Conseil d'administration confie une fonction particulière.

Le secrétaire de l'Ordre ou la personne désignée par le Conseil d'administration agit comme secrétaire du Conseil d'administration.

23 1. La communication d'un avis, d'une convocation ou d'un renseignement en vertu de la présente loi ou d'un règlement adopté conformément à celle-ci ou au Code des professions (chapitre C-26) se fait par la mise à la poste, à la dernière adresse connue au tableau de l'Ordre, d'une lettre, d'une revue ou d'un journal publié par l'Ordre et contenant cet avis, cette convocation ou ce renseignement, ou par voie électronique.

2. La preuve d'une telle communication ou de la réception par l'Ordre d'un document quelconque peut être faite devant un tribunal ou un organisme de l'Ordre au moyen de la production d'une attestation signée par la personne qui a donné la communication ou reçu le document.

SECTION V
Exercice de la médecine dentaire

37.1 *Un dentiste qui n'exerce pas la profession peut être inscrit au Tableau à titre de dentiste retraité, sur demande adressée au secrétaire de l'Ordre.*

Le dentiste retraité ne peut pas exercer la profession de dentiste, notamment les actes prévus aux articles 26, 27 et 28 de la présente loi.

Ordre des dentistes du Québec

Bureau du Président

Montréal, le 9 mars 2016

Monsieur Jean Paul Dutrisac
Président
Office des professions
800, place D'Youville, 10e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

Monsieur le Président,

Dans le cadre des travaux de rédaction législative qui s'amorcent et dont l'échéancier est la fin du printemps 2016, nous avons pris l'initiative de répertorier en un seul document, les modifications requises à la Loi sur les dentistes, en omettant celles qui définissent le champ d'exercice de la médecine dentaire, sur lesquelles nous fournirons rapidement un avis suite à la rencontre de ce jour.

Le document, que vous trouverez annexé à la présente, est le récapitulatif des demandes formulées dans nos communications vous ayant été transmises le 7 et le 28 mars 2013 et le 14 janvier 2016.

Les modifications requises sont non seulement nécessaires, mais essentielles afin de procéder sans tarder, et dans un cadre propre à la profession de dentiste, à une modernisation de nos structures de gouvernance et de certaines de nos activités administratives. Elles ont pour seul dessein de protéger le public et de gouverner selon un modèle efficace.

Ces demandes sont déjà approuvées par les instances de l'Ordre.

Les justifications usuelles ont déjà été présentées à l'Office, mais si des détails additionnels étaient requis, nous serons heureux de vous les fournir.

Par ailleurs, nous réitérons l'importance d'inclure les assistantes dentaires dans la réforme à venir. Nous croyons qu'il est profondément injuste que des personnes, qui travaillent en collaboration étroite avec les dentistes et sous supervision directe, ne puissent à l'instar de leurs collègues canadiennes, bénéficier d'une certaine reconnaissance, surtout lorsqu'elles sont formées pour faire des actes depuis plus de 22 ans.

800, boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 1X9

TÉLÉPHONE : **514 875-8511** | 1 800 361-4887
TÉLÉCOPIEUR : 514 393-9248
SITE WEB : **www.odq.qc.ca**

Nous prônons une réforme inclusive et compréhensive, mais tenons à ce que le produit législatif final soit sans équivoque et clair. Le modèle actuel laisse place à de nombreuses interprétations. Il provoque malheureusement le développement d'un véritable carcan qui ne favorise pas l'accès aux soins et empêche de concentrer les services sur le patient, ce qui devrait être au centre des préoccupations.

Veuillez recevoir, Monsieur le Président, mes salutations les plus distinguées.

Dr Barry Dolman
Président

p.j.

Récapitulatif des modifications proposées à la Loi sur les dentistes

1. Loi visée

Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3)

2. Articles visés

« SECTION III
CONSEIL D'ADMINISTRATION

2. L'ensemble des dentistes habilités à exercer la médecine dentaire au Québec constitue un ordre professionnel désigné sous le nom de «Ordre professionnel des dentistes du Québec» ou «Ordre des dentistes du Québec». *(mars 2013)*

6 L'Ordre est administré par un conseil d'administration formé ~~d'un président et de 24 administrateurs~~ de la manière prévue au Code des professions.

6.1 Tous les membres de l'Ordre des dentistes du Québec, sauf les dentistes retraités, sont éligibles aux postes de président de l'Ordre ou à un poste d'administrateur.

Un candidat ne doit pas avoir eu de lien d'emploi avec l'Ordre au cours des deux dernières années précédant sa mise en candidature ni ne doit pas avoir été un administrateur du conseil d'une association dentaire vouée à la défense des intérêts économiques des membres au cours des deux années précédant sa mise en candidature. De plus, il ne peut être membre du conseil d'administration d'un organisme affilié à l'Ordre.

Le candidat au poste de président doit avoir été membre du Conseil d'administration de l'Ordre pendant au moins deux années consécutives.

Le candidat au poste de président ou d'administrateur doit s'engager par écrit à respecter le Code de conduite des candidats à une élection au poste de président et d'administrateur adopté conformément à l'article 14.2.

6.2 Lorsqu'aucun des administrateurs élus n'est un membre inscrit au Tableau depuis dix ans et moins, le Conseil d'administration nomme un administrateur additionnel parmi ces membres, à la suite d'un appel de candidatures dans les 30 jours suivant l'élection. La personne ainsi nommée est réputée être un administrateur élu du Conseil d'administration. Son mandat est de deux ans et ne peut être renouvelé à ce titre.

Le Conseil d'administration est alors réputé régulièrement formé, nonobstant le fait que le nombre des administrateurs se trouve augmenté d'une unité.

~~**7.** *Les administrateurs sont élus de la manière prévue à la présente loi et au Code des professions (chapitre C-26).*~~

~~*Les administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec, le sont de la manière prévue au Code des professions*~~

8. (abrogé)

~~**9**. Les élections au poste de président ont lieu tous les quatre ans, le dernier lundi d'octobre, si le président est élu au suffrage universel des membres inscrits au tableau ou à la première séance du conseil d'administration qui suit le dernier lundi d'octobre si le président est élu par les administrateurs élus.~~

~~Dans les cas où le président est élu par les administrateurs élus, le Conseil d'administration est réputé régulièrement formé, nonobstant le fait que le nombre des administrateurs se trouve diminué d'une unité.~~

9.1 L'élection du président est tenue suivant l'un ou l'autre des modes suivants que l'assemblée générale détermine :

a) soit au suffrage universel des membres de l'ordre par scrutin secret;

b) soit au suffrage des administrateurs élus et nommés, qui élisent le président parmi les administrateurs élus par scrutin secret.

Dans les cas où l'élection du président a lieu conformément au paragraphe b de l'alinéa précédent, le Conseil d'administration est réputé régulièrement formé, nonobstant le fait que le nombre des administrateurs se trouve diminué d'une unité.

Un membre ne peut être candidat à la fois au poste de président et à un poste d'administrateur.

9.2 Les candidats au poste de président ou au poste d'administrateur sont soumis au Code de conduite des candidats à une élection au poste de président et d'administrateur adopté par le conseil d'administration.

~~**10**. les élections au poste d'administrateurs élus ont lieu le dernier lundi d'octobre, tous les deux ans.~~

~~Elles pourvoient au remplacement des administrateurs élus dont le mandat vient à expiration.~~

~~**11**. Le choix des administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec a lieu en même temps que les élections des administrateurs élus.~~

~~Lors de ce choix, on pourvoit au remplacement des administrateurs élus dont le mandat vient à expiration.~~

~~**12**. Le président et les administrateurs sont élus ou nommés, selon le cas, pour un mandat de quatre ans.~~

13. À la première séance du conseil d'administration suivant le dernier lundi d'octobre de chaque année, les membres élus ~~du conseil d'administration désignent parmi eux, par un vote au scrutin secret, un vice-président et deux membres qui doivent faire partie du comité exécutif.~~ et nommés élisent le vice-président parmi les administrateurs élus par scrutin secret.

Il peut en outre désigner d'autres dirigeants dont il détermine les fonctions.

~~Le vice-président est d'office membre et vice-président du comité exécutif~~
Le mandat du vice-président ne peut être renouvelé qu'une fois.

Lorsqu'un comité exécutif est formé en application de l'article 96 du Code des professions, le président et le vice-président sont d'office membres de ce comité.

Lors de la même séance, un autre membre du comité exécutif est désigné par vote au scrutin secret des membres du Conseil d'administration parmi les membres nommés par l'Office et deux autres membres sont désignés par vote au scrutin secret du Conseil d'administration parmi les membres élus.

14. ~~En cas d'absence ou d'empêchement du président, il est remplacé par le vice-président.~~
Le président de l'Ordre fait partie de droit de tous les comités de l'Ordre, sauf des organismes chargés de la discipline, de l'inspection professionnelle et de l'admission.

En cas d'absence ou d'empêchement d'agir du président, le vice-président le remplace et en exerce les fonctions.

14.1. Le conseil d'administration nomme un directeur général lequel peut cumuler la fonction de secrétaire de l'Ordre.

Le directeur général peut être assisté d'adjoints ou d'autres personnes à qui le Conseil d'administration confie une fonction particulière.

Le secrétaire de l'Ordre ou la personne désignée par le Conseil d'administration agit comme secrétaire du Conseil d'administration.

14.2. Le conseil d'administration adopte un Code de conduite des candidats à une élection au poste de président et d'administrateur lequel doit contenir des dispositions établissant :

1° les valeurs et les principes régissant la conduite des candidats;
2° les pratiques interdites;
3° le financement de la campagne électorale;
4° la procédure d'examen et d'enquête concernant les comportements susceptibles de contrevenir aux normes de conduite, les sanctions appropriées et les autorités chargées de les déterminer et de les imposer.

18.2 Le Conseil d'administration peut vérifier la qualité des activités visées à l'article 26, lorsqu'elles sont exercées par des personnes, autres que des professionnels, habilitées par une autre loi ou par règlement du Conseil d'administration.

À cette fin, un comité ou un membre de l'Ordre désigné par le Conseil d'administration peut obtenir de ces personnes et des dentistes avec lesquels celles-ci collaborent ou de tout établissement dans lequel ces activités sont exercées, tous les renseignements qu'il juge utiles et qui sont reliés directement à l'exercice de ces activités, sans qu'aucun d'eux ne puisse invoquer le secret professionnel. *(mars 2013)*

23 1. La communication d'un avis, d'une convocation ou d'un renseignement en vertu de la présente loi ou d'un règlement adopté conformément à celle-ci ou au Code des professions (chapitre C-26) se fait par la mise à la poste, à la dernière adresse connue au tableau de l'Ordre, d'une lettre, d'une revue ou d'un journal publié par l'Ordre et contenant cet avis, cette convocation ou ce renseignement, ou par voie électronique.

2. La preuve d'une telle communication ou de la réception par l'Ordre d'un document quelconque peut être faite devant un tribunal ou un organisme de l'Ordre au moyen de la production d'une attestation signée par la personne qui a donné la communication ou reçu le document.

31. Le Conseil d'administration peut accorder un permis restrictif, aux conditions et pour la durée qu'il détermine, à toute personne qui ne remplit pas les conditions de délivrance du permis.
Il peut en outre accorder un tel permis restrictif et un certificat de spécialiste permettant à une personne d'exercer la médecine dentaire dans le domaine de la spécialité à l'égard de laquelle le Conseil d'administration reconnait une équivalence en application d'un règlement pris en vertu du paragraphe i de l'article 94 du Code des professions. *(mars 2013)*

SECTION V
Exercice de la médecine dentaire

36. ~~Nul ne peut exercer la profession de dentiste sous un nom autre que le sien.~~

~~Il est toutefois permis à des dentistes d'exercer leur profession sous le nom d'un ou de plusieurs associés. Ce nom peut aussi comprendre le nom de tout associé qui a cessé d'exercer sa profession, pendant une période d'au plus trois ans à compter du moment où il a cessé de l'exercer, pourvu que son nom ait fait partie du nom au moment où il a cessé d'exercer.~~ *(mars 2013)*

Impact sur le Code de déontologie
L'abrogation de l'article 36 pourrait être remplacé par l'insertion, après l'article 3.09.11, des articles suivants au Code de déontologie des dentistes (R.R.Q., c. D-3, r. 4) : 3.09.12. Le dentiste exerce sa profession sous son propre nom, sous le nom d'un ou plusieurs associés ou sous celui d'une société par actions constituée conformément au Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société (R.R.Q., c. D-3, r. 9).

3.09.13. Le nom d'une société de dentistes peut comprendre le nom de tout associé exerçant sa profession au sein de cette société. Il peut également comprendre celui de tout associé qui a cessé d'exercer sa profession, pendant une période d'au plus trois ans à compter du moment où il a cessé de l'exercer, pourvu que son nom ait fait partie du nom de la société au moment où il a cessé d'exercer.

3.09.14. Le dentiste ne doit pas exercer sa profession sous un nom ou une désignation qui induit en erreur, qui soit trompeur, qui aille à l'encontre de l'honneur ou de la dignité de la profession, qui soit un nom numérique ou qui contrevienne aux articles 3.09.01 à 3.09.06 du présent code.

37.1 *Un dentiste qui n'exerce pas la profession peut être inscrit au Tableau à titre de dentiste retraité, sur demande adressée au secrétaire de l'Ordre.*

Le dentiste retraité ne peut pas exercer la profession de dentiste, notamment les actes prévus aux articles 26, 27 et 28 de la présente loi.

37.2. Seuls peuvent être propriétaires d'un cabinet dentaire, un dentiste, une société de dentistes ou une société par actions constituée conformément à un règlement pris en application du paragraphe p de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).

Aux fins du présent article, on entend par cabinet dentaire une entreprise, autre qu'un établissement, où un dentiste exerce sa profession. *(mars 2013)*

37.3. Seuls peuvent faire usage du substantif « dentaire » dans un nom ou une publicité se rapportant à des services offerts au public, un dentiste, une société de dentistes ou une société par actions constituée conformément à un règlement de l'Ordre des dentistes du Québec pris en application du paragraphe p de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).

L'interdiction prévue au premier alinéa n'empêche pas un denturologiste d'utiliser le substantif « dentaire » avec d'autres termes qui sont propres à l'exercice de sa profession. *(mars 2013)*

Modifications proposées à la Loi sur la pharmacie

1. Loi visée

Loi sur la pharmacie (L.R.Q., c. P-10)

2. Articles visés

10. En outre des devoirs prévus aux articles 87 à 93 du Code des professions (chapitre C-26), le Conseil d'administration doit, par règlement:

[...]

Le Conseil d'administration doit, avant d'adopter un règlement en vertu des paragraphes *g* à *i* du premier alinéa, consulter l'Ordre professionnel des médecins du Québec et l'Ordre des dentistes du Québec.

Les articles 95.2 et 95.3 du Code des professions s'appliquent aux règlements pris en application des paragraphes *d* et *e* du premier alinéa.

[...]

SECTION V
EXERCICE DE LA PHARMACIE

17. L'exercice de la pharmacie consiste à évaluer et à assurer l'usage approprié des médicaments afin notamment de détecter et de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques, à préparer, à conserver et à remettre des médicaments 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 pharmacie, les activités réservées au pharmacien sont les suivantes:

[...]

6° prolonger une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, suivant les conditions et les modalités déterminées par règlement, afin que ne soit pas interrompu le traitement prescrit par le médecin ou le dentiste à un patient; la durée de prolongation d'une ordonnance ne peut excéder la durée de validité de l'ordonnance initiale ou, si cette durée est supérieure à un an, elle ne peut excéder un an;

7° ajuster une ordonnance d'un médecin ou d’un dentiste, suivant les conditions et les modalités déterminées par règlement, en modifiant la forme, la dose, la quantité ou la posologie d'un médicament prescrit;

Ordre des dentistes du Québec

Bureau du Président

Montréal, le 22 mars 2016

Monsieur Jean Paul Dutrisac
Président
Office des professions
800, place D'Youville, 10e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

Objet : Modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire

Monsieur le Président,

Le 9 mars dernier, vous avez présenté à l'Ordre des dentistes les propositions qualifiées de finales relativement aux modifications souhaitées relatives aux champs de pratique des denturologistes, des hygiénistes dentaires, des techniciens dentaires et des dentistes. L'Office entend déposer un projet de loi d'ici la fin du printemps.

Les textes présentés reproduisent, à certains détails près, les propositions de l'Office telles qu'expédiées aux ordres concernés en janvier 2015 à des fins de consultation.

Au cours de cette consultation qui s'est étendue sur plusieurs mois, des expertises médicales dentaires, une volumineuse preuve scientifique à l'appui des demandes ainsi que des opinions juridiques sur la pertinence du choix du vocabulaire juridique et sur le danger de créer un monopole en confiant des activités réservées aux techniciens dentaires, ont été produites.

Lors de la rencontre du 9 mars, il a été question du projet de Règlement permettant à des personnes autres que des dentistes de poser certains actes, en l'occurrence les assistantes dentaires, adopté par le conseil d'administration de l'Ordre et acheminé à l'Office des professions en février 2015. Vous nous aviez alors informés que ledit projet de règlement avait déjà fait l'objet d'une consultation auprès de l'Ordre des hygiénistes dentaires, de l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale et du Collège des médecins. Une rencontre ultérieure devait être fixée par l'Office des professions avec les principaux intéressés.

Le 11 mars suivant, les administrateurs de l'Ordre étaient saisis de ces propositions. De plus, le 21 mars, l'Ordre des dentistes réunissait les associations dentaires et les facultés de médecine dentaire afin de leur en faire part.

800, boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 1X9

TÉLÉPHONE : **514 875-8511** | 1 800 361-4887
TÉLÉCOPIEUR : 514 393-9248
SITE WEB : **www.odq.qc.ca**

Bien que les propositions présentées ont été qualifiées de finales, nous tenons à réitérer certains éléments afin que, d'une part, la modernisation soit rédigée en termes clairs pour ceux qui auront à l'appliquer et que, d'autre part, elle soit conforme à la science pour préserver l'intégrité physique des patients.

Deux éléments majeurs liés aux propositions ont retenu l'attention du conseil d'administration de l'Ordre, soit le champ d'intervention du dentiste et les activités réservées aux denturologistes en ce qui a trait aux réhabilitations fixes (vissées ou transvissées) sur implants. Par ailleurs, certains détails auraient avantage à être étudiés plus à fond sur le plan juridique pour éviter des interprétations non souhaitables. Quant au règlement déléguant certains actes aux assistantes, il doit cheminer en conjonction avec l'ensemble du dossier de la modernisation.

Aussi nous traiterons dans un dernier point de la rédaction des guides de pratiques conjoints.

Le champ descriptif des dentistes et activités réservées

Dans une correspondance adressée à Christiane Gagnon le 9 février 2015, l'Ordre des dentistes a déjà exposé l'impossibilité de restreindre le champ de pratique des dentistes à la santé buccodentaire ou aux maladies buccodentaires. De l'avis de l'Office, la santé buccodentaire comprend la bouche, les dents, les maxillaires et les tissus avoisinants.

Lors de la rencontre du 9 mars 2016, il a réitéré que l'intention de l'Office n'a jamais été et ne sera jamais de diminuer le champ d'intervention des dentistes.

Une opinion juridique requise par l'Ordre et jointe à la lettre du 9 février exposait clairement le sens des mots utilisés. Les définitions communes éclairent aisément un lecteur. Le « buccodentaire », c'est ce qui a trait à la bouche et aux dents.

Nous joignons à la présente la lettre du 9 février 2015 et ses annexes. À cette étape des travaux de l'Office, nous soumettons respectueusement que le champ descriptif des dentistes et les activités réservées qui y sont liées doivent être rétablis.

L'Ordre des dentistes demande donc que le champ descriptif des dentistes soit libellé tel que soumis, c'est-à-dire comme suit :

> *« Champ descriptif :*
>
> *L'exercice de la médecine dentaire consiste à évaluer la santé; à diagnostiquer, prévenir et traiter toute déficience des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants, ainsi que les maladies qui y sont liées dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir chez l'être humain en interaction avec son environnement.*
>
> *Activités réservées :*
>
> 1. *Diagnostiquer les déficiences et les maladies des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants; »*

et ce, dans le texte de la proposition finale qui circule déjà, afin d'éviter toute polémique.

Comme exposé à plusieurs reprises au cours des travaux de l'Office sur la modernisation, il n'est pas question dans une modernisation de revenir en arrière. Or, la proposition telle que formulée est un net recul. Aucun argument valable ne milite en sa faveur. L'Ordre des dentistes recommande de ne pas faire de cet enjeu une bataille. Les personnes qui en seront les victimes sont les patients traités chaque jour en urgence dans les centres de traumatologie du Québec. Les dentistes confrontés aux pires scénarios (malformation congénitale, trauma et cancer) ne comprennent pas la position de l'Office et, surtout, ce qui la sous-tend.

Nous avons cru bon de déposer au soutien de la présente lettre les dispositions régissant le champ de pratique des dentistes au Canada afin d'évacuer tout doute sur la question.

Cet élément doit se régler sans nécessiter d'autres débats, puisque tous sont d'accord sur le champ d'intervention du dentiste.

Nous vous demandons de confirmer que ce sujet se réglera rapidement afin que des ressources en temps et en argent n'y soient plus consacrées. Les dentistes sont des docteurs, la législation ne peut y faire abstraction en niant leur expertise.

Quant à la question des interventions esthétiques, elle fera l'objet de discussions en comité mixte entre le Collège des médecins et l'Ordre des dentistes. Tel que spécifié lors de la rencontre du 9 mars, ce comité a été constitué de concert entre les ordres visés afin de discuter d'enjeux communs et de développer des lignes de conduite uniformes. Des échanges ont d'ailleurs débuté depuis plus de cinq ans de façon soutenue entre les deux ordres dont les professionnels sont les seuls à pouvoir poser des diagnostics sur l'être l'humain.

Sur un plan conceptuel, l'Office des professions a exprimé à l'Ordre des dentistes que l'activité réservée relative à l'utilisation des mesures de contention n'avait pas à être spécifiée dans les activités réservées aux dentistes, et ce, au motif que le consentement du patient est toujours requis. Nous devons avouer ne pas comprendre la base légale de cette explication. Ainsi, et selon cette interprétation, toute contention effectuée avec le consentement d'une personne pourrait être effectuée par toute personne. Rappelons seulement que les dentistes agissent aussi en situation d'urgence où le consentement ne peut pas toujours être obtenu et où éviter des dommages irréparables passe au premier plan. De plus, la contention peut aussi être chimique. Veut-on permettre à toute personne d'utiliser la contention chimique?

Des dentistes traitent des personnes souffrant de handicaps physiques ou mentaux. Parfois, tout comme pour les médecins et les infirmières, la contention sans consentement est nécessaire.

Enfin, tel qu'exprimé le 9 mars dernier dans une lettre qui vous était adressée, la rédaction juridique concernant la Loi sur les dentistes devra comprendre les articles 37.2 et 37.3 lesquels énoncent :

> *« 37.2. Seuls peuvent être propriétaires d'un cabinet dentaire, un dentiste, une société de dentistes ou une société par actions constituée conformément à un règlement pris en application du paragraphe p de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).*
>
> *Aux fins du présent article, on entend par cabinet dentaire une entreprise, autre qu'un établissement, où un dentiste exerce sa profession.*

37.3. Seuls peuvent faire usage du substantif « dentaire » dans un nom ou une publicité se rapportant à des services offerts au public, un dentiste, une société de dentistes ou une société par actions constituée conformément à un règlement de l'Ordre des dentistes du Québec pris en application du paragraphe p de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).

L'interdiction prévue au premier alinéa n'empêche pas un denturologiste d'utiliser le substantif «dentaire » avec d'autres termes qui sont propres à l'exercice de sa profession.» »

Les activités réservées aux denturologistes

Les activités réservées visant la réhabilitation fixe sur implants sont des activités comportant un niveau élevé de préjudice aux patients. Ils requièrent l'expertise unique du dentiste. Ceci a été expliqué au moyen d'expertises crédibles et de données scientifiquement prouvées. Les lignes directrices régissant la pratique de la réhabilitation implanto-portée qui s'appliquent aux dentistes sont on ne peut plus claires. Toute procédure requérant l'usage d'une vis doit être accompagnée de radiographies pendant qu'elle est effectuée et après qu'elle le soit. Elle fait appel à des manœuvres uniques à la compétence du dentiste.

L'expertise du Dr de Grandmont, prosthodontiste et professeur agrégé de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal, livrée à l'Office des professions le 31 mars 2015, pour expliquer les tenants et aboutissants de la réhabilitation fixe sur implants ainsi que le complément d'information fourni le 19 juin 2015 suite à un questionnaire de l'Office, n'ont pas à notre connaissance, fait l'objet d'une contre-expertise qui en dénierait les fondements en partie ou en totalité. L'Office n'a pas fourni d'explication pour la mettre de côté. Nous souhaitons comprendre ce qui a guidé l'Office dans sa décision.

Une ordonnance faite à un denturologiste ne pourra être exécutée sans la présence conjointe d'un dentiste au moment de l'installation et de l'ajustement de la prothèse vissée ou transvissée. Le suivi devra nécessairement être fait par le dentiste. Quel avantage y a-t-il à mettre sur pied des formations pour servir une partie très restreinte de la population? Quel avantage y a-t-il, dans un contexte de protection du public, à ouvrir un champ de pratique pour confier des actes à haut risque de préjudice à un technicien?

Nous demandons à l'Office de revoir sa position et de permettre aux denturologistes de concevoir, d'installer ou d'ajuster des prothèses qui sont uniquement amovibles par le patient. Les normes reconnues ne peuvent supporter que des actes invasifs et à risque de préjudices soient exécutés par des denturologistes.

Les activités réservées aux techniciens dentaires

À ce chapitre, l'Ordre des dentistes du Québec a fourni une opinion juridique le 31 mars 2015 qui explique la problématique systémique que soulèverait la réserve d'activités aux techniciens dentaires. Aucune explication n'a été fournie pour mettre cette opinion de côté. Nous vous mettons en garde avant d'aller de l'avant avec une proposition qui, de toute évidence, créera un monopole dans le domaine dentaire, monopole inexistant à

l'heure actuelle dans les autres domaines de la santé où œuvrent par exemple des techniciens en appareils et prothèses.

L'Ordre, à ce chapitre, tient à être rassuré sur le plan juridique sur le fait que les activités réservées proposées n'empêcheront pas les dentistes de se procurer des appareils ou prothèses ailleurs qu'au Québec. Il s'agit de procurer au public les produits que requiert leur condition.

Les assistantes dentaires

L'article 19 a) de la Loi sur les dentistes stipule :

> *« En outre des devoirs prévus aux articles 87 à 93 du Code des professions, le Conseil d'administration doit par règlement :*
>
> *a) déterminer parmi les actes visés aux articles 26 et 27 ceux qui, suivant certaines conditions prescrites, peuvent être posés par des classes de personnes autres que des dentistes; »*

Le paragraphe 2 de ce même article prévoit que le conseil d'administration doit, avant d'adopter un règlement en vertu du paragraphe a) du premier alinéa, consulter l'Office des professions. L'Ordre des dentistes a soumis un projet de règlement à l'Office. Il ignorait jusqu'au 9 mars dernier que des tiers étaient consultés par l'Office sur ce projet.

Le règlement soumis contient des éléments qui avaient déjà fait l'objet de consensus entre l'Ordre des dentistes, l'Ordre des hygiénistes et l'Association des assistantes dentaires. Nous demandons à l'Office de nous informer sur le contenu des consultations et de faire en sorte que le dossier des assistantes se règle en même temps que le reste du dossier de la modernisation. Nul besoin de rappeler que plus de 12 000 travailleuses attendent une reconnaissance des compétences acquises depuis plus de 20 ans.

À ce chapitre, nous devons confirmer par écrit notre étonnement d'apprendre par la présidente de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, dans une vidéo diffusée sur YouTube, que les assistantes ne pourront exécuter aucune des activités réservées sans ordonnance aux hygiénistes. L'Office aurait donc fait cette déclaration aux représentants de l'Ordre des hygiénistes dentaires. Nous désirons obtenir confirmation de votre part sur cet élément afin de pouvoir faire nos représentations.

La place des assistantes dentaires dans une véritable modernisation n'est plus à démontrer. Nous demandons, dans un ultime effort, de vous y attarder dans la résolution globale du dossier.

Conclusion

L'Ordre des dentistes est un partenaire proactif qui a contribué positivement aux débats concernant la modernisation au cours des 15 dernières années. Les éléments que nous faisons valoir aujourd'hui sont indispensables à nos yeux et nous espérons qu'ils pourront se résoudre rapidement afin de conclure ce dossier qui a occupé notre domaine depuis trop longtemps.

Nous sommes les premiers à demander à ce que nos lois soient éclaircies et qu'elles reflètent la réalité de nos professions. Cependant, cela doit se faire pour le bien du patient

et en respectant les meilleures normes de pratique afin de donner aux Québécoises et aux Québécois des soins de qualité. Les propositions présentées répondent à ce besoin et nous assurent d'éviter des débats futurs qui nuiraient au public.

Toute mesure législative qui aurait pour effet de minimiser le besoin d'obtenir un diagnostic éclairé comprenant des radiographies, fait par un dentiste mettrait à risque la santé des citoyens du Québec et serait contraire à la protection du public. Ce principe est pour nous fondamental.

Nous demeurons toujours disponibles pour répondre à vos questions et faire évoluer cette modernisation dans un climat respectueux de la population que nous sommes chargés de protéger.

Veuillez recevoir, Monsieur le Président, mes salutations les plus distinguées.

Dr Barry Dolman
Président

c.c. Mme Stéphanie Vallée, Ministre de la Justice
M. Gaétan Barrette, Ministre de la Santé et des Services sociaux
Mme Christiane Gagnon, vice-présidente, Office des professions

p.j. :
- Lettre du 9 février 2015 à l'Office des professions du Québec
- Lettre du 31 mars 2015 à l'Office des professions du Québec
- Lettre du 19 juin 2015 à l'Office des professions du Québec et questionnaire
- Revue législative des définitions du champ de pratique des dentistes au Canada

Ordre des dentistes du Québec

Bureau du président

PAR COURRIEL

Le 31 août 2016

Madame Christiane Gagnon
Vice-présidente
Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3

Objet : Propositions de modifications à la *Loi sur les dentistes,* RLRQ, c. D-3

Madame la Vice-présidente,

Tel que nous vous l'annoncions dans notre lettre du 26 août dernier, nous vous transmettons notre argumentaire sur la question de la réserve sur l'usage du substantif « dentaire » dans la Loi sur les dentistes.

Propriété des cabinets dentaires et restriction à l'utilisation du mot « dentaire »

L'Ordre des dentistes a adopté une position de principe visant à ce que la propriété des cabinets dentaires, des centres dentaires et des cliniques dentaires, de même que l'utilisation de ces appellations, soient réservées à ses membres. Un précédent d'importance existe dans la législation professionnelle en matière de propriété. On le trouve à la *Loi sur la pharmacie*[1].

Après révision du dossier, l'Ordre des dentistes propose de nouveaux articles 37.2 et 37.3 devant être intégrés à la *Loi sur les dentistes*, lesquels sont rédigés en des termes plus précis à quelques égards que ceux utilisés dans des versions antérieures de ses propositions :

---

[1] RLRQ, c. P-10, article 27. Les articles 28, 29 et 30 de la *Loi sur la pharmacie* portent sur des situations de perte de contrôle d'une pharmacie (décès, régime de protection, insolvabilité). Leur calque permettrait de perfectionner un projet de modification de la *Loi sur les dentistes.* Nous n'en traiterons toutefois pas ici. Nous nous limiterons à l'examen des questions de principe.

LE DENTISTE,
LE DOCTEUR QUI VEILLE
SUR VOTRE BOUCHE

800, boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 1X9

TÉLÉPHONE : **514 875-8511** | 1 800 361-4887
TÉLÉCOPIEUR : 514 393-9248
SITE WEB : **www.odq.qc.ca**

37.2. Seuls peuvent être propriétaires d'un cabinet dentaire, un dentiste, une société de dentistes ou une société par actions constituée conformément à un règlement ***de l'Ordre*** *pris en application du paragraphe p de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).*

Aux fins du présent article, on entend par cabinet dentaire une entreprise, autre qu'un établissement, ~~où~~ ***au sein de laquelle*** *un dentiste exerce sa profession. (~~Proposé en mars 2013)~~*

37.3. Seuls peuvent faire usage du ~~substantif~~ ***mot*** *« dentaire » dans ~~un nom ou une~~* ***quelque affichage ou*** *publicité se rapportant à des services offerts au public, un dentiste, une société de dentistes ~~ou~~**,** une société par actions constituée conformément à un règlement de l'Ordre ~~des dentistes du Québec~~ pris en application du paragraphe p de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26)* ***ou un établissement****.*

L'interdiction prévue au premier alinéa n'empêche pas ~~un denturologiste d'utiliser le~~ ***l'utilisation du*** *~~substantif~~* ***mot*** *« dentaire » avec d'autres termes ~~qui sont propres~~* ***distinctifs qui sont reliées*** *à l'exercice ~~de sa~~* ***d'une*** *profession* ***ou à l'exploitation d'une entreprise de fabrication, de distribution ou de vente de produits****. ~~(Proposé en mars 2013)~~*

a) Justification des dispositions

Il existe présentement une confusion importante dans l'identification concrète des professionnels du domaine dentaire en raison de l'absence de règles claires à ce sujet. Cette confusion est susceptible de s'accentuer s'il est permis aux hygiénistes dentaires de se constituer une clientèle propre. Les appellations *cabinet dentaire, centre dentaire et clinique dentaire* et les autres appellations pouvant s'en approcher ne sont présentement pas réservées aux dentistes, alors qu'elles devraient l'être. La protection du public requiert que cette confusion soit résolue par une intervention législative. L'ajout des articles 37.2 et 37.2 à la *Loi sur les dentistes* permettrait au public de reconnaître les cabinets de dentistes et de les distinguer des entreprises offrant au public d'autres services que ceux qu'il appartient exclusivement aux dentistes de rendre.

Les problèmes d'identification des professionnels avec lesquels les membres du public sont appelés à interagir dans certains contextes se conjuguent ici avec la mise en cause de l'indépendance de ces professionnels. À ce dernier égard, le cas des dentistes intéresse particulièrement l'Ordre des dentistes. Mais l'Ordre est aussi sensible à la position des membres d'autres ordres professionnels.

Les préoccupations de l'Ordre des dentistes ne sont pas sans lien avec l'inventivité d'entrepreneurs qui proposent des modèles d'affaire réunissant technologies et personnels variés sous le couvert d'appellations et de publicités donnant à penser à des services de dentisterie sans que le public ne puisse bien distinguer les professionnels concernés par chacun des actes qui seront posés. Les tribunaux ont refusé de reconnaître qu'il s'agissait d'une situation de pratique illégale de la médecine dentaire dans un cas, il est vrai, où la publicité comportait l'affirmation que le client était dirigé vers le professionnel approprié, mais en comparant cette situation à celle d'un centre commercial notamment[2]. L'Ordre des dentistes ne désire pas insister sur cet exemple puisque même dans l'abstrait, il est aisé de comprendre que la présence de plusieurs professionnels dans le domaine dentaire requiert des précisions que la situation actuelle n'offre pas.

D'autre part, l'exercice de la profession de dentiste doit se faire dans un cadre où celui-ci est libre de ses actions et dirige éventuellement celles d'autres professionnels. Le dentiste a le droit exclusif de poser un diagnostic et ne peut se voir imposer quelque directive relative à sa pratique. La propriété du cabinet dentaire est un moyen adéquat de renforcer cette indépendance.

b) Conception des dispositions

La définition de cabinet dentaire fait référence à la notion d'entreprise parce que cette notion est définie au *Code civil du Québec* et recouvre les activités professionnelles organisées[3]. Il est paru suffisant de prévoir, pour atteindre l'objectif visé, de préciser que le cabinet dentaire est l'entreprise au sein de laquelle le dentiste exerce sa profession. L'intensité de la pratique, sa régularité ou le fait que le dentiste pratique dans plusieurs entreprises n'y changent rien; l'intégration du dentiste dans l'entreprise en fait un cabinet dentaire.

Un dentiste ou une société visée à la disposition doit être propriétaire de l'entreprise ce qui ne requiert évidemment pas la propriété du lieu. Cette règle a pour effet pratique d'empêcher un dentiste d'exercer sa profession au sein d'une entreprise dont la propriété n'y est pas conforme. Les établissements de santé et de services sociaux visés au paragraphe 1 a) de la *Loi sur les dentistes* sont naturellement exclus de toute restriction à cet égard.

---

2 *Ordre des dentistes du Québec* c. *Centres dentaires Lapointe inc.,* C.Q. 500-61-286272-1000 et 500-61-28274-106, Juge Dominique Benoît, 7 juin 2011, p. 26. Ce jugement a été renversé en Cour supérieure (500-36-005857-118, Juge Claude Champagne, 22 juin 2012), puis rétabli en Cour d'appel pour un motif technique (500-10-005234-123, Juge en chef Hesler et juges Morissette et Vézina). La Cour d'appel a déterminé que la Cour supérieure ne pouvait conclure à la présence d'une erreur de droit.

3 L'article 1525 du *Code civil du Québec* prévoit : *Constitue l'exploitation d'une entreprise l'exercice, par une ou plusieurs personnes, d'une activité économique organisée, qu'elle soit ou non à caractère commercial, consistant dans la production de biens, leur administration ou leur aliénation, ou dans la prestation de services.*

Par ailleurs, l'exclusivité du mot « dentaire » a été préférée à une énumération des noms en usage pour désigner les cabinets dentaires. Cette exclusivité ne vise que l'affichage et la publicité. Le but recherché devrait être atteint et la disposition devrait être moins difficile d'application que si sa portée était plus étendue. En plus, les dentistes ne s'approprient pas un mot. La disposition proposée requiert seulement que l'affichage et la publicité d'autres professionnels par exemple comportent des précisions appropriées.

Enfin, il serait opportun de prévoir une période de grâce pour que tous puissent s'ajuster aux nouvelles dispositions. Cette période devrait être de trois mois. Après ce délai, des procédures pourraient être prises. L'Ordre des dentistes devrait être spécifiquement autorisé à prendre ces procédures comme il l'est en matière de pratique illégale.

Nous demeurons disponibles pour discuter de la présente et répondre à toutes précisions que vous souhaiteriez obtenir.

Veuillez accepter, Madame la Vice-présidente, nos salutations distinguées.

Le président,

Barry Dolman, DMD

8 JUIN 2017

Rappel – apnée du sommeil et appareils anti-ronflement

Le Collège a été informé récemment que des médecins prescrivent des appareils anti-ronflement et en confient la fabrication et l'insertion à des denturologistes.

Rappelons que ces dispositifs sont en dehors de la portée actuelle du champ d'exercice des denturologistes, et donc que ces actes pourraient être considérés comme une pratique illégale.

Pour la protection du public, et afin d'éviter des partenariats risqués, nous invitons les médecins à respecter les normes de pratique relatives au traitement du ronflement et de l'apnée du sommeil. À cet effet, nous leur suggérons de prendre connaissance du guide *Apnée obstructive du sommeil – Information pour le patient avisé*, un document produit en 2016 conjointement par le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des dentistes du Québec et l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec.

Apnée obstructive du sommeil

Information pour le patient avisé

Apnée obstructive du sommeil

Information pour le patient avisé

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Ordre des dentistes du Québec

opiq
Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

Table des matières

04 Introduction
05 1. Description
06 2. Diagnostic
11 2.1 Polysomnographie
12 2.2 Polygraphie cardiorespiratoire du sommeil
13 3. Thérapies efficaces
15 3.1 Appareil respiratoire Thérapie par pression positive
23 3.2 Appareil intraoral Orthèse d'avancement mandibulaire
27 4. Saines habitudes de vie et de sommeil
28 5. En savoir plus
29 6. Bibliographie

Introduction

Les personnes qui ont un sommeil de qualité peuvent fonctionner de façon efficace au quotidien, à la maison, à l'école, au travail ou dans la communauté.

L'apnée obstructive du sommeil (AOS) est la forme d'anomalie la plus commune parmi les troubles respiratoires du sommeil (TRS). Elle est considérée comme une maladie chronique, au même titre que l'asthme, le diabète ou l'hypertension artérielle. Elle requiert une prise en charge à long terme, qui implique plusieurs professionnels de la santé ayant des compétences en soins du sommeil.

Vivre avec l'AOS peut affecter votre état de santé et votre qualité de vie (ou celle de votre enfant). Cela peut entraîner une utilisation accrue des soins et services de santé, une augmentation du risque d'accident de la route et de travail ou de la mortalité. Mais rassurez-vous, des thérapies et des interventions complémentaires efficaces sont offertes. En vous impliquant activement dans la gestion de votre maladie et en adoptant de saines habitudes de vie et de sommeil, il sera possible pour vous et pour votre famille de profiter pleinement de la vie!

Ce document a été conçu pour vous et vos proches dans le but de vous aider dans votre démarche de diagnostic et de thérapie de l'apnée obstructive du sommeil ainsi que dans la gestion de votre état de santé.

Ce document s'adresse aussi aux parents, puisque les enfants peuvent également souffrir d'AOS. Il vous renseigne au sujet du diagnostic de l'AOS, des thérapies efficaces et reconnues ainsi que des saines habitudes de vie et de sommeil. Enfin, vous y trouverez quelques sources d'information valides.

Mais attention, ce document ne remplace pas un avis médical. Il s'adresse plus particulièrement aux patients pour lesquels une thérapie par pression positive (appareil respiratoire) ou une orthèse d'avancement mandibulaire (appareil intraoral) est requise. Il ne traite donc pas de l'option chirurgicale, laquelle peut s'avérer nécessaire pour certains patients. Il a été élaboré conjointement par le Collège des médecins du Québec (CMQ), l'Ordre des dentistes du Québec (ODQ) et l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ). Il a été également révisé en collaboration avec l'Association des pneumologues de la province de Québec (APPQ).

Bonne lecture!

NOTE : Dans cette publication, le « vous » est utilisé au sens de « vous ou votre enfant », et ce, pour alléger le texte et ainsi faciliter la lecture.

1. Description

Qu'est-ce que l'apnée obstructive du sommeil?

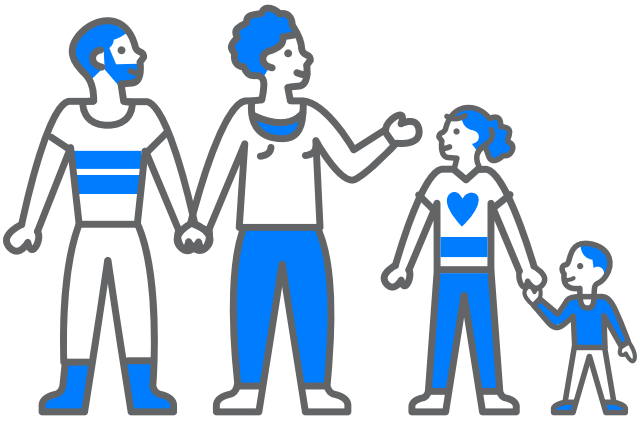
L'apnée obstructive du sommeil (AOS) est un trouble du sommeil caractérisé par la présence d'événements respiratoires qui se manifestent pendant le sommeil. Ceux-ci sont habituellement causés par le relâchement de certains muscles des voies respiratoires. On distingue 2 principaux types d'événements respiratoires :

- Apnée : arrêt (de courte durée) de la respiration qui survient lorsque certains muscles bloquent complètement les voies respiratoires (entrée d'air bloquée).
- Hypopnée : diminution (de courte durée) de la quantité d'air inspirée lorsque les muscles bloquent partiellement les voies respiratoires.

À chaque épisode d'événement respiratoire, il y a un bref éveil (souvent inconscient), une diminution du taux d'oxygène dans le sang, suivie d'une reprise de la respiration normale. À long terme et sans traitement efficace, l'AOS perturbe le sommeil et cause de la fatigue, une envie de dormir (somnolence), ainsi qu'un manque d'énergie et de vigilance pendant la journée.

Est-ce une maladie grave?

- Des études ont montré que l'AOS a des conséquences importantes sur la santé, telles que la dépression et les accidents de la route ou de travail.
- L'AOS peut être associée à d'autres maladies comme l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires.
- Chez l'enfant, l'AOS peut être associée à des troubles du comportement ou à un trouble de la capacité à soutenir l'attention.



L'AOS est une maladie chronique qui affecte les hommes, les femmes comme les enfants et avec laquelle vous aurez à vivre toute la vie.

La clé du succès repose en grande partie sur votre implication dans la gestion de votre santé.

Mais souvenez-vous, votre équipe de soins est à vos côtés pour vous accompagner!

2. Diagnostic

L’apnée obstructive du sommeil (AOS) est un trouble du sommeil diagnostiqué par un médecin.

La nuit, j’entends mon enfant qui ronfle. Lorsque je le regarde dormir, je note qu’il respire par la bouche et qu’il semble agité. Souvent, au réveil, mon enfant me dit qu’il a mal à la tête. À la garderie, on me dit qu’il s’endort plus souvent que les autres. Je pense qu’il fait de l’apnée du sommeil.

Hum!
On me dit que je ronfle lorsque je dors. Souvent, au réveil, j’ai mal à la tête. Je me sens fatigué et j’ai envie de dormir pendant la journée. Je pense que je fais de l’apnée du sommeil.

Que faire?

Je consulte un site Web pour faire mon propre diagnostic. C’est simple, je réponds aux questions et... Ah, voilà! Le résultat du test de l’échelle de somnolence d’Epworth est positif... C’est donc de l’apnée du sommeil.

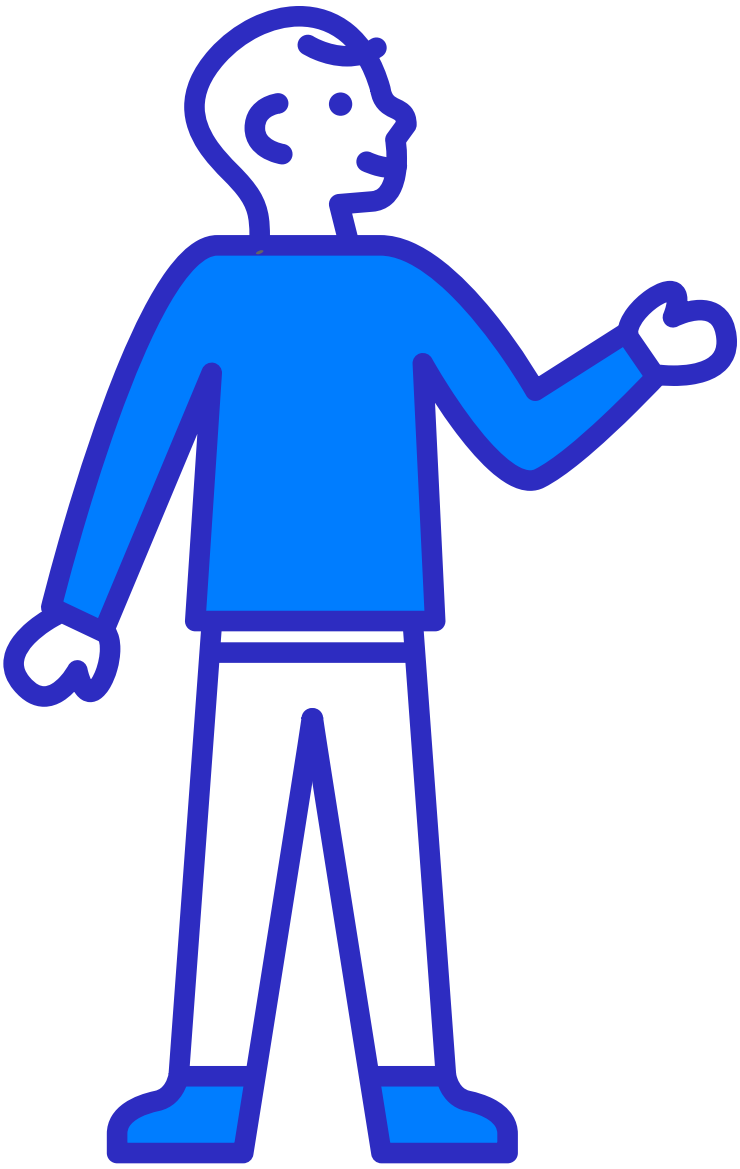
Bonjour, docteur!

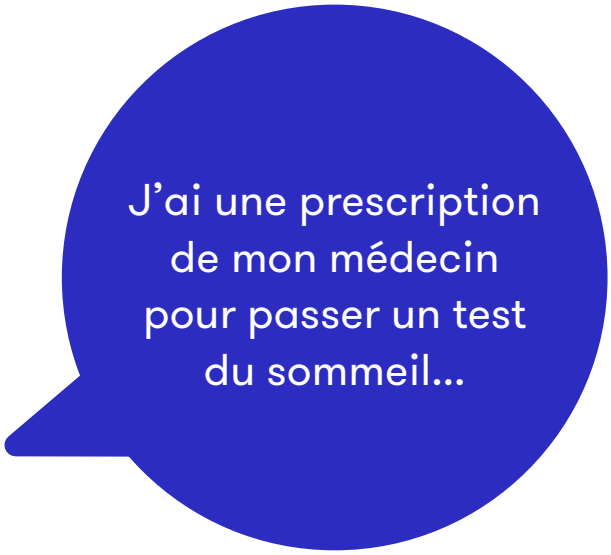
Docteur, je pense que je fais de l'apnée du sommeil... Comme mon voisin!

Il faut savoir que :

- ✓ Environ 1 individu sur 20 souffre d'apnée obstructive du sommeil (AOS), ce qui représente seulement 5 % de la population.
- ✓ Les ronfleurs ne font pas tous de l'AOS, mais un diagnostic médical s'impose pour le confirmer.
- ✓ Il peut aussi y avoir d'autres raisons pour expliquer un mal de tête, la fatigue et l'envie de dormir pendant la journée.

Je vais d'abord faire une évaluation de votre santé et vous examiner. Au besoin, je vous donnerai une prescription pour passer un test diagnostic du sommeil. Est-ce que cela vous convient?



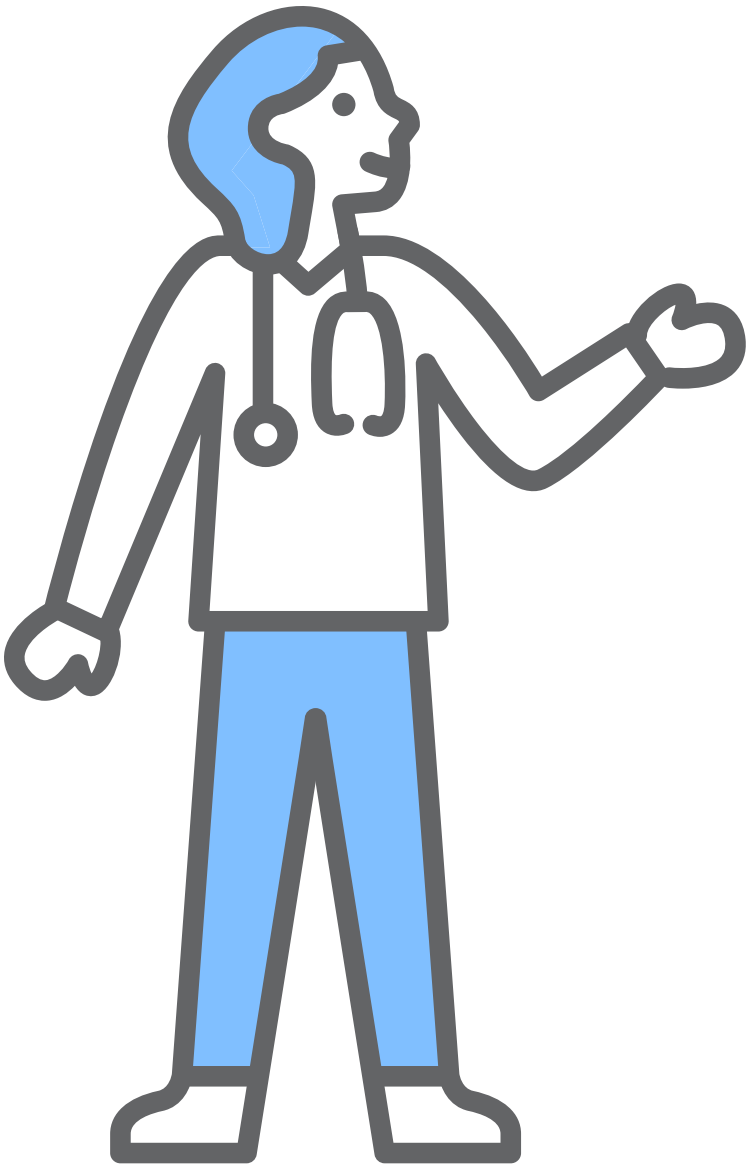


...mais quel laboratoire du sommeil choisir?

Tous les laboratoires du sommeil (adulte et enfant, public ou privé) doivent respecter les mêmes critères de qualité et effectuer des tests du sommeil selon les règles de bonne pratique en vigueur.

Demandez au laboratoire s’il :

- ✓ est dirigé par un médecin formé en médecine du sommeil;
- ✓ fait passer les tests du sommeil par un inhalothérapeute (ou un technologue en électrophysiologie médicale);
- ✓ peut aussi faire passer un test du sommeil complet en laboratoire ou s’il y a une entente avec un autre établissement pour que ce test soit fait si cela était nécessaire.



Pour le moment, 2 méthodes efficaces peuvent être prescrites par le médecin pour diagnostiquer l'apnée obstructive du sommeil (AOS) :

- La polysomnographie (PSG) en laboratoire : il faut dormir au laboratoire pour la durée du test.
  Voir p. 11

- La polygraphie cardiorespiratoire du sommeil (PCRS) hors laboratoire : il est possible de dormir à la maison pour la durée du test.
  Voir p. 12

Le choix de l'une ou l'autre des méthodes dépendra de votre état de santé.

Votre médecin prescrira ce qui vous convient le mieux.

Soyez avisé!

1. Seul le médecin qui vous a questionné et examiné peut vous prescrire un test du sommeil.

2. Seul le médecin qui vous a questionné et examiné peut poser le diagnostic d'apnée obstructive du sommeil (AOS) et vous prescrire le traitement le plus approprié.

3. L'Internet permet de trouver beaucoup d'information sur la santé et le sommeil. Malheureusement, toute l'information qui s'y trouve n'est pas nécessairement exacte ni adaptée à votre état de santé. Pour cette raison, il n'est pas recommandé de faire un test du sommeil par vous-même (autodiagnostic) en ligne... même si le site Web que vous consultez mentionne que votre test sera lu et interprété par un médecin ou un professionnel de la santé.

2.1 Polysomnographie

La polysomnographie (PSG) est effectuée en laboratoire du sommeil pendant la nuit. Vous ne pouvez donc pas dormir à la maison pour la durée du test. Généralement, une seule nuit suffit.

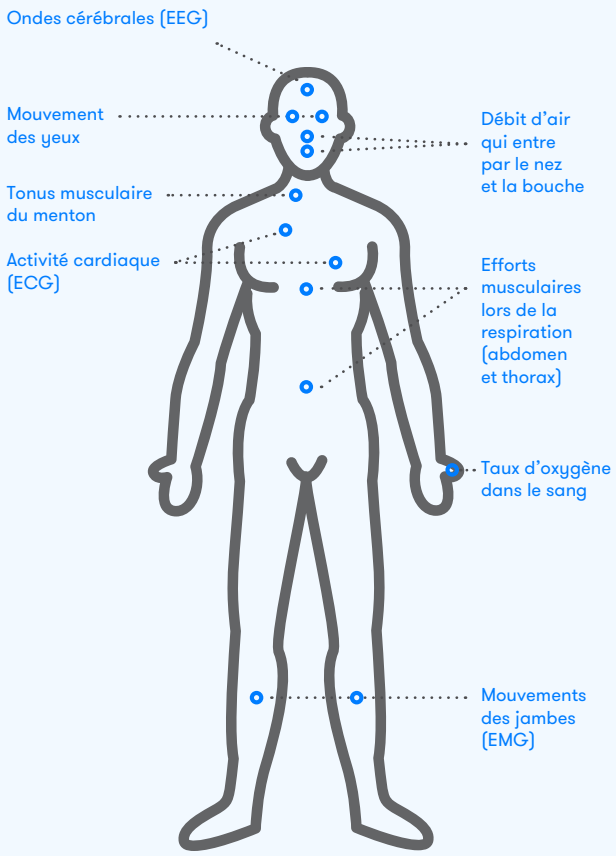
Ce test est effectué par un inhalothérapeute (ou un technologue en électrophysiologie médicale). Il consiste à enregistrer différents paramètres (cérébral, respiratoire, cardiaque, musculaire, etc.) au cours d'une nuit de sommeil. Il faut donc dormir avec des électrodes ou des capteurs fixés sur le corps.

Les principales données enregistrées pendant la nuit sont :
- Les stades du sommeil (ondes cérébrales)
- Les efforts respiratoires (débit d'air, tonus et effort musculaire)
- L'activité cardiaque
- Le taux d'oxygène dans le sang (saturation en oxygène)
- La contraction des muscles (p. ex., les muscles des jambes)
- Le mouvement des yeux
- Les mouvements et la position du corps

Au réveil, vous devrez répondre à quelques questions au sujet de votre nuit de sommeil. Par la suite, les données enregistrées seront analysées par un inhalothérapeute ou un médecin spécialiste du sommeil et interprétées par un médecin formé en médecine du sommeil.

Ces résultats, combinés à l'évaluation de votre état de santé, permettront au médecin de choisir le traitement le plus approprié à votre cas.

Schéma : Test de polysomnographie en laboratoire[1]



1. Source : Adaptation du schéma du test de polysomnographie en laboratoire, tiré du site Web de l'Association pulmonaire du Québec. [En ligne] http://www.pq.poumon.ca/diseases-maladies/apnea-apnee/

2.2 Polygraphie cardiorespiratoire du sommeil

La polygraphie cardiorespiratoire du sommeil (PCRS) est effectuée hors laboratoire du sommeil pendant la nuit. Vous pouvez donc dormir à la maison pour la durée du test, car un appareil portatif (et des accessoires) est prêté pour la nuit. Généralement, une seule nuit suffit.

Ce test est une version simplifiée, donc moins complète que le test de polysomnographie (PSG) en laboratoire. Il consiste à enregistrer différents paramètres respiratoires et cardiaques au cours d'une nuit de sommeil. Il faut donc dormir avec des électrodes ou des capteurs à différents endroits sur le corps.

Les principales données enregistrées pendant la nuit sont :
- Les efforts respiratoires (débit d'air, mouvement respiratoire)
- La fréquence cardiaque
- Le taux d'oxygène dans le sang (saturation en oxygène)

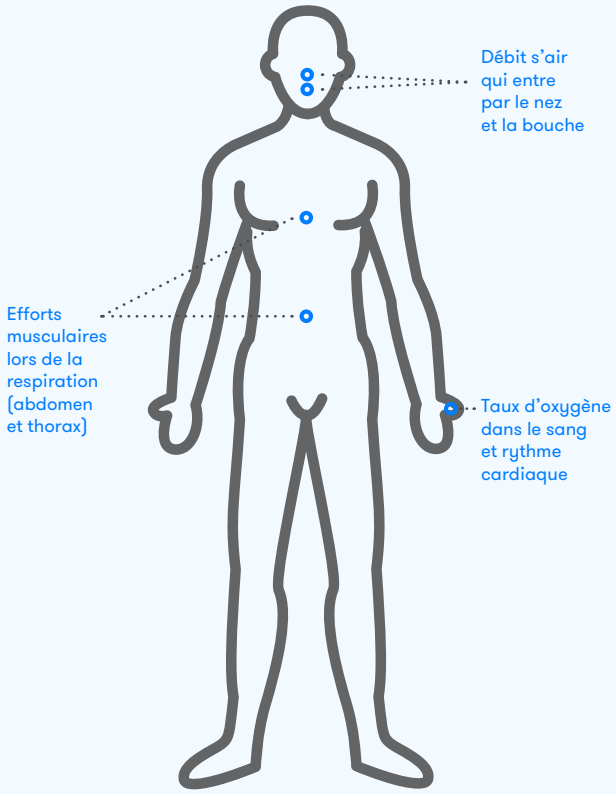
Un inhalothérapeute vous expliquera comment utiliser l'appareil portatif et les accessoires (p. ex., la canule nasale). Ainsi, vous pourrez mettre l'appareil en marche avant de vous coucher pour la nuit.

Le lendemain, vous devrez rapporter l'appareil portatif (et les accessoires) au laboratoire du sommeil et répondre à quelques questions au sujet de votre nuit de sommeil. Par la suite, les données enregistrées seront analysées par un inhalothérapeute ou un médecin spécialiste du sommeil et interprétées par un médecin formé en médecine du sommeil.

Ces résultats, combinés à l'évaluation de votre état de santé, permettront au médecin de choisir le traitement le plus approprié à votre cas.

NOTE : Un résultat de PCRS négatif ne signifie pas que vous ne faites pas d'apnée obstructive du sommeil. Votre médecin jugera alors de la conduite à adopter.

Schéma : Test de polygraphie cardiorespiratoire du sommeil[2]



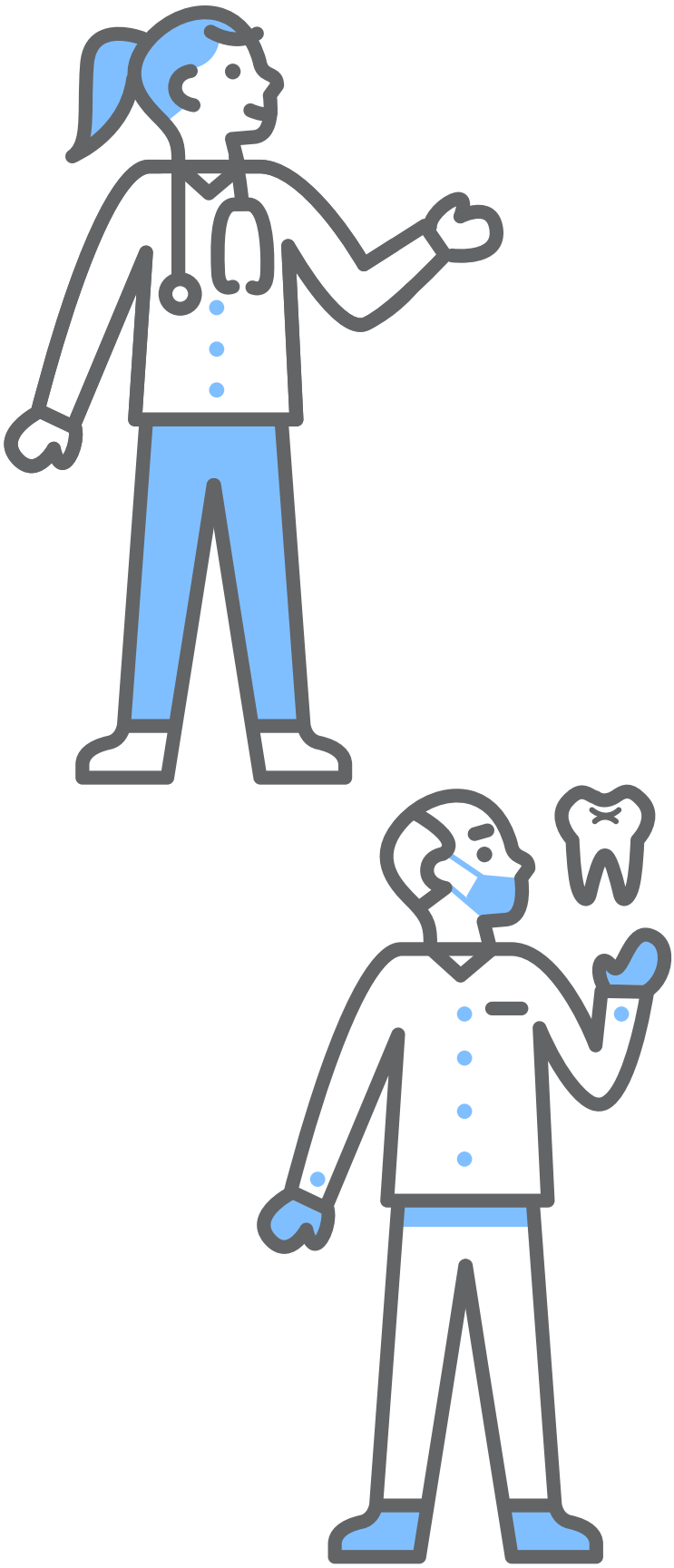
2. Source : Adaptation du schéma du test de polygraphie cardiorespiratoire du sommeil, tiré du site Web de l'Association pulmonaire du Québec. [En ligne] http://www.pq.poumon.ca/diseases-maladies/apnea-apnee/

3. Thérapies efficaces

Vous me dites que je fais de l'apnée obstructive du sommeil. Et maintenant, docteur, on fait quoi?

Révisons d'abord ensemble les résultats de l'évaluation de votre état de santé et du test que vous avez passé.

Cela me permettra d'élaborer le meilleur plan de soins et de discuter des bonnes habitudes de vie et de sommeil à adopter pour l'amélioration de votre santé et de votre qualité de vie.



Pour le moment, 2 thérapies ont prouvé leur efficacité dans le traitement de l'apnée obstructive du sommeil (AOS) :

- Pression positive continue (PPC) ou CPAP, en anglais [appareil respiratoire] Voir p. 15
- Orthèse d'avancement mandibulaire (OAM) [appareil intraoral] Voir p. 23

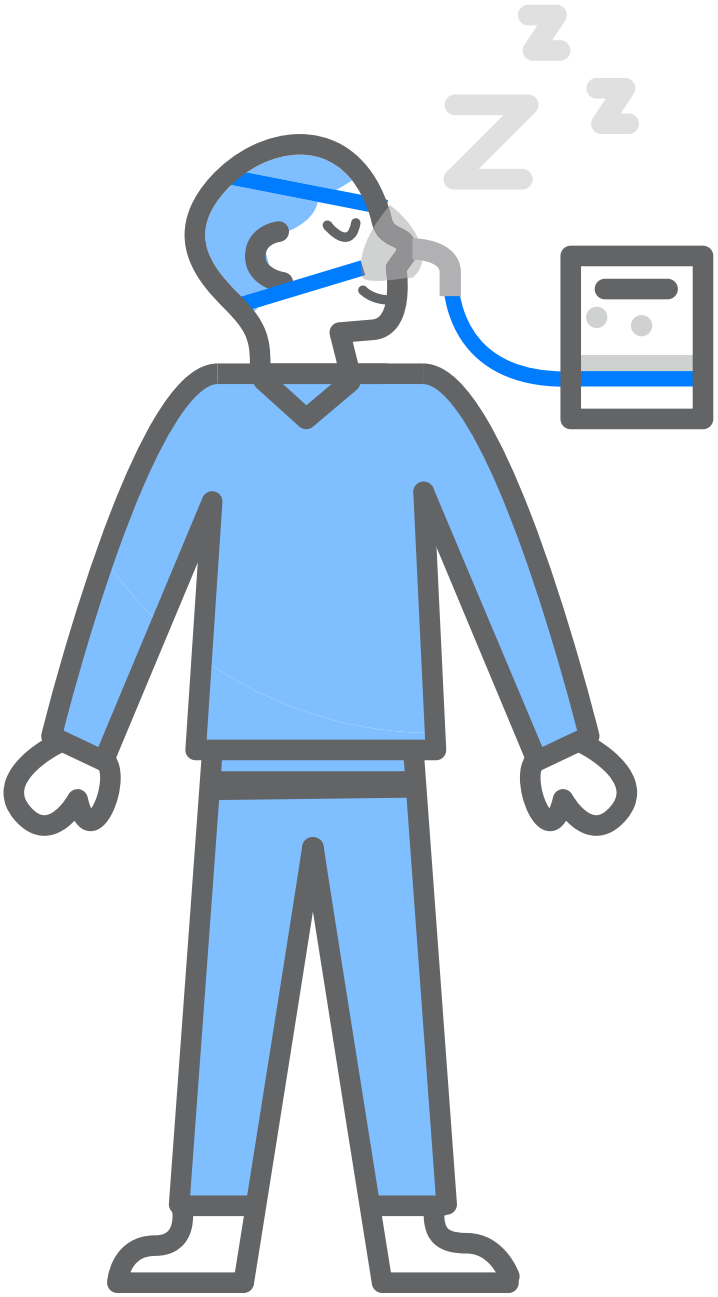
Chaque individu est différent. Le choix d'une thérapie, plutôt qu'une autre, sera guidé prioritairement par votre état de santé.

- Saines habitudes de vie (interventions complémentaires) et de sommeil (hygiène du sommeil) Voir p. 27

Cela dit, en adoptant de saines habitudes de vie et de sommeil, combinées au contrôle des conditions sous-jacentes (p. ex., diabète, obésité, etc.), il sera possible d'améliorer davantage votre santé et votre qualité de vie.

NOTE : Le médecin pourrait aussi vous proposer une chirurgie pour améliorer votre état de santé ou l'efficacité de votre thérapie (p. ex., l'extraction des amygdales et des adénoïdes chez l'enfant, la correction d'une malformation au niveau du visage ou des voies respiratoires ou la chirurgie bariatrique chez l'individu obèse).

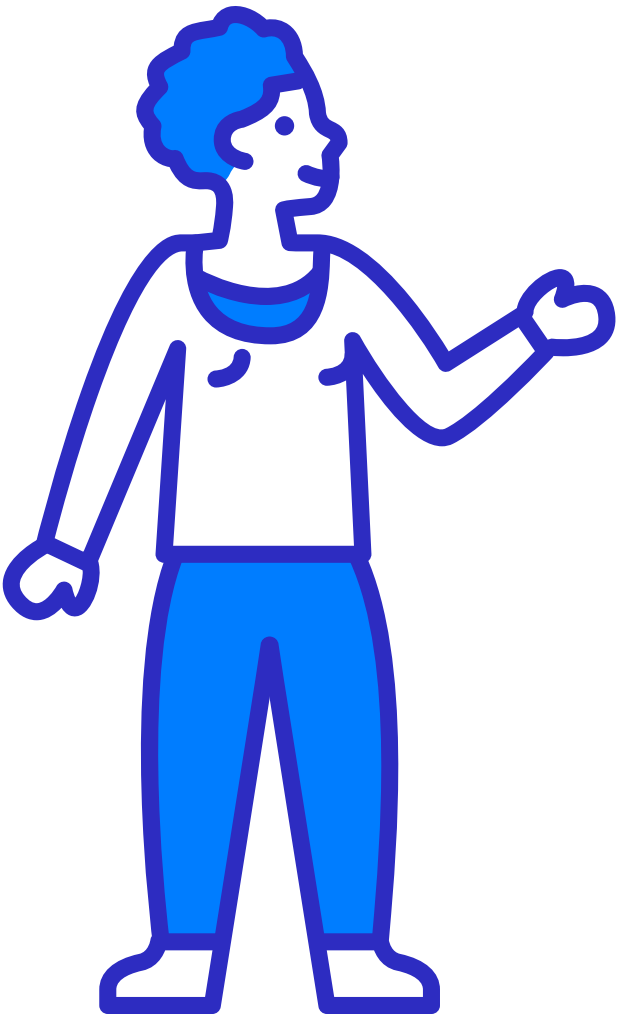
3.1 Appareil respiratoire Thérapie par pression positive

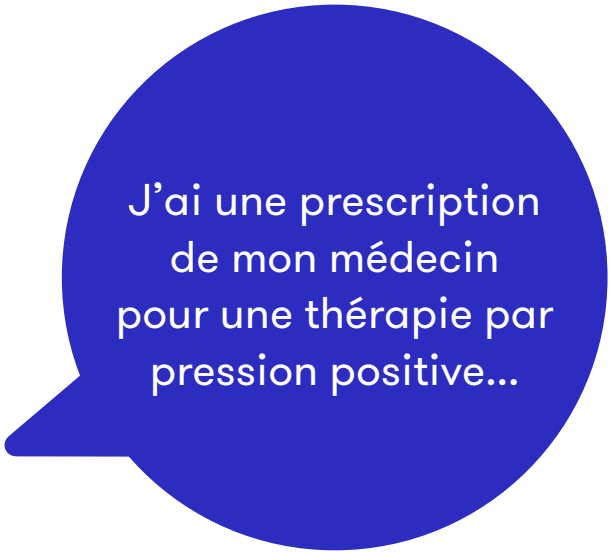


Qu'est-ce que c'est?

C'est un petit appareil qui est utilisé lorsque vous dormez, il est relié à un masque par une tubulure. L'appareil pousse de l'air par une pression positive continue (PPC) au niveau des voies respiratoires (nez et bouche) de façon à les maintenir ouvertes pendant votre sommeil.

L'inhalothérapeute, selon l'ordonnance médicale, évaluera votre condition clinique et obtiendra votre consentement éclairé avant de procéder. Il vous assistera dans le choix de l'appareil et des accessoires de même que dans son utilisation sécuritaire et optimale. Il assurera aussi un suivi de la thérapie en collaboration avec votre médecin.





...mais comment choisir le bon fournisseur d'appareil respiratoire?

Toutes les entreprises qui vendent de l'équipement médical (adulte et enfant) doivent respecter les mêmes critères de qualité.

Demandez au fournisseur s'il :

- ✓ est reconnu par Agrément Canada pour la distribution d'appareils médicaux;
- ✓ possède une licence d'établissement pour les instruments médicaux de Santé Canada;
- ✓ fournit des soins et services sur place;
- ✓ fournit les services professionnels cliniques d'un inhalothérapeute (ou autre professionnel de la santé autorisé dans les suivis clinique et technique auprès de cette clientèle et pour la thérapie);
- ✓ vend des appareils (et accessoires) homologués par l'Association canadienne de normalisation (CSA) ou un organisme équivalent reconnu au Canada;
- ✓ est un distributeur autorisé d'au moins 2 gammes de produits.

NOTE : Seul un professionnel de la santé habilité peut fournir les services cliniques (p. ex., évaluation de votre état de santé) et techniques (p. ex., ajustement de votre appareil). Donc, vous ne devez pas ajuster vous-même votre appareil respiratoire. De même, vos proches ou un technicien de service qui travaille pour le fournisseur ne peuvent pas non plus faire cet ajustement.

Soyez avisé!

1. Chaque individu est différent et le choix d'une thérapie, plutôt qu'une autre, doit être guidé prioritairement par l'état de santé de l'individu.

2. Seul le médecin qui vous a prescrit le test peut vous prescrire une thérapie par pression positive (appareil respiratoire). Un test pour déterminer la pression optimale est nécessaire afin de prescrire la meilleure thérapie.

3. Votre prescription est valide pour un maximum de 5 ans. Après quoi, votre médecin évaluera à nouveau votre état de santé et prescrira le traitement selon ce qui vous convient le mieux.

4. Une nouvelle prescription peut être nécessaire si votre état de santé changeait (p. ex., perte ou prise de poids importante) ou si un autre type d'appareil était nécessaire.

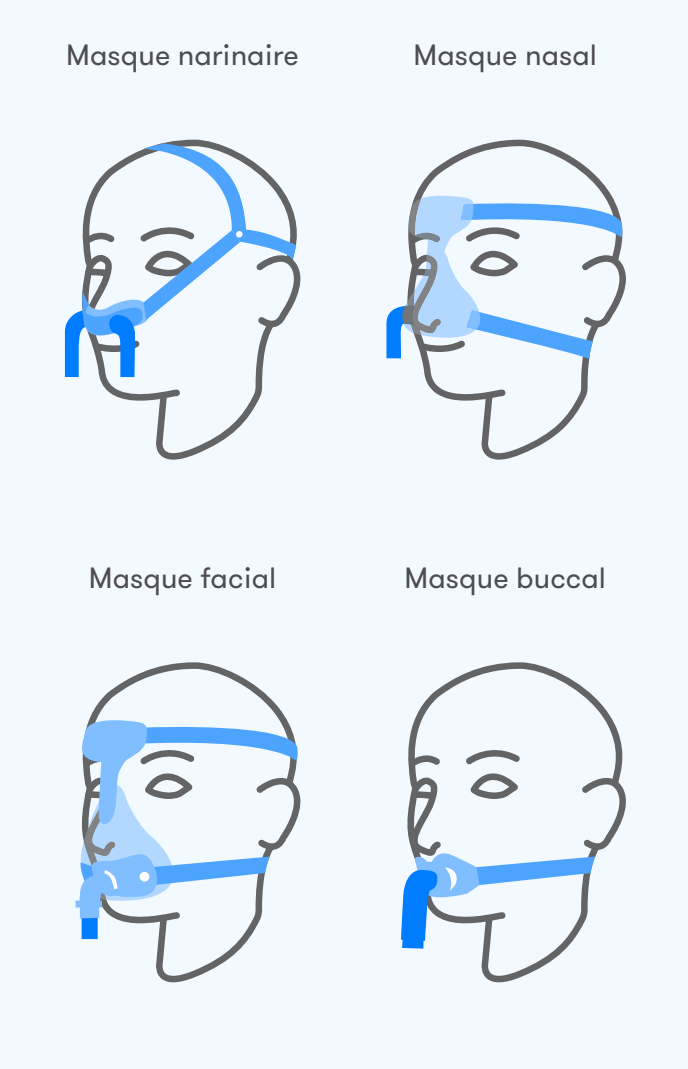
5. Si vous avez besoin d'un appareil respiratoire, vous devriez rencontrer un médecin formé en médecine du sommeil (ou en médecine du sommeil pédiatrique, s'il s'agit de votre enfant).

6. Malgré tout ce que vous pouvez lire ou trouver sur le Web, il n'y a pas de traitement ni de pilule miracle pour guérir l'apnée obstructive du sommeil (AOS).

7. Contrat avec un fournisseur :
   - ✓ Les services professionnels d'un inhalothérapeute doivent être inclus dans l'entente avec votre fournisseur. Ces services, essentiels dans le plan de soins, doivent au moins comprendre l'évaluation clinique initiale et le suivi périodique de l'état de santé (p. ex., après 1 semaine, après 1 mois, 3 mois et 1 an) ainsi que les instructions quant à l'utilisation de l'appareil. De plus, les services doivent comprendre le suivi technique de l'appareil sur une période déterminée (p. ex., vérification et ajustement de pressions).
   - ✓ Demandez une soumission détaillée à plusieurs fournisseurs en vous assurant de faire la même demande à chacun. Prenez le temps de comparer les prix et les services professionnels offerts.
   - ✓ Demandez-leur aussi s'il y a des frais supplémentaires si vous mettez fin au contrat de location.

L'appareil, les accessoires et le masque

- Selon le type d'appareil dont vous avez besoin pour améliorer votre santé, un appareil neuf, les accessoires et le masque peuvent coûter jusqu'à quelques milliers de dollars ou moins s'il s'agit d'un appareil réusiné par le fournisseur. Les services professionnels d'un inhalothérapeute pour le suivi clinique et technique devraient être inclus dans l'entente.
- Demandez au fournisseur la fréquence de remplacement du masque et des accessoires (p. ex., le filtre) ainsi que leur coût.
- Le choix du masque est important. Faites l'essai de plusieurs modèles et tailles et choisissez celui qui convient le mieux. Faites aussi un essai dans votre position de sommeil préférée (p. ex., couché sur le côté). Une chaise inclinable (ou un lit) est habituellement disponible pour faire cet essai chez le fournisseur.
- Demandez au fournisseur si une période d'essai du masque à la maison (p. ex., 1 mois) est possible avant de faire votre choix définitif. Assurez-vous qu'il vous vende un masque neuf lorsque celui-ci doit être remplacé et non pas un masque de type démonstrateur (même s'il est désinfecté ou restérilisé).



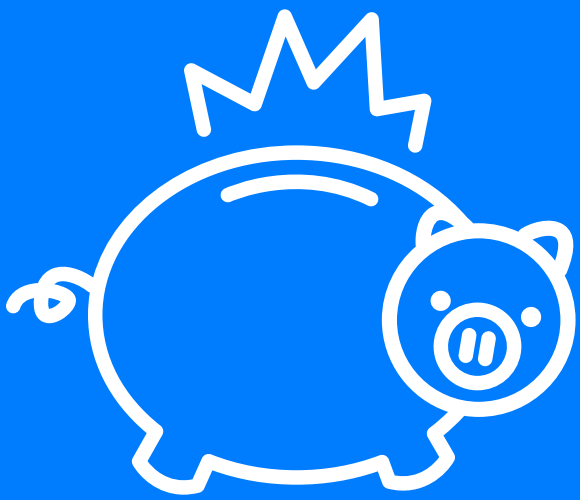
Source : Adaptation des images tirées du site Web de l'Association pulmonaire du Québec. [En ligne] http://www.pq.poumon.ca/diseases-maladies/apnea-apnee/

Achat d'un appareil respiratoire

(Thérapie par pression positive)

Remboursement :

- ✓ Le coût d'achat n'est pas remboursable par le Régime d'assurance maladie du Québec.
- ✓ Les coûts liés à la thérapie peuvent être admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux. Veuillez consulter l'Agence du revenu du Canada, Revenu Québec ou votre conseiller en fiscalité pour plus d'informations.



Sources de financement possibles :

— Contactez votre compagnie d'assurance, car il est possible que l'achat d'un appareil soit couvert (en totalité ou en partie) par votre régime d'assurance.

— Selon votre situation, les organismes suivants pourraient vous offrir un remboursement (en totalité ou en partie) du coût d'achat :
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), p. ex., pour une apnée subséquente à la prise de narcotiques, à la suite d'une lésion professionnelle
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS)

— Si vous appartenez à l'un des groupes suivants, il est possible que vos frais soient remboursés en totalité ou en partie :
- Premières Nations
- Gendarmerie royale du Canada
- Anciens Combattants Canada

— Informez-vous auprès :
- de votre établissement de santé ou du CLSC pour vérifier la possibilité d'obtenir un don, un prêt ou une location d'appareil
- des fournisseurs pour vérifier la possibilité de louer un appareil (avec ou sans les accessoires) avec option d'achat ou de la possibilité d'un plan de financement

Soyez avisé!

1. Il n'est pas recommandé d'acheter un appareil médical (ou des accessoires) par Internet… Même si le site Web que vous consultez dit garantir que « vous serez satisfait ou argent remis! »

2. Il est possible de vendre (neuf), revendre (usagé) ou d'acheter (neuf ou usagé) de l'équipement médical par Internet. Malheureusement, cet équipement peut ne pas être conforme aux lois canadiennes, ne pas avoir de garantie valide au Canada ou encore ne pas être adapté à votre condition.

3. Il n'est pas recommandé d'acheter ni d'emprunter un appareil usagé… Même si vous connaissez la personne qui vous le vend ou qui vous le prête.

Voici les raisons principales qui expliquent ces recommandations :

- Chaque individu est différent et chaque appareil respiratoire et ses accessoires doivent être ajustés par un inhalothérapeute, selon une prescription médicale.
- Il y a un risque de transmission d'infection ou d'infestation (p. ex., punaises de lit) en utilisant l'appareil respiratoire (ou les accessoires) d'une autre personne.

Voici les principaux désavantages d'un achat par Internet d'un fournisseur non reconnu (appareil neuf) ou d'une autre personne (appareil usagé)

	Achat par Internet d'un fournisseur (appareil neuf) ou d'une autre personne (appareil usagé)	Achat chez un fournisseur reconnu (appareil neuf)
Appareil	✓ Le choix d'appareils ou de modèles est limité, car certains appareils ne sont pas disponibles pour la vente par Internet au Canada	✓ Le choix d'appareils ou de modèles est plus grand
Information	✓ L'information relative à l'appareil est limitée ✓ Selon la provenance (p. ex., les États-Unis), les appareils (et accessoires) peuvent ne pas être homologués par l'Association canadienne de normalisation (CSA) ou par un organisme équivalent, reconnu au Canada	✓ L'information est détaillée et elle porte sur des sujets variés comme la maladie, l'appareil, le masque, la prévention des infections, etc. ✓ Les appareils (et accessoires) sont homologués par l'Association canadienne de normalisation (CSA) ou par un organisme équivalent reconnu au Canada
Services professionnels de l'inhalothérapeute	✓ Non disponibles	✓ Généralement inclus
Suivi médical (p. ex., téléchargement et envoi du rapport d'utilisation de votre appareil à votre médecin)	✓ Non disponible	✓ Généralement inclus dans les services professionnels de l'inhalothérapeute
Programme d'essai	✓ Non disponible	✓ Inclus pour l'appareil, les accessoires et le masque
Documentation	✓ Selon la provenance (p. ex., les États-Unis), peut être uniquement en anglais	✓ Disponible en français
Financement/remboursement	✓ Peut être refusé (p. ex., compagnie d'assurance)	✓ Possible, selon votre situation (voir p. 19)
Garantie du fabricant	✓ Selon la provenance (p. ex., les États-Unis), peut ne pas être garanti au Canada	✓ Incluse

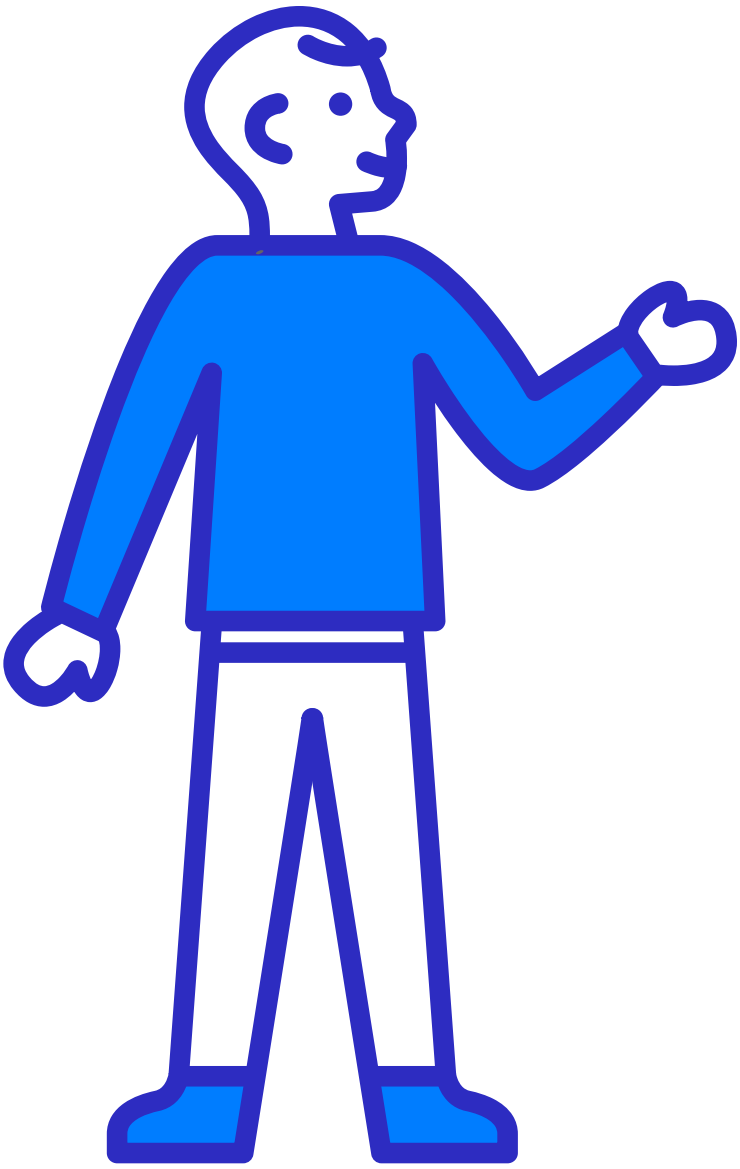
	Achat par Internet d'un fournisseur (appareil neuf) ou d'une autre personne (appareil usagé)	Achat chez un fournisseur reconnu (appareil neuf)
Appareil défectueux	✓ Service de prêt d'appareil non disponible	✓ Généralement possible d'avoir un prêt d'appareil le temps de la réparation
Rappel du fabricant	✓ Non disponible	✓ Inclus
Autres frais	✓ Selon la provenance (p. ex., les États-Unis), des frais de manutention, d'expédition ou de douanes peuvent être exigés	✓ Selon le contrat, des frais pour les services professionnels d'un inhalothérapeute peuvent être inclus ou ajoutés Des frais d'ouverture de dossier peuvent aussi être exigés

3.2 Appareil intraoral Orthèse d’avancement mandibulaire

Qu’est-ce que c’est?

Il s’agit d’un appareil amovible, appelé orthèse, qui est conçu en fonction de votre morphologie buccodentaire et cranio-faciale. Il recouvre les dents supérieures et inférieures et maintient la mandibule dans une position avancée, de façon à dégager les voies respiratoires. Cette thérapie requiert une bonne condition des dents, des gencives et des articulations temporo-mandibulaires.

Le dentiste, selon l’ordonnance du médecin, procède à un examen buccodentaire spécifique, à la conception de l’orthèse et à sa mise en bouche. Il fait les ajustements requis et assure le suivi du traitement, en étroite collaboration avec le médecin.



J'ai une prescription de mon médecin pour une orthèse d'avancement mandibulaire,

mais comment choisir le dentiste qui la concevra?

Si votre dentiste n'est pas familier avec la gestion des troubles du sommeil par l'orthèse intraorale, il vous dirigera vers un collègue en mesure de faire ce travail.

Selon la prescription de votre médecin, le dentiste évaluera votre condition buccodentaire et obtiendra votre consentement éclairé avant de procéder.

Le choix du type d'orthèse, sa conception, la mise en bouche de même que les ajustements relèvent du dentiste.

Le dentiste assurera le suivi tant pour l'orthèse que pour l'identification d'un problème nécessitant un suivi médical.

Soyez avisé!

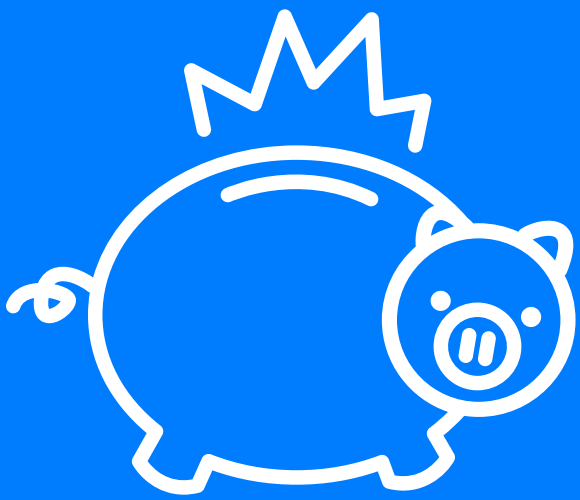
1. Au Québec, seul un dentiste peut assurer une prise en charge de l'apnée obstructive du sommeil par orthèse d'avancement mandibulaire. Cela comprend la prise d'empreinte, la conception et les ajustements de l'appareil.

2. Pour cette raison, il n'est pas recommandé d'acheter une orthèse d'avancement mandibulaire par Internet, et ce, même si le site Web que vous consultez prétend garantir que vous serez satisfait ou que votre argent vous sera remis!

Achat d'un appareil intraoral

Remboursement :

✓ Les coûts liés à la thérapie, incluant celui de l'orthèse, peuvent être admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux. Veuillez consulter l'Agence du revenu du Canada, Revenu Québec ou votre conseiller en fiscalité pour plus d'informations.



Sources de financement possibles :

— Contactez votre compagnie d'assurance, car il est possible que l'achat d'un appareil soit couvert (en totalité ou en partie) par votre régime d'assurance.

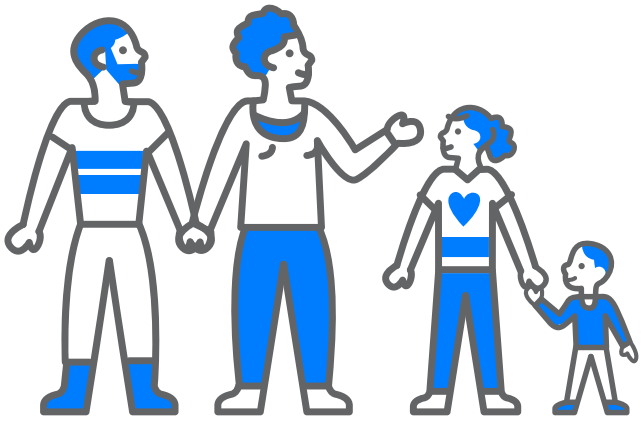
— Selon votre situation, les organismes suivants pourraient vous offrir un remboursement (en totalité ou en partie) du coût d'achat :
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), p. ex., pour une apnée subséquente à la prise de narcotiques, à la suite d'une lésion professionnelle
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS)

— Si vous appartenez à l'un des groupes suivants, il est possible que vos frais soient remboursés en totalité ou en partie :
- Premières Nations
- Gendarmerie royale du Canada
- Anciens Combattants Canada

4. Saines habitudes de vie et de sommeil

Et les saines habitudes de vie et de sommeil?

Vous avez des questions? N'hésitez pas à les poser à votre professionnel de la santé qui a des compétences en soins du sommeil.



Toute l'équipe de soins encourage les individus et leur famille à adopter de saines habitudes de vie.

En adoptant de saines habitudes de vie, il sera possible d'améliorer votre santé et votre qualité de vie en diminuant, par exemple, les symptômes ou la gravité de l'apnée obstructive du sommeil (AOS).

Exemples de saines habitudes de vie :
- ✓ Atteindre ou maintenir un poids santé;
- ✓ Faire de l'exercice physique régulièrement;
- ✓ Limiter sa consommation d'alcool et de substances sédatives, car ils provoquent le relâchement de certains muscles des voies respiratoires, ce qui peut aggraver l'AOS;
- ✓ Cesser de fumer ou limiter son exposition à la fumée secondaire. Nous encourageons tous les fumeurs à cesser de fumer, car en plus d'augmenter les risques de cancers et de maladies cardiorespiratoires, l'usage du tabac augmente le nombre d'événements respiratoires et diminue le taux d'oxygène dans le sang pendant le sommeil, ce qui aggrave l'AOS. De même, le risque de s'endormir avec une cigarette allumée est plus grand en raison de la somnolence (envie de dormir) présente le jour. Chez l'enfant, l'exposition à la fumée secondaire diminue la qualité de son sommeil.

En plus de cela, il conviendra aussi d'adopter de saines habitudes de sommeil (hygiène du sommeil) afin d'améliorer la qualité du sommeil.

Exemples de saines habitudes de sommeil :
- ✓ Se lever à la même heure chaque matin;
- ✓ Se coucher à la même heure chaque soir;
- ✓ Limiter le temps passé au lit à ne pas dormir;
- ✓ Adopter une routine du coucher (p. ex., bain, relaxation);
- ✓ Limiter l'exposition à la lumière le soir (téléviseur, ordinateur ou console de jeu).

5. En savoir plus

Afin de vous assister dans votre recherche d'information sur la santé et le sommeil, voici quelques sources fiables, accessibles en ligne, donnant de l'information valide et actuelle.

Abandon du tabac
Centre d'abandon du tabagisme (CAT) : pour rencontrer un professionnel qui vous aidera à arrêter de fumer
http://www.jarrete.qc.ca/

Ligne téléphonique sans frais : si vous souhaitez parler à quelqu'un pour vous aider à arrêter de fumer. Le service est offert du lundi au vendredi, de 8 h à 21 h.
→ 1 866 JARRETE (1 866 527-7383)

Alcool et sommeil
Éduc'alcool—Guide sur l'alcool et le sommeil
http://educalcool.qc.ca/alcool-et-vous/sante/guide-sur-lalcool-et-le-sommeil/#.VxlBLvnhC00

Apnée du sommeil
Association pulmonaire du Québec (APQ)
www.pq.poumon.ca
Onglet Maladies : Apnée du sommeil

Ligne téléphonique sans frais : des professionnels spécialisés en santé respiratoire sont là pour vous aider. Le service est offert du lundi au jeudi, de 8 h à 16 h 30, et le vendredi, de 8 h à 12 h.
→ 1 888 poumon9 (1 888 768-6669)

Fondation sommeil
www.fondationsommeil.com

Recherche d'information en santé sur Internet
Association canadienne de santé publique (ACSP)
L'ACSP offre des conseils sur le Web pour vous aider à trouver de l'information valide et actuelle sur la santé
www.cpha.ca/fr/programs/portals/h-l/web.aspx

Le ronflement et l'apnée du sommeil
Ordre des dentistes du Québec (ODQ)
www.maboucheensante.com
Onglet Maladie : Le ronflement et l'apnée du sommeil

Sécurité routière—Comportement—Fatigue au volant
https://saaq.gouv.qc.ca/securite-routiere/comportements/fatigue/

Le sommeil (enfant)
Naître et grandir
www.naitreetgrandir.com/fr/etape/1_3_ans/soins/

6. Bibliographie

AGENCE DE LA SANTE PUBLIQUE DU CANADA. 2013. *Apnée du sommeil.* http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/sleepapnea-apneesommeil/index-fra.php

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC avec la collaboration de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. 2014. *Apnée obstructive du sommeil et autres troubles respiratoires du sommeil. Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec.* Montréal, 94 p. http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2014-03-01-fr-apnee-sommeil-et-autres-troubles-respiratoires.pdf?t=144942948131 3

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. 2015. *Parler, écouter, écrire : l'art de communiquer en santé. Guide de pratique clinique.* Montréal, 80 p. ISBN 978-2-9815269-0-8 http://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2015/05/e_opiq_guidecomm2014_VF.pdf

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. 2016. *Les troubles respiratoires du sommeil. Guide de pratique clinique à l'intention des inhalothérapeutes.* Montréal. ISBN 978-2-9815269-3-9

Comité de rédaction
— Serge Dupont, M.D., Direction de l'amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec
— Marisol Miró, avocate, Ordre des dentistes du Québec
— Marise Tétreault, inh., M.A., coordonnatrice au développement professionnel, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

Remerciements
Le comité de rédaction remercie les personnes suivantes pour leur contribution ou leurs commentaires à la version préliminaire du document.
— Bernard Cadieux, inh., M. Sc., M.A.P., syndic, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
— Sandra Di Palma, inh., coordonnatrice à l'inspection professionnelle, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
— Carole Erdelyon, directrice, Affaires publiques et communications, Ordre des dentistes du Québec
— Dr Paul Morin, dentiste-conseil, Ordre des dentistes du Québec
— Francine Morin, éditrice, Collège des médecins du Québec
— Josée Prud'Homme, Adm.A., M.A.P., directrice générale et secrétaire, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
— Yves Robert, M.D., secrétaire, Collège des médecins du Québec

Publication du Collège des médecins du Québec, de l'Ordre des dentistes du Québec et de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

Coordination
Service des communications du Collège des médecins du Québec

Graphisme
Uniform

Révision linguistique
Odette Lord

Ce document préconise une pratique professionnelle intégrant les données scientifiques les plus récentes au moment de sa publication. Cependant, il est possible que de nouvelles connaissances scientifiques fassent évoluer la compréhension du contexte décrit dans ce document.

La reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Dépôt légal : 3e trimestre 2016
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
CMQ : ISBN 978-2-924674-03-1 (PDF)
ODQ : ISBN 978-2-923500-13-X (PDF)
OPIQ : ISBN 978-2-9815269-8-4 (PDF)

© Collège des médecins du Québec, Ordre des dentistes du Québec et Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, septembre 2016

Clinique
Paro
Prostho
Excellence

Le 7 septembre 2017

Rapport sur la pratique d'implantologie dentaire en 2017

« L'expertise est le mantra de la médecine moderne. Au début du 20e siècle, il ne fallait qu'un diplôme d'études secondaires et un an d'études en médecine pour exercer la profession. À la fin du siècle, tous les médecins avaient besoin d'un diplôme collégial, de quatre années d'études en médecine et de trois à sept ans de résidence dans un domaine particulier. Ces dernières années, même tout cela n'est pas suffisant pour se préparer aux nouvelles complexités de la médecine. »

Atul Gawande, The Check List Manifesto: How to get it right, format de poche 2011

Nous vivons à l'ère des superspécialistes – des cliniciens qui ont consacré leur temps à un volet particulier de la médecine pour exceller dans ce domaine.
En voici les avantages :

- Meilleure connaissance des détails importants.
- Capacité à gérer les aspects complexes de ce travail en particulier.

Chaque domaine de la dentisterie nécessite de vastes connaissances dans de nombreuses disciplines, y compris l'anatomie, la biomécanique, la radiologie, la pharmacologie, la pathologie, la médecine buccale, la physiologie, le bruxisme, l'occlusion, la dentisterie restauratrice, l'implantologie, les produits dentaires, la parodontie, l'esthétique, l'endodontie, l'orthodontie, les techniques chirurgicales, ainsi que la prévention et le traitement des complications et plus encore. C'est le cas autant pour une simple restauration que pour une reconstruction complexe de la bouche au complet. L'erreur courante serait de séparer la technique de la théorie et d'isoler chaque discipline, sans tenir compte de l'effet cumulatif de l'apprentissage multidisciplinaire. En fait, la dentisterie nécessite au moins 6 500 heures d'apprentissage intégré pour un omnipraticien et plus de 13 000 heures pour un spécialiste dentaire.

La science de la dentisterie implantaire s'est développée de façon exponentielle au cours des vingt dernières années. C'est une science complexe, non seulement à cause de la diversité et de la quantité des connaissances requises, mais aussi dans son exécution, c'est-à-dire l'application des connaissances acquises par les cliniciens.

L'expertise est importante, mais ne suffit pas toujours. Un médecin doit être prêt à gérer les situations imprévues. La dentisterie comprend tous les types de problèmes : simples, compliqués

et complexes. Souvent, un clinicien doit se fier à son expérience et faire le nécessaire.

Les implants dentaires ont révolutionné le traitement des patients édentés au cours des vingt dernières années, donnant lieu à un taux élevé de succès et de survie. Cependant, au cours des dix dernières années, deux nouvelles maladies sont apparues : la mucosite péri-implantaire et la péri-implantite. Ces états pathologiques sont perçus comme des complications majeures et font couler beaucoup d'encre.

La mucosite péri-implantaire a été définie comme une réaction inflammatoire réversible des tissus mous entourant un implant.

La péri-implantite est une maladie infectieuse spécifique du site qui cause un processus inflammatoire dans les tissus mous et une perte osseuse autour d'un implant ostéo-intégré. La prévalence de cette maladie varie grandement (de < 5 % à 56 %) dans plusieurs études et rapports consensuels, ce qui montre la nécessité d'obtenir plus de données épidémiologiques portant exclusivement sur les facteurs de risque des pathologies péri-implantaires.

D'après une récente revue systématique, la prévalence de la mucosite péri-implantaire et de péri-implantite varie de 19 % à 65 % et de 1 % à 47 %, respectivement. *Derks J, Tomasi* C. *« Peri-implant health and disease. A systematic review of current epidemiology ». J Clin Periodontol 2015;42(Suppl. 16):S158-S171.*
Plus de deux millions d'implants dentaires sont posés chaque année aux États-Unis. Or, comme la prévalence des maladies péri-implantaires augmente avec la durée d'utilisation de l'implant, on peut s'attendre à ce que les maladies péri-implantaires deviennent un problème majeur dans un avenir proche, menaçant la réussite du traitement par implant dentaire. Mieux comprendre les aspects biologiques et leur relation avec les prothèses est, de nos jours, un des plus grands défis en dentisterie implantaire. C'est aussi un des principaux facteurs qui contribueront à réduire au minimum l'évolution de la maladie dans un avenir rapproché.

Dans la pratique actuelle, une des idées fausses les plus répandues est l'absence de lien entre les prothèses et la biologie (p. ex. ce n'est qu'une dent vissée à une autre vis, c.-à-d. l'implant). De plus en plus de données probantes indiquent que la prise en charge des prothèses peut avoir un effet positif ou négatif sur la réaction de l'os.

Qu'est-ce qu'un implant dentaire – voir la présentation ci-jointe.

Question: Quels sont les types de prothèses unitaires que les denturologistes sont autorisés à réaliser et les risques que cela peut comporter?

D'après ce que je comprends, de nos jours, les denturologues ne devraient pas poser de couronne unitaire sur implant ni ancrer de structure fixe à un implant. Des études montrent que

la conception de la prothèse peut nuire à la santé de l'os entourant l'implant.

Surcharge :
Les échecs associés à une surcharge sont notamment dus à l'application d'une charge fonctionnelle trop forte pour l'os.

1. L'échec d'un implant peut être attribuable à une force d'occlusion déséquilibrée, à une prothèse mal conçue, au tabagisme, à une mauvaise qualité de l'os, au filetage de l'implant, à un implant mal positionné, à un traumatisme lors de l'intervention chirurgicale, à une mauvaise hygiène buccale, à une infection bactérienne, au diabète, aux particules libérées par l'implant, etc. (Lire *The epidemiology of peri-implantitis*. *Mombelli A, Müller N, Cionca N, Clin Oral Implants Res. Octobre 2012; 23 Suppl 6:67-76*

2. Il faut savoir que la péri-implantite peut être causée ou maintenue par des facteurs iatrogènes (p. ex. excès de ciment, piliers entraînant une restauration inadéquate, remodelage excessif du contour des dents, mauvais positionnement de l'implant, complications d'ordre technique). *(Lang NP, Berglundh T au nom du Working Group 4 du septième European Workshop on Periodontology :* « *Periimplant diseases: where are we now? – Consensus of the Seventh European Workshop on Periodontology ». J Clin Periodontol 2011; 38 (Suppl. 11): 178-181)*

3. L'ostéo-intégration est un bon indicateur de la réussite clinique des implants en titane ancrés directement dans l'os de l'hôte. Cependant, bien que les implants dentaires intra-osseux aient un taux de réussite élevé, ils ne sont pas à toute épreuve. Un manque de stabilité primaire, un traumatisme subi pendant l'intervention et une infection semblent être les principales causes d'échec précoce des implants. Des signes d'infection précoce plutôt que tardive peuvent témoigner d'un problème bien pire, car ils indiquent des troubles du processus de guérison osseuse primaire. ***La surcharge occlusale et la péri-implantite semblent être les principaux facteurs associés à un échec tardif.*** Un implant sous-optimal et une prothèse mal faite sont des facteurs de risque de complications et d'échec liés aux implants. Sakka *et al*. *J Investig Clin Dent*, novembre 2012;3(4):258-61.

4. Selon une récente étude, une perte osseuse > 0,45 mm 6 mois après la charge indique clairement une évolution de la perte osseuse, quelle que soit l'étiologie de la perte osseuse marginale. Le clinicien doit donc prendre toutes les mesures possibles pour réduire au minimum la perte osseuse marginale initiale. Ces résultats soulignent aussi l'importance de reconnaître très tôt les signes et symptômes biologiques avant-coureurs d'une maladie péri-implantaire.
« Prosthetic abutment height is a key factor in peri-implant marginal bone loss ». P. Galindo-Moreno , A.Leon-Cano, I. Ortega-Oller, A. Monje, F. Suarez, F. Ovalle, S. Spinato, A. Catena. *Journal of Dental Research*, 2014, vol. 93, numéro 7_suppl, 2014.

Diverses étiologies de la perte osseuse marginale ont été proposées :

1. L'inflammation causée par un stress biomécanique attribuable à une prothèse occlusale mal conçue (Rungsiyakull *et al.,* 2011).
2. La réaction à un corps étranger (ciment) dans les tissus mous entourant les prothèses cimentées (Qian *et al.,* 2012).
3. Les décisions cliniques quant à la largeur biologique (Hermann *et al.,* 2000, 2001).

4. La présence d'une microflore pathogène favorisant l'inflammation péri-implantaire, ce qui accroît la profondeur de la poche ainsi que la résorption osseuse (Lindhe et Meyle, 2008).
5. Une perte osseuse péri-implantaire beaucoup plus grande a aussi été signalée lorsque ce tissu avait moins de 2 mm d'épaisseur, quelle que soit la position du micro-espace (Linkevicius *et al.,* 2009).
6. Une prothèse mal ajustée ou un implant mal vissé.
7. Des problèmes biomécaniques, comme un mauvais ajustement passif et des composantes lâches de la prothèse.
8. La proximité de l'implant par rapport à d'autres implants ou à des dents.

On a constaté que la résorption est réduite lorsqu'il y a plus de distance entre l'os et le site de l'inflammation induite par la bactérie dans le micro-espace entre l'implant et la couronne (Piattelli *et al.,* 2003). Plus l'os est loin de la jonction entre l'implant et la couronne, moins il y a de risque d'infection. Cette situation clinique ne survient que lorsque des implants sont positionnés au-dessus de la ligne des gencives (supragingivaux).

Les patients ayant subi des restaurations céramométalliques sont plus susceptibles d'être atteints. Ces résultats doivent être mis en contexte en tenant compte des facteurs déterminants lorsqu'on vérifie d'autres variables. Pensons aux propriétés des matériaux : les composantes céramométalliques de la prothèse absorbent mal les chocs (51, 52), ce qui a une incidence sur les risques biomécaniques et biologiques de la maladie (p. ex. en favorisant le détachement des composantes).

MALO P, DE ARAU JO NOBRE M, BORGES J, ALMEIDA R. « Retrievable metal ceramic implant supported fixed prostheses with milled titanium frameworks and all-ceramic crowns: retrospective clinical study with up to 10 years of follow-up ». *J Prosthodont* 2012; 21: 256-264.

KINSEL RP, LIN D. « Retrospective analysis of porcelain failures of metal ceramic crowns and fixed partial dentures supported by 729 implants in 152 patients: patient-specific and implant specific predictors of ceramic failure ». *J Prosthet Dent* 2009; 101: 388-394.

Question: Quels types de prothèses sur implants les denturologistes devraient-ils être autorisés à réaliser?

Les denturologues devraient fabriquer des prothèses constituées d'implants amovibles (que le **patient** peut enlever, selon la définition du glossaire de termes prosthodontiques) une fois que le dentiste a posé un pilier adéquat. Ces prothèses sont plus faciles à nettoyer, et le patient peut mieux contrôler la plaque dentaire. Elles sont posées au-dessus de la ligne des gencives et fabriquées de façon non effractive. Les problèmes de surcharge sont généralement moins apparents sur ce type de prothèse, car elles sont en plastique. Les problèmes d'occlusion

disparaissent souvent au fil du temps avec l'usure des dents prothétiques, ce qui réduit le risque de surcharge.

Question: Quels sont les risques de préjudices associés aux activités reliées aux piliers et aux bouchons de guérison?

Le tissu gingival est serré et prend la forme du bouchon de guérison. La plupart du temps, les piliers finaux fabriqués pour les couronnes unitaires n'épousent pas la forme des bouchons de guérison. Pour insérer le pilier, il faut donc pratiquer une incision dans la gencive, au-dessus de la plateforme de l'implant dentaire, ce qui favorise la croissance du tissu et facilite le positionnement du pilier. C'est ce qu'on appelle une incision de décharge. Cela nécessite une anesthésie locale et une intervention chirurgicale mineure.

Une radiographie péricoronaire (plus petite et beaucoup plus détaillée d'une zone en particulier) est la meilleure façon de déterminer la position du pilier. Il faut prendre la radiographie et l'interpréter.

Le mauvais ajustement de l'interface entre le pilier et l'implant et l'absence d'adaptation passive entre la prothèse et le pilier peuvent causer une rupture de vis. C'est le problème technique le plus souvent lié aux implants. Le retrait du fragment de la vis nécessite souvent un équipement spécialisé et risque d'endommager la surface interne de l'implant, ce qui le rendrait inutilisable. Il faudrait alors pratiquer une intervention chirurgicale pour enlever l'implant.

Certains auteurs ont observé une plus grande perte osseuse marginale lorsqu'un pilier prothétique court était utilisé, comprimant l'épaisseur initiale de la muqueuse, peut-être à cause d'un rétablissement de la largeur biologique (Vervaeke *et al.,* 2014).

Selon Collaert et De Bruyn (2002), il existerait un lien entre la taille du pilier prothétique et le degré de perte osseuse marginale. En effet, des piliers courts causeraient une perte osseuse plus importante.

Question: En quoi la prescription de radiographies pourrait-elle servir la pratique des denturologistes?

La radiologie est une discipline complexe, qui nécessite une formation médicale pour prescrire et interpréter les images. L'évaluation radiographique de la position des piliers et de la perte osseuse marginale autour de l'implant, pendant et après le traitement, est un élément essentiel qui ne peut être dissocié du traitement par implant. Il est donc logique que l'opérateur ait les compétences et les connaissances nécessaires pour bien faire les radiographies et savoir les interpréter – non seulement en ce qui concerne les piliers, mais tout ce qui apparaît sur les clichés : présence ou absence de caries, d'infections, de maladie parodontale et de lésions cancéreuses, entre autres choses.

Question: En quoi l'évolution de la technologie facilite-t-elle la réalisation des prothèses dentaires sur implants et contribue-t-elle à diminuer les risques d'échecs dans le domaine de l'implantologie?

La technologie dentaire est un adjuvant au traitement dentaire actuel dans son ensemble. Elle ne peut remplacer l'expertise d'un dentiste. Comme toute technologie, elle reflète la qualité des données fournies et entrées dans le système. Cette technologie, seule, ne réduit pas nécessairement le taux de complications associé au traitement par implant.

Des systèmes d'implants bien documentés et éprouvés qui sont posés et restaurés par des cliniciens dûment formés et possédant les connaissances nécessaires entraînent de faibles taux de perte d'implant et de perte osseuse pendant un suivi à long terme.

Les complications du traitement qui entraînent une telle perte osseuse marginale peuvent être attribuables à l'utilisation d'implants inadéquats, à des composantes brisées, lâches ou mal ajustées, à un excès de ciment, à une mauvaise manipulation et au mauvais positionnement de l'implant, ou à l'état défavorable du patient. À la réunion tenue à Rome, tous se sont entendus pour dire que « la perte osseuse peut être attribuable à diverses complications causées par le traitement par implant, comme l'utilisation de certains implants, une erreur du clinicien, l'état de santé du patient ou le protocole et la qualité du traitement. » Albrektsson *et al*. « Peri-Implantitis: Facts and Fiction » *Clinical Implant Dentistry and Related Research*, volume 18, numéro 4, 2016.

En conclusion, il semblerait illogique et dangereux pour les patients de réduire au minimum le degré d'expertise nécessaire pour restaurer les implants dentaires. Ce type de traitement est déjà coûteux, et il nous revient de prodiguer les meilleurs soins possible aux patients et de prendre toutes les précautions nécessaires pour réduire au minimum les risques de complications, qui coûtent aussi très cher, en plus d'être difficiles à traiter et imprévisibles. Les complications liées aux implants doivent être étudiées plus à fond et mieux comprises. Il ne faut pas exposer la population à des risques inutiles.

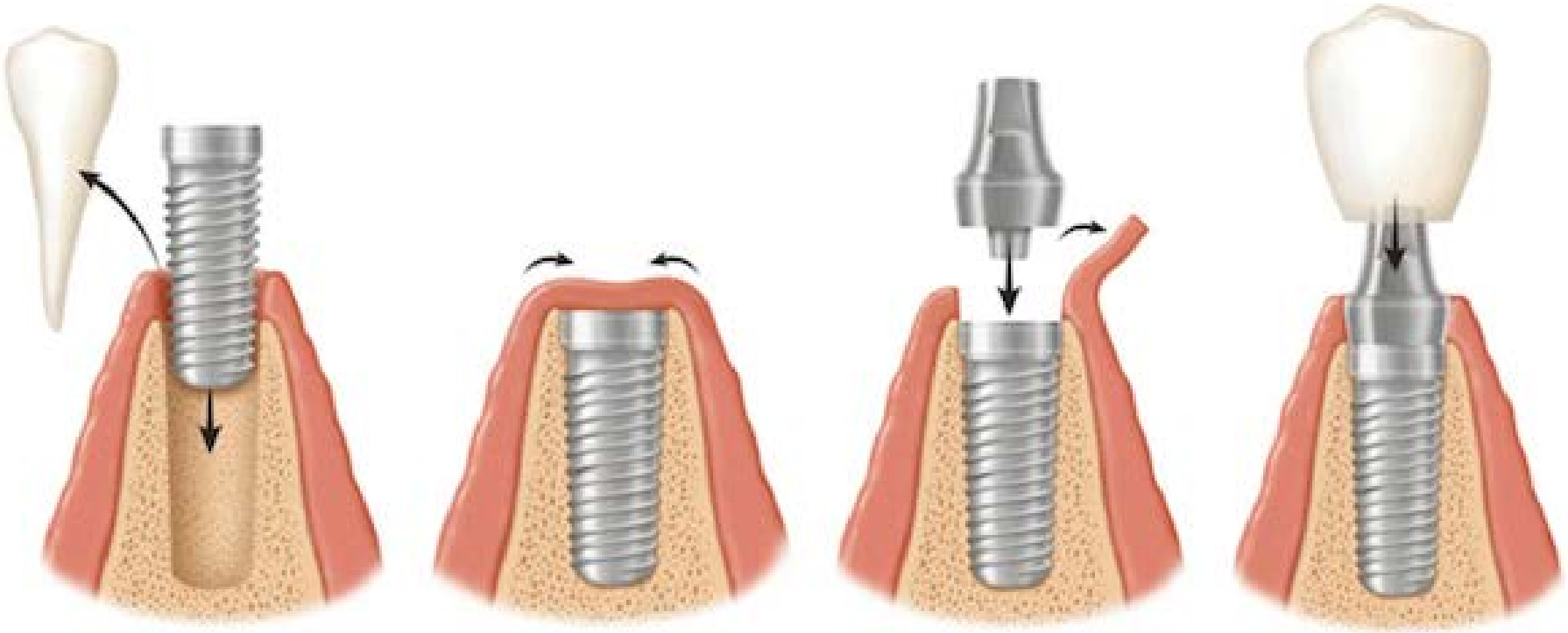
Véronique Benhamou, B. Sc., D.D.S., cert. pério.
Périodontiste
Professeure agrégée, Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill

Samer Abi Nader, B.Sc., M.Sc., DMD, FRCD(C)
Prosthodontiste
Professeur adjoint, vice-doyen de la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill, directeur de la division de dentisterie restauratrice

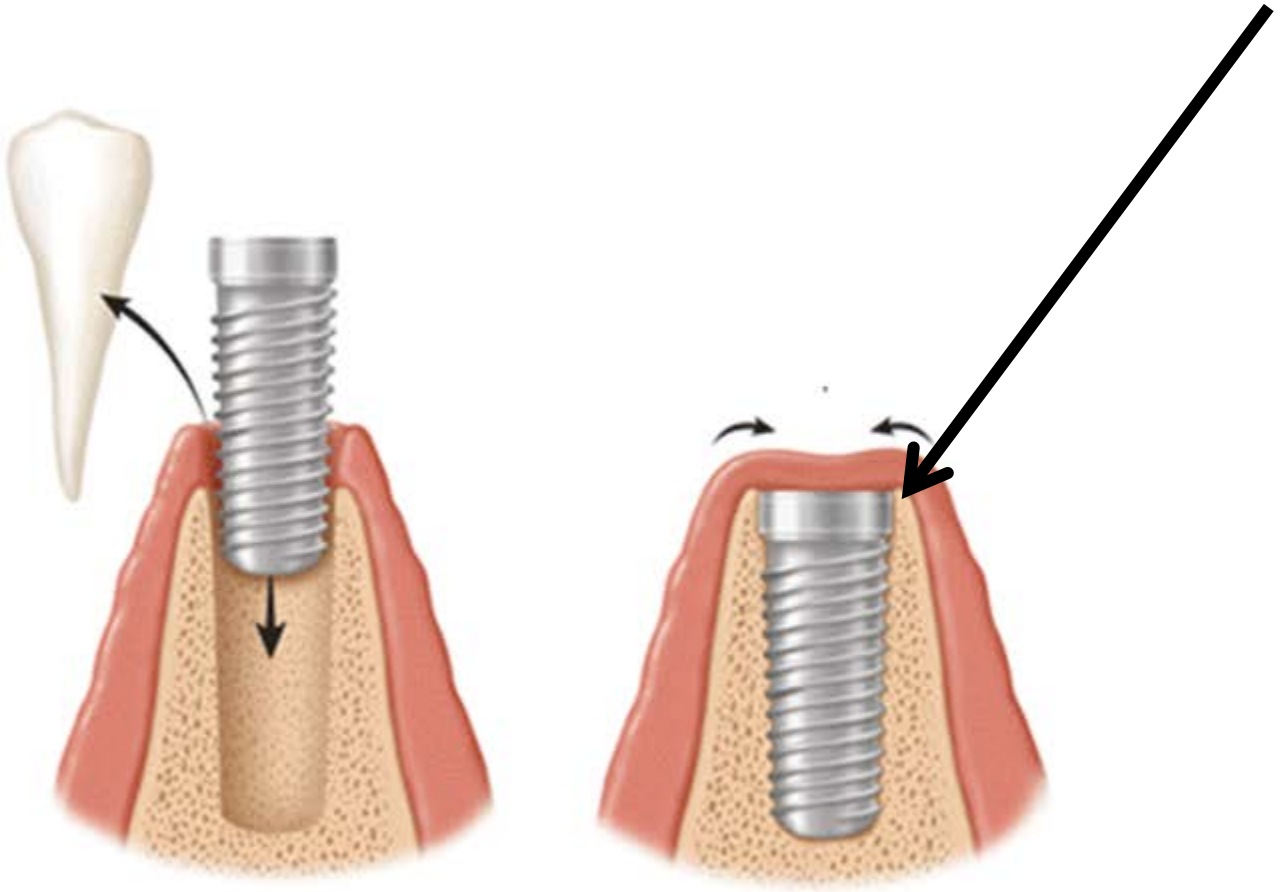
LES IMPLANTS DENTAIRES: UNE SCIENCE COMPLEXE

DR VERONIQUE BENHAMOU BSC, DDS, CERT. PERIO
ASSOCIATE PROFESSOR, MCGILL UNIVERSITY

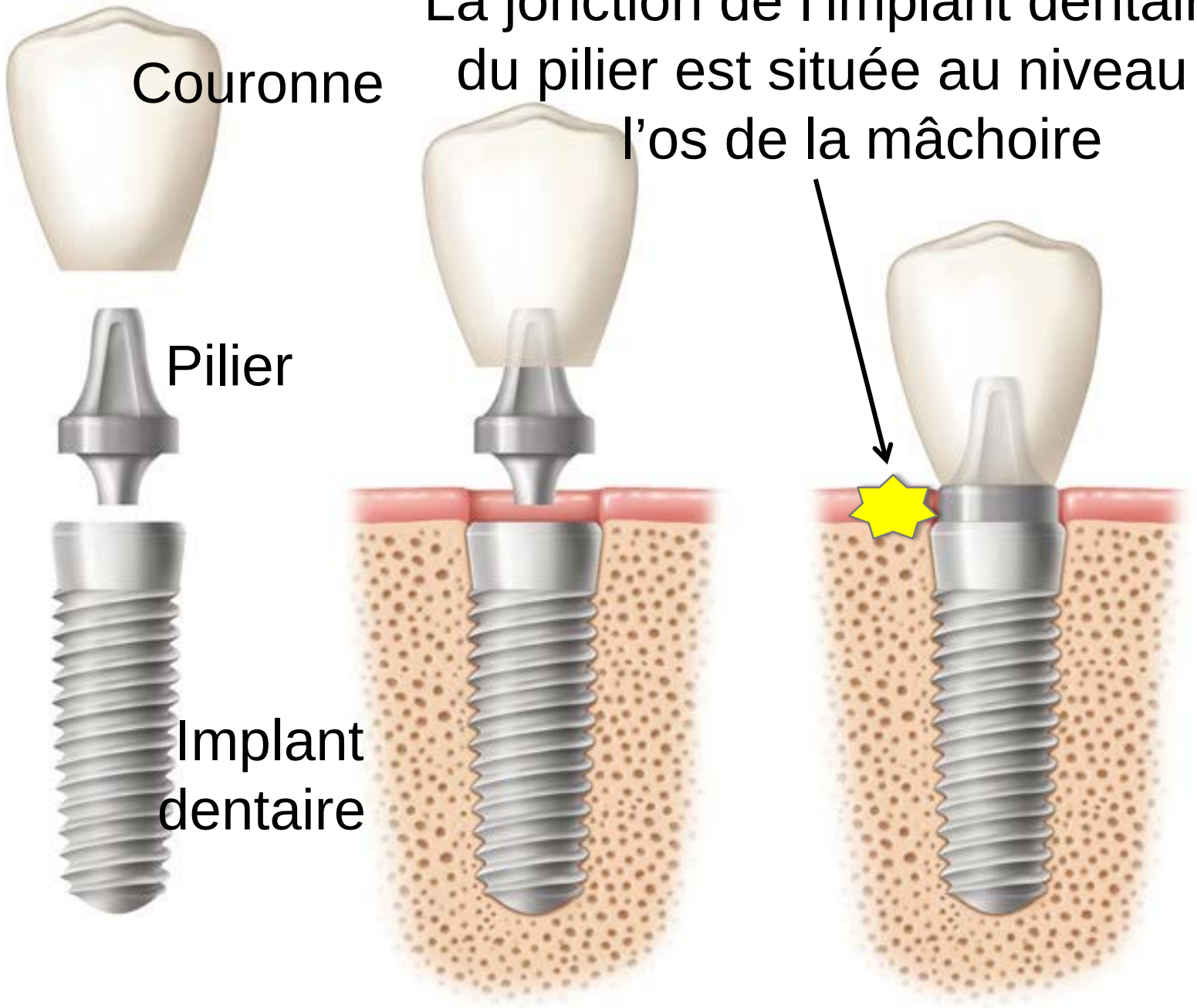
Séquence simplifiée de la pose d’un implant et de la fabrication de la couronne (dent) vissée sur l’implant



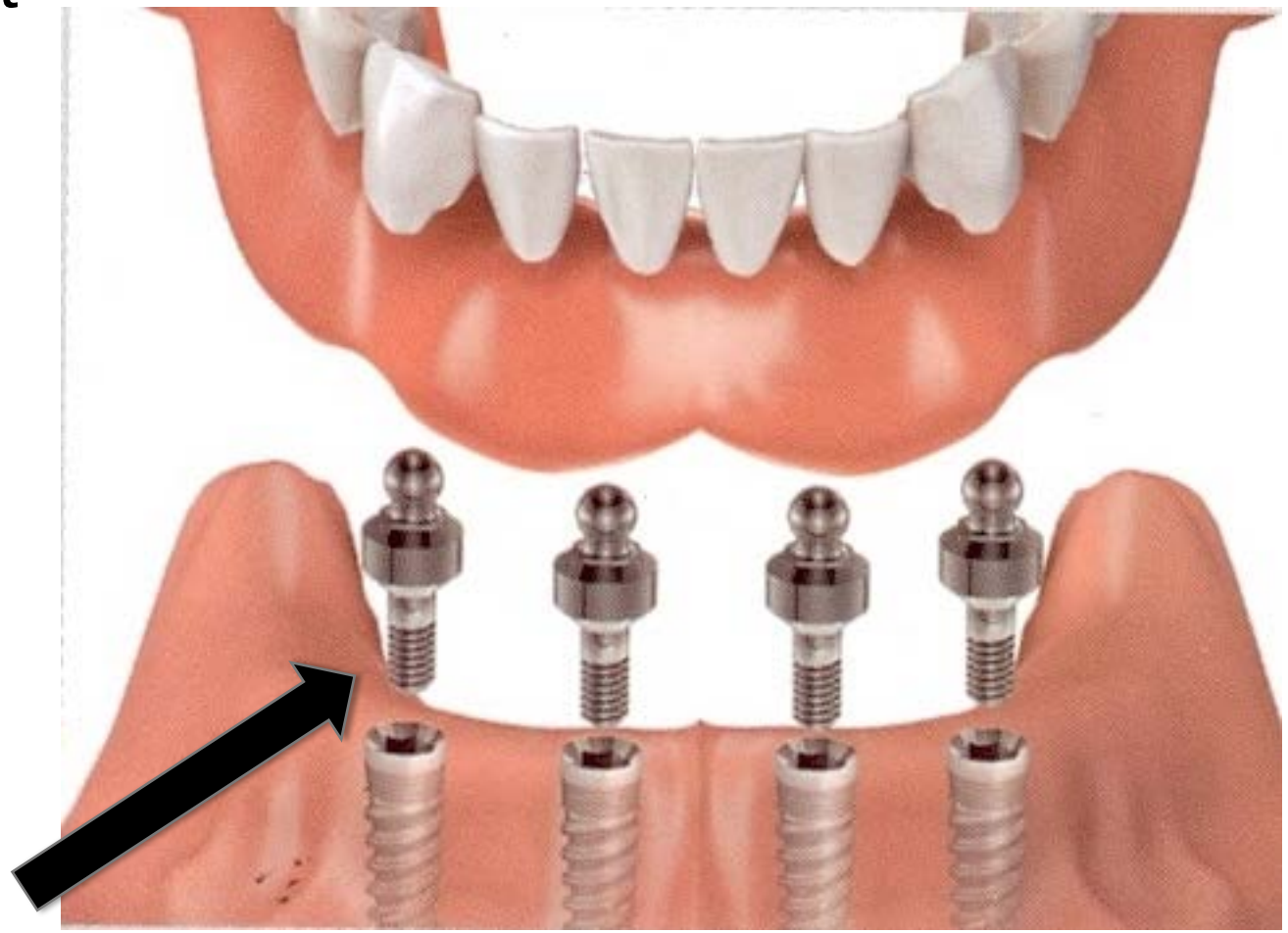
L’implant dentaire est placé au niveau de **l’os de la machoire**



La jonction de l’implant dentaire et du pilier est située au niveau de l’os de la mâchoire

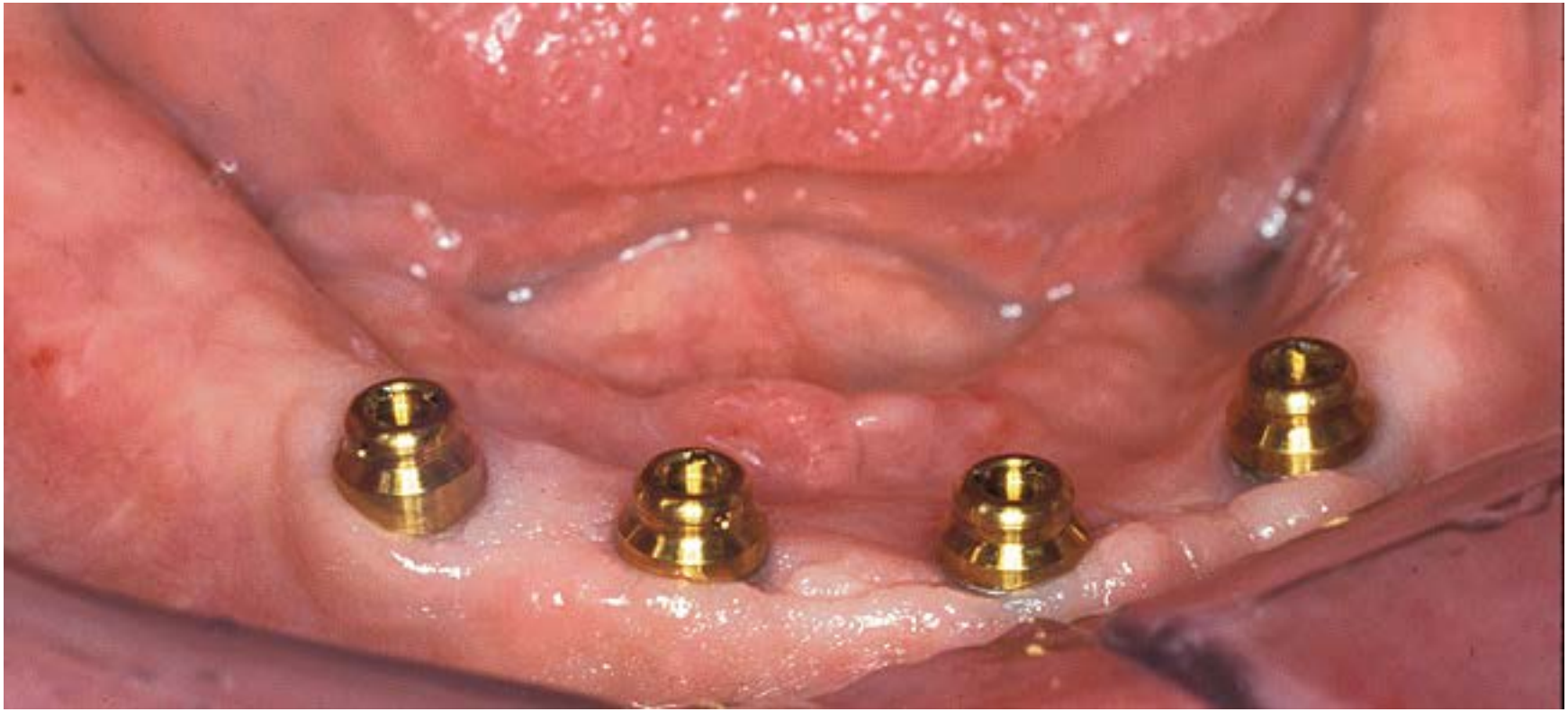


Types de cas pouvant être traités par un dentiste ou un denturologiste avec un minimum de risque pour le patient

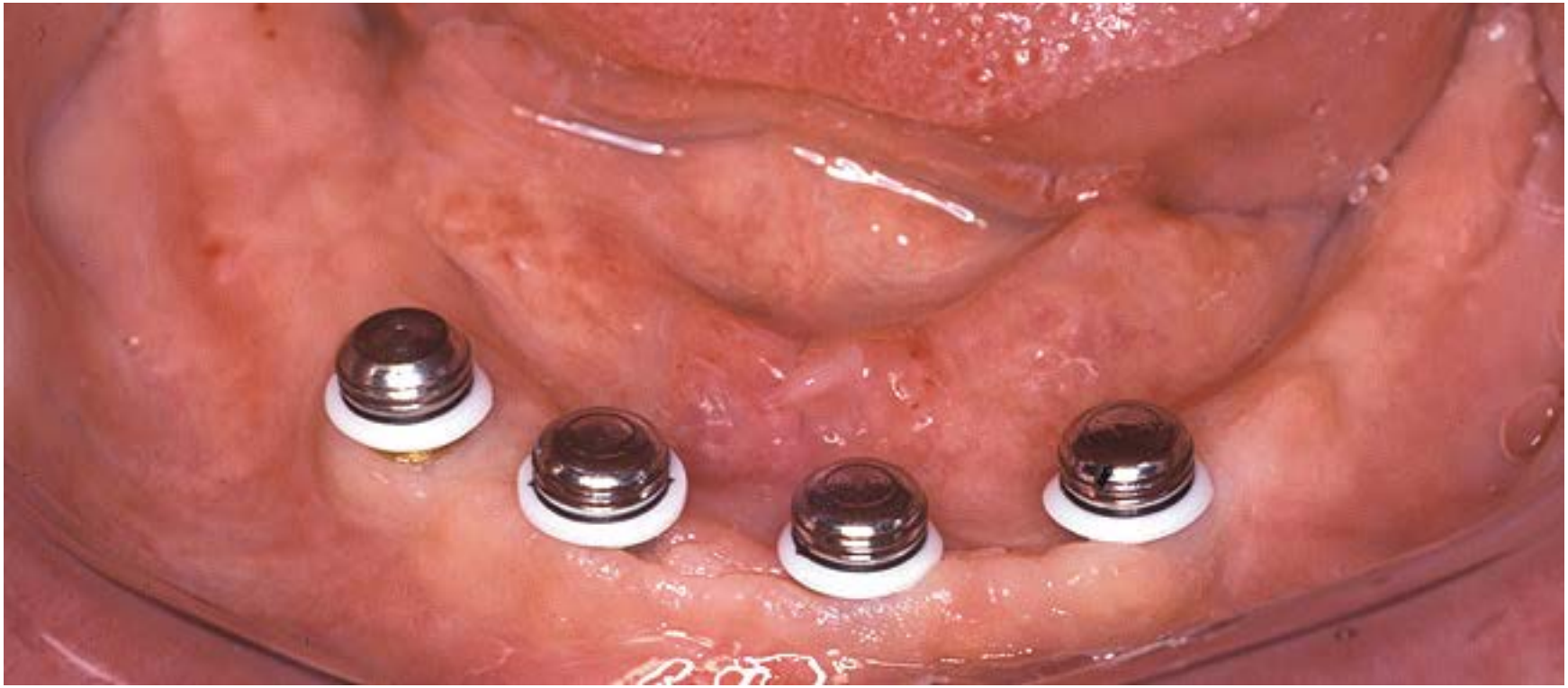


A noter: les piliers devraient être choisis et placés au préalable par le dentiste.

Type de cas pouvant être traités par un dentiste ou un denturologiste avec un minimum de risque pour le patient



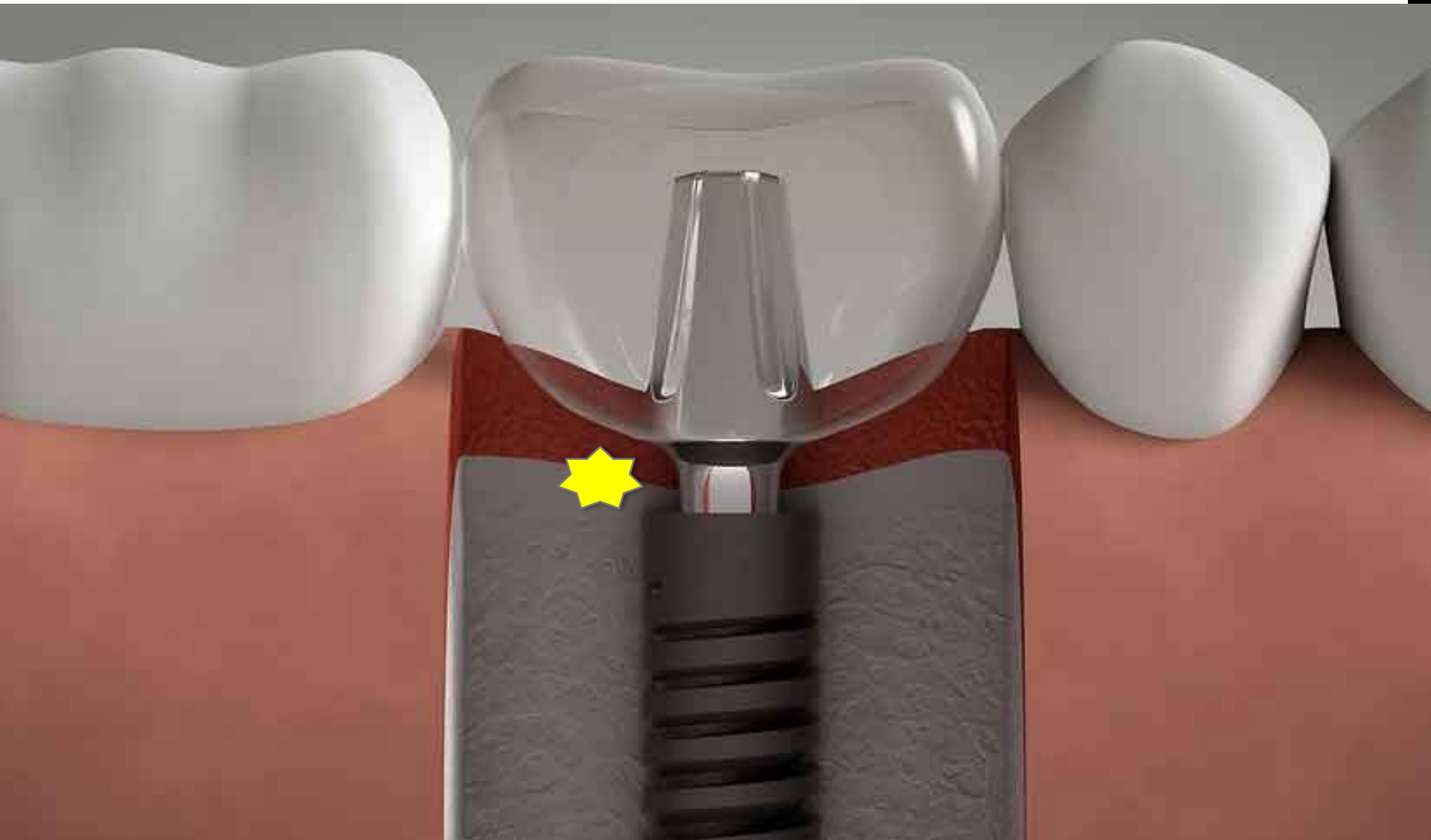
Type de cas pouvant être traités par un dentiste ou un denturologiste avec un minimum de risque pour le patient



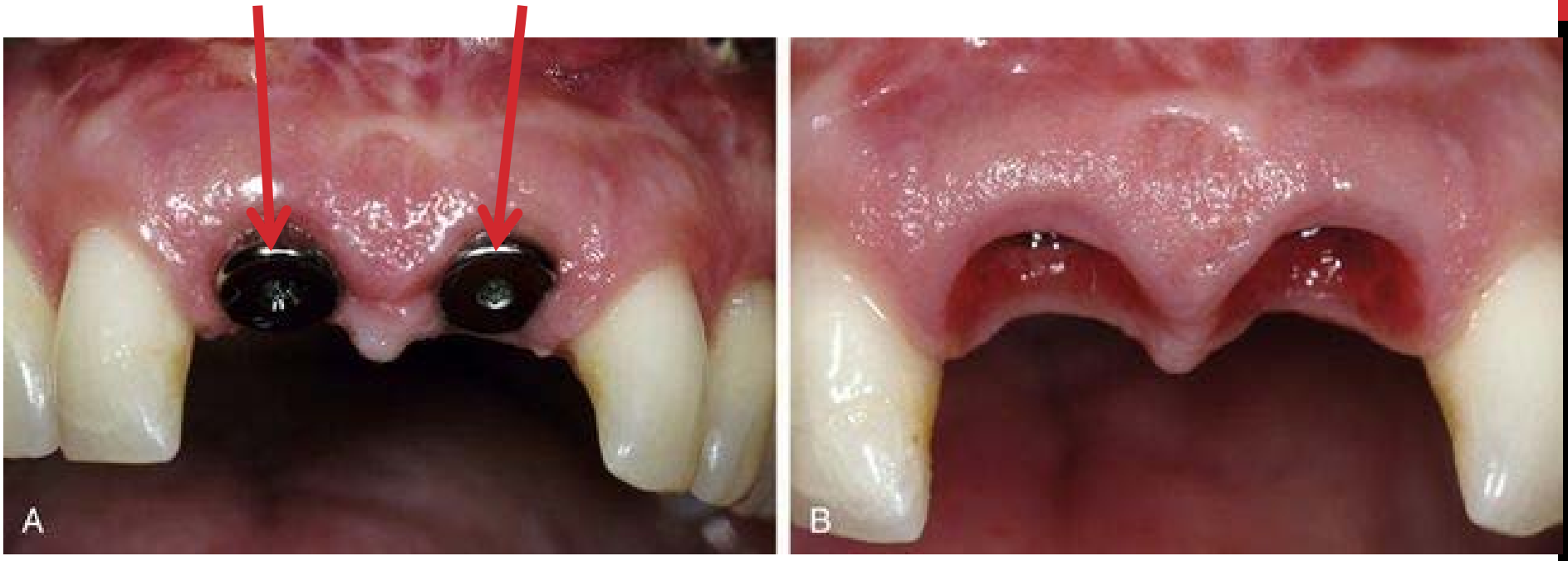
PROTHÈSES FIXES SUR IMPLANTS
(NE PEUVENT PAS ÊTRE ENLEVÉES PAR LE PATIENT)

Les couronnes et les piliers sont vissés ou cimentés dans l’implant **sous le niveau de la gencive**

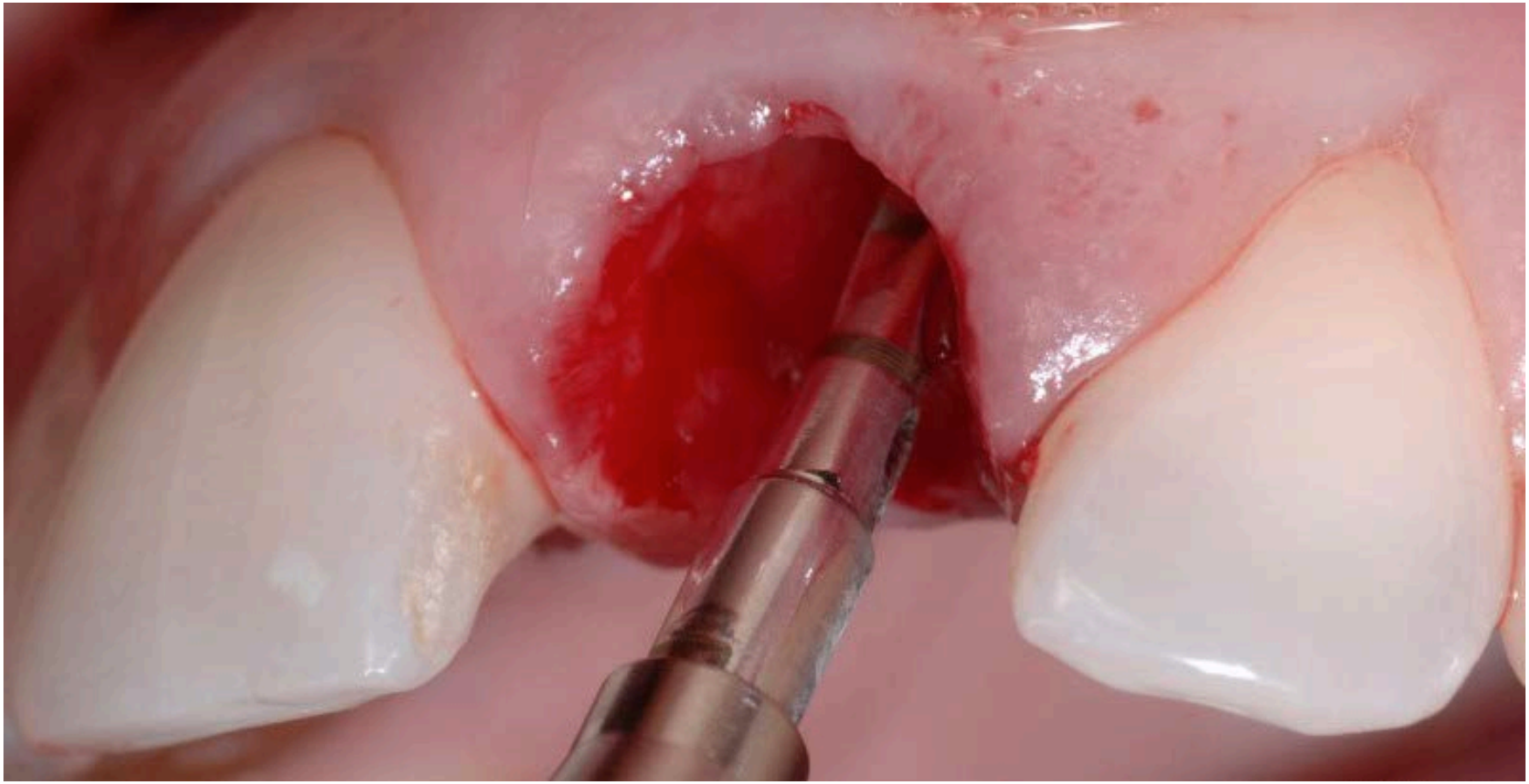
Les couronnes et les piliers sont vissés ou cimentés dans l’implant sous le niveau de la gencive



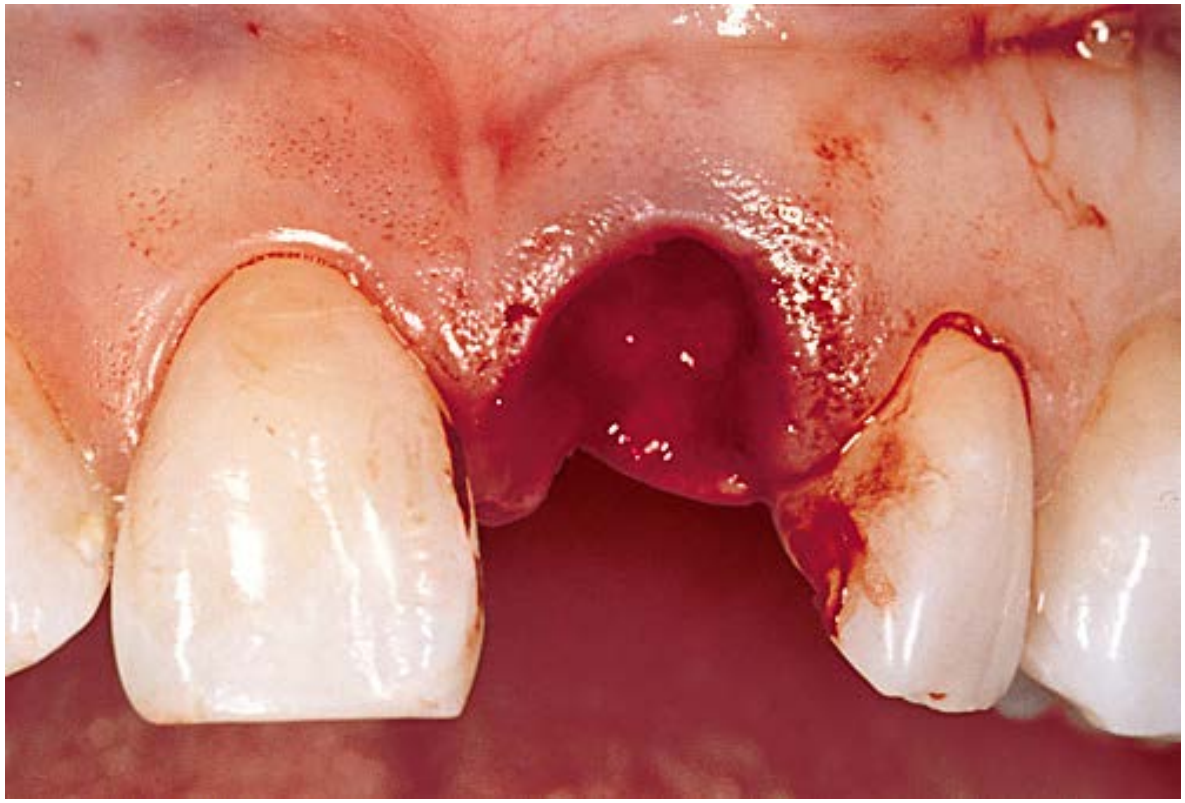
Bouchon de guérison



Lors du changement du bouchon de guérison: la tête de l’implant est bien **en dessous de la gencive**

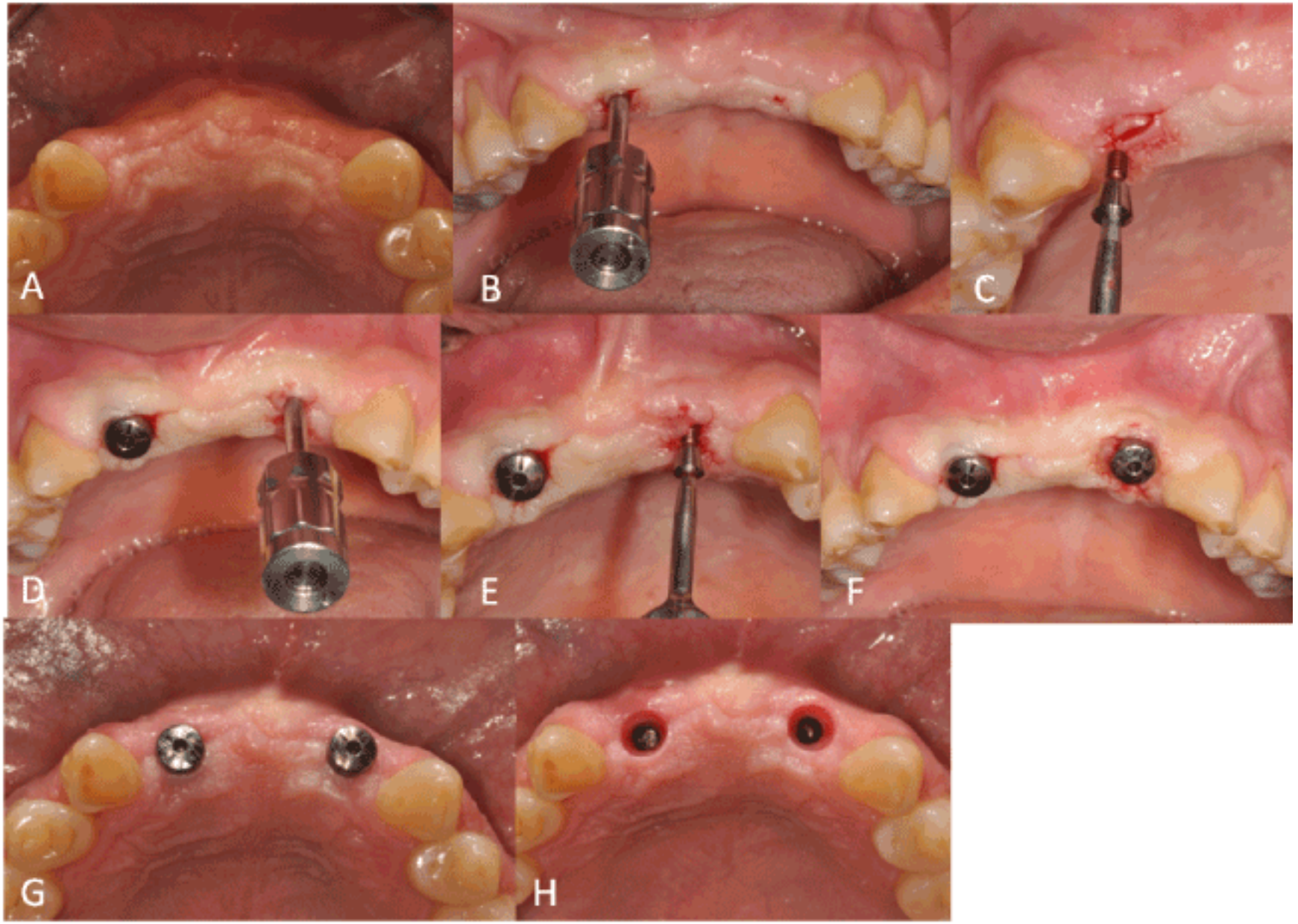


Placer un pilier sur la plateforme d’un implant **n’est pas un acte non-invasif**!
La jonction peut être loin sous la gencive et un saignement est très souvent présent

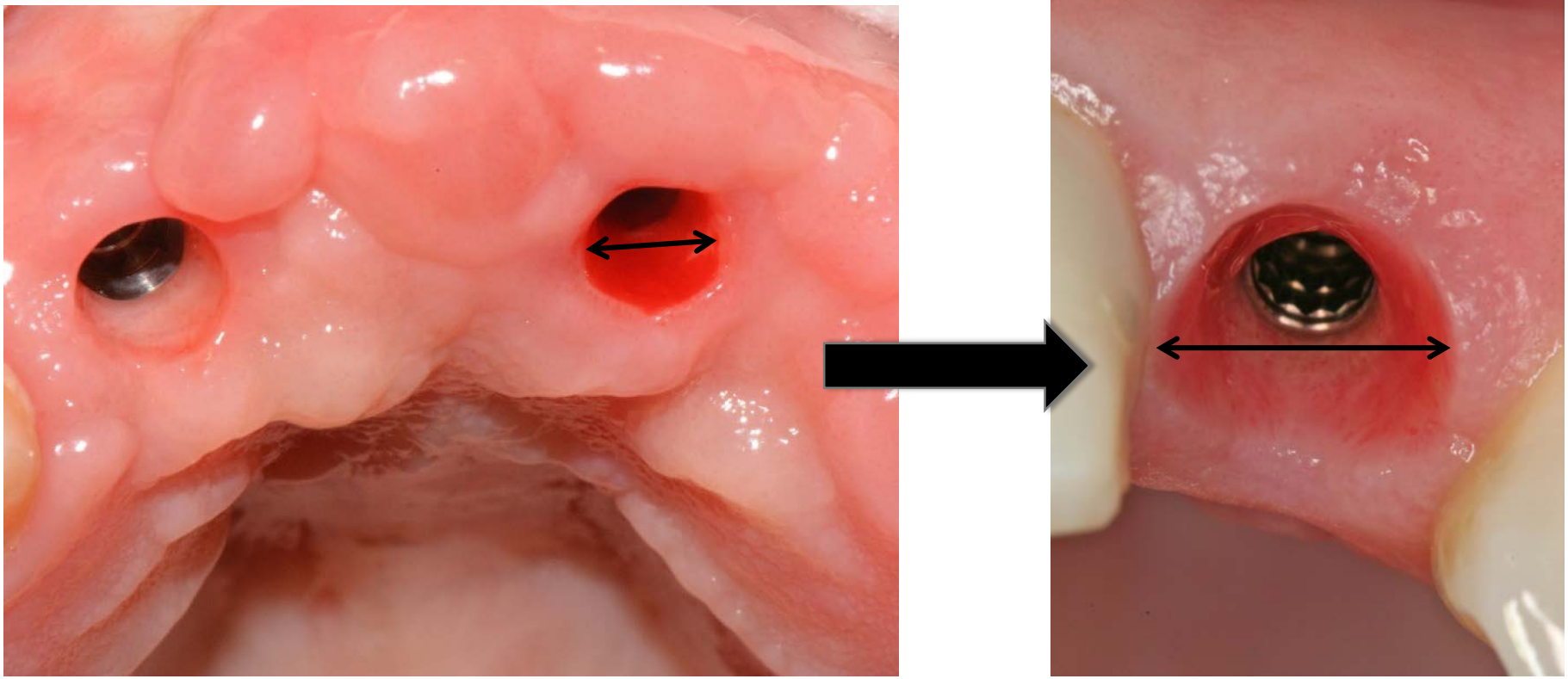


Placer un pilier sur la plateforme d’un implant peut souvent occasionner:

- Un saignement
- Le besoin d’injecter de l’anesthésie
- Le besoin d’exciser la gencive et/ou modifier la forme des tissus



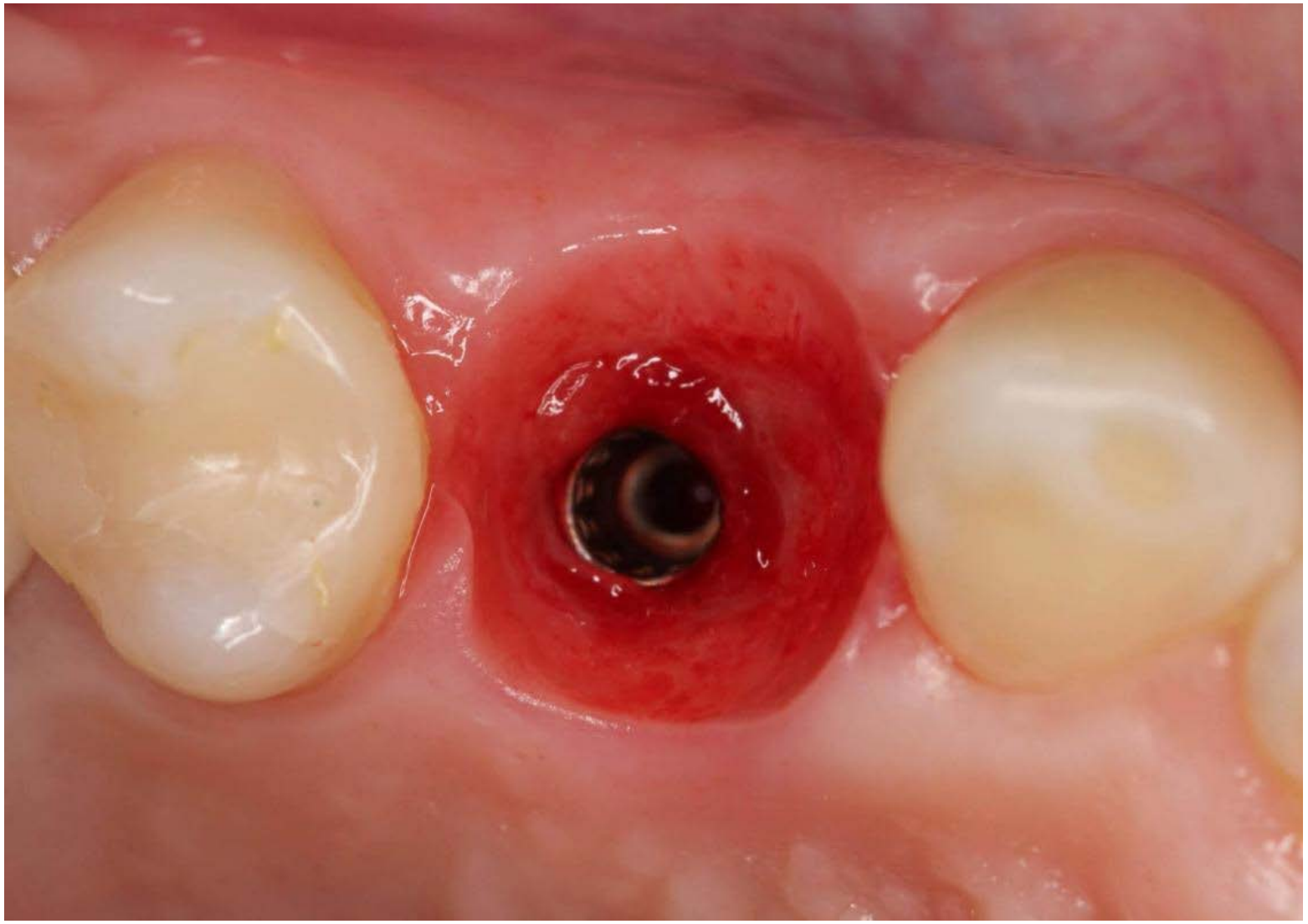
Placer un pilier peut requérir une petite chirurgie



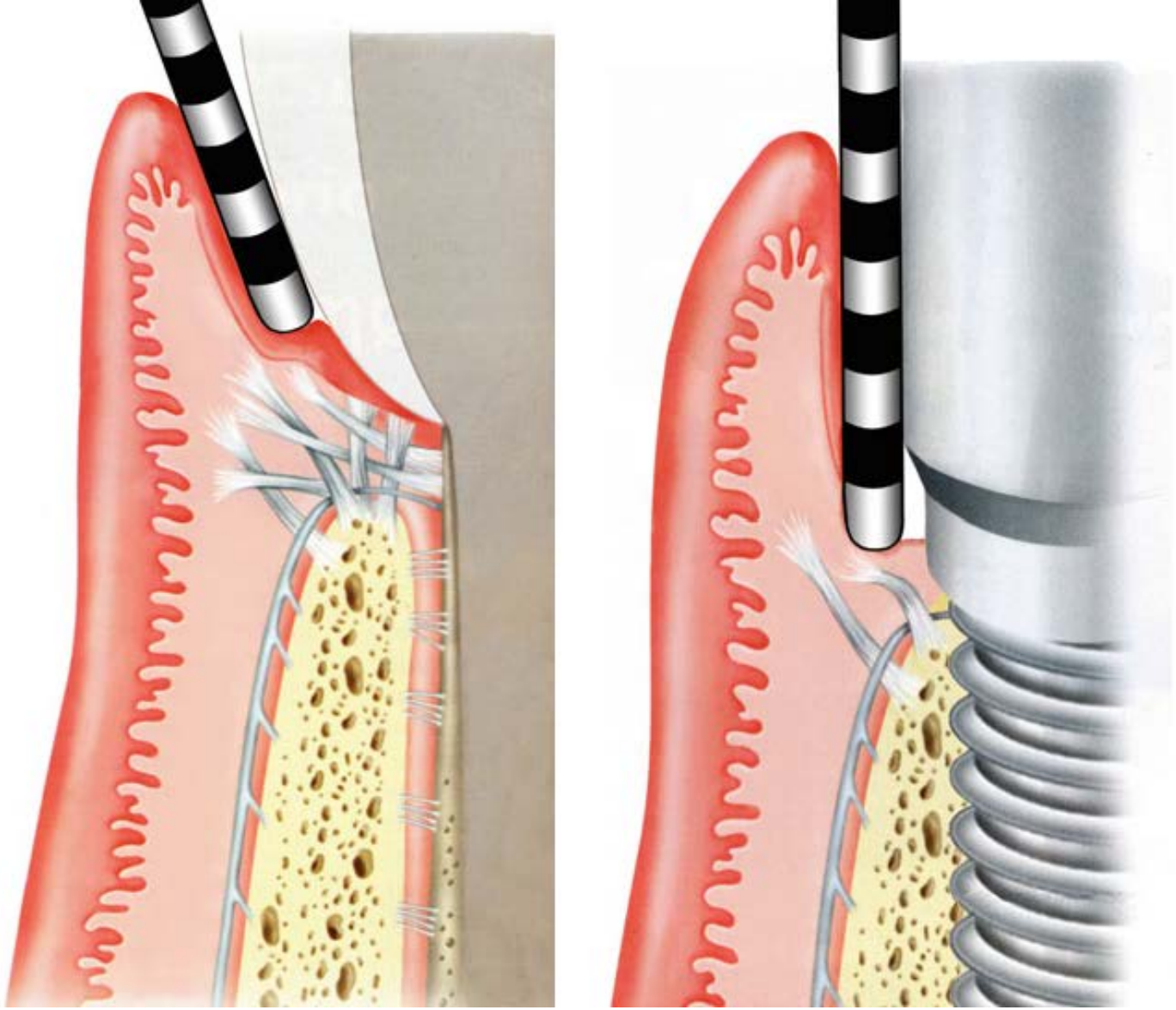
Le tissu autour de la tête d'un implant est étroit et conique due à la forme de l'implant qui est plus étroite que la racine de la dent.

Le pilier et la couronne sont conçus pour modifier l'anatomie de la gencive et obtenir une assise parfaite de la couronne de la dent. **Ceci n'est pas un acte non-invasif**.

Exemple du besoin d’exciser la gencive qui recouvre la tête de l’implant afin de placer un pilier adéquatement. Ceci requiert le besoin d’injecter de l’anesthésie et d’enlever des tissus.



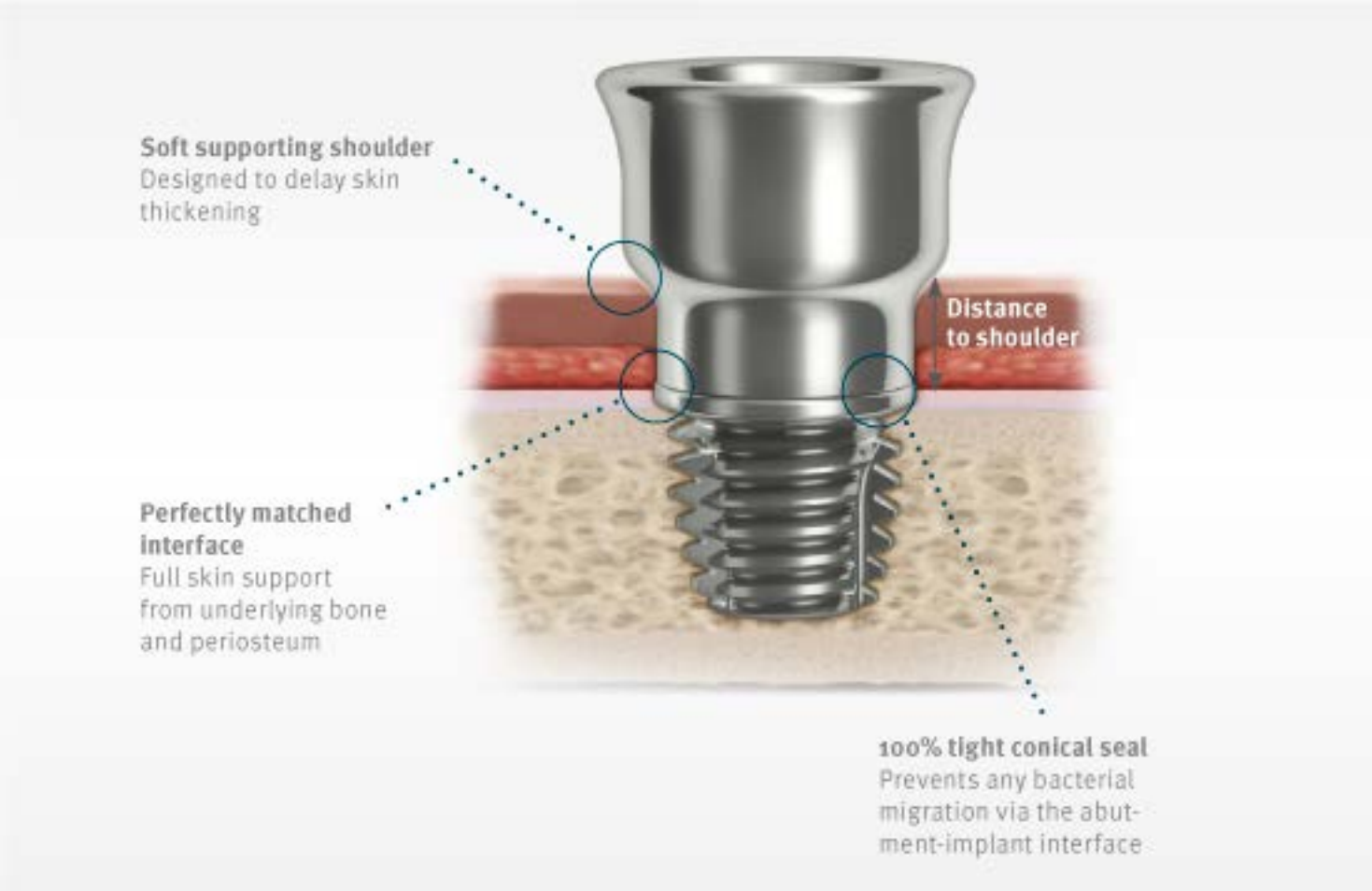
Exemple du besoin d’exciser la gencive qui recouvre la tête de l’implant afin de placer un pilier adéquatement. Ceci requiert le besoin d’injecter de l’anesthésie et d’enlever des tissus



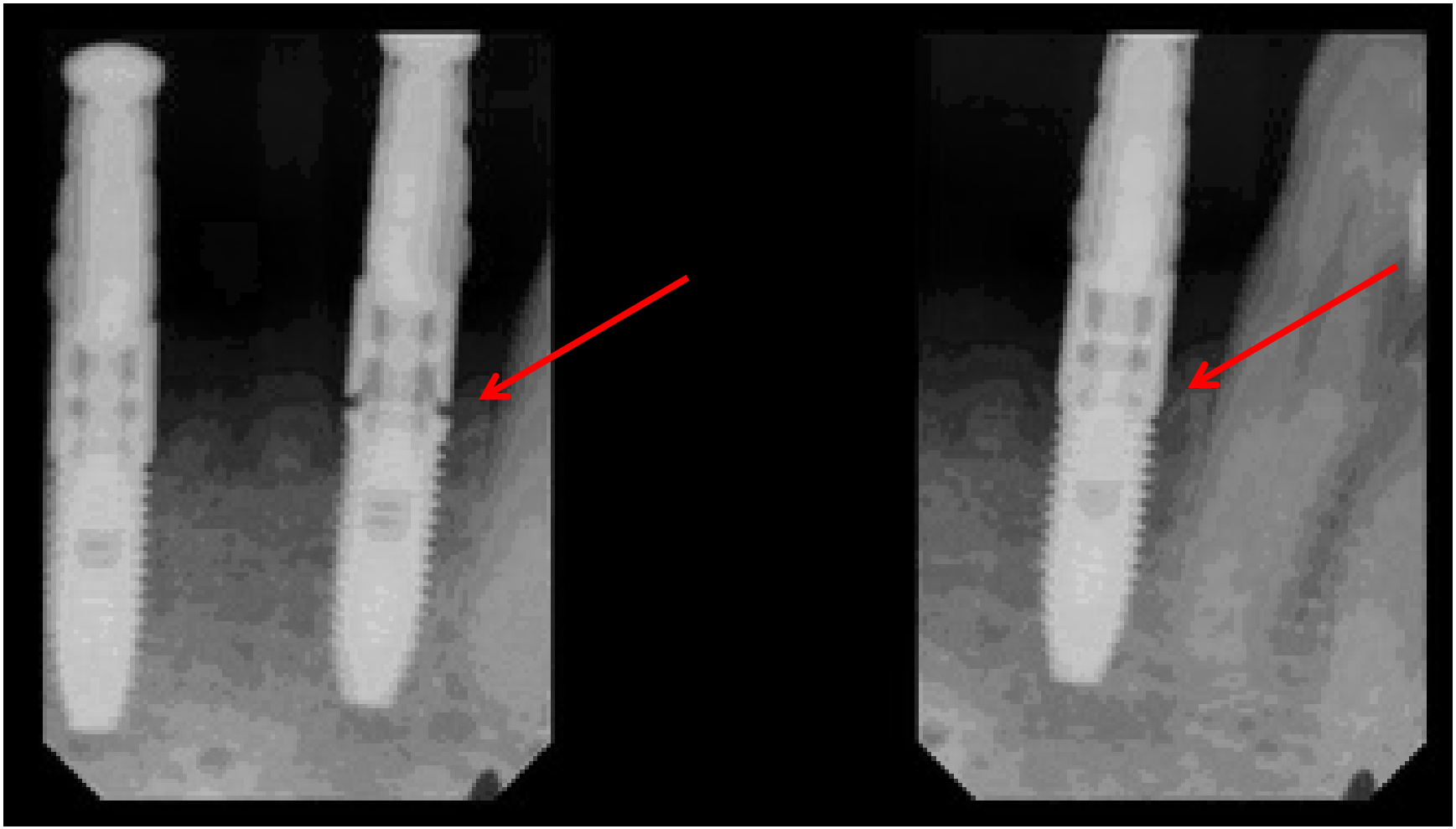
La gencive qui est attachée au niveau de la connexion du pilier et de l’implant est beaucoup plus fragile que celle autour d’une dent et plus facilement blessée

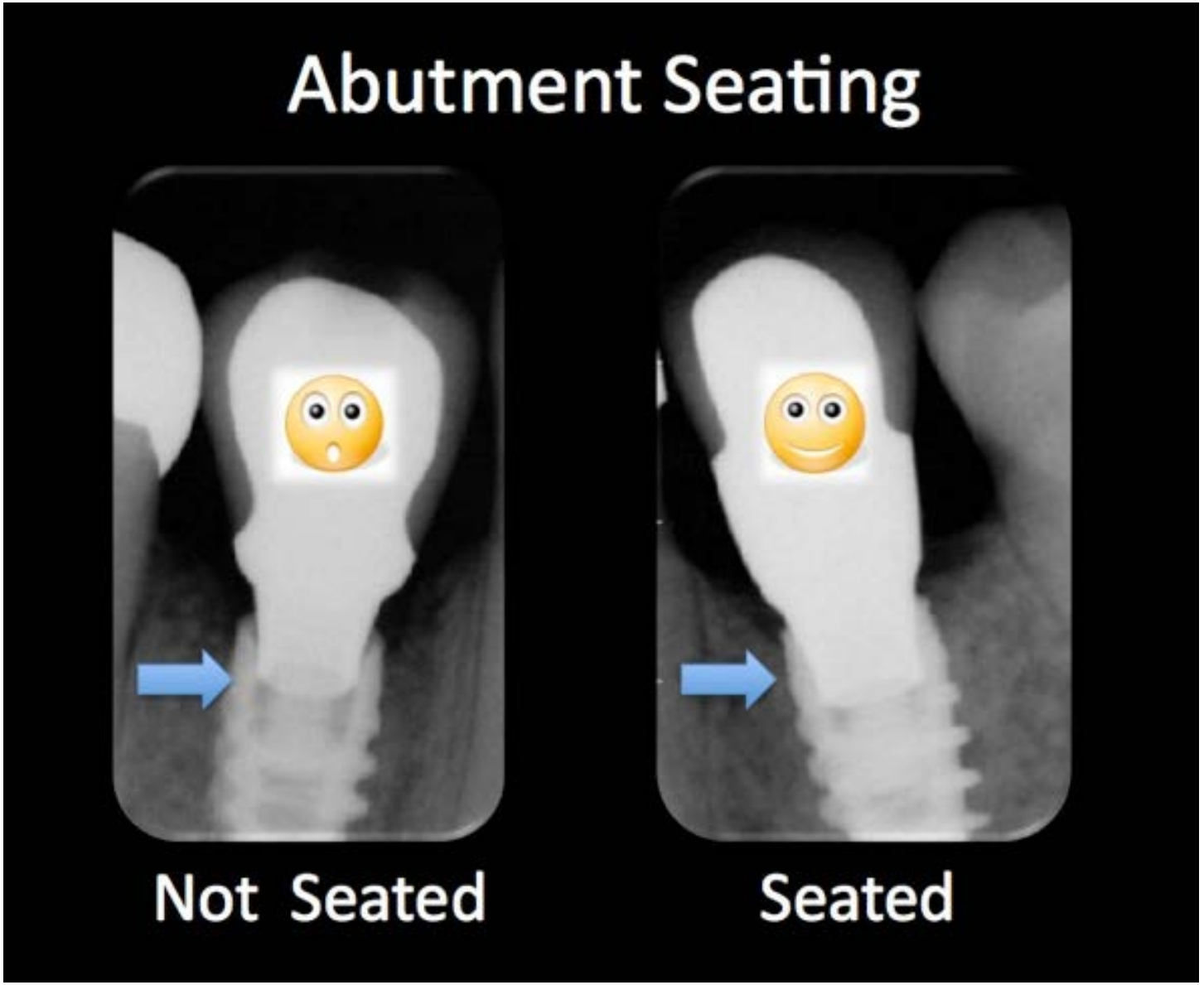
CONNEXION DU PILIER

Le pilier doit avoir une adaptation parfaite sur la plateforme de l'implant



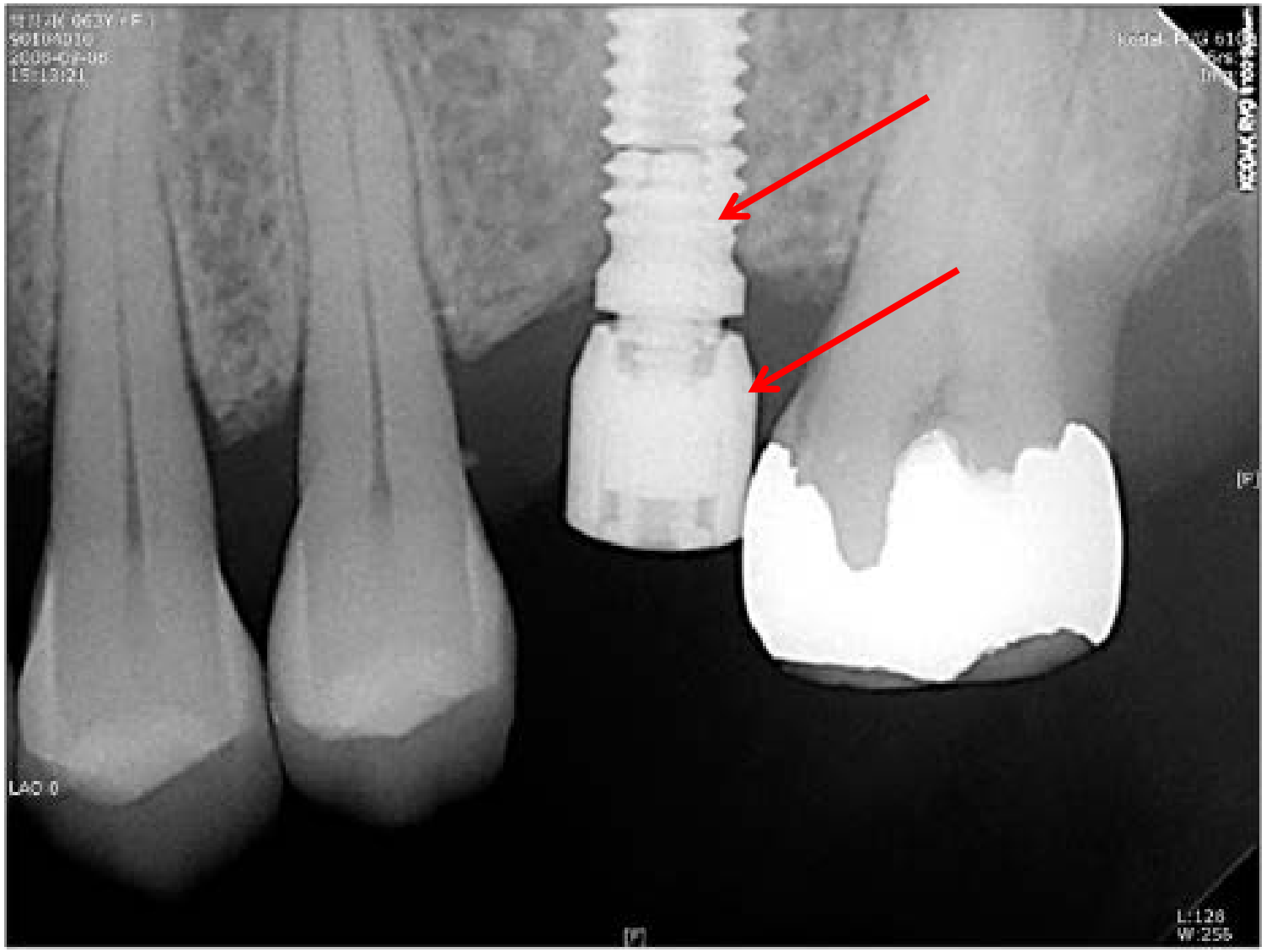
- Sous la gencive, la seule façon de s’assurer de la position parfaite du pilier est de prendre une radiographie et de l’interpréter correctement.



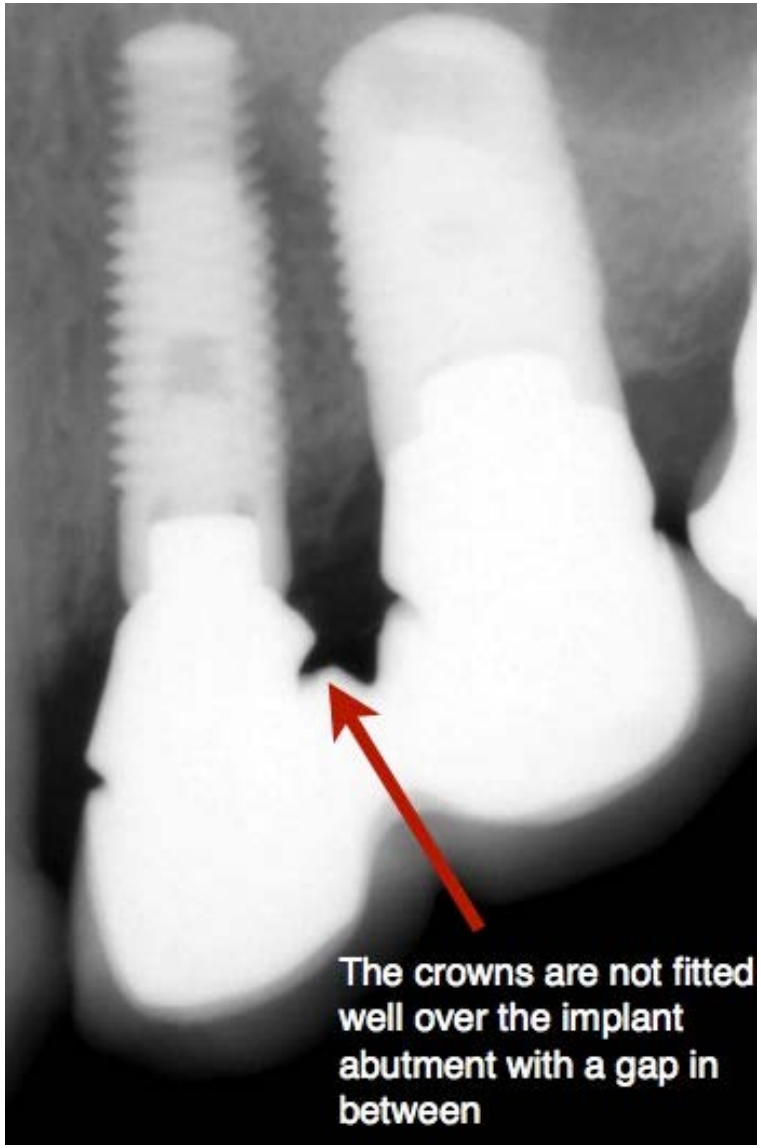


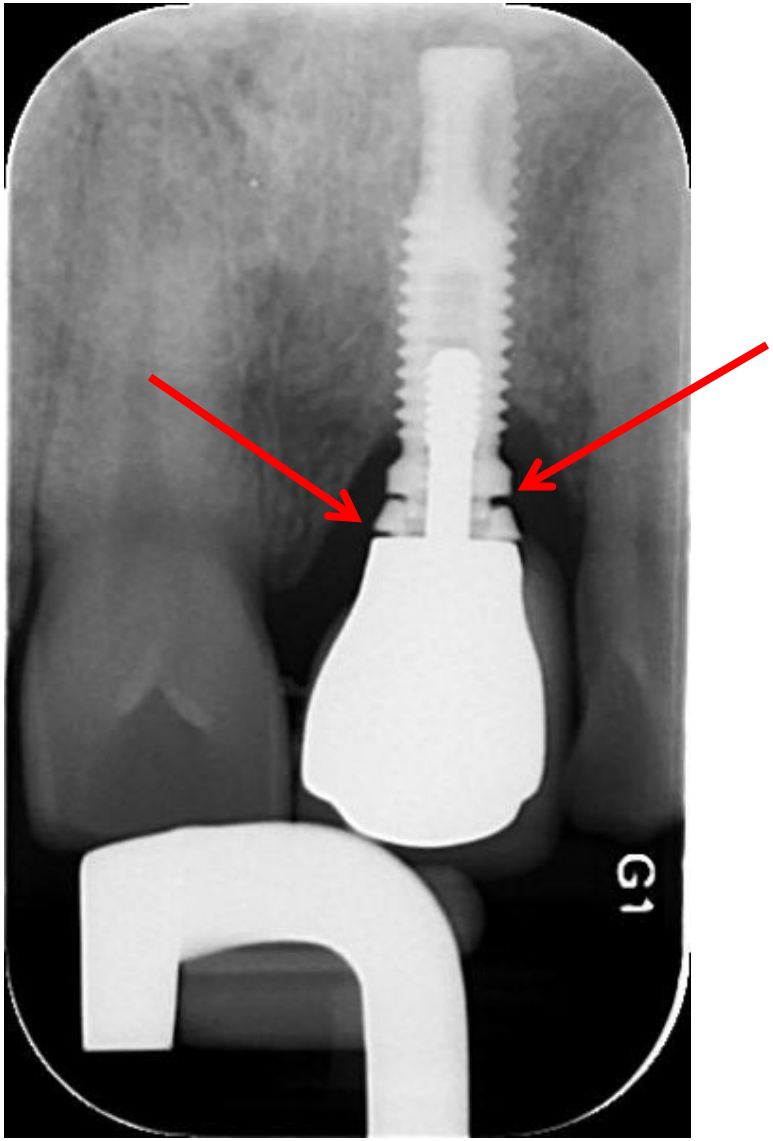
- L’interprétation n’est pas toujours évidente!

- Pilier mal adapté et fracture de l’implant



- Pilier et couronne mal adaptés





- Résultats de pilier et/ou couronne mal adaptés

- Saignement au toucher et infection

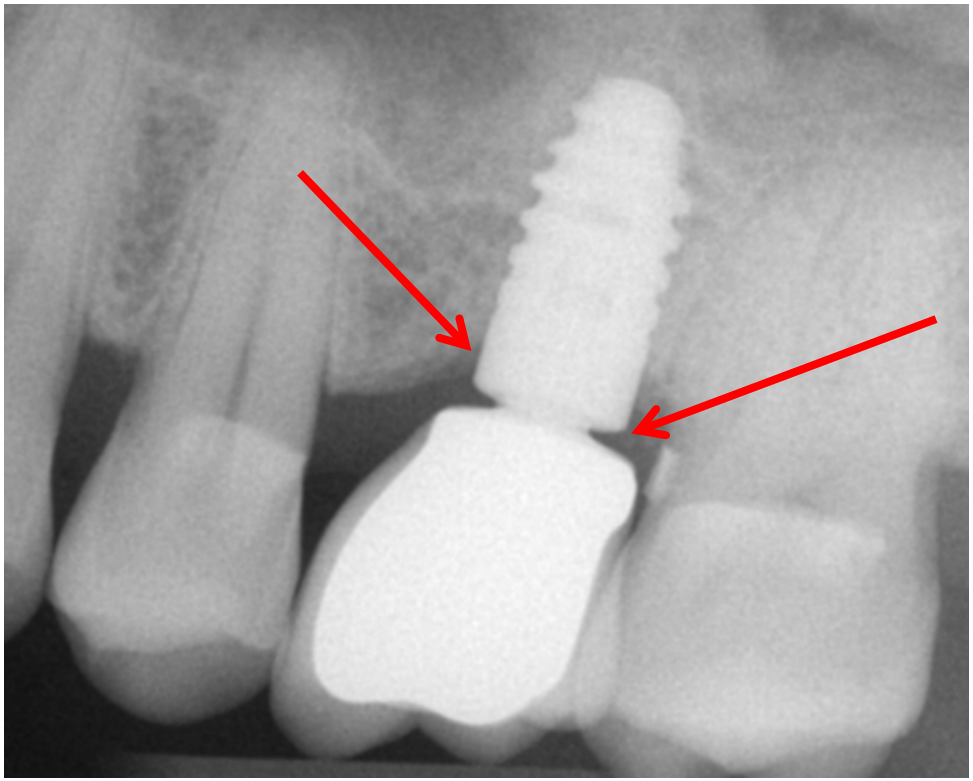
- Résultats de pilier et/ou couronne mal adaptés:

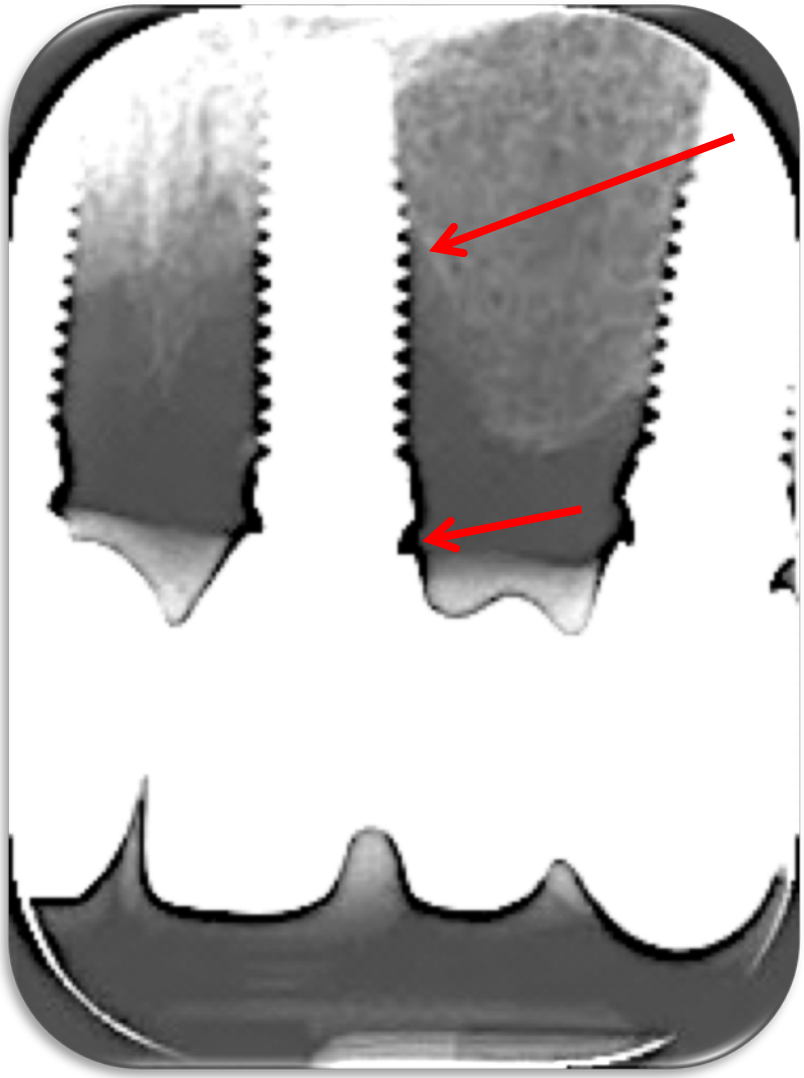
Développement de maladies autour des implants

Mucosite

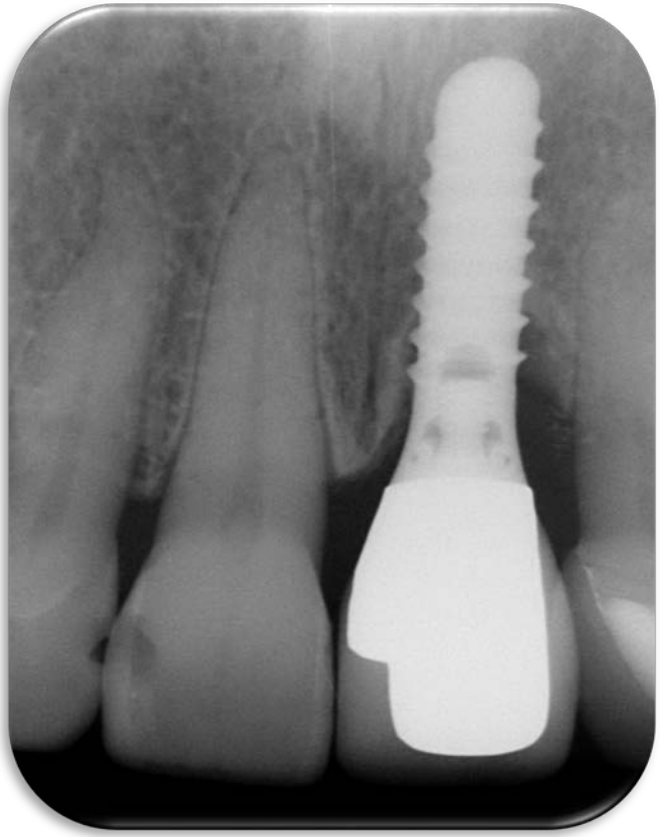
Periimplantite

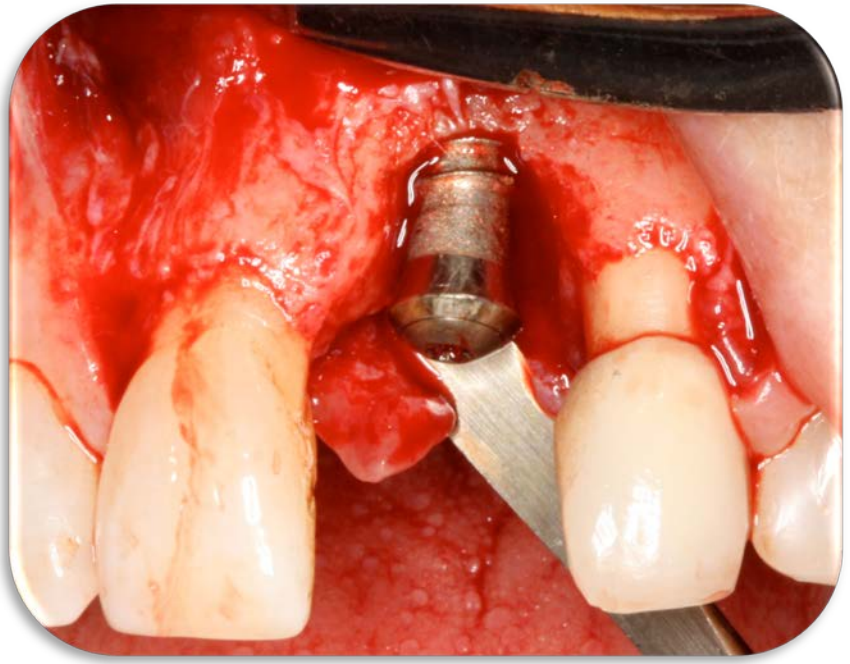
- Pilier mal adapté: A noter: une perte de l’os autour de l’implant





LE RÉSULTAT D'UNE INFECTION: PERTE DE L'OS AUTOUR DE L'IMPLANT



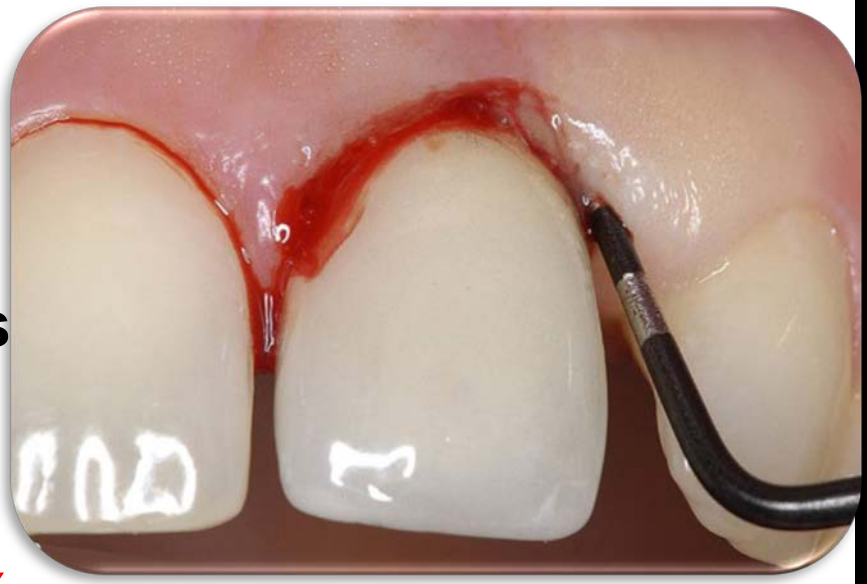


MUCOSITE PERI-IMPLANTAIRE – PRÉVALENCE TRÈS ÉLEVÉE!

Soft tissues at 80% of the implants exhibited BOP (Lekholm et al. 1986)

73.4% of 987 implants in 216 patients exhibited BOP. (Roos Jansåker et al. 2006b, 2006c)

BOP occurs in more than 90% of implants at which no 'progressive' bone loss was detected (Fransson 2008)

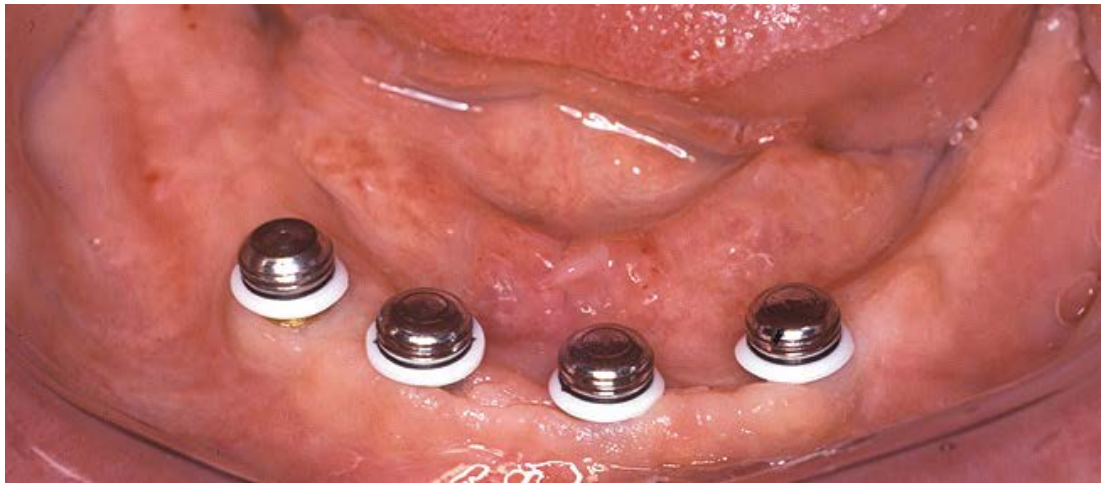


PERI-IMPLANTITE: PRÉVALENCE

An estimated weighted mean prevalence of 43% (range: 19%–65%) for peri-implant mucositis was reported in a European, South American, and North American sample population consisting of 4209 implants in 1196 patients

For periimplantitis, it was 22% (range: 1%–47%) in a similar ethnic sample population of 8893 implants in 2131 patients.

Derks J., and Tomasi C.: Peri-implant health and disease. A systematic review of current epidemiology. J Clin Periodontol 2015; 42: pp. S158-S171



Ces cas ne se ressemblent pas est ne peuvent être traités adéquatement par un denturologiste **sans danger** pour le patient

RÉHABILITATION IMPLANTO-PORTÉE

Ordre des dentistes du Québec

INTRODUCTION

La réhabilitation implanto-portée est le volet de la dentisterie qui permet la restauration ainsi que le maintien des fonctions buccodentaires et de l'apparence du patient par le remplacement d'une ou de plus d'une dent par une couronne ou par une prothèse supportée par des implants ostéo-intégrés. Un traitement complet et réussi repose sur une approche intégrée des deux phases du traitement, soit la phase chirurgicale et la phase prothétique.

Ces lignes de conduite ont pour but de guider le dentiste ou le dentiste spécialiste dans l'application des meilleures pratiques en réhabilitation implanto-portée et d'établir les exigences de formation nécessaires en la matière.

EXIGENCES DE FORMATION DU DENTISTE OU DENTISTE SPÉCIALISTE

Un dentiste ou dentiste spécialiste qui pratique la réhabilitation implanto-portée doit posséder les formations théorique et clinique ainsi que les qualifications nécessaires à l'exécution des phases chirurgicale ou prothétique, selon le cas. Malgré la diversité des techniques et procédures ainsi que la nature des cas rencontrés, il est admis que les cas cliniques sont généralement classés en deux catégories, soit les cas simples et les cas complexes (Annexe 1).

L'Ordre exige que le dentiste détienne une formation adéquate tant dans les aspects chirurgicaux que prothétiques de la réhabilitation implanto-portée. Cette formation doit être adaptée au niveau de complexité des cas et aux compétences à acquérir (Annexe 2).

ÉTAPES ESSENTIELLES À LA RÉHABILITATION IMPLANTO-PORTÉE

L'Ordre des dentistes du Québec rappelle que toute réhabilitation implanto-portée implique l'accomplissement d'étapes essentielles à sa réalisation et réfère ses membres à des listes de contrôle (Annexe 3) pour chacune des étapes qu'ils pourraient être appelés à accomplir, à savoir :

- ✓ Évaluation préchirurgicale et préprothétique
- ✓ Planification de traitement et consentement éclairé
- ✓ Phase chirurgicale et suivi
- ✓ Réévaluation postchirurgie implantaire
- ✓ Phase prothétique et suivi
- ✓ Phase de maintien professionnel et personnel
- ✓ Prise en charge des complications

DENTISTE OU DENTISTE SPÉCIALISTE QUI PRATIQUE DÉJÀ LA RÉHABILITATION IMPLANTO-PORTÉE

Le dentiste ou dentiste spécialiste qui pratique déjà la réhabilitation implanto-portée au moment de la publication des présentes lignes dans le *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec* aura 24 mois pour se conformer aux exigences et devra être en mesure de fournir sur demande les preuves attestant les formations suivies.

Annexe 1 GUIDE POUR LA CLASSIFICATION DES CAS

NIVEAU DE COMPLEXITÉ	CAS SIMPLES	CAS COMPLEXES
Perception du cas	Le résultat final peut être facilement visualisé et la réalisation des étapes est prévisible et conventionnelle. Les exigences esthétiques du cas ne sont pas élevées, les attentes du patient sont raisonnables et sa capacité à maintenir une bonne hygiène buccodentaire est adéquate.	Le résultat final ne peut être facilement visualisé sans un travail de diagnostic et de planification globale et multidisciplinaire, notamment un montage de modèles d'étude, un cirage diagnostique, etc. De nombreuses étapes de réalisation sont requises pour atteindre le résultat optimal et le risque de complications est accru. Les exigences esthétiques du cas sont élevées, tout comme les attentes du patient. La phase de maintien professionnel et personnel exigera un suivi particulier.
Âge et santé globale du patient	Il n'existe aucune contre-indication à subir les phases chirurgicale et prothétique.	Des considérations reliées à l'âge, à la condition du parodonte, à l'état de santé ou d'autres facteurs de risque tels que le tabagisme, le diabète ou le bruxisme existent. Ils impliquent une prise en charge particulière, notamment quant à la durée des procédures et à la gestion des complications.
Positionnement des dents	Les dents à remplacer respectent la forme de l'arcade existante et les dents adjacentes et opposées déterminent la position optimale de la restauration implanto-portée.	Il n'y a pas de dents adjacentes ou les dents présentes ne sont pas positionnées de façon appropriée. Un travail de diagnostic et de planification globale et multidisciplinaire est requis pour déterminer la position optimale de la restauration implanto-portée, tant d'un point de vue esthétique, mécanique que fonctionnel.
Phase chirurgicale	La chirurgie implantaire ne comporte pas de risques anatomiques et peut être exécutée sans modification importante des tissus durs. Les soins chirurgicaux peuvent être administrés par un dentiste formé adéquatement.	La chirurgie implantaire est plus difficile et comporte des risques anatomiques qui peuvent requérir des modifications ou une gestion importantes des tissus durs, notamment dans les cas d'implants immédiats, les greffes d'os et les procédures d'élévation du plancher sinusal. Les soins chirurgicaux devraient être exécutés par un chirurgien buccal et maxillo-facial, un parodontiste ou par un dentiste possédant une formation avancée en chirurgie et une expérience significative.
Tissus mous	Il y a peu ou pas de nécessité d'augmenter ou d'altérer la position de la muqueuse péri-implantaire. L'intervention ne requerra pas de greffe importante de tissus durs/mous.	Il y a nécessité d'augmenter ou d'altérer la position de la muqueuse péri-implantaire, ce qui requiert une greffe importante de tissus durs/mous.
Occlusion	Les dents peuvent être remplacées sans modification du plan occlusal, de la dimension verticale et de la position d'intercuspidation maximale existants.	Il y a nécessité de modifier le plan occlusal, la dimension verticale ou la position d'intercuspidation maximale existants. Les soins prothétiques devraient être exécutés par un prosthodontiste ou par un dentiste possédant une formation avancée en prosthodontie et une expérience significative.

N.B. Il est admis que peu de situations correspondront exactement aux catégories décrites, mais ces définitions aideront le dentiste et son équipe dans la sélection des cas adaptés à leurs compétences.

SOURCES : Des passages de ce document ont été traduits et adaptés du document *Guidelines on Educational Requirements & Professional Responsibilities for Implant Dentistry*, mai 2013, Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, ainsi que de *Training Standards in Implant Dentistry*, 2012, The Association of Dental Implantology, Royaume-Uni.

Annexe 2 **FORMATION MINIMALE**

EXIGENCES DE FORMATION DU DENTISTE OU DU DENTISTE SPÉCIALISTE

Les exigences de formation décrites s'adressent au dentiste qui désire effectuer des réhabilitations implanto-portées (phases chirurgicale ou prothétique).

Il est admis que certains dentistes ont déjà suivi de la formation sous des formes diverses et acquis une expérience pratique en exécutant des réhabilitations implanto-portées. Ces dentistes devraient évaluer le niveau de la formation et des cours qu'ils ont suivis en regard des exigences minimales décrites et être en mesure de le démontrer. Si nécessaire, tout manquement identifié par rapport aux exigences minimales devrait faire l'objet d'une formation supplémentaire et continue.

La nature multidisciplinaire de la réhabilitation implanto-portée nécessite une formation adéquate qui assurera une communication efficiente entre les membres de l'équipe dentaire ainsi qu'avec le patient.

CAS SIMPLES

Le dentiste qui exécute les phases chirurgicale et prothétique de la restauration implanto-portée doit avoir suivi une (des) formation(s) totalisant au moins 35 heures pour chacune des phases ou de 70 heures pour les deux phases. Ces formations doivent avoir des composantes pratiques (exposition clinique et « hands-on »).

Le dentiste qui limite sa pratique à l'une des deux phases (chirurgicale ou prothétique) doit avoir suivi une (des) formation(s) totalisant au moins 35 heures pour la phase qu'il exécute et de 15 heures pour la phase qu'il n'exécute pas.

Le dentiste doit détenir une connaissance et une compréhension de toute phase qu'il n'effectue pas lui-même. Le niveau des compétences à acquérir (connaissance, compréhension, prise en charge, exécution) en regard des éléments suivants dépend de la phase effectuée par le dentiste :

- les concepts fondamentaux de biologie, de biomécanique, de biomatériaux, de physiologie de l'os ainsi que les types de liens des implants dentaires avec les tissus-hôtes;
- les considérations anatomiques du complexe maxillo-facial et les variations anatomiques dues à la résorption liée à la perte des dents;
- les méthodes permettant d'évaluer le patient, de poser un diagnostic et d'établir un plan de traitement (sélection du site chirurgical), de sélectionner les candidats (éducation et préparation), de choisir le type d'implant requis (sélection et indications);
- les techniques diagnostiques et d'imagerie indiquées pour évaluer la quantité et la qualité de l'os;
- les conditions locales ou systémiques qui peuvent influer sur la phase chirurgicale, la phase de restauration ou la phase de maintien, incluant le comportement anticipé du patient en réponse au traitement;
- les étapes séquentielles de la planification en réhabilitation implanto-portée, les mécanismes de référence et les options conventionnelles de traitement;
- les procédures prothétiques préparatoires à la chirurgie (p. ex., guide radiologique et guide chirurgical) et les principes de sélection d'implants;
- les procédures et les choix de traitements prothétiques ainsi que leurs limites (provisoire, restauration unitaire, prothèse fixe, prothèse fixe-amovible, prothèse amovible);
- la chirurgie implantaire et ses limites (asepsie et contrôle de l'infection, armamentarium, préparation, anesthésie, protocole, etc.) ainsi que les soins postopératoires (médication, etc.);
- le traitement des complications chirurgicales et prothétiques;
- les déterminants de la phase de maintien, dont le suivi radiologique et ses particularités, le traitement des pathologies péri-implantaires, etc.

CAS COMPLEXES

Le dentiste qui désire exécuter les phases chirurgicale ou prothétique pour les cas complexes doit au préalable détenir les compétences requises pour effectuer les traitements pour des cas simples et acquérir les compétences supplémentaires nécessaires par des formations tant théoriques que cliniques qui seront adaptées à ses besoins spécifiques. Ces formations devraient être réalisées sous la supervision d'un dentiste ayant une expérience significative en réhabilitation implanto-portée complexe et aussi permettre d'acquérir les compétences requises à la gestion de toutes les complications à long terme.

Annexe 3 LISTES DE CONTRÔLE

ÉVALUATION PRÉCHIRURGICALE ET PRÉPROTHÉTIQUE

PLANIFICATION DE TRAITEMENT ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Identifier la plainte principale et les attentes du patient

Obtenir et interpréter l'histoire médicale et dentaire et identifier toute condition significative pouvant affecter la prise en charge du patient

Effectuer les consultations médicales ou tests nécessaires et analyser les résultats

Confirmer l'équipe dentaire qui sera responsable de procéder aux phases chirurgicale et prothétique et, si le dentiste restaurateur est différent du dentiste chirurgien, planifier le traitement conjointement

Compléter l'examen clinique intraoral et extraoral :

- Présence de pathologies orales
- Anatomie et forme des crêtes osseuses
- Relation inter-arches et leurs positions relatives en regard de la dentition existante
- Occlusion et parafonction
- Qualité, localisation et quantité d'os
- Condition parodontale de la dentition existante
- Localisation des sites favorables à la pose des implants

Compléter les radiographies et les tests diagnostiques

- Modèles d'étude
- Montage sur articulateur, cirage diagnostique et évaluation
- Radiographies rétroalvéolaires et panoramiques
- Imagerie médicale (tomographie volumique à faisceau conique, tomodensitométrie)

Déterminer la nature du cas (simple ou complexe)

Établir le diagnostic

Traiter les pathologies présentes, notamment les caries dentaires et la maladie parodontale

Finaliser les plans de traitement indiqués et prévoir tout besoin en chirurgie préparatoire préimplantaire

Compléter et documenter le processus de consentement éclairé

Fabriquer le guide chirurgical

Donner les instructions préchirurgicales et rédiger les prescriptions requises

PHASE CHIRURGICALE ET SUIVI

Avant la chirurgie implantaire

- S'assurer d'un temps de guérison adéquat suivant toute chirurgie préparatoire préimplantaire
- Revoir et confirmer le consentement éclairé
- Confirmer la technique de sédation/anesthésie
- Confirmer que le patient est à jeun avant toute sédation/anesthésie
- Confirmer la présence d'un adulte accompagnateur responsable
- Vérifier la prise de la médication préopératoire
- Confirmer la technique chirurgicale et les sites de pose d'implants
- Vérifier la disponibilité des forets et des implants correspondants
- Vérifier la disponibilité de pièces à main chirurgicales et de forets de remplacement en cas de besoin
- Vérifier la disponibilité du matériel nécessaire à la pose d'un greffon osseux si requis en cours de procédure
- Vérifier la présence du guide chirurgical
- Vérifier la disponibilité et l'affichage des radiographies ou tout autre système d'imagerie
- Vérifier la disponibilité de la prothèse de transition

Pendant la chirurgie implantaire

- Évaluer la qualité de l'os
- Placer un nombre adéquat d'implants en vue de la prothèse planifiée
- Évaluer la stabilité mécanique initiale de l'implant
- Placer les vis de recouvrement ou les piliers de guérison requis
- Prendre les radiographies opératoires et postopératoires nécessaires

Après la chirurgie implantaire

- Mettre la prothèse de transition en bouche
- Fournir les instructions postopératoires
- S'assurer de rédiger les prescriptions pour la médication postopératoire
- Planifier le rendez-vous de suivi postopératoire
- S'assurer que le patient est apte à quitter avec l'adulte accompagnateur responsable

RÉÉVALUATION POSTCHIRURGIE IMPLANTAIRE

Confirmer la guérison

Vérifier l'absence d'enflure et d'ecchymoses

Retirer les points de suture ou vérifier leur résorption

Vérifier l'absence de douleur, d'infection et de paresthésie

Vérifier la stabilité des implants et des piliers de guérison

Vérifier le confort et la stabilité de la prothèse de transition

Préparer et transmettre le rapport au dentiste responsable de la phase prothétique, si différent du dentiste responsable de la phase chirurgicale

PHASE PROTHÉTIQUE ET SUIVI

Planifier les rendez-vous pour la phase de restauration prothétique

Prendre les empreintes

Vérifier l'adaptation des restaurations

Vérifier et ajuster l'occlusion

Mettre en bouche les restaurations

Donner les instructions d'hygiène

Planifier les rendez-vous de suivi

PHASE DE MAINTIEN PROFESSIONNEL ET PERSONNEL

Confirmer l'absence de plainte ou d'inquiétude auprès du patient

S'assurer que les rendez-vous de suivi sont respectés par le patient

Vérifier la qualité des tissus mous péri-implantaires

Vérifier la qualité de l'hygiène buccodentaire

Vérifier la stabilité de la prothèse

Vérifier la stabilité de l'occlusion

Prendre les radiographies appropriées pour confirmer la stabilité osseuse péri-implantaire et la stabilité des connecteurs implantaires

PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS

Pendant tout le processus de réhabilitation implanto-portée, le patient doit être clairement informé de la procédure à suivre en cas d'urgence

Toute complication doit être prise en charge adéquatement et bien notée au dossier

SOURCE : Des passages de ce document ont été traduits et adaptés du document *Guidelines on Educational Requirements & Professional Responsibilities for Implant Dentistry*, mai 2013, Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario.

GUIDELINES

Approved by Council – May 2013
This is replacing the document
last published in August 2002.

Educational Requirements & Professional Responsibilities for Implant Dentistry

The Guidelines of the Royal College of Dental Surgeons of Ontario contain practice parameters and standards which should be considered by all Ontario dentists in the care of their patients. It is important to note that these Guidelines may be used by the College or other bodies in determining whether appropriate standards of practice and professional responsibilities have been maintained.

CONTENTS

INTRODUCTION 2

EDUCATIONAL REQUIREMENTS
- Initial Educational Requirements 2
- Educational Requirements for Complex Cases 4
- Ongoing Educational Requirements 4

PROFESSIONAL RESPONSIBILITIES
- Preliminary Evaluation and Treatment Planning 5
- Pre-Surgical Assessment 6
- Finalization of the Treatment Plan and Informed Consent 7
- Surgical Treatment 8
- Post-Surgical Follow-Up 8
- Post-Surgical Pre-Prosthetic Assessment 9
- Prosthetic Treatment 9
- Long-Term Follow-Up and Maintenance 10
- Management of Complications 10
- Recordkeeping 10

Appendices
- Guidance for "Straightforward" and "Complex" Cases .. 12
- American Society of Anesthesiology Physical Status Classification System 13
- Pre-Surgical Checklist 14
- Surgical Checklist 15
- Post-Surgical Checklist 16
- Checklist for Confirming Implant Osseointegration 16
- Checklist for Long-Term Follow-Up and Maintenance ... 16

Royal College of
Dental Surgeons of Ontario

Ensuring Continued Trust

6 Crescent Road
Toronto, ON Canada M4W 1T1
T: 416.961.6555 F: 416.961.5814
Toll Free: 800.565.4591 www.rcdso.org

Introduction

Implant dentistry is the branch of dental practice that aims to restore and maintain the oral function, appearance and health of the patient through the placement of endosseous dental implants and associated fixed and/or removable prosthetic components.

The provision of dental implant treatment requires a specific base of knowledge and clinical skills for both the surgical and prosthetic phases of treatment. This document outlines suggested educational requirements and professional responsibilities for those dentists who wish to use dental implants for their patients.

It is not the purpose of this document to provide dentists with detailed step-by-step instructions for the placement and restoration of dental implants. Rather, it is to guide dentists in the use of "best practices" for providing implant dentistry. This document includes several checklists to help dentists assess their preparedness to undertake different levels of clinical cases and improve situational awareness.

To keep pace with the rapid advancements in the field of implant dentistry, this document should be periodically reviewed by the Royal College of Dental Surgeons of Ontario.

Educational Requirements

Implant dentistry encompasses a wide variety of techniques and procedures. However, clinical cases may broadly be divided into two levels of complexity:

1. Cases involving the straightforward placement and/or restoration of dental implants; and
2. Cases involving the complex placement and/or restoration of dental implants.

See Appendix 1: Guidance for "Straightforward" and "Complex" cases.

The level of complexity of the cases dentists elect to undertake should reflect the commensurate level of training and courses they have successfully completed and competency and experience they have acquired.

> Cases involving high aesthetic requirements and/or high patient expectations often fall in the complex category.

INITIAL EDUCATIONAL REQUIREMENTS

Prior to performing any dental implant procedure, dentists who wish to provide dental implant treatment must undertake comprehensive training and successfully complete a course or courses that adhere closely to the criteria outlined below.

It is recognized that dentists may receive training in dental implant treatment in a variety of ways. Many registered dental specialists have received comprehensive training and have been assessed to be competent to provide dental implant treatment as part of an accredited postgraduate specialty training program. This should be acknowledged as the most desirable mode of training. Those dentists who have not received such training must conform to the following minimum initial educational requirements.

> The minimal initial educational requirements suggested in this document are directed to those dentists who wish to use dental implants for their patients and have little or no prior training and experience.
>
> It is recognized that there are dentists who have already completed training in a variety of ways and acquired experience in implant dentistry by performing dental implant procedures. These dentists should reflect on the level of training and courses they have successfully completed, and competency and experience they have acquired, in light of the minimal educational requirements suggested in this document. If necessary, any perceived deficiencies should be addressed through additional and ongoing education.

The course or courses should:

1. be conducted by persons who have had recognized comprehensive formal, preferably university-based, training and significant experience performing dental implant procedures;
2. have didactic and clinical-related components with formal evaluation;
3. have a hands-on clinical simulation component with formal evaluation;
4. teach methods and systems that have been shown to be successful and safe by published scientific research, preferably supported by well-designed longitudinal clinical studies that demonstrate the efficacy and effectiveness of the method and biocompatibility of the materials;
5. be of adequate duration involving not less than 35 hours of instruction for each of the surgical and prosthetic phases, or 70 hours of combined instruction, so that dentists wishing to become involved in implant dentistry:
   - understand the biological basis of osseointegration (materials, biomechanics and bone physiology) for dental implants and their interactions with host tissues, and the implications regarding dental implant loading;
   - understand the anatomical considerations and limitations in relation to dental implant placement;
   - understand the current diagnostic and imaging procedures that are available for the assessment of bone quantity and quality at the planned dental implant site(s);
   - are able to recognize and identify local and systemic or behavioural conditions that may influence the surgical, prosthetic or maintenance aspects of dental implant treatment;
   - understand sequential planning procedures for dental implant treatment, including appropriate referral procedures;
   - understand pre-surgical prosthodontic preparation procedures, such as surgical and radiographic guides, and the basis for specific dental implant selection;
   - understand the importance of post-surgical follow-up and the management of complications;
   - understand the various provisional and definitive prosthodontic procedures for dental implant supported and/or retained prostheses;
   - understand the importance of effective communication between the various members of the dental implant team and other providers, and especially with the patient.

Dentists who provide both phases (surgical and prosthetic) of dental implant treatment must have successfully completed a course or courses involving not less than 35 hours of instruction for each of the surgical and prosthetic phases, or 70 hours of combined instruction.

Dentists who limit their practice to one phase only (surgical or prosthetic) of dental implant treatment must have successfully completed a course or courses involving not less than 35 hours of instruction for the phase practiced and 14 hours of instruction for the phase not practiced.

Dentists who provide the surgical phase of dental implant treatment must be competent and experienced in dentoalveolar surgical procedures.

The minimum initial educational requirements suggested in this document are adequate for most dentists to begin cases involving the straightforward placement and/or restoration of dental implants. Additional training and education should be completed before undertaking cases involving the complex placement and/or restoration of dental implants.

Since implant dentistry is often practiced using a team approach, it is important that all members of the dental implant team understand the conditions, concerns and constraints faced by each member of the team. It is recommended, therefore, that all members of the dental implant team have a working knowledge of all phases of dental implant treatment and accept shared responsibility.

A clear mechanism of communication should exist between all members of the dental implant team and be effectively used. In addition, communication with the patient should be coordinated between those dentists who separately provide the surgical and prosthetic phases of dental implant treatment.

EDUCATIONAL REQUIREMENTS FOR COMPLEX CASES

Dentists must be competent and experienced in the straightforward placement and/or restoration of dental implants, as described above, before progressing to this level of complex treatment. It is likely that the planning and treatment of complex cases will require a team approach, and that different aspects of care may be undertaken by appropriately experienced members of the dental implant team.

The prosthodontic team should be familiar with and competent in managing changes to the occlusal scheme, including vertical dimension and position of teeth, and how these interact with the existing dentition (if present) and the jaw relationships. Dentists who provide the prosthetic phase of complex dental implant treatment should have been mentored by a suitably competent and experienced individual in an appropriately structured training program.

The placement of dental implants requiring hard and/or soft tissue augmentation demands a high level of surgical experience and the ability to care for such patients. Dentists who provide the surgical phase of complex dental implant treatment should have been mentored by a suitably competent and experienced individual in an appropriately structured training program. Further, those dentists must also have attended courses that specifically train in these techniques and be competent to deal with any immediate and long-term complications of the treatment provided.

It is recommended that all members of the dental implant team should keep detailed records of their training, the courses they have attended and all mentoring they have received.

The placement of dental implants requiring hard and/or soft tissue augmentation demands a high level of surgical experience and the ability to care for such patients.

ONGOING EDUCATIONAL REQUIREMENTS

Dentists involved in implant dentistry should maintain their knowledge and clinical skills on an ongoing basis. This can be accomplished by ensuring that continuing education programs are taken that review basic dental implant principles and/or present advances in implant dentistry. In the rapidly changing and expanding field of implant dentistry, it is especially important that additional training be obtained before using new techniques or materials.

It is the responsibility of each dentist to evaluate new technology, products and techniques to ensure that their use is supported by valid scientific data and long-term studies, and that necessary Health Canada approvals are in place. Caution is advised in extrapolating results from one dental implant system to another.

All medical devices licensed for sale in Canada are listed in a searchable online Health Canada database at: www.mdall.ca.

Professional Responsibilities

All stages of dental implant treatment are driven by the goal of achieving the end result: the definitive ("final") prosthesis. Careful patient evaluation and treatment planning, followed by meticulous execution of treatment steps, are necessary to achieve the desired outcome.

While the actual treatment steps may vary to meet the specific needs and expectations of each patient situation, in general, they follow the following pattern:

1. preliminary evaluation and treatment planning by the dentist providing the prosthetic phase of treatment (the "prosthetic dentist");
2. pre-surgical assessment by the dentist providing the surgical phase of treatment (the "surgical dentist");
3. consultation and development of the proposed treatment plan by both prosthetic and surgical dentists;
4. additional evaluation/assessment, if necessary;
5. finalization of the treatment plan and establishment of a surgical prescription by both prosthetic and surgical dentists:
   (a) diagnostic (aesthetic/functional) set-up and intra-oral trial, if necessary;
   (b) preliminary hard and/or soft tissue augmentation, if necessary;
   (c) fabrication of a surgical guide, if necessary;
   (d) fabrication of a transitional prosthesis, if necessary;
6. execution of surgical treatment and post-surgical follow-up;
7. post-surgical pre-prosthetic assessment;
8. execution of prosthetic treatment;
9. long-term follow-up and maintenance.

PRELIMINARY EVALUATION AND TREATMENT PLANNING

The preliminary evaluation of the patient, including the collection of clinical and radiographic records, must be orchestrated by the prosthetic dentist, who establishes the treatment plan in collaboration with other members of the dental implant team. The evaluation should include the following elements:

- complete medical and dental histories, including a determination of the patient's chief complaint(s) and expectations;
- a clinical extra-/intra-oral examination;
- appropriate radiographs of the proposed dental implant site(s);
- appropriate study models and other diagnostic aids, such as photographs, diagnostic set-ups and radiographic/surgical guides, as indicated.

Proper patient selection is essential. Considerations must include the physical and medical suitability of the patient to undergo dental implant treatment, as well as the:

- presence of oral pathologies;
- anatomy and form of bony ridges;
- inter-arch relationships and their position relative to the remaining dentition;
- occlusion;
- presence of parafunction;
- quality, localization and quantity of bone;
- periodontal condition of the remaining dentition;
- localization of favourable dental implant sites, especially in relation to their accessibility;
- ability to attain the design of the proposed prosthesis;
- ability to address the patient's chief complaint(s) and expectations;
- patient's ability to maintain oral hygiene.

The evaluation should also determine the necessity for additional orthodontic, surgical, periodontal, endodontic or prosthodontic intervention, before dental implant treatment can proceed.

Dental implant treatment should be considered in the context of a comprehensive treatment plan that addresses the specific needs and expectations of the patient and the various treatment options available. The use of dental implants represents but one treatment option for the replacement of missing teeth. Thus, there must be a sound rationale for selecting dental implant treatment over and above other treatment options, with a clear and demonstrable benefit to the patient. The use of dental implants should be made in consideration of the following factors:

- the presence of systemic medical conditions;
- pre-existing dental disease;
- the patient's motivation and oral hygiene ability;
- financial constraints;
- a careful evaluation of the advantages and disadvantages of alternative prostheses in relation to the presenting status of the surrounding teeth, soft tissues and associated structures.

Setting unreasonable treatment goals can lead to failure to achieve the desired outcome and result in dissatisfied patients. This principle especially applies when patients develop unrealistic functional and aesthetic expectations.

PRE-SURGICAL ASSESSMENT

Ideally, the pre-surgical assessment is initiated by a surgical prescription from the prosthetic dentist, setting out the preferred number and positions of dental implants to be placed to support the planned prosthesis. In essence, the pre-surgical assessment should determine whether the surgical prescription can be fulfilled and at what level of confidence. This, in turn, provides for the development of a surgical treatment plan, which should be structured so as to accomplish and be integrated with the prosthetic treatment goals and procedures.

In conducting the pre-surgical assessment, the surgical dentist is guided by the prosthetic treatment goals, but certain factors have special significance when viewed from a surgical perspective. In particular, the pre-surgical assessment must consider the anatomy and form of the edentulous ridges (e.g. length, width, shape), as well as the inter-arch relationships and their position relative to remaining natural teeth, which determine whether adequate space exists for the placement of dental implants and the prosthesis. In addition, the volume and quality of bone, as well as its position relative to the planned prosthesis, and the characteristics of the overlying soft tissues (e.g. keratinized, attached mucosa versus non-keratinized, non-attached mucosa) must be assessed, as they affect the probability of successful integration and long-term maintenance.

The number of dental implants to be placed, as well as their angulation and vertical orientation, are determined by the prosthetic treatment plan and the patient's anatomy. Biomechanical factors must be considered to avoid over-loading of dental implants and prostheses, which can lead to their failure. Aesthetic factors must be considered if dental implants are to be placed in the aesthetic zone; for example, a patient with a high lip (i.e. smile) line who exposes gingival tissues may require ancillary surgical procedures or prosthetic manoeuvres, such as the use of pink methacrylate ("acrylic") or porcelain, to optimize aesthetics.

The surgical dentist should evaluate the radiographs and other diagnostic records obtained by the prosthetic dentist and, if necessary, arrange for them to be supplemented as required. Two-dimensional radiographs are absolutely essential in all cases and may include periapical and/or panoramic films. Conventional clinical and radiographic techniques may be sufficient to evaluate the edentulous ridges in cases involving ample alveolar bone. Cases involving suspected anatomical challenges (e.g. advanced alveolar resorption, clinical doubt about the shape of the alveolar ridge, close approximation to the incisive canal, maxillary sinus or mandibular canal) may benefit from additional three-dimensional imaging of the edentulous ridges with conventional or computerized tomography.

Appropriate management of the surgical patient requires a comprehensive medical assessment. In general, conditions must be identified that affect the patient's ability to undergo the surgical procedure safely (e.g. history of a coagulation disorder or use of anticoagulants, etc.), as well as those that may impair the healing process and successful integration of the dental implants (e.g. history of smoking or use of bisphosphonates, presence of auto-immune disorders or uncontrolled diabetes, etc.). The patient's medical status, the scope of the surgical treatment plan and patient preference must also be considered when making recommendations for the use of sedation or general anaesthesia.

In general, ASA Class I and II patients may be regarded as straightforward from a medical standpoint, whereas ASA Class III and IV patients should be regarded as compromised (see Appendix 2: American Society of Anesthesiology Physical Status Classification System). For patients who are known to be medically compromised or whose medical status is unclear, consultation with their physician may be indicated. Further, pre-operative medical testing (e.g. bloodwork, ECG, chest x-ray, etc.) should be considered as part of the medical work-up and the need for peri-operative medical management, such as the use of antibiotics and steroids, should be assessed.

FINALIZATION OF THE TREATMENT PLAN AND INFORMED CONSENT

Proper patient evaluation and treatment planning is of utmost importance in dental implant treatment.

In addition to the above, study models and diagnostic set-ups may facilitate treatment planning for the optimal positioning of dental implants in complex cases, including those involving high aesthetic requirements. These same study models may also elucidate unfavourable jaw relationships (e.g. pseudo-Class III jaw relationship resulting from advanced maxillary alveolar bone resorption), which may not be suitable for treatment with fixed bridges. Surgical guides may assist placement in cases requiring precise positioning of dental implants (e.g. multi-unit fixed cases, single unit cases in the aesthetic zone).

The treatment plan should also include a transitional strategy, while the dental implants heal. This may include the use of a transitional removable prosthesis placed over the dental implants, a transitional fixed prosthesis supported by adjacent teeth or, in appropriate cases, attached to dental implants immediately at the time of their placement.

Dentists must take all reasonable steps to minimise the risk of harm occurring to a patient as a result of dental implant treatment.

Risk reduction measures for implant dentistry include:

- accurate assessment of the level of complexity of the clinical case and the dentist's skill level to undertake it;
- setting reasonable and achievable treatment goals;
- careful patient evaluation and treatment planning;
- appropriate discussion with the patient regarding the proposed treatment;
- excellent communication between all members of the dental implant team;
- employment of carefully evaluated and approved dental implant systems and ancillary equipment;
- employment of appropriately trained dental staff;
- employment of best practices for the procedure;
- employment of best practices for infection prevention and control.

In obtaining informed consent for dental implant therapy, the discussion with the patient should address:

- the patient's diagnosis;

- the nature and purpose of dental implant treatment, as well as the rationale for choosing it in this case;
- a clear explanation of the benefits and risks associated with dental implant treatment, including the risk of dental implants failing to osseointegrate;
- all available treatment options and alternatives, and their relevant advantages and disadvantages, including those that do not involve dental implants;
- the cost and duration of dental implant treatment;
- the expected post-surgical sequelae (e.g. pain, bleeding, swelling, bruising, etc.);
- the necessary post-treatment care and monitoring;
- the likely prognosis and lifespan of dental implant treatment;
- the patient's responsibility for the long-term success of the treatment.

Dentists performing implant dentistry must show evidence of the informed consent discussion with the patient and consultations with all professionals involved in the treatment process.

Dentists performing implant dentistry have an obligation to fully inform their patients of the procedures and the source of any grafting materials that will be used during dental implant surgery as part of the informed consent process.

SURGICAL TREATMENT

Surgical dentists must be competent and experienced in dentoalveolar surgical procedures and the management of related complications. Consideration should be given to referral to a more experienced surgical dentist in cases that are complicated by virtue of the scope of the dental implant treatment plan or the patient's medical history.

Dental implants should be placed by a trained clinician with trained assistants using a careful, aseptic surgical technique. Success is highly dependent upon a surgical technique that avoids overheating the bone.

An adequate number of dental implants should be placed at the correct positions, depths and angulations to allow for the fabrication of a functional and aesthetic prosthesis. Adequate width of bone and soft tissues between dental implants is required to avoid prosthetic components from impacting on each other and facilitate good oral hygiene for long-term maintenance. Additionally, adequate width of bone and soft tissues between dental implants and natural teeth is required to avoid iatrogenic injury. Drilling techniques and dental implant design should be selected to provide good initial mechanical stability while avoiding damage to adjacent vital anatomical structures.

In some cases, intra-operative or immediate post-operative radiographs may be desirable.

POST-SURGICAL FOLLOW-UP

Post-surgical follow-up is important to ensure good short-term healing and long-term maintenance of dental implant health. Initial healing assessments are usually carried out within the week or two following the surgery. Clinical assessment confirms appropriate healing of the hard and soft tissues. Stability of the dental implants and their abutments can be confirmed with manual palpation. Radiographs may be taken to confirm good position relative to vital anatomical structures, appropriate depth placement and appropriate seating of healing or prosthetic abutments. Transitional prostheses should be adjusted for stable and comfortable fit without adverse loading of the dental implant and/or grafting sites or exposed healing abutments. In cases where immediate, implant-supported prostheses have been placed, assessments should include stability of the dental implants, abutment connections and the absence of adverse loading.

Following the initial healing phase, patients are reappointed to confirm successful osseointegration of the dental implants after an adequate healing period. Testing of osseointegration is done by clinical assessment of the dental implants and the surrounding tissues. Clinical assessment of dental implant stability, including palpation, percussion, reverse torque testing and radio-frequency analysis are all considerations for the assessment of osseointegration. Radiographic evaluation at this time is appropriate to confirm healthy peri-implant bone. Successful completion of this assessment enables progression to the prosthetic phase of treatment.

The surgical dentist is responsible for providing short-term maintenance following the insertion of the dental implants and up to the time that the prosthetic dentist is prepared to assume responsibility for the remaining stages of treatment.

POST-SURGICAL PRE-PROSTHETIC ASSESSMENT

Before commencing the steps to fabricate the definitive prosthesis, the prosthetic dentist should conduct a pre-prosthetic assessment of the case. This includes:

- verifying that the dental implants have integrated, both by clinical means as described above and radiographic means as deemed appropriate;
- communicating with the surgical dentist about the need for further assessment, if the outcome of the case is questionable;
- evaluating the location and angulation of the integrated dental implants in relation to the remaining dentition and the opposing arch, and their suitability to support the desired prosthesis, as planned.

Consideration should be given to fabricating a transitional implant-supported prosthesis to further assess the case before proceeding with the definitive prosthesis in the following circumstances:

- there are concerns about the dental implants' suitability to support the desired prosthesis;
- there are highly challenging functional and/or aesthetic demands;
- significant changes to the occlusal scheme and/or other parameters are advisable.

The patient should function with the transitional prosthesis for an adequate period of time to provide for meaningful assessment.

PROSTHETIC TREATMENT

Once the dental implants are deemed ready to proceed, a master cast impression is taken to replicate the anatomy of the oral structures and their relationship to the dental implant(s). Care must be taken to eliminate errors, since the accuracy of the definitive prosthesis is highly dependent on this step. Appropriate impression materials, trays, adhesives and techniques, including verification of proper seating of the impression copings (if used), are required. The latter may be verified clinically and, when appropriate, radiographically.

The fabrication of a successful definitive prosthesis is also dependent on careful attention to the following steps:

1. verifying proper fit ("passive fit") between the framework and the dental implants and/or prosthetic abutments (if used). This may be accomplished using a variety of clinical techniques. Radiographic assessment may also be used, but cannot replace appropriate clinical evaluation;
2. verifying proper shape of the prosthesis to provide adequate form, aesthetics and function, and to allow for adequate oral hygiene. If a properly shaped transitional prosthesis has been utilized for a sufficient period, then the definitive prosthesis should closely match its form;
3. verifying proper occlusion after pre-loading ("torquing") the prosthetic and/or abutment screws.

The patient should clearly communicate acceptance of the definitive prosthesis prior to its insertion.

Consideration should be given to maintaining access to the prosthetic and/or abutment screws, especially in extensive cases.

Depending on the complexity and nature of the prosthesis, as well as patient-mediated factors, an appointment should be scheduled within a few days to weeks of insertion to verify proper function, comfort and patient satisfaction. Gingival health, phonetics, aesthetics and occlusion should also be re-assessed.

LONG-TERM FOLLOW-UP AND MAINTENANCE

The placement of dental implants and construction of a definitive prosthesis concludes the active phase of dental implant treatment.

Following the insertion of the definitive prosthesis, the prosthetic dentist is responsible for providing long-term follow-up and maintenance or ensuring that another responsible dentist is doing so. Although it is the responsibility of the members of the dental implant team to recommend and provide long-term maintenance care, patients must be informed of and assume responsibility for their role in complying with such recommendations.

The patient should be seen within one year of the insertion of the definitive prosthesis, at which time radiographs should be taken to verify the stability of peri-implant bone and integrity of all abutment connections.

The schedule for long-term maintenance visits should be customized for the requirements of the case, but may be combined with regular recall visits and include oral hygiene assessment and appropriate care. In particular, the peri-implant soft and hard tissues should be assessed, as well as the continued stability of the dental implants, prosthesis and occlusion. Patients with a history of parafunction are often candidates for bruxism appliances. Accordingly, long-term maintenance visits should include evaluation of such appliances for their fit and wear.

MANAGEMENT OF COMPLICATIONS

While long-term follow-up and maintenance is the responsibility of the prosthetic dentist, the management of complications is a responsibility shared by all members of the dental implant team. Accordingly, individual members of the dental implant team, such as the surgical dentist or dental laboratory technician, should be consulted as the need arises.

Complications may vary in severity and complexity, and their origin may be evasive or remain unknown. Best practices for investigating and addressing complications include the following:

- a detailed history of all signs and symptoms should be taken, including their time of onset relative to the various stages of dental implant treatment;
- a meticulous clinical and radiographic examination should be conducted and the findings compared with records obtained before the complications arose;
- if a clear cause for the complications cannot be established, then the most likely cause should be designated as the working hypothesis;
- once the cause (or most likely cause) is determined, then the question of whether it can be predictably addressed should be ascertained;
- if the remedy for a given complication is unpredictable and/or complex, then retreatment should be considered. This option may involve removal of the dental implant(s) and/or replacement of the prosthesis;
- once the complication is addressed and a favourable outcome is achieved, consideration should be given to preventing further complications.

RECORDKEEPING

Detailed records are a mandatory and critical part of any dental treatment and, especially, dental implant treatment. They help the practitioner to focus on the important and critical aspects of the case, while reducing the risk of misunderstandings, errors in component selection and usage, and the omission of important steps in the delivery of treatment. Moreover, detailed records form an invaluable defence tool for the practitioner when he/she is challenged by the patient either directly or through legal proceedings.

As with all dental treatment, detailed dental records must be kept and maintained, and should include:

- documentation that the informed consent process was fulfilled;
- radiographs, study models and other diagnostic aids;
- detailed progress notes relative to the procedures performed and post-operative advice given to the patient, including a record of any educational materials given to the patient;
- documentation of ongoing clinical monitoring, including radiographs where appropriate.

While there is no requirement to maintain working models, dentists performing implant dentistry should consider the advisability of doing so for documentary purposes, as well as the long-term maintenance of the case.

Surgical notes should include standard surgical notations as well as:

- dental implant location, size and type, lot and/or catalogue number, and expiry date, as applicable;
- difficulties encountered during placement, if any;
- all materials used during surgery;
- size and type of abutment placed at uncovery;
- osseointegration status using standardized measurement or descriptive criteria;
- any significant findings that may affect the expected outcome;
- any recommendations, instructions or advice given to the patient about the surgical treatment.

Prosthodontic notes should include notations on the prosthodontic procedures performed, as well as:

- size, location, type and angulation of the dental implant;
- osseointegration status using standardized measurement or descriptive criteria;
- size and type of abutment used;
- type of prosthesis fabricated and materials used;
- type of connection — screw or cement;
- a record of all components secured for function in the patient's mouth;
- any pain or discomfort reported by the patient during prosthodontic treatment, particularly at the time of delivery of the prosthesis;
- any recommendations, instructions or advice given to the patient about the prosthodontic treatment.

Comprehensive training programs in the use of dental implants will serve to protect the public of Ontario as well as afford protection for the practitioner.

Lack of adequate and/or inadequate clinical treatment and records may place a practitioner at risk for civil proceedings, if there are adverse results due to the treatment rendered.

Appendix 1

GUIDANCE FOR "STRAIGHTFORWARD" AND "COMPLEX" CASES

Level of Complexity	Straightforward Case	Complex Case
Perception of Case	You can easily visualise the end result and the treatment stages are predictable.	The end result cannot be easily visualised without extensive case work-up and multiple treatment stages are required to achieve the desired outcome. Complications are to be expected.
Tooth Position	The teeth to be replaced conform to the existing arch form and the adjacent teeth easily determine the optimal prosthetic tooth position.	There are no adjacent teeth or those present are in an unsuitable position and extensive case work-up is required to determine the optimal prosthetic tooth position for aesthetics and function.
Implant Surgery	The dental implant surgery is without anatomically related risks and can be carried out without the need for significant hard tissue grafting (including onlay bone grafting and sinus grafting). The surgical care can be provided by an appropriately trained dentist.	The dental implant surgery is more difficult, with anatomically related risks and may require significant hard tissue grafting (including onlay bone grafting and sinus grafting). The surgical care should be provided by an oral and maxillofacial surgeon, periodontist or a dentist with advanced surgical training and extensive experience.
Soft Tissue	There is little or no need to augment or alter the position of the peri-implant mucosa. Such intervention will not require significant grafting of hard/soft tissue.	There is a need to augment or alter the position of the peri-implant mucosa, requiring significant grafting of hard/soft tissue.
Occlusion	The teeth can be replaced by conforming to the existing occlusal scheme and at the same vertical dimension.	There is a need to substantially change the existing occlusal scheme and/or the vertical dimension. The prosthetic care should be provided by a prosthodontist or a dentist with advanced prosthodontic training and extensive experience.
Aesthetics	The aesthetic requirements of the case are not high and the expectations of the patient are reasonable.	The aesthetic requirements of the case are high, as are the expectations of the patient.

It is acknowledged that few treatment episodes will fall exactly into either category, but it is anticipated that the above definitions should help to guide members of the dental team with the selection of appropriate cases.

Adapted from the Faculty of General Dental Practice (UK), the Royal College of Surgeons of England: "Training standards in implant dentistry for general dental practitioners" (2008).

Appendix 2

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY PHYSICAL STATUS CLASSIFICATION SYSTEM

ASA I: A normal healthy patient.

ASA II: A patient with mild systemic disease.

ASA III: A patient with severe systemic disease that limits activity but is not incapacitating.

ASA IV: A patient with incapacitating systemic disease that is a constant threat to life.

ASA V: A moribund patient not expected to survive 24 hours with or without operation.

ASA VI: A declared brain-dead patient whose organs are being removed for donor purposes.

ASA E: Emergency operation of any variety; E precedes the number, indicating the patient's physical status.

Appendix 3

PRE-SURGICAL CHECKLIST

- ☐ Patient's chief complaint(s) and expectations identified
- ☐ Medical and dental histories completed and significant findings identified
- ☐ Medical consultation/tests performed and results obtained
- ☐ Clinical extra-/intra-oral examination completed
    - o presence of oral pathologies
    - o anatomy and form of bony ridges
    - o inter-arch relationships and their position relative to the remaining dentition
    - o occlusion
    - o quality, localization and quantity of bone
    - o periodontal condition of the remaining dentition
    - o localization of favourable dental implant sites
- ☐ Radiographs and diagnostic tests completed
    - o study models
    - o periapical radiographs
    - o panoramic radiographs
    - o tomography
    - o dental CT scan
    - o diagnostic set-up
    - o computer guided virtual 3D planning
- ☐ Level of case complexity determined: straightforward or complex
- ☐ Diagnosis established
- ☐ Treatment plan and surgical prescription finalized
- ☐ Informed consent process fulfilled and documented
- ☐ Surgical guide fabricated
- ☐ Pre-operative instructions and medications provided to patient

Appendix 4

SURGICAL CHECKLIST

Pre-Operative

- ☐ Informed consent reviewed and confirmed
- ☐ Sedation/anaesthetic technique confirmed
- ☐ NPO status confirmed for patients having sedation or anaesthesia
- ☐ Responsible adult escort confirmed
- ☐ Preoperative medications taken
- ☐ Surgical technique and sites confirmed
- ☐ Surgical drill system and corresponding dental implants available
- ☐ Backup surgical handpiece and drill system available
- ☐ Ancillary grafting tissues available
- ☐ Surgical guide present
- ☐ Essential radiographs/imaging present and displayed
- ☐ Transitional prosthesis present

Intra-Operative

- ☐ Bone quality assessed
- ☐ Adequate number of dental implants placed for planned prosthesis
- ☐ Initial mechanical stability of dental implants assessed
- ☐ Necessary intra-operative radiographs taken
- ☐ Cover screw or healing abutments placed

Post-Operative

- ☐ Transitional prosthesis placed
- ☐ Postoperative instructions provided
- ☐ Postoperative medications provided
- ☐ Postoperative follow-up appointment scheduled
- ☐ Patient fit for discharge with responsible adult escort

Appendix 5

POST-SURGICAL CHECKLIST

- ☐ Normal healing confirmed
- ☐ Swelling and bruising resolving
- ☐ Sutures dissolved or removed
- ☐ Absence of pain, infection, paraesthesia
- ☐ Dental implant and abutments stable
- ☐ Transitional prosthesis sustained comfortably
- ☐ Radiographs confirm good dental implant position with stable peri-implant bone
- ☐ Report to prosthetic dentist prepared and sent

Appendix 6

CHECKLIST FOR CONFIRMING IMPLANT OSSEOINTEGRATION

- ☐ Dental implant stability confirmed
- ☐ Absence of pain
- ☐ Peri-implant soft tissues healthy
- ☐ Radiographs confirm stable peri-implant bone
- ☐ Patient appointed for prosthetic restoration
- ☐ Report to prosthetic dentist prepared and sent

Appendix 7

CHECKLIST FOR LONG-TERM FOLLOW-UP AND MAINTENANCE

- ☐ No voiced complaints
- ☐ Attending recall appointments as scheduled
- ☐ Peri-implant soft tissues healthy
- ☐ Oral hygiene acceptable
- ☐ Prosthesis stable
- ☐ Occlusion stable
- ☐ If taken, radiographs confirm stable peri-implant bone and intact prosthetic abutment connections

3179_12/12