CI – 026M
C.P. – P.L. 29
Code des
professions

ASSOCIATION DES
CHIRURGIENS DENTISTES
DU QUÉBEC

Améliorer la santé buccodentaire,

c'est améliorer l'accès au dentiste

Mémoire de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec

présenté à la Commission des institutions relativement au projet de loi 29,
Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées

28 août 2019

Présentation

L'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ) est une association professionnelle qui regroupe 4 300 dentistes, essentiellement des généralistes, mais également, entre autres, des dentistes en santé publique et des dentistes pédiatriques.

La plupart de ses membres qui travaillent en cabinet privé procurent des soins buccodentaires à des patients partout au Québec et traitent tous les cas que peuvent rencontrer tous les types de patients, notamment les enfants de moins de 10 ans et les prestataires d'une aide financière de dernier recours, ces deux derniers groupes étant traités dans le cadre du régime public de soins dentaires.

Leur compétence est reconnue au Québec et leurs pratiques sont renommées ici et ailleurs : ce sont des modèles reconnus et enviés.

Le dentiste est le chef de l'équipe dentaire. Il a pour collaborateurs les denturologistes, les hygiénistes dentaires, les assistantes dentaires, les techniciens dentaires et les autres membres du personnel d'un cabinet dentaire.

Les membres de l'ACDQ qui fournissent quotidiennement des soins à des centaines de milliers de Québécois sont donc les professionnels les plus aptes à donner une opinion pertinente sur l'organisation des services buccodentaires au Québec.

L'ACDQ a certes le mandat de représenter ses membres et de défendre leurs intérêts. Mais elle a choisi d'exercer ce mandat en faisant la promotion de la profession de dentiste tant sous l'angle des intérêts de ses membres que sous celui de la défense de l'intérêt public[1].

En effet, notre association de professionnels de la santé buccodentaire se refuse d'adopter une approche corporatiste qui ne considérerait que ses propres intérêts et qui les opposerait à ceux de la population. Elle a des responsabilités vis-à-vis de ses membres, bien sûr, mais elle en a aussi vis-à-vis de la société et au premier chef, des patients. Elle vise toujours à concilier les deux dans l'intérêt général.

[1] Plan de communication adopté par le Conseil d'administration de l'ACDQ, 28 mai 2011

7 Les sept dimensions essentielles

Nous ne nous ne livrerons pas à une étude technique du projet de loi 29, ni ne proposerons des amendements pour retoucher tel ou tel article. Là n'est pas notre propos.

Notre objectif est de faire valoir un point de vue qui a été malheureusement trop souvent occulté dans ce dossier et sur lequel l'ACDQ n'a jamais été en mesure d'intervenir directement auprès de l'Office des professions du Québec.

C'est évidemment une grande responsabilité, mais c'est avant tout une occasion unique de faire valoir une approche humaine de la santé buccodentaire et de mettre de l'avant **une vision centrée sur les personnes.**

Aussi, sept grandes dimensions devraient-elles être retenues.

1 Mettre le patient au cœur de toutes les décisions

Dans ses notes explicatives, le *projet de loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées* vise à redéfinir les champs d'exercice professionnel dans le domaine de la santé buccodentaire, à savoir des professions de dentiste, de denturologiste, d'hygiéniste dentaire et de technologue en prothèses et appareils dentaires, titre qui remplace celui de technicien dentaire. Mais son titre est réducteur : la portée du projet de loi va bien au-delà de la réforme des professions et intervient clairement dans le domaine de la santé.

Si le gouvernement vise à améliorer la santé buccodentaire des Québécois, force est de souligner que la présence de la ministre de la Santé et des Services sociaux à la Commission est essentielle. Il serait tout aussi essentiel que les membres de la Commission des institutions associent à cette démarche leurs collègues de la Commission de la santé et des services sociaux lorsqu'il sera question de santé buccodentaire lors de l'étude détaillée du projet de loi 29.

Rappelons en effet que l'objectif premier de la réforme proposée est d'améliorer l'accessibilité aux soins dentaires pour certaines catégories de patients, tout en protégeant le public. La définition du champ de pratique des diverses professions, dont l'autonomie et l'interdisciplinarité, n'est pas une fin en soi, mais uniquement un moyen d'améliorer la santé buccodentaire des Québécois. La dernière chose dont les patients ont besoin, c'est que l'on accorde plus d'autonomie à certains groupes de professionnels au détriment de la protection du public et de la qualité des soins buccodentaires.

De fait, ce n'est pas en fonction des intérêts des lobbies des professions que doivent être adoptées les politiques gouvernementales.

Ce projet de loi ne doit être conçu ni pour les denturologistes ni pour les hygiénistes dentaires ni pour les dentistes. Il doit être étudié en fonction de la santé des patients.

Ce sont eux – et eux seuls – qui doivent être au cœur de toutes les décisions qui se prennent, et leur santé buccodentaire doit prévaloir sur tout le reste.

Une question de médecine dentaire

2

Il est absolument essentiel de comprendre – et de garder en mémoire – que la **santé buccodentaire**, c'est bien plus que des dents propres ou de belles dents; c'est bien plus que l'hygiène, la mécanique et l'esthétique. La santé buccodentaire, c'est une question médicale, qui ne peut être assurée que dans une approche globale, dont le seul et unique garant est le docteur en médecine dentaire qu'est le dentiste.

Les soins de santé ne sont pas des éléments d'une chaîne de montage. Il n'existe pas de traitement unique, généralisé, qui convienne à tout le monde sans distinction. Chaque personne est unique, chaque cas est particulier. Il y a un ordre à suivre dans ce domaine[2] : chaque patient doit en premier lieu être examiné et diagnostiqué par le dentiste, qui élabore par la suite un plan de traitement. Ce n'est qu'une fois cette étape franchie que chaque professionnel peut intervenir dans son champ de compétence.

Le travail des hygiénistes dentaires et celui des denturologistes est important; il est nécessaire d'en reconnaître la valeur et de leur accorder les responsabilités auxquelles leurs formations respectives leur donnent pleinement droit. Il reste qu'aucune hygiéniste dentaire, qu'aucun denturologiste n'est – ni ne prétend être – en mesure de remplacer le dentiste. Nul ne devrait non plus accepter que l'on divise les citoyens en deux catégories: ceux qui ont accès à l'examen, au diagnostic et au plan de traitement global du dentiste et ceux qui doivent en être privés et se contenter de soins d'hygiène ou d'esthétique.

Il importe par ailleurs de ne pas confondre la situation qui existe en médecine générale avec celle qui a cours en médecine dentaire. Cette distinction doit être faite, car certains prennent parfois des raccourcis en comparant l'élargissement du champ de pratique des hygiénistes dentaires et des denturologistes avec la délégation d'actes médicaux des médecins, qui rend les soins médicaux plus accessibles. Et l'on prétend appliquer la même recette à la médecine dentaire.

Or, les deux situations sont complètement différentes.

De fait, la délégation des médecins ne se fait pas vers toutes les infirmières sans exception, mais vers les seules infirmières praticiennes spécialisées (IPS) qui ont une formation universitaire. Ces dernières peuvent donc poser des actes sans ordonnance du médecin. La délégation ne se fait nullement vers l'immense majorité des infirmières qui, comme les hygiénistes dentaires, ont une formation collégiale et ne peuvent donc poser des actes sans ordonnance du médecin.

[2] *Proposition de l'Office des professions dans le cadre de la révision réglementaire des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire - Autres éléments pour nourrir la réflexion*, janvier 2017

3 Le préalable à tout acte quelle qu'en soit la nature

La première étape de toute intervention buccodentaire – quelle qu'en soit la nature et qui que ce soit qui la réalise – doit être l'examen par le dentiste, seul professionnel ayant la formation pour ce faire. Cet examen doit être suivi d'un diagnostic et d'un plan de traitement global, qui ne peuvent être établis que par le dentiste.

Une fois cela fait – et uniquement lorsque cette condition est remplie – les autres professionnels du domaine peuvent intervenir, chacun dans son champ de compétence, dans la réalisation du plan de traitement. Sans quoi, la santé buccodentaire des patients ne peut être assurée.

On ne peut s'empêcher de mettre la Commission en garde contre le danger que représenterait l'adoption du projet de loi 29 dans sa forme actuelle. Dans cette hypothèse, l'Assemblée nationale choisirait délibérément de permettre que des citoyens dont les besoins sont criants – et au premier chef, les personnes âgées et les personnes vulnérables – n'aient pas accès aux soins auxquels ils ont droit et de mettre en péril leur santé buccodentaire en ne rendant pas l'examen et le diagnostic obligatoires avant toute intervention.

Il est vrai que certaines provinces canadiennes ont choisi d'accorder l'autonomie de pratique, sous certaines conditions bien précises (qui ne sont pas exigées au Québec) et avec des balises bien déterminées (dont on ne voit trace ni dans le projet de loi ni ailleurs) à des professionnels de la santé qui peuvent effectuer leur prestation sans même qu'un diagnostic du dentiste ait été posé.

Mais, heureusement, dans ce domaine comme dans bien d'autres, le Québec a jusqu'ici fait un choix différent, précisément pour mieux protéger sa population et pour que tout le monde ait accès au dentiste avant que tout acte soit posé, y compris tout acte de prévention.

On ne nous en voudra pas de noter au passage qu'il est paradoxal que l'on tente de passer par la réforme du Code des professions pour, dit-on, améliorer la santé buccodentaire des Québécois, alors que les traitements de prévention pour les enfants ne sont même plus couverts par le régime public des soins dentaires, dont la portée s'est réduite au fil des ans. Le projet de loi 29 n'apporte pas la moindre solution – pas même partielle – aux problèmes qu'a causé le choix conscient de l'État québécois de couvrir de manière incomplète les soins dentaires donnés aux personnes vulnérables.

L'accessibilité aux soins buccodentaires est essentielle : elle suppose en premier lieu l'accès au dentiste

4

Accroître l'accès aux autres professions sans avoir, au préalable, favorisé l'accès aux dentistes est à la fois trompeur, dangereux et discriminatoire.

C'est trompeur car cela laisse entendre qu'il suffit de consulter et d'être traité par une hygiéniste ou par un denturologiste pour avoir une bonne santé buccodentaire, ce qui est erroné.

C'est dangereux car cela banalise et dévalorise l'acte médical le plus important de tous : l'examen par le seul professionnel qualifié et le diagnostic qui s'ensuit. C'est faire de la désinformation dans le domaine de la santé buccodentaire.

C'est discriminatoire car ce sont surtout les personnes vulnérables, celles qui en ont le plus besoin, qui pourraient être privées de l'accès à l'examen et au diagnostic du dentiste, devenant ainsi des personnes de deuxième classe. C'est exactement ce qu'affirme le Dr Barry Dolman, président de l'Ordre des dentistes du Québec (ODQ), à savoir que « l'examen diagnostique de la bouche n'est pas accessible à tous les citoyens. En fait, ce sont les plus vulnérables qui en sont le plus souvent privés »[3].

[3] Journal de l'Ordre des dentistes du Québec, avril/mai 2015

5 La santé buccodentaire est un travail d'équipe

Les cabinets dentaires québécois sont un modèle de collaboration et d'efficacité. Les denturologistes, les hygiénistes dentaires, les assistantes dentaires et les techniciens dentaires sont des collaborateurs de premier plan des dentistes, et tous travaillent ensemble selon un modèle remarquable. Exactement le contraire du travail en silo et dans l'isolement que permet le projet de loi 29.

Un plan de soins d'hygiène dentaire ou d'implantologie ne peut être fait isolément du plan de traitement global, qui doit être établi pour chaque patient; il en fait partie intégrante. Tout acte, tout traitement fait partie de ce plan de traitement global, que le dentiste doit établir au préalable pour déterminer les soins que nécessite chaque patient et éviter ainsi tout risque de complications, tels les caries sous scellants, les troubles d'articulation suite à la fabrication d'un protecteur buccal et tant d'autres. Les soins d'hygiène dentaire seuls, par exemple, ne permettent pas de rétablir la santé buccodentaire.

La question de l'autonomie des denturologistes et des hygiénistes dentaire ne se pose pas et ne pose pas problème. Tous devraient exercer leur profession en toute autonomie dans le cadre de leurs compétences respectives et dans les limites de leur champ de pratique. Mais ils doivent absolument le faire suivant le plan de traitement élaboré par le dentiste après son examen et son diagnostic. Pas avant.

Déjà aujourd'hui, la législation en vigueur permet à un denturologiste de remplacer des dents absentes par une prothèse amovible sans que le patient ait consulté un dentiste au préalable. Il lui suffit de l'inviter à le faire, mais l'examen préalable par le dentiste n'est pas obligatoire, ce qui est en soi un facteur de risque majeur.

Plutôt que de corriger cette lacune, dans sa forme actuelle, le projet de loi 29 permettrait qu'un traitement soit réalisé et qu'un acte irréversible soit effectué sans qu'un diagnostic soit posé, est tout à fait illogique. Cela ne respecte pas le principe de prioriser les intérêts du patient, de rechercher les meilleurs soins possibles, et d'assurer la protection des Québécois.

Le projet de loi 29 est inadéquat, incomplet et inefficace

6

Dans sa forme actuelle, le projet de loi 29 est **inadéquat** car il néglige l'acte médical le plus prioritaire et le plus important de tous qu'est l'examen du dentiste et le diagnostic qui s'ensuit. Il ne tient pas compte de la santé des patients et ne parvient qu'à satisfaire les lobbies qui s'acharnent sur les décideurs pour atteindre leurs objectifs corporatifs.

Il est **incomplet** car il n'augmente nullement l'accès aux dentistes. Pas une seule de ses dispositions ne prend en considération les besoins essentiels des patients. C'est un peu normal : voilà des années que les discussions ne se font qu'entre des institutions dans des instances formelles si bien que l'on a perdu de vue le droit fondamental des patients de recevoir des soins buccodentaires de qualité.

Il est **inefficace** car nulle part – ni dans le projet de loi lui-même ni dans les expériences vécues ailleurs – il n'est démontré que le recours aux seuls services des denturologistes et des hygiénistes dentaires, sans examen préalable du dentiste qui assume la responsabilité de tous les actes posés, n'a amélioré de quelque manière que ce soit l'accessibilité aux soins et encore moins la santé buccodentaire. Aucune étude probante, aucune analyse scientifique rigoureuse n'arrive à cette conclusion.

7

Le projet de loi 29 comporte de graves lacunes, manque de précision et serait source de conflits

Tel que conçu, le projet de loi 29 comporte d'immenses lacunes et manque totalement de précision dans de multiples domaines : actes non définis ou mal définis, niveaux de responsabilités confus, imprécisions quant à la marche à suivre dans de multiples situations. Il ne comporte pas la moindre ligne directrice qui permette aux ordres concernés de contrôler la pratique de leurs membres.

À titre d'exemples, soumettons quelques-unes des innombrables questions qui se posent et auxquelles l'on n'a pour l'instant aucune réponse.

- Qui peut faire une ordonnance? Doit-elle être verbale ou écrite? Les ordonnances collectives sont-elles acceptables ou doivent-elles être individuelles? Quelle peut en être la durée?
- Qu'est-ce qu'un « examen diagnostique »? Quelle différence y a-t-il entre un examen diagnostique et une évaluation? Que comprend l'examen diagnostique qui n'est pas inclus dans l'évaluation?
- Peut-on faire une évaluation sans examen diagnostique?
- L'examen diagnostique comprend-il la prise de radiographies et leur interprétation?
- Quelle est la différence entre un examen diagnostique et un examen tout court?
- Comment un patient sera-t-il en mesure de savoir qu'une évaluation faite par une hygiéniste dentaire n'est en rien l'équivalent d'un examen fait par le dentiste?
- Qu'est-ce qu'une « empreinte de précision »?
- Quelle est la définition d'une prothèse « amovible »? Est-ce seulement celle qui peut être retirée par le patient ?
- Que veut dire « intervention non invasive »?
- Que signifie « contribuer à la détermination d'un plan de traitement en implantologie » quand on sait que le plan de traitement est un acte réservé au dentiste et qui nécessite un diagnostic tenant compte de plusieurs éléments multifactoriels, qui doivent être pris en compte pour éviter aux patients des troubles d'articulation, des problèmes de dents et de gencives, des risques accrus d'échec du traitement?
- La pose d'une prothèse vissée sur implants ne pouvant être faite que sous ordonnance, quel professionnel en sera responsable?
- Qui prendra et interprétera les radiographies préopératoires et postopératoires essentielles à la réussite du traitement?
- Comment un denturologiste pourra-t-il poser un bouchon de guérison, un acte invasif pouvant nécessiter des radiographies et une anesthésie locale?
- Quand une hygiéniste dentaire et un denturologiste doivent-ils s'abstenir de fabriquer et « vendre » un protecteur buccal?

Nous pourrions rallonger amplement cette liste, mais nous n'avons recours à ces exemples que pour montrer que nous sommes nettement ici dans le domaine de la santé et non dans celui des « champs de pratique ».

Ce projet de loi est imprécis et confus. Il est à la limite dangereux. L'adopter dans sa forme actuelle n'améliorera en rien la santé buccodentaire des Québécois et l'accessibilité à des soins de qualité. Cela créera des conflits et introduira des flottements à diverses étapes des soins et des traitements, au détriment des patients qui, insécurisés, ne sauront plus à qui s'adresser dans une situation problématique pour l'ensemble des soins reçus par différents professionnels.

Conclusion

L'ACDQ a de sérieuses réserves sur de multiples dispositions du projet de loi 29, compte tenu de ce qu'il contient et, plus encore, de ce qu'il ne contient pas.

Elle est pleinement disposée à collaborer avec le gouvernement à sa bonification et à consacrer tout le temps et l'énergie nécessaires pour qu'il révise le champ de pratique des différentes professions du domaine buccodentaire, sans toutefois compromettre la santé des patients et l'intérêt public.

C'est une démarche qui est souhaitable et possible. L'ACDQ lance donc un appel à la ministre de la Justice et à la ministre de la Santé et des Services sociaux pour qu'elles lui donnent – avant l'étude détaillée du projet de loi – un cadre dans lequel elle sera, à titre de partie prenante, en mesure de faire des propositions constructives.

Il n'y a aucune urgence à adopter un projet de loi imparfait, qui mérite d'être bonifié et dont l'objectif prioritaire doit être d'améliorer l'accessibilité à des soins buccodentaires complets, autant curatifs que préventifs, et donc, au premier chef, à l'examen, au diagnostic et au plan de traitement, que seul un dentiste est en mesure de faire.

Il faut donc que le projet de loi améliore l'accès au dentiste et non pas, comme il le fait, laisse entendre que l'on peut contourner ce professionnel, le seul diplômé universitaire dans le domaine dentaire, donc le seul à avoir la formation nécessaire pour se porter garant de la santé buccodentaire.

Cela est d'autant plus dangereux que ce sont les personnes vulnérables, celles qui ne consultent pas actuellement le dentiste, qui seront les principales victimes de cette mesure. Les données sont on ne peut plus claires à ce sujet : leur statut socioéconomique fait qu'elles ne priorisent pas les soins buccodentaires.

Certains ont affirmé qu'à défaut d'avoir accès au dentiste, ce serait un moindre mal d'accroître l'accès aux hygiénistes dentaires et aux denturologistes, sans même bénéficier d'un examen. Non seulement est-ce dangereux, mais c'est foncièrement méprisant pour cette catégorie de personnes, qui seraient traitées comme des patients de second ordre. L'Assemblée nationale ne pourrait justifier, ni ne devrait cautionner, une telle approche discriminatoire.

Le président de l'ODQ l'a affirmé avec éloquence : « Il s'en trouve pour prétendre que la recette pour favoriser l'accès est de "baisser la barre". Par contre, personne n'accepterait pour soi ou sa famille d'être traité par un professionnel de compétence inférieure ».[4]

La chronologie permettant d'atteindre la santé buccodentaire est clairement établie : d'abord l'examen, ensuite le diagnostic et, enfin, le plan de traitement global. Ce n'est qu'après cette étape que l'on peut procéder aux actes d'hygiène, d'esthétique et de pose de prothèse. De fait, seul le dentiste est en mesure de poser l'un des 200 diagnostics possibles, allant de la carie jusqu'au cancer de la bouche, parce que c'est le seul professionnel qui a acquis cette compétence.

[4] Journal de l'Ordre des dentistes du Québec, avril/mai 2015

Les hygiénistes dentaires peuvent assurément sensibiliser certains groupes ciblés à l'importance d'adopter de bonnes habitudes d'hygiène dentaire, ce pour quoi elles sont formées , et elles peuvent agir indépendamment de l'examen du dentiste. C'est plus que souhaitable, et il importe de l'encourager. Mais lorsqu'il s'agit, par exemple, de détartrage ou de pose de scellants, elles ne devraient absolument pas poser d'actes, ni avant l'examen, ni sans le plan de traitement global du dentiste.

De même, nul ne nie la compétence des denturologistes dans le cadre de leur formation. Mais il est essentiel de rappeler que le plan de traitement en implantologie, auquel ils pourraient contribuer, fait partie du plan de traitement global.

Dans un cas comme dans l'autre, la responsabilité première reposera toujours sur les épaules du dentiste, à qui le patient se réfèrera à la moindre complication ou à la moindre inquiétude, une réalité que ce projet de loi ignore.

L'autonomie des denturologistes et des hygiénistes dentaires ne peut dépasser le cadre de leur formation et la loi ne peut cautionner une mesure qui aura des effets négatifs sur la santé des patients et sur l'utilisation optimale des ressources humaines et financières disponibles.

Comme le Dr Barry Dolman, président de l'ODQ, nous affirmons que « la démarche de modernisation doit avoir pour **seul objectif** d'améliorer la santé buccodentaire des Québécois. **Les visites régulières chez le dentiste sont indispensables** afin d'établir entre autres un diagnostic précoce des maladies de la bouche, des gencives, de la mâchoire ou des tissus avoisinants »[5].

Nous endossons pleinement sa prise de position quant au danger **« de retirer des fonctions actuellement exercées par des dentistes pour les confier à des personnes moins formées »**. Nous sommes totalement d'accord avec lui quand il souligne que « la véritable modernisation doit viser à **recourir au vaste réseau de dentistes** disponibles pour dispenser des soins de qualité », que « les aînés vont avoir des besoins de plus en plus complexes **qui requièrent des dentistes parfaitement formés** »[6] et que **« l'examen n'est pas un droit pour le dentiste, il est un droit pour le patient »**[7].

Notre conclusion sera donc conforme à notre introduction : le projet de loi 29 ne doit être conçu ni pour les denturologistes ni pour les hygiénistes dentaires ni pour les dentistes. Il doit l'être pour améliorer la santé buccodentaire des patients. Ce sont eux, et eux seuls, qui doivent être au cœur de toutes les mesures du projet de loi, et leur santé doit prévaloir sur tout le reste.

C'EST L'ACCESSIBILITÉ À LA **SANTÉ BUCCODENTAIRE**, ET DONC L'**ACCÈS AU DENTISTE**, QU'IL FAUT ACCROÎTRE.

[5] Communiqué de presse, 16 avril 2016
[6] Barry Dolman à la présidence, *Plan pour le changement*, 2011
[7] Journal de l'Ordre des dentistes du Québec, avril 2016

Québec, le 28 août 2019

ASSOCIATION DES **CHIRURGIENS DENTISTES** DU **QUÉBEC**