

COMMISSION DES INSTITUTIONS

Déposé le : 2020-08-25

No. : CI-120

Secrétaire : Louissette Cameron



ASSOCIATION DES  
CHIRURGIENS DENTISTES  
DU QUÉBEC

Janvier 2020

## ANALYSE DÉTAILLÉE DU PROJET DE LOI N° 29

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



# TABLE DES MATIÈRES

## 1 | PRÉAMBULE

Contexte _____	4
Notre position _____	5
Généralités _____	5

## 2 | DES RÈGLES D'APPLICATION À CLARIFIER

Hygiénistes dentaires _____	6	Données probantes _____	9
Denturologistes _____	7	Facturation _____	9
Ordonnance _____	8	Assurance-responsabilité _____	9
Formation _____	8		

## 3 | RÉFLEXIONS SUR LES COMMENTAIRES DE L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRE DU QUÉBEC (OHDQ), DE LA FÉDÉRATION DES HYGIÉNISTES DENTAIRE DU QUÉBEC (FHDQ) ET DE L'ORDRE DES DENTUROLOGISTES DU QUÉBEC CONCERNANT LE PROJET DE LOI 29

### Hygiénistes dentaires

1. Ordonnance et examen préalable : tout sauf une barrière aux soins préventifs _____	10
2. Le débridement parodontal non-chirurgical _____	11
3. Contraintes financières et tarification _____	15
4. Recommandations de l'OHDQ _____	17

### Denturologistes

1. Élaboration du plan de traitement _____	19
2. Amovibilité _____	20
3.1 Prothèses sur implants _____	20
3.2 Prothèses scellées supra-gingivales _____	22
4. Actes réservés _____	23
5. Radiographie _____	24

# 1 PRÉAMBULE

## Contexte

En complément à l'audition du 28 août 2019 sur le projet de loi n° 29 devant la Commission des institutions et au mémoire qu'elle y a déposé, l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ) présente ici une analyse détaillée de ce projet de loi.

Cette analyse comporte deux volets :

- L'étude technique des différents articles du projet de loi qui concernent le domaine buccodentaire.

---

- L'évaluation des mémoires déposés par l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ), la Fédération des hygiénistes dentaires du Québec (FHDQ) et l'Ordre des denturologistes du Québec.

Avec cette analyse, nous souhaitons soulever des points de réflexion nécessaires à la bonification du projet de loi, dans le respect des compétences et de l'expertise de chaque professionnel. Il est essentiel que le point de vue de l'ACDQ, qui représente 4300 chirurgiens dentistes du Québec, soit pris en compte dans les modifications qui seront apportées au Code des professions.

L'élargissement du champ de pratique des hygiénistes dentaires et des denturologistes ne doit pas être fait au détriment de la santé des Québécoises et Québécois. Aussi, afin d'éviter toute mauvaise interprétation du champ de compétence de chacun, l'ACDQ affirme qu'il est essentiel que des lignes directrices claires soient établies.

## Notre position

L'Association des chirurgiens dentistes du Québec a de très grandes réserves sur plusieurs dispositions du projet de loi n° 29 (PL 29) et des questions importantes qu'elle souhaiterait que l'on éclaircisse avant son éventuelle adoption. Comme nous l'avons mentionné dans notre présentation devant les membres de la Commission parlementaire, **notre objectif est de faire valoir une approche de la santé buccodentaire centrée sur la personne.** 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. À cet égard, l'autonomie des hygiénistes et des denturologistes est envisageable seulement si un examen est fait par un dentiste avant tout traitement (incluant le nettoyage). Seul le dentiste peut poser plus de 200 diagnostics, allant du plus courant jusqu'à la détection du cancer.

Le dentiste est en effet responsable du plan de traitement global des patients. Ce plan inclut le plan de soins d'hygiène dentaire, même si celui-ci peut être élaboré par la suite par les hygiénistes.

Le plan de traitement en implantologie, auquel pourraient contribuer les denturologistes, fait aussi partie du plan de traitement global. Le dentiste est ultimement responsable de l'ensemble du plan de traitement.

L'objectif premier de ce projet de loi a toujours été d'améliorer l'accessibilité aux soins buccodentaires des populations les plus vulnérables, qui ne fréquentent pas actuellement le dentiste.

Malheureusement, des données probantes démontrent que leurs conditions socioéconomiques ne les amènent pas à prioriser les soins buccodentaires. Toutes les études démontrent aussi que leur santé buccodentaire est des plus préoccupantes. Nous en ferons la démonstration dans les pages qui suivent.

## Généralités

L'ACDQ s'inquiète de la santé buccodentaire des patients qui pourraient être traités exclusivement par un hygiéniste dentaire ou un denturologiste, sans avoir été au préalable examinés par un dentiste. **Par sa formation, le dentiste est le seul capable de déterminer les priorités de soins.**

La médecine dentaire, comme tout autre domaine de la santé, nécessite un travail d'équipe en complémentarité, et non pas un travail en silo, afin d'assurer la santé dentaire du patient et lui fournir les meilleurs traitements possibles. **Il faut donc s'interroger sur les résultats découlant de l'adoption du PL 29 par rapport à son objectif.**

Pour l'ACDQ, il est essentiel de suivre la chronologie suivante : examen, diagnostic et plan de traitement global (établi par le dentiste), suivi par des traitements effectués par les personnes compétentes, **selon les besoins prioritaires de chaque patient.**

L'ACDQ est en faveur d'une plus grande accessibilité aux soins, mais pas au détriment de la séquence de soins optimale pour la santé buccodentaire. De plus, si une telle séquence n'était pas respectée, il y aurait des effets négatifs non seulement sur la santé des patients mais aussi sur l'utilisation des ressources humaines et financières requises.

L'expérience des autres provinces, dont l'Ontario, démontre que l'autonomie des hygiénistes n'a pas contribué à améliorer l'accessibilité pour les gens en région ou les populations défavorisées. En Ontario, en 2016, on dénombrait 168 sur près de 13 000 pratiquant de manière indépendante dont :

- 121 exerçaient dans les grands centres (Toronto, Ottawa);
- 102 travaillaient en cabinet dentaire (avec dentiste);
- **Seulement 51 pratiquaient dans un bureau privé ou offraient des services mobiles, sans la présence d'un dentiste.**

# 2

## DES RÈGLES D'APPLICATION À CLARIFIER

### Hygiénistes dentaires

page 8 | point 7, article 1.4

- a. Que veut dire « évaluer »?** Quelle différence y-a-t-il par rapport à « diagnostiquer »? Le PL 29 devrait préciser quels éléments composent l'acte d'« évaluer ». Le PL 29 doit décrire de façon précise l'objectif de cet acte. Aussi, tel que soulevé plus loin (p. 9), il faut prévoir le tarif qui sera appliqué pour un tel acte, dans le régime public et au privé.
- b.** Selon l'ACDQ, le plan de soins d'hygiène dentaire ne peut être isolé du plan de traitement global, il en fait partie intégrante. Tout acte fait partie de ce plan de traitement, que le dentiste doit établir au préalable pour bien prioriser les soins et éviter tout risque de complications (exemple : caries sous scellants, troubles d'articulation à la suite de la conception d'un protecteur buccal). Dans la grande majorité des cas, des soins d'hygiène dentaire seuls ne permettent pas de « rétablir la santé buccodentaire ». Il faudrait donc clarifier ce que veut dire ce terme.
- c.** L'ACDQ demande d'établir des lignes directrices, entre autres pour indiquer ce que veut dire le terme « sous-gingival ». Le terme sous-gingival seul n'indique pas de limite quant à la profondeur du détartrage, ce qui peut constituer un risque pour le patient.
- d.** Le terme « examen diagnostique » n'est pas clair. S'il s'agit de tests diagnostiques (ex. : tests de vitalité, test de percussion, test de « dent fêlée », etc.), il faut les nommer et les définir. Il faut aussi bien préciser la différence par rapport à une évaluation.
- Peut-on faire une évaluation sans examen diagnostique?
- 
- Que comprend l'examen diagnostique qui n'est pas inclut dans l'évaluation puisque l'examen exige une ordonnance et non une évaluation?
- 
- L'examen diagnostique comprend-il la prise de radiographies? Si oui, comprend-il leur interprétation? L'ACDQ comprend que ça n'est pas le cas et c'est ce qu'elle souhaite.
- 
- Quelle est la différence entre un examen diagnostique et un examen tout court?

- Comment un patient est-il en mesure de savoir qu'un examen diagnostique fait par un hygiéniste dentaire n'est pas l'équivalent d'un examen fait par le dentiste?

### Il faut clarifier les limites de chaque acte réservé.

Dans les pages suivantes, nous utiliserons le terme « examen diagnostique » tel qu'inscrit dans le PL 29 en présumant que celui-ci fait plutôt référence à un « test diagnostique ».

- e. Qu'est-ce qu'une « empreinte de précision »? Est-ce qu'une empreinte optique est un acte réservé?
- f. Comment les hygiénistes dentaires obtiennent-ils la formation nécessaire et la validation de leur capacité à effectuer les nouveaux soins inclus dans le projet de loi, en particulier les soins curatifs (empreintes de précision, restaurations provisoires fabriquées, cimentées et retirées sur dents naturelles ou autres)? Est-ce que les étudiants verront leur programme d'étude modifié? Est-ce que les hygiénistes actuellement en pratique devront obligatoirement suivre une formation additionnelle? Si oui, qui en fera l'accréditation?
- g. Comment définit-on une ordonnance? Comment est-elle encadrée (qui peut la faire, de façon individuelle ou collective, etc.)? Quelle est la durée de l'ordonnance?
- h. Selon le mode de pratique choisi par l'hygiéniste, quelles sont les balises de la facturation? S'il travaille en cabinet pour un dentiste, pourra-t-il facturer son patient? La facturation pose plusieurs questionnement; voir le point "facturation " en page 9.

## Denturologistes

page 21 | article 41, point 6

- a. Quelle est la définition d'« amovible »? Est-ce amovible par le patient? Selon l'ACDQ, les denturologistes devraient seulement pouvoir faire des prothèses amovibles par le patient.
- b. Que veut dire « interventions non invasives »?
- c. Que veut dire « contribuer à la détermination d'un plan de traitement en implantologie »? Le plan de traitement est un acte réservé au dentiste, car il nécessite un diagnostic tenant compte de plusieurs éléments. Par sa formation, le denturologiste n'a pas la compétence pour ce faire, entre autres à cause des éléments multifactoriels qui doivent être considérés dans un plan de traitement. Le PL 29 doit préciser les limites de « contribuer ». Risques importants pour le patient : troubles d'articulation, problèmes de dents et de gencives, risque accru d'échec du traitement, etc. Tout cela pouvant se répercuter sur la santé globale du patient.
- d. La formation actuelle des denturologistes est-elle adaptée et appropriée pour permettre la pose de prothèses vissées sur implants?
  - Quelles sont les exigences pour reconnaître les formateurs et la réussite d'une telle formation, sensible et complexe, par des techniciens en denturologie?  
\_\_\_\_\_
  - Qui accrédite les formateurs?  
\_\_\_\_\_
  - Puisque cet acte est sous ordonnance, quel professionnel en sera responsable?  
\_\_\_\_\_

- Qui prendra et interprétera les radiographies per- et post-opératoires essentielles à la réussite du traitement et obligatoires selon l'Ordre des dentistes du Québec (ODQ)? L'ACDQ s'oppose à ce que les denturologistes puissent mettre en place des prothèses vissées sur implants.

### Notes

- Un bouchon de guérison peut être un acte invasif et nécessiter une anesthésie locale et des radiographies. Le denturologiste ne devrait pas poser cet acte.
- Un protecteur buccal nécessite préalablement le diagnostic d'un dentiste afin d'éviter entre autres des troubles d'articulation.

## Ordonnance

Le PL 29 est très vague concernant les ordonnances, entre autres :

- Qui peut les faire?

---

- Doivent-elles être verbales ou écrites?

---

- Peuvent-elles être individuelles ou collectives?

---

- Qui déterminera leur durée ?

---

- À quelle fréquence devront-elles être renouvelées?

## Formation

La seule personne dans l'équipe dentaire **qui a les compétences** pour faire un examen et établir un diagnostic est le dentiste. La position de l'ACDQ est claire : l'examen du dentiste doit précéder tout traitement, quel qu'il soit, effectué par un hygiéniste ou un denturologiste. La protection de la santé globale du patient et de sa santé buccodentaire sont tributaires de cet examen.

Il faut éviter de banaliser l'importance de l'examen fait par un dentiste. Il est le seul à disposer des compétences et des moyens technologiques nécessaires pour arriver à un diagnostic. Par exemple, il est le seul à pouvoir interpréter les radiographies pour poser un diagnostic.

**Voici les formations d'autres professionnels de la santé qui ont vu leur champ de compétence élargi :**

### Optométriste

**doctorat en optométrie et formation requise pour prescrire des médicaments pour les professionnels déjà en pratique**

### Pharmacien

**doctorat en pharmacie (auparavant baccalauréat de quatre ans)**

### Infirmière praticienne spécialisée (IPS)

**maitrise associée à une formation particulière**

Tous ces professionnels possèdent une formation universitaire spécialisée, contrairement aux hygiénistes et aux denturologistes qui possèdent une technique collégiale.

## Données probantes

Afin d'atteindre l'objectif du PL 29, qui est d'accroître l'accessibilité aux soins dentaires, l'ACDQ croit qu'il faut se baser sur des données probantes. Cela permettra de développer un plan d'action pertinent en matière de soins dentaires et de viser les bonnes clientèles en utilisant les bons moyens. La majorité d'entre elles ont besoin de traitements dentaires urgents pour soulager ou améliorer leur condition de santé (caries profondes, abcès, maladie de gencives avancée, tumeur bénigne ou maligne, lésions précancéreuses, etc.). Il s'agit du premier pas pour leur assurer une bonne qualité de vie et une santé globale améliorée. Et la première étape pour atteindre cet objectif est un examen fait par le dentiste : elle est incontournable car elle sert à déterminer la priorité des traitements par suite du diagnostic. Pour la majorité de ces personnes, les soins d'hygiène dentaire pourraient se retrouver au bas de la liste des soins à recevoir.

## Facturation

**Qui déterminera les tarifs facturés par les hygiénistes dentaires :**

- **À la RAMQ.** Comment seraient créés les nouveaux codes tels que l'« évaluation de la condition buccodentaire d'une personne dans le but de déterminer le plan de soins d'hygiène dentaire »?  

---
- **En CHSLD**  

---
- **Au privé, dans un cabinet dentaire dont le propriétaire est un dentiste**  

---
- **Au privé, dans un cabinet autonome d'hygiénistes**

## Assurance-responsabilité

**Qui sera responsable advenant une poursuite de la part d'un patient?**

- Denturologiste ayant contribué à déterminer un plan de traitement en implantologie  

---
- Denturologiste qui a fait une prothèse vissée sans prendre de radiographies  

---
- Hygiéniste dentaire, salarié ou autonome, travaillant dans un cabinet de dentiste  

---
- Est-ce que l'ODQ enquêtera sur le dentiste si celui-ci reçoit une plainte en déontologie pour un acte posé dans son cabinet par un hygiéniste ou un denturologiste?

# 3

# RÉFLEXIONS SUR LES COMMENTAIRES DE L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC (OHDQ), DE LA FÉDÉRATION DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC (FHDQ) ET DE L'ORDRE DES DENTUROLOGISTES DU QUÉBEC CONCERNANT LE PROJET DE LOI 29

## Hygiénistes dentaires

### 1. Ordonnance et examen préalable : tout sauf une barrière aux soins préventifs

#### Affirmations - argumentaire des organisations

L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ) affirme dans son mémoire qu'exiger « l'examen préalable d'un dentiste constitue une barrière importante à l'accès aux soins buccodentaires préventifs, et ce, particulièrement pour les personnes les plus vulnérables ».

La Fédération des hygiénistes dentaires du Québec (FHDQ) mentionne que l'abolition de l'ordonnance aidera l'hygiéniste dentaire à effectuer les soins nécessaires dans des délais raisonnables.

#### Argumentaire de l'ACDQ

Loin d'être un obstacle à l'accès aux soins buccodentaires préventifs, l'examen préalable du dentiste constitue l'élément essentiel dans la détermination de soins buccodentaires (soins préventifs et curatifs) adaptés aux besoins du patient et en fonction des priorités.

Les personnes les plus vulnérables sont celles qui ne consultent pas régulièrement pour des soins dentaires. Ce sont ces dernières qui sont les plus à risques d'avoir des affections buccodentaires non traitées (maladies parodontales, abcès dentaires, caries, lésions buccales...) et chez qui un examen buccodentaire est essentiel avant tout traitement.

**Il faut donc prioriser les soins et, évidemment, régler d'abord les problèmes urgents.**

Avant d'établir le plan de traitement, le dentiste évalue l'état de santé général (conditions médicales, médicaments, âge, etc.) et dentaire de son patient, de même que l'historique de sa condition médicale et dentaire, afin de tenir compte des risques, des pronostics et des traitements possibles.

Il faut aussi s'interroger sur la notion de délais raisonnables que soulève la FHDQ. Le contexte actuel de soins de santé buccodentaire n'est pas comparable à la structure publique de soins de santé (médicale), qui impose aux patients des délais variables. **Les dentistes sont des professionnels disponibles rapidement, voire immédiatement en cas d'urgence.**

## 2. Le débridement parodontal non-chirurgical

### Affirmations – argumentaire des organisations

L'OHDQ et la FHDQ considèrent comme « primordial que l'hygiéniste dentaire puisse effectuer un débridement parodontal non chirurgical (« DPNC ») sans l'ordonnance d'un dentiste ».

La FHDQ précise que « la mise en œuvre par l'hygiéniste dentaire de son plan de soins préventifs, qui comprend le débridement parodontal, est essentielle pour offrir les soins nécessaires aux patients, en particulier ceux atteints d'affections parodontales ».

Les deux organisations précisent que le soin est non invasif, préventif et qu'il est au centre de l'exercice de la profession d'hygiéniste dentaire.

De plus, l'OHDQ mentionne les nouvelles précisions de la littérature concernant le débridement parodontal non chirurgical. Elle propose une nouvelle description d'acte à cet effet dans son mémoire et argumente qu'il n'est pas nécessaire que cet acte soit « sous ordonnance », comme le précise le projet de loi 29.

### Argumentaire de l'ACDQ

Bien que l'OHDQ ait raison concernant la littérature sur le débridement parodontal non chirurgical, elle isole le soin de son contexte. Les techniques de débridement parodontal non chirurgical et de détartrage sont peut-être semblables, mais le contexte de maladie parodontale influencera inévitablement les options de traitement du patient, les responsabilités du praticien et les complications possibles. **Un soin dentaire n'est nullement préventif lorsqu'il est exécuté dans le cadre d'une démarche thérapeutique pour enrayer une pathologie active (comme la maladie parodontale).** La maladie parodontale doit être diagnostiquée par un examen rigoureux. Le contrôle de cette maladie s'effectue par une série de soins proposés au patient, dont le débridement parodontal non chirurgical qui nécessite normalement une anesthésie locale.

En effet, l'examen parodontal, que seul le dentiste est apte à effectuer, est essentiel pour diagnostiquer la maladie parodontale et déterminer sa gravité et son étendue. Ce dernier sert aussi de point de comparaison pour suivre l'évolution de la guérison<sup>1</sup>.

L'examen dentaire clinique (comprenant les examens extra et intraoral, de la dentition, du parodonte...) est tout aussi primordial avant d'entreprendre les soins. Il permet d'établir un plan de soins approprié aux besoins du patient. Considérant que la santé buccodentaire peut varier grandement d'un endroit à l'autre dans la bouche du patient ainsi que sur une même dent, l'examen permet d'établir une priorité des soins en fonction de la gravité de l'atteinte (caries, maladie parodontale, lésions anormales, etc.).

En cas de maladie parodontale, le débridement parodontal non chirurgical s'inscrit dans un plan de traitement parodontal global incluant une phase initiale, une réévaluation du problème, une phase chirurgicale (ou réparatrice), le cas échéant, et une phase de maintien. Selon le *Guide clinique en parodontie, plan de traitement* de l'Université de Montréal, « le plan de traitement parodontal est indissociable du plan de traitement de restauration. Ils doivent suivre une séquence logique qui doit conduire à rétablir une dentition fonctionnelle et progresser vers un parodonte en santé ». Ce plan de traitement peut donc être accompagné de traitements complémentaires (polissage de restaurations, extractions, réparation de restaurations défectueuses, jumelage des dents, ajustement de l'occlusion.). On ne peut traiter la gencive et le parodonte et faire fi du plan de traitement restauratif ou prosthodontique, au risque de porter préjudice au patient.

**Puisqu'ils ne possèdent pas la formation nécessaire pour évaluer adéquatement le contexte de soins et en voir toutes les subtilités, les hygiénistes se réfèrent uniquement à l'acte technique en évinçant le côté médical pour lequel le dentiste est formé. Ainsi, dans leurs mémoires, l'OHDQ et la FHDQ ne distinguent donc pas le contexte de soins dans lequel est réalisé le traitement lorsqu'ils en font la description.**

<sup>1</sup> *Ultrasonic Periodontal Debridement : Theory and Technique*, De Marie D. George, Philipp M Preshaw, Timothy G. Donley, John Wiley and Sons, Incorporated, 2014, p. 85

## Faits importants à savoir sur...

### Le caractère non invasif du débridement parodontal non chirurgical

- Bien que l'on puisse s'attarder au côté invasif ou non du débridement parodontal non chirurgical, il faut plutôt **prendre en compte le bénéfice et le risque pour le patient.**
- Le débridement parodontal non chirurgical (incluant le détartrage supra et/ou sous gingival) peut être une intervention de choix en cas d'affection parodontale chronique (comme le mentionne elle-même l'OHDQ). Par contre, ce choix de traitement doit être proposé **à la suite de l'examen et du diagnostic de tous les éléments pertinents de la condition buccale du patient.**  
La délivrance d'une ordonnance pour les traitements cités est nécessaire pour la protection du public.
- Seul le dentiste est apte à établir un diagnostic.
- Seul le dentiste peut élaborer un plan de traitement complet pour son patient afin de l'aider à rétablir ou maintenir sa santé buccodentaire.
- Un soin de détartrage ou un débridement effectué sur une dent présentant une lésion pathologique peut nuire au patient et au pronostic de la dent. Un patient qui aurait un débridement parodontal non chirurgical alors que sa condition buccale exige que ses dents soient extraites (maladies parodontales) subirait des coûts superflus, autant sur le plan financier que sur le plan biologique.
- Pour la santé des patients médicalement compromis, un tel soin comporte aussi un risque important qu'il faut bien encadrer (par exemple : utilisation des bons instruments pour les personnes ayant un défibrillateur cardiaque, évaluation des risques d'infection, d'hémorragie, d'endocardite bactérienne, etc.).

### La pleine compétence des hygiénistes dentaires pour effectuer un débridement parodontal non chirurgical préventif

- Il est vrai que l'hygiéniste dentaire a les compétences techniques pour exécuter un débridement parodontal non chirurgical (incluant un détartrage supra et/ou sous gingival). Par contre, seul le dentiste a l'expertise requise pour examiner le patient et poser un diagnostic précis sur sa condition buccodentaire et, par conséquent, lui présenter un plan de traitement personnalisé, adapté à son cas. En ce sens, contrairement à l'OHDQ, qui prétend que « l'ordonnance d'un dentiste est superflue en ce qu'elle rend l'organisation des soins inefficace, dresse une barrière inutile à l'accès aux soins buccodentaires préventifs offerts par l'hygiéniste... », il est primordial que le dentiste examine le patient au préalable. Sinon, comment déterminer si un soin s'inscrit dans un cadre préventif ou dans un cadre curatif?
- Comment déterminer si le soin est avantageux pour le patient autrement que par un examen buccodentaire préalable? L'ordonnance n'a rien d'« inutile », bien au contraire. Elle permet d'éviter des préjudices potentiels et des coûts superflus au patient.
- L'OHDQ mentionne elle-même que les personnes qui ne fréquentent pas régulièrement les cliniques dentaires sont celles qui nécessitent un débridement parodontal non chirurgical en profondeur. Or, ces mêmes personnes, pour éviter les préjudices, auraient plutôt besoin d'un examen dentaire complet, *a priori* fait par le dentiste, pour diagnostiquer leur condition buccale et élaborer un plan de traitement approprié. C'est pourquoi une ordonnance individuelle est essentielle afin de permettre au patient de se faire traiter en fonction de sa condition buccodentaire, selon un plan de traitement personnalisé. Seul le dentiste a les compétences nécessaires pour effectuer un examen complet et poser un diagnostic sur la santé dentaire du patient.

## La question cruciale de l'accessibilité aux soins des populations vulnérables

### L'OHDQ soutient que le rôle de l'hygiéniste dentaire « demeure limité en raison de la réglementation actuelle où elle ne peut agir que sous la direction d'un dentiste pour offrir les soins préventifs plus que requis par les résidents des CHSLD ».

- Il est vrai que les patients résidant en CHSLD pourraient bénéficier de soins préventifs, mais les **besoins de ces derniers sont nettement plus étendus**. Les patients en CHSLD présentent souvent des pathologies buccales qui doivent prioritairement être prises en charge pour rétablir leur santé. Selon une étude portant sur le *portrait de la santé buccodentaire des personnes âgées de 65 ans et plus hébergées en Centre d'hébergement de soins de longue durée en Montérégie, à Montréal et à Québec*<sup>2</sup>, 48,7 % des participants ayant au moins une dent ont une condition parodontale nécessitant un détartrage ou même un traitement parodontal chirurgical. Aussi, toujours selon cette étude, une personne sur trois souffre d'affections des muqueuses buccales. Ces données préoccupantes démontrent bien qu'il est primordial que cette population bénéficie d'un examen fait par le dentiste pour établir un plan de traitement approprié.
- **Des liens ont pu être établis entre la condition de santé générale et la santé buccale**. Le patient atteint de maladie de Parkinson, de démence ou de maladie mentale a davantage de caries multiples, de difficultés de mastication, d'épisodes de douleur, de perte de dents, de maladies parodontales, de prothèses inadéquates... Le patient atteint de diabète non contrôlé peut présenter une maladie parodontale sévère. Le patient qui souffre de xérostomie (sécheresse buccale) causée par

un traitement de radiothérapie ou des médicaments aura davantage de caries dentaires/caries de racines, de candidose, de difficulté à mastiquer, avaler et même parler<sup>3</sup>...

- Un rapport de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et de la Direction de la santé publique, relatif à l'étude mentionnée plus haut, recommandait d'ailleurs que « tous les résidents des CHSLD, en tenant compte de leur capacité, devraient **être examinés par un dentiste dès leur admission**. Un traitement approprié à l'état de santé du résident devrait être appliqué, si possible, de façon à éliminer les problèmes buccodentaires actuels. Un plan de soins préventifs devrait être institué à cette occasion ».
- 30 % des résidents évalués souffraient d'une affection ou d'une altération des muqueuses à cause du port de prothèses dentaires et, 6,5 % d'origine non prothétique. Près d'un aîné sur cinq (18 %) hébergé en CHSLD éprouvait des ennuis ou des douleurs avec ses prothèses et 15,4 % avec ses dents. Les aînés dans cette étude avaient très peu de problèmes de gencives. La plupart des résidents ne croyaient pas avoir besoin de soins buccodentaires. Selon l'étude, plus de 50 % des personnes hébergées en CHSLD n'avaient eu aucun recours aux services buccodentaires au cours des cinq dernières années : la raison évoquée ne semblait pas d'ordre financier (6,2 %), mais plutôt par l'absence de besoin ressenti (89,5 %) <sup>4</sup>.

Sans un examen buccodentaire rigoureux préalable, les soins préventifs pourraient ne pas être suffisants, et même nuire au plan de traitement global du patient.

<sup>2</sup> 2007, P. Corbeil, S. Arpin, JM Brodeur.

<sup>3</sup> *Oral and general health in older people*, Kandelman et al, *Spec Care Dentistry Association and Wiley Periodicals, Inc*, 28 (6), 2008, p. 229.

<sup>4</sup> P Corbeil, JM Brodeur, S Arpin, *Étude exploratoire des problèmes de santé buccodentaire des personnes âgées hébergées en CHSLD en Montérégie, à Montréal et à Québec*, Rapport général, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, mars 2006.

## La FHDQ souligne la grande mobilité de l'hygiéniste dentaire qui peut se déplacer au CHSLD pour traiter les populations vulnérables.

- Le dentiste, pour le même type de soin ou pour effectuer un examen buccodentaire complet préalable, est une ressource tout aussi mobile et disponible.

L'OHDQ, dans son mémoire, souligne que « selon les plus récentes données disponibles, plus du tiers de la population de Québécois de 65 ans et plus est édentée. Pour les ménages à faibles revenus de cette catégorie d'âge, cette proportion grimpe à 45 %. À titre de comparaison, le taux d'édentation des 65 à 79 ans au Canada en 2009 n'était que de 22 %. Il est donc nécessaire et urgent d'élargir l'accès aux soins buccodentaires préventifs pour la population québécoise si ce n'est que pour avoir un effet certain sur cette alarmante statistique ».

- Ces statistiques sont véridiques. Par contre, il faut les replacer dans leur contexte pour éviter de brosser un portrait erroné du contexte québécois. L'édentation complète de la population de 65 ans et plus du Québec a toujours été plus marquée qu'au Canada ([voir tableau suivant](#)). Les facteurs sont, par ordre décroissant d'importance : l'âge, le niveau de scolarité, le revenu familial et la langue maternelle<sup>5</sup>.
- La situation n'est donc pas aussi alarmiste que le prétend l'OHDQ.

Population totalement édentée de 65 ans et plus	Québec <sup>6, 7</sup>	Canada <sup>8, 9</sup>
1970-1980	72 %	50 % (60 ans et plus)
1993	58 %	48 %
2009	46 %	22 % (60 ans et plus)
2015	33 %	N/A

<sup>5</sup> P Corbeil, JM Brodeur, S Arpin, *Étude exploratoire des problèmes de santé buccodentaire des personnes âgées hébergées en CHSLD en Montérégie, à Montréal et à Québec*, mars 2006, p. 19.

<sup>6</sup> *Health Reports*, vol. 17, n° 1, Edentulism and denture use.

<sup>7</sup> [www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2097\\_sante\\_buccodentaire\\_aines\\_quebecois.pdf](http://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2097_sante_buccodentaire_aines_quebecois.pdf).

<sup>8</sup> *Report on the findings of the oral health component of the Canadian Health Measures Survey 2007-2009*.

<sup>9</sup> *Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Institut de la statistique du Québec.

### 3. Contraintes financières et tarification

#### Affirmations – argumentaire des organisations

Dans son mémoire, l'OHDQ cite l'*Enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund (2016)*, qui révèle que plus d'un adulte québécois sur quatre n'a pas eu de soins dentaires en raison du coût.

#### Argumentaire de l'ACDQ

Pourtant, cette même enquête, reprise en 2017, démontre que le nombre de Québécois n'ayant pas consulté pour des soins dentaires dans les douze derniers mois à cause du coût est de 17 %. Ce pourcentage est le même qu'en Ontario (17 %) et semblable au reste du Canada (18 %)¹⁰.

Ces dernières données corroborent les données acquises au fil des années. En effet, une étude réalisée en 1996-1997 a démontré que presque une personne sur cinq au Canada (17 %) n'avait pas consulté un professionnel des soins dentaires dans les trois années précédentes en raison du coût. Les autres raisons évoquées étant que la personne n'en voyait pas la nécessité (46 %) ou portait un dentier (23 %)¹¹.

L'Institut de la statistique du Québec, lors de son enquête sur le vieillissement de la population, *Vieillesse en santé 2008-2009*, a fait des constatations semblables au Canada (20 %). **Par contre, pour les répondants du Québec n'ayant pas consulté un professionnel dentaire depuis plus de trois ans, le coût ne comptait que pour 10 % comme motif pour ne pas consulter le dentiste. Les motifs devant le coût étaient « ce n'était pas nécessaire » à 57 % (contre 39 % dans le reste du Canada) et « port d'un dentier » à 25 % (contre 33 % dans le reste du Canada)¹².**

Une recherche plus récente a démontré qu'environ une personne sur cinq au Canada avait toujours la même contrainte en 2018 (22,4 % des Canadiens ne consultaient pas pour des soins dentaires à cause du coût)¹³.

**Considérant que, selon l'OHDQ, l'autonomie professionnelle des hygiénistes dentaires a été octroyée entre 1995 et 2014 dans les différentes provinces canadiennes et que la proportion des Canadiens ayant donné le coût comme motif pour ne pas consulter un professionnel dentaire demeure inchangée depuis 20 ans, y aurait-il réellement un bénéfice direct pour les populations vulnérables?**

**Pour toutes les raisons mentionnées dans ce document, est-ce que l'autonomie des hygiénistes n'aurait pas plutôt comme conséquence d'augmenter les risques de complication pour une partie de cette clientèle? On doit se poser la question!**

¹⁰ *Commissaire à la Santé et au Bien-être, Perceptions et expériences des personnes de 65 ans et plus : le Québec comparé, Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2017*, p. 50.

¹¹ *Health Reports*, Summer 1999, Vol. 11, N° 1.

¹² Rosanna Baraldi, *Coup d'œil sur la santé buccodentaire des aînés du Québec : une comparaison avec le reste du Canada, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Zoom santé*, Institut de la statistique du Québec, Novembre 2014, Numéro 48, p. 8.

¹³ *Dental Care*, Statistique Canada, Catalogue 82-625-X.

## Affirmations – argumentaire des organisations

La FHDQ prétend que la diminution des coûts serait de 33 % en comparaison avec la facturation des dentistes (données provenant de l'OHDQ).

Cette dernière indique que l'« une des barrières à la consultation ou à la fréquentation d'un cabinet dentaire est la contrainte économique ».

Elle présente aussi une étude sur les pratiques en cabinet dentaire, qu'elle a elle-même réalisée en 2017-2018. Selon les résultats, les répondants favoriseraient le nettoyage plus d'une fois par année et un examen annuel.

La FHDQ précise que l'adage « mieux vaut prévenir que guérir » est bien représenté et que les barrières actuelles nuisent à l'accessibilité aux soins dentaires.

### Argumentaire de l'ACDQ

Comme elles ne sont pas issues d'une étude indépendante, on doit considérer ces conclusions avec un certain discernement.

La FHDQ critique le système actuel de facturation, mais comment compte-t-elle procéder pour arriver à des économies substantielles pour les patients? Ni l'OHDQ ni la FHDQ ne précisent comment les hygiénistes dentaires pourraient réduire significativement les coûts.

Plusieurs frais fixes sont propres à un cabinet dentaire (loyer, équipement dentaire, fourniture dentaire, stérilisation, ressources humaines...), que l'on soit dentiste ou hygiéniste dentaire.

D'ailleurs, en comparant le Guide des tarifs des hygiénistes dentaires de l'Ontario à celui des dentistes de l'Ontario, on peut voir, dans le tableau, qu'il y a très peu de différence entre les suggestions de tarifs de chacun.

Pour la grande majorité de soins, l'écart entre les tarifs des hygiénistes et des dentistes est à peine plus élevé de 4%.

## Tarifs suggérés en Ontario en 2019

Soins dentaires	Guide des tarifs des hygiénistes dentaires	Guide des tarifs des dentistes
Débridement (détartrage) 15 minutes	54,80 \$	57 \$
Débridement 30 minutes	109,62 \$	114 \$
Débridement 45 minutes	164,44 \$	171 \$
Débridement 60 minutes	219,24 \$	228 \$
Débridement 75 minutes	274,06 \$	285 \$
Débridement 90 minutes	328,86 \$	342 \$
Débridement 7,5 minutes	27,41 \$	29 \$
Polissage des dents 15 minutes	31,71 \$	31 \$
Polissage des dents 7,5 minutes	15,85 \$	25 \$
Application topique de fluor (sauf vernis fluoré)	22,95 \$	28 \$
Examen/évaluation et diagnostic de l'hygiène dentaire*	97,13 \$	N/A
Examen buccal complet et diagnostic	N/A	135 \$

\* Mise en garde : Il ne peut y avoir de comparable entre l'examen de l'hygiéniste et celui du dentiste. Le premier évalue l'hygiène dentaire alors que le second évalue les conditions de santé globale et de la bouche.

<sup>14</sup> L. Jackson Brown, Donald R. House, Kent D. Nash, *The Economic Aspects of Unsupervised Private Hygiene Practice and Its Impact on Access to Care*, Dental Health Policy Analysis Series, Chicago, American Dental Association, Health Policy Resources Center, 2005

## Affirmations - argumentaire des organisations

La FHDQ mentionne des arguments pour justifier une tarification propre aux hygiénistes dentaires en parlant d'économies à faire. Cette dernière maintient que « l'indépendance professionnelle de l'hygiéniste dentaire permettrait une offre de services indépendante du cabinet dentaire avec de réelles économies pour l'État et le citoyen ». La FHDQ mentionne aussi que « la population québécoise aurait avantage à reconnaître les hygiénistes dentaires comme fournisseurs de services afin de réduire de manière significative les coûts des soins de santé dentaire et de permettre, à plus long terme, une baisse des primes d'assurances qui inclut les soins dentaires ».

La FHDQ mentionne que le patient doit assurer le coût de la « surfacturation » lorsque le dentiste demande un tarif supérieur au Guide des tarifs de l'ACDQ et présente ce fait comme un désavantage financier actuel.

### Argumentaire de l'ACDQ

Une étude de l'American Dental Association a analysé, en 2005, les conséquences financières des hygiénistes indépendants et des dentistes au Colorado. Dix-sept cabinets d'hygiénistes indépendants représentant vingt hygiénistes ont été recensés dans cet État. Les résultats ont démontré que les tarifs du polissage des dents chez les enfants étaient similaires.

**Toutefois, deux cabinets avaient des tarifs supérieurs aux tarifs des dentistes avoisinants, et un seul cabinet d'hygiénistes dentaires pratiquait des tarifs inférieurs aux tarifs des dentistes avoisinants<sup>14</sup>.**

Comme nous l'avons mentionné plus haut, il n'est pas possible, à l'heure actuelle, de déterminer quelles économies pourraient être faites, si économies il y aurait. L'étude de l'American Dental Association au Colorado a démontré que le bénéfice financier pour le patient était minime. Plus encore, financièrement parlant, le fait qu'un patient doive se rendre à deux cabinets dentaires (hygiéniste et dentiste) pour recevoir ses soins pourrait entraîner davantage d'inconvénients : perte de temps et augmentation des déplacements, ce qui par conséquent engendre un coût monétaire supplémentaire.

L'évaluation faite par l'hygiéniste peut créer un faux sentiment de sécurité chez le patient, l'amenant à espacer ses visites chez le dentiste. En effet, un patient pourrait penser, à tort, que l'évaluation de l'hygiéniste peut remplacer l'examen du dentiste, en particulier s'il n'a pas de problèmes apparents ou de douleur.

**Parler de surfacturation est erroné. Le *Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires* de l'ACDQ vise à aider le dentiste à déterminer des honoraires justes et raisonnables pour son patient comme pour lui-même. Toutefois, il n'est pas tenu de s'y référer et demeure responsable de la fixation de ses propres honoraires. D'ailleurs, les statistiques démontrent que, pour favoriser l'accès aux soins de prévention, les dentistes facturent en moyenne 80 % des tarifs suggérés dans le guide.**

## 4. Recommandations de l'OHDQ

### Activités englobantes

L'OHDQ souhaite que le projet de loi 29 contienne des « activités englobantes » pour assurer la pérennité de la loi, au lieu d'une série d'actes détaillés. L'Ordre soutient que cela permettrait d'englober les plus récentes avancées technologiques et scientifiques.

- Le projet de loi doit être clair et précis pour que chaque ordre professionnel puisse s'y référer sans devoir interpréter, chacun à sa façon, les articles qui le concernent. Des « zones grises » dans un projet de loi comme celui-ci risqueraient de créer des différends et des discordes entre les ordres et, possiblement, de nuire à la santé des patients si certains actes venaient à être posés par un professionnel non compétent. Rappelons que le rôle premier d'un ordre est de protéger le public.

## Évaluer la condition d'une personne symptomatique

L'OHDQ propose d'ajouter au projet de loi 29 : « évaluer la condition buccodentaire d'une personne symptomatique », en comparant les similitudes entre les hygiénistes dentaires et les infirmiers.

- Une personne qui présente des symptômes devrait plutôt être dirigée vers un dentiste, le seul professionnel apte à établir un diagnostic buccodentaire. **La comparaison entre un hygiéniste dentaire et un infirmier est inexacte, ces derniers n'ayant ni le même contexte de travail ni la même formation.** En salle d'urgence, l'infirmier ne fait pas de diagnostic, il fait du triage. Dans tous les cas, le patient verra assurément un médecin!

Par ailleurs, dans un contexte où le patient peut consulter sans délai un dentiste (contrairement au système de santé actuel où le patient peut avoir de la difficulté à consulter un médecin rapidement pour un problème de santé ou même à trouver un médecin de famille), cette évaluation sans diagnostic entraînerait une perte d'argent et de temps pour le patient, sans compter le risque pour sa santé de ne pas consulter le bon professionnel.

## Agent anesthésiant

L'OHDQ propose de remplacer l'acte qui se trouve dans le projet de loi 29 « appliquer topiquement un agent anesthésiant, anticariogène ou désensibilisant » par « détenir et utiliser des agents topiques anesthésiants, anticariogènes ou désensibilisants ».

- Cette recommandation n'est pas dans l'intérêt du patient, car le terme « utiliser » est très large. L'interprétation de ce mot pourrait amener des professionnels à effectuer des actes qui vont au-delà de leurs compétences et entraîner un préjudice pour le patient.

Aussi, l'application d'un agent anesthésiant, quel qu'il soit, comporte son risque de surdose.

L'agent anticariogène devrait être appliqué par l'hygiéniste dans un contexte de soins préventifs seulement et non pour stopper une carie déjà présente. Sans diagnostic suivant un examen buccodentaire fait par le dentiste (comprenant un examen radiologique), il est difficile de prévoir quelles seraient les meilleures options de soins concernant une lésion carieuse active. L'application d'un agent anticariogène n'est pas toujours le traitement de choix. Il faut donc éviter de rendre des soins inutiles aux patients.

## PL29

**L'article devrait donc plutôt se lire comme suit : « appliquer topiquement un agent anesthésiant, anticariogène ou désensibilisant, selon une ordonnance ».**

## Initiation des examens diagnostiques en santé publique

L'OHDQ propose un nouvel article pour le projet de loi 29, soit : « initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique ».

- Seul un dentiste a les compétences pour pratiquer l'examen buccodentaire. Encore une fois, l'OHDQ compare les hygiénistes dentaires aux infirmiers pour justifier cette proposition. Or, les infirmiers ayant une formation collégiale comparable aux hygiénistes peuvent faire des actes plus limités que leurs confrères ayant un baccalauréat ou une maîtrise.

La structure des services de santé dans laquelle évoluent les infirmiers ne s'apparente pas non plus à celle des hygiénistes dentaires.

Lorsque l'OHDQ mentionne comme exemple « effectuer des frottis » dans le cadre d'un programme provincial de dépistage des maladies, il faut pousser notre réflexion au-delà de la compétence requise pour exécuter cet acte, mais aussi songer à la prise en charge d'un tel programme et au suivi du patient advenant un résultat positif. L'hygiéniste dentaire n'a pas les

compétences pour analyser, diagnostiquer et gérer ces cas. Être habilité à poser un acte n'est pas suffisant pour l'intégrer simplement dans un tel projet de loi. Les conséquences pour le patient d'un tel ajout doivent être sérieusement réfléchies.

### Contribution aux traitements orthodontiques

L'OHDQ propose de regrouper les articles « poser et enlever les attaches, les fils et les ligatures orthodontiques, selon une ordonnance » et « poser, cimenter et enlever les appareils sur bagues, selon une ordonnance » par « contribuer aux traitements et suivis orthodontiques, selon une ordonnance ».

- Les actes proposés par le projet de loi 29 sont clairs et ont le mérite de bien définir les limites de ce que les hygiénistes dentaires seraient autorisés à exécuter.

L'OHDQ indique que « contribuer » permet au professionnel qui contribue d'exécuter tout acte inclus dans l'activité réservée, conjointement avec le professionnel à qui elle est réservée, et que l'étendue de la contribution est déterminée par le professionnel à qui l'acte est réservé.

- Il est vrai que les avancées en orthodontie se multiplient rapidement, principalement en ce qui concerne les appareils amovibles. La proposition de l'OHDQ, par contre, est beaucoup trop floue et imprécise.

S'il est souhaitable d'intégrer les avancées technologiques en orthodontie, des discussions devraient avoir lieu afin de bien définir les limites de ce que les hygiénistes dentaires seraient en mesure d'effectuer.

## Denturologistes

### 1. Élaboration du plan de traitement

L'Ordre des denturologistes du Québec propose de compléter l'article 6 du projet de loi 29 en y ajoutant le plan de traitement prothétique et la mise en œuvre.

#### Argumentaire de l'ACDQ

- **Un plan de traitement doit être établi à la suite d'un examen dentaire rigoureux, qui comprend l'évaluation de toutes les structures buccodentaires et avoisinantes.** L'évaluation parodontale, de l'occlusion, de l'articulation temporomandibulaire, dentaire et prosthodontique sont des **composantes indissociables** les unes des autres afin d'établir un plan de traitement prosthodontique prévisible, fonctionnel et esthétique. Le denturologiste n'a pas l'expertise nécessaire pour évaluer toutes ses facettes. Seul le dentiste possède les connaissances nécessaires pour analyser les examens diagnostiques et radiographiques et établir un plan global en fonction de ses diagnostics.

#### Comme le précise le Dr Normand Brien dans son livre *Conception et tracé des prothèses partielles amovibles* :

- L'examen complet doit précéder l'exécution de toute restauration faisant partie d'un programme de réhabilitation. Il faut voir l'ensemble du problème avant de tenter d'en solutionner une partie.
- L'examen ne doit pas se limiter à une seule partie de l'arcade dentaire. Des problèmes cachés mais sérieux peuvent exister ailleurs.
- L'examen doit être complet. La plupart des échecs ne sont pas dus à la maladresse du praticien, mais plutôt à son manque d'information des conditions existantes<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> *Conception et tracé des prothèses partielles amovibles*, Brien N, Les Éditions Prosthodontiques, 1996, chapitre 1, p. 6.

**Un plan de traitement prothétique qui ne prendrait pas en compte le volet parodontal, occlusal ou pathologique (diagnostic de lésions buccales ou dentaires), ne saurait être à l'avantage du patient et pourrait au contraire causer un préjudice sérieux à sa santé.**

## 2. Amovibilité

L'Ordre des denturologistes du Québec considère que le terme « amovible » ne devrait pas être utilisé et que « l'action de visser ou de dévisser une prothèse dentaire ne fait pas perdre l'amovibilité de cette dernière ».

### Argumentaire de l'ACDQ

➤ La définition du mot amovible est bien selon le dictionnaire Larousse :  
| « qui peut être enlevé, séparé ».

Une prothèse amovible peut donc, par définition, être enlevée. Si un patient a besoin d'un professionnel pour retirer sa prothèse (en la dévissant), il ne s'agit pas d'une prothèse amovible.

Par ailleurs, visser ou dévisser une prothèse est un acte qui peut s'avérer invasif et, lorsque l'implant/prothèse est sous-gingival, une anesthésie locale peut être nécessaire pour assurer le confort du patient.

De plus, une radiographie doit obligatoirement être prise et interprétée pour s'assurer d'une assise parfaite de la prothèse sur implant. Seul le dentiste a les compétences pour prendre cette radiographie exigée par l'Ordre des dentistes du Québec.

## 3.1 Prothèses sur implants

L'Ordre des denturologistes maintient que de déterminer le type de prothèse sur implant est l'essence même de sa profession : « Exclure la possibilité pour le denturologiste de déterminer le type de prothèse à l'égard des prothèses sur implants serait au détriment du patient, obligeant ultimement ce dernier à être préalablement référé à un dentiste. »

### Argumentaire de l'ACDQ

➤ En réalité, permettre au patient édenté de voir le dentiste en premier lieu serait un bénéfice pour le patient édenté, et non un préjudice. En effet, le dentiste a l'expertise nécessaire pour évaluer l'état des maxillaires, la perte osseuse, le besoin d'une greffe osseuse, les contraintes esthétiques et fonctionnelles (occlusion), ainsi que toutes les lésions aux muqueuses de la langue et des tissus avoisinants. Cet examen pourrait s'appuyer sur un examen buccodentaire/tissus avoisinants et un examen radiologique rigoureux (radiographies intra-orales, TCFV...).

**C'est en compilant toutes ces informations que l'on peut déterminer le nombre d'implants à poser et, par le fait même, le type de prothèse sur implant que nécessite le patient.** Un patient ayant deux implants en bouche n'aura pas les mêmes options prothétiques qu'un patient ayant six implants en bouche.

Cela est aussi vrai pour un patient partiellement édenté. Il est impératif que le dentiste détermine le plan de traitement, un plan de traitement prothétique étant indissociable du plan de traitement restauratif, parodontal ainsi que des considérations pathologiques et occlusales.

**Rien n'empêche le denturologiste de discuter avec le patient des deux types de prothèses (conventionnelles ou sur implants), mais seul un examen buccodentaire réalisé par le dentiste permet de déterminer le plan de traitement prothétique approprié.**

L'Ordre des denturologistes maintient que « l'établissement d'un plan de traitement du patient tiendra compte du champ de compétence de chacun des professionnels impliqués en interdisciplinarité. Les connaissances de l'un, cumulées à celles de l'autre, permettront l'atteinte de l'objectif recherché par le patient... Le denturologiste doit « établir » le plan de traitement prothétique en implantologie. Le dentiste quant à lui doit confirmer la faisabilité de la phase chirurgicale ».

**Le traitement d'implantologie n'est pas aussi distinctement séparé en deux phases que le laisse entendre l'Ordre des denturologistes du Québec. Les deux phases sont interreliées, et la phase chirurgicale ne peut pas être dissociée de la phase prothétique. La pose d'implants relève du produit prothétique final, et la prothèse finale dépendra, comme mentionné plus tôt, de la position des implants et de leur nombre.**

#### Argumentaire de l'ACDQ

➤ Tel que nous l'avons mentionné précédemment, un plan de traitement découle de l'analyse des examens diagnostiques et radiologiques du patient. L'analyse de ces examens permet l'établissement d'un diagnostic. Le plan de traitement ensuite proposé doit rétablir la santé buccodentaire du patient, y compris remplacer les dents manquantes.

On ne peut pas établir un plan de traitement prothétique précis et approprié sans tenir compte de toutes les structures buccales.

L'Ordre des denturologistes est d'avis que la phase prothétique appartient au champ d'exercice du denturologiste et que ce dernier mériterait d'établir le plan de traitement en implantologie.

#### Argumentaire de l'ACDQ

➤ Bien que les denturologistes acquièrent des connaissances en implantologie au cours de leur formation collégiale, la portion prothétique ne peut être dissociée des autres composantes buccodentaires.

Le *Royal College of Dental Surgeons of Ontario* a d'ailleurs élaboré un protocole, révisé en 2013, concernant les traitements en implantologie pour préciser les normes de pratique et la responsabilité professionnelle liée à ce type de traitement. Concernant la responsabilité professionnelle, il est précisé que toutes les étapes des traitements en implantologie doivent être pensées en fonction du résultat final : la prothèse définitive.

L'évaluation du patient et la détermination du plan de traitement constituent la première étape. Cette étape inclut la prise des informations médicales et antécédents dentaires, les examens radiographiques (radiographies, scans, céphalogramme...) et les examens diagnostiques nécessaires, les examens intra/extra-oral, les modèles d'études et autres aides diagnostiques (photos, cirage diagnostique, guide radiologique/chirurgical), selon le cas.

La sélection du patient pour ces traitements est primordiale. Le professionnel doit considérer la faisabilité du soin ainsi que la présence de pathologies buccales, l'anatomie et la forme des crêtes osseuses, l'interrelation entre les maxillaires et la dentition restante, la présence de parafonction (bruxisme), la quantité/qualité/position de l'os, la condition parodontale de la dentition restante, s'il y a lieu, la position la plus favorable pour les implants à poser, les attentes et plaintes du patient et l'habileté pour le patient de maintenir une hygiène buccale adéquate<sup>16</sup>.

Le dentiste se doit aussi d'évaluer si des interventions sur le plan orthodontique, chirurgical, parodontal, endodontique ou prosthodontique doivent être pratiquées avant d'entreprendre le traitement d'implantologie<sup>17</sup>.

C'est à la suite de l'étude de toutes les informations collectées lors de l'examen qu'il est possible d'établir un plan de traitement prothétique et de définir le design de la prothèse à confectionner.

<sup>16</sup> *Implant Restorations: A Step-by-Step Guide*, De Carl Drago, John Wiley and Sons, Incorporated, 2014, Chapitre 3, *Diagnosis and Treatment planning in Implant Restorative Dentistry*.

<sup>17</sup> *Educational Requirements and Professional Responsibilities for Implant Dentistry*, Guidelines, Royal College of Dental Surgeons of Ontario, May, 2013, p. 5.

**Compte tenu de tous les facteurs et conditions préalables, le dentiste est, de par sa formation et ses connaissances de la condition buccodentaire et des tissus avoisinants, le seul apte à établir un plan de traitement prothétique en implantologie approprié au patient.**

**Agir autrement pourrait nuire au patient si, par exemple, tous les facteurs pertinents n'aient pas pu être pris en considération.**

### 3.2 Prothèses scellées supra-gingivales

L'Ordre des denturologistes du Québec mentionne que la protection du public ne serait pas mise en cause pour les prothèses scellées « supra-gingivales ».

Il indique que la littérature démontre que peu de risques sont associés à ce type de prothèse et qu'il s'agit de risques qui ne sont pas irréversibles. Agir autrement pourrait pénaliser le patient.

#### Argumentaire de l'ACDQ

➤ Tout traitement comporte des risques, et une prothèse scellée sur implant, qu'elle soit supra-gingivale ou sous-gingivale, peut entraîner des complications, rares il est vrai lorsqu'il s'agit d'une prothèse supra-gingivale, mais qui peuvent engendrer un préjudice pour le patient.

Le *Royal College of Dental Surgeons of Ontario* précise l'importance des suivis réguliers pour s'assurer de l'intégrité de la prothèse et du complexe implant/structures de support prothétique et de l'absence de pathologies autour des implants. Un examen radiologique annuel est d'ailleurs

recommandé pour diagnostiquer les problèmes potentiels liés aux implants. De même, les soins d'hygiène et de maintenance à intervalles réguliers sont aussi nécessaires pour diminuer le risque de complications.

#### Par exemple :

- Des forces d'occlusion trop grandes et un nombre d'implants insuffisants pourraient provoquer une fracture de l'implant, des structures de support ou de la prothèse.
- Un mauvais design de la prothèse lié à la position des implants placés en bouche peut créer une fracture de stress de la prothèse sur implants.
- Une zone sous la prothèse difficile à nettoyer peut créer une inflammation de la gencive autour de l'implant, qui peut évoluer vers une hyperplasie gingivale, une péri-mucosite ou une péri-implantite et une perte osseuse et, potentiellement, la perte de l'implant<sup>18</sup>.

Concernant les traitements sur implants, le Royal College of Dental Surgeons of Ontario précise d'ailleurs, dans son protocole, que des complications peuvent survenir et qu'elles peuvent varier en complexité et en gravité. Leurs origines peuvent parfois être inconnues et vagues, mais on doit : obtenir l'historique des signes et symptômes, faire un examen radiologique et un examen clinique méticuleux, tenter de déterminer la cause des complications et, si elle ne peut être détectée ou est trop complexe, considérer un retraitement. Cela veut dire qu'il peut être nécessaire d'enlever l'implant et/ou la prothèse sur implant<sup>19</sup>.

Devoir enlever un implant, en remettre un nouveau et refaire une prothèse sur implant en cas de complications graves ne peut être pris à la légère. Ces complications et leurs conséquences peuvent être irréversibles, contrairement à ce que prétend l'Ordre des denturologistes. Bien que les risques soient moins élevés pour les prothèses scellées supra-gingivales, ils existent réellement.

<sup>18</sup> *Dental Implant Complications*, De Stuart J. Froum, John Wiley and Sons, Incorporated, 2015, Chapitre 12.

<sup>19</sup> *Educational Requirements and Professional Responsibilities for Implant Dentistry*, Guidelines, Royal College of Dental Surgeons of Ontario, May, 2013, p. 11.

## 4. Actes réservés

L'Ordre des denturologistes du Québec trouve trop restrictives les activités réservées aux denturologistes concernant les points 4 et 5 de l'article 6, soit :

- **Point 4** « Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, à l'installation et à l'ajustement des prothèses et appareils dentaires sur implant, excluant les prothèses et appareils dentaires scellés, 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 du premier alinéa de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26)
- **Point 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... »

### Argumentaire de l'ACDQ

- Au point 4, qu'entend-on par intervention non invasive? Qu'arrivera-t-il s'il est impossible de prévoir le caractère invasif d'une intervention particulière?

**Le professionnel sera-t-il tenté de commencer le traitement et de l'interrompre s'il devient invasif ou, pire encore, de le terminer malgré que celui-ci ne corresponde pas à son champ d'expertise? Qu'en est-il du bien-être du patient? N'est-ce pas un risque inutile à lui faire courir?**

Un patient peut présenter de l'hyperplasie gingivale, une récession gingivale ou des signes d'inflammation et d'infection sous une prothèse sur implant lorsque cette dernière est enlevée, des conditions qui doivent être pris en charge par un dentiste<sup>20</sup>.

### Argumentaire de l'ACDQ

- Le point 5 n'est guère plus rassurant. Retirer ou replacer un bouchon de guérison et placer un pilier sur la tête d'un implant sont des actes qui peuvent être invasifs. Une gencive ou une muqueuse peut saigner, l'anesthésie locale peut être requise pour effectuer cet acte, surtout si l'implant est positionné sous la gencive. Une radiographie du complexe pilier/tête d'implant est nécessaire pour confirmer le bon positionnement lorsque l'évaluation clinique n'est pas suffisante (pour les implants sous-gingivaux)<sup>21</sup>. Le dentiste est le seul professionnel apte à déterminer le caractère invasif ou non de la procédure.

<sup>20</sup> De Gerard Bryne, *Fundamentals of Implant Dentistry*, John Wiley and Sons, Incorporated, 2014, Chapter 6, p. 115.

<sup>21</sup> Misch Carl E, *Implant Dental Prosthetics*, Mosby Edition, 2004, Chapter 15.

## 5. Radiographie

L'Ordre des denturologistes du Québec souhaiterait pouvoir effectuer des examens dentaires d'évaluation mécanique, selon une ordonnance. L'Ordre se réfère au droit des hygiénistes dentaires de prendre certaines radiographies, selon une ordonnance.

### Argumentaire de l'ACDQ

- L'Ordre recommande cet ajout au projet en argumentant que les hygiénistes dentaires et les denturologistes ont des circonstances de soins similaires. **Cette affirmation est erronée, car elle ne tient pas compte du contexte et du but dans lequel les radiographies sont prises.**

En effet, l'hygiéniste dentaire prend une radiographie sous ordonnance du dentiste, il n'établit pas de diagnostic radiologique. Les radiographies sont interprétées par un dentiste, qui travaille de concert avec l'hygiéniste.

Le denturologiste, quant à lui, souhaite prendre une radiographie pour évaluer les structures attenantes aux implants dentaires. Ce qui sous-entend une interprétation et un diagnostic concernant l'implant et ses structures.

### Argumentaire de l'ACDQ

- Le denturologiste n'a pas l'expertise pour poser un diagnostic radiologique. De plus, cette mesure pourrait causer un préjudice au patient, car qu'arrivera-t-il si une radiographie prise par le denturologiste et non interprétée par le dentiste présente une pathologie qui passe inaperçue? **Accepter cette recommandation pourrait compromettre la santé de la population.**

Pour faire un parallèle avec la médecine, un technicien en radiologie qui a consacré ses études de niveau collégial à la radiologie ne peut se prononcer sur la radiographie qu'il a prise; seul le médecin a la formation et l'expertise pour interpréter une radiographie. Il en est de même dans le milieu dentaire!





ASSOCIATION DES  
CHIRURGIENS DENTISTES  
DU QUÉBEC