



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-QUATRIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Commission permanente de l'éducation

Consultations particulières sur le projet de loi
17 — Loi modifiant la Loi sur la denturologie (1)

Le mardi 11 septembre 1990 — No 29

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Déclarations d'ouverture	
M. Raymond Savoie	CE-1449
Mme Jeanne L Blackburn	CE-1451
M. Raymond Savoie (réplique)	CE-1452
Auditions	
Collège Édouard-Montpetit	CE-1453
Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal	CE-1467
Association des chirurgiens dentistes du Québec	CE-1482
Association des denturologistes	CE-1495
Fédération nationale des associations de consommateurs du Québec	CE-1 509
Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciaie	CE-1522
Sénat de la denturologie	CE-1537

Autres intervenants

Mme Claire-Hélène Hovington, présidente
M. Jean-Claude Gobé, président suppléant

M. Henri-François Gautrin
M. Jean-Pierre Jolivet
Mme Jocelyne Caron
Mme Huguette Boucher Bacon

- * M. Claude Ostiguy, collègue Édouard-Montpetit
 - * M. Michel Gamache, collègue Édouard-Montpetit et Association des denturologistes
 - * M. Thomas J. Mulcair, Office des professions
 - * M. Gérald Albert, Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal
 - * M. Claude Lamarche, idem
 - * M. Claude Chicoine, Association des chirurgiens dentistes du Québec
 - * M. Hubert Gaucher, Association des chirurgiens dentistes du Québec et Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciaie
 - * M. Denis Laverdière, Association des chirurgiens dentistes du Québec
 - * M. Robert Perreault, Association des denturologistes
 - * M. Marc Seghatol, idem
 - * M. Jean-Marc Aubry, Association des denturologistes du Canada
 - * M. Roger Beaudoin, Fédération nationale des associations de consommateurs du Québec
 - * Mme Lise Pilon, idem
 - * Mme Michéline Ouellette, idem
 - * M. Pierre-Éric Landry, Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciaie
 - * M. François Blondeau, idem
 - * M. Pierre Boudrias, idem
 - * M. Robert Bleau, Sénat de la denturologie
 - * M. Denis Provencher, idem
 - * M. Gabriel Karsenti, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Abonnement: 250 \$ par année pour les débats des commissions parlementaires
70 \$ par année pour les débats de la Chambre
Chaque exemplaire: 1,00 \$ - Index: 10 \$
(La transcription des débats des commissions parlementaires est aussi disponible sur microfiches au coût annuel de 150 \$)

Chèque rédigé au nom du ministre des Finances et adressé à:
Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1060, Conroy, R.-C. Édifice "G", C.P. 28
Québec, (Québec)
Q1R 5E6 tél. 418-643-2754
Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Le mardi 11 septembre 1990

Consultations particulières sur le projet de loi 17

(Dix heures cinq minutes)

La Présidente (Mme Hovington): À l'ordre, s'il vous plaît! Que les membres de la commission veuillent bien prendre place! La commission de l'éducation va commencer ses travaux. Alors, on peut constater que nous avons quorum. Je déclare la séance ouverte.

Je rappelle le mandat de la commission de l'éducation qui est de procéder à des consultations particulières sur le projet de loi 17, Loi modifiant la Loi sur la denturologie.

M. le secrétaire, est-ce que nous avons des remplacements?

Le Secrétaire: Non, Mme la Présidente. Merci.

La Présidente (Mme Hovington): Merci. Alors, aujourd'hui, l'ordre du jour pour le mardi 11 septembre: Nous aurons les déclarations d'ouverture de la part du ministre, de la part du porte-parole de l'Opposition officielle et du député indépendant, s'il y a lieu. Ensuite, nous procéderons à la présentation des mémoires. Alors, en premier, ce sera la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal, à 10 h 30; à 11 h 35, le cégep Édouard-Montpetit; à 14 heures, l'Association des chirurgiens dentistes; à 15 heures, l'Association des denturologistes; à 16 heures, la Fédération nationale des associations de consommateurs du Québec; à 20 heures, l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale et enfin, à 21 heures, ce soir, le Sénat de la denturologie.

Alors, nous allons procéder, si vous voulez. Il n'y a pas de motion préliminaire à présenter. Alors, je demanderais au premier groupe de vouloir prendre place: la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal. Si vous voulez bien vous approcher. Est-ce qu'ils sont ici, M. le secrétaire? Les porte-parole de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal ne seraient pas arrivés. Alors, nous allons commencer de toute façon par les déclarations d'ouverture, peut-être qu'ils auront le temps de se présenter d'ici là. Alors, M. le ministre, vous avez 15 minutes, le porte-parole de l'Opposition officielle a aussi 15 minutes et le député indépendant a 5 minutes, pour les déclarations d'ouverture. M. le ministre, vous avez la parole.

Déclarations d'ouverture

M. Raymond Savoie

M. Savoie: Merci, Mme la Présidente. Je

voudrais d'abord saluer mes collègues qui vont assister à cette commission que je crois de toute première importance. Je me permettrai également de vous présenter M. Thomas Mulcair qui est à ma gauche et qui est président de l'Office des professions.

Mme la Présidente, nous débutons aujourd'hui une série de consultations particulières sur le projet de loi 17, Loi modifiant la Loi sur la denturologie. Nous aurons l'occasion, aujourd'hui et demain, d'entendre des avis, des opinions et des arguments concernant l'opportunité d'adopter ce projet de loi. En disant ces mots, j'indique bien le dilemme auquel on fait souvent face dans le domaine de la législation et de la réglementation professionnelle: deux groupes de personnes oeuvrant dans des secteurs d'activité connexes, prétendant chacun représenter les meilleurs intérêts du public tout en soutenant des points de vue diamétralement opposés.

Afin de mieux situer les discussions auxquelles nous allons participer, je tenterai, Mme la Présidente, de dresser un bref historique du dossier de la denturologie au Québec et particulièrement sa situation depuis 1973, année de l'adoption du Code des professions du Québec.

En 1966, moment auquel le gouvernement du Québec a confié à une commission d'enquête le mandat d'examiner toute la question de l'organisation professionnelle dans le domaine de la santé du Québec, n'existait pas, à ce moment-là, la profession de denturologiste. Dans son rapport de 1970, cette commission recommandait la réforme en profondeur de tout le système professionnel québécois dans le domaine de la santé et ailleurs. Au terme des délibérations, on recommandait entre autres la reconnaissance d'une profession composée de personnes, outre les dentistes, qui seraient compétentes pour vendre et poser des prothèses dentaires. Les conditions dans lesquelles s'exerçait jusqu'alors cette activité et l'intention réelle du législateur en les reconnaissant feront l'objet de nombreuses explications et commentaires par nos invités.

Plus concrètement, il importe de rappeler que parmi les nouvelles professions qui ont été reconnues en 1973, on en retrouve cinq dites à titre réservé et quatre à titre exclusif. Même si cette distinction est bien connue par ceux et celles qui travaillent dans le domaine professionnel, il est à mon sens utile de s'y arrêter brièvement. Dans les premières, les membres ont un titre qui leur est réservé en exclusivité et seuls les membres de cette profession ont le droit d'utiliser celui-ci ou tout autre titre pouvant laisser croire qu'ils sont membres. Le législateur est d'avis que dans ce cas, il s'agit de 19 des 40 professions actuellement au Québec. Le

public est suffisamment protégé lorsqu'il sait que tel titre correspond à une formation adéquate, à un code de déontologie, à un règlement de conciliation et d'arbitrage des comptes, à des comités de discipline et d'inspection professionnelle, bref, à toutes les garanties offertes par le code des professions. Des exemples bien connus de professions à titre réservé sont les physiothérapeutes, les comptables généraux licenciés, les **évaluateurs** agréés. Il existe, par ailleurs, deux professions dentaires dans cette première catégorie, celle des hygiénistes dentaires et celle des techniciens et techniciennes dentaires.

Quant aux dentistes et denturologistes, ils font partie de la deuxième catégorie. En plus du titre qui leur est propre, ils ont un champ d'exercice exclusivement réservé à leurs membres. D'ailleurs, à ce sujet, il importe de préciser que le champ d'exercice exclusif des denturologistes est situé entièrement à l'**intérieur** de celui des dentistes. En termes clairs, ceci veut dire que les dentistes sont légalement habilités à poser tous les actes qu'un **denturologiste** a le droit de faire, alors qu'il existe un vaste champ de la médecine dentaire qui est formellement réservé aux seuls dentistes.

Un autre exemple de cette situation dans le domaine professionnel est celui des **optométristes** et des **opticiens**. Cette situation créait déjà en soi assez de difficultés prévisibles, sinon inévitables, mais ajoutée à cela, nous avons l'exigence qui se trouve à l'article 7 de la Loi sur la denturologie et qui subordonne l'exercice de la **denturologie** à la présentation d'un certificat de santé buccale délivré par un dentiste au cours de l'année précédente ou à l'ordonnance d'un dentiste.

Pour rester dans l'analogie vue plus haut, les opticiens d'ordonnances, comme leur nom l'indique, ne peuvent travailler que sur ordonnance d'un optométriste ou d'un médecin. C'est cette exigence qui a causé le plus de problèmes entre dentistes et denturologistes au cours des 17 dernières années. Nous entendrons des versions très divergentes de l'historique de cette situation au cours des prochains jours. Qu'il **suffise** de dire pour l'instant que, depuis au moins 15 ans, la loi n'a pas été respectée.

Face à cette situation qui mettait en jeu la santé du public, l'Office des professions du Québec a mené plusieurs enquêtes, tenu de nombreuses réunions et effectué ou a fait effectuer un très grand nombre d'études, de recherches et d'expertises. C'est justement en exécution d'un de ces mandats premiers prévus à l'article 12 du Code que l'Office a effectué autant de recherches et consacré autant de ressources à ce problème. Cet article énonce que l'Office des professions doit tenter d'amener les corporations à se concerter afin de trouver des solutions aux problèmes communs qu'elles rencontrent en raison, notamment, de la connexité des activités exercées par leurs membres.

L'Office a tenté, justement, au cours des 15 dernières années de trouver une solution aux différends opposant dentistes et denturologistes. Il y a eu, par exemple, un moratoire de fait relatif à l'exigence du certificat de santé buccale décidé par le prédécesseur de l'actuel président de l'Office. Les tribunaux ont eu à rappeler que si un amendement à la loi apparaissait souhaitable, c'est au législateur d'intervenir. Il y a eu pendant de très nombreuses années des tentatives de conciliation et des études qui ont donné lieu à des projets qui, pour diverses raisons, n'ont pas connu de suite. Et il y a eu, plus récemment encore, la création d'un comité tripartite composé de représentants de l'Office, des denturologistes et des dentistes. Instruit de toute cette expérience et de ce travail, l'Office a commencé à formuler ses recommandations définitives au printemps 1989. J'ai été saisi de ce dossier et de quelques centaines d'autres, d'ailleurs, lorsque j'ai été nommé ministre responsable de l'application des lois professionnelles l'automne dernier.

Il est en effet, Mme la Présidente, très difficile de concilier les divers points de vue qui nous sont souvent présentés avec beaucoup de virulence.

C'est pourquoi, Mme la Présidente, le présent projet de loi ne saurait être le reflet d'un simple jeu de "lobbying" mais, bien au contraire, le résultat d'analyses, de consultations et de consensus. Mais la notion même de la protection du public, comme nous le rappelait la commission Rochon, est en pleine évolution. Dans son rapport, celle-ci était d'avis qu'il appartenait à l'Office des professions du Québec d'informer le public de ce qu'il est en droit d'attendre d'un professionnel et... que le respect des droits, de la dignité, de l'intégrité et de la sécurité des personnes pour lequel l'Office des professions du Québec a formulé les recommandations qui ont abouti au projet de loi qui est devant nous.

(10 h 15)

L'équilibre auquel je fais référence se reflète, d'un côté, par la suggestion de retirer l'obligation de leur produire un certificat de santé buccale et, de l'autre, par une proposition d'exiger du client de signer une déclaration indiquant soit qu'il a vu un dentiste au cours des douze derniers mois, soit qu'il a été avisé de l'intérêt de le faire. On voit donc la responsabilité du public, le respect de ses droits et une meilleure information.

Contrairement à toute attente, ces suggestions ont réussi à faire naître une nouvelle controverse car elles sont accompagnées d'une liste claire des actes défendus au denturologiste. Parmi ceux-ci, la pose, et non pas la fabrication, il faut bien s'entendre, la pose de prothèse sur implant. Il en sera beaucoup question, mais essentiellement, il s'agit d'une prothèse qui s'ajuste à des implants posés notamment de façon chirurgicale par un dentiste, un chirurgien ou un chirurgien buccal. Conscient des difficultés qu'un

manque de suivi peut engendrer, l'Office a été obligé d'indiquer clairement que ce genre de prothèse faisait partie intégrale d'un même traitement du chirurgien dentiste pour la pose des implants. Or, le cœur des discussions portera sur ce point précis de la pose des prothèses sur implants. Il s'agit là d'une nouvelle technique qui n'était pas encore identifiée en 1973, d'où l'importance aujourd'hui de trancher ce débat qui dure maintenant depuis plus de cinq ans.

Je tiens à préciser que j'aborde cette question avec le souci de la protection du public et du respect de l'intégrité des lois professionnelles comme l'a souhaité le législateur en 1973. De plus, il faut bien comprendre que nous ne sommes pas ici aujourd'hui pour protéger les intérêts ou assurer l'avenir de quelque corporation professionnelle que ce soit. La décision que nous prendrons à l'issue de cette commission parlementaire ne peut reposer que sur des seuls impératifs économiques. À ce chapitre, j'aimerais établir une analogie. Nous ne construisons pas un cégep dans une ville pour faire un développement économique, mais pour assurer une meilleure éducation. Je répète donc que nous sommes ici pour protéger la sécurité et la santé du public.

Enfin, Mme la Présidente, je dois ici faire la mise au point suivante. Le Code des professions indique que l'Office doit informer le gouvernement lorsque toute corporation professionnelle ne respecte pas ses obligations. Or, l'obligation première d'une corporation professionnelle est d'assurer la protection du public en faisant respecter la loi par ses membres. Le gouvernement est alors en mesure de prendre toutes les initiatives propres à assurer la protection du public et à tirer toutes les conséquences législatives et judiciaires de la déchéance de la corporation concernée, y compris la mise en tutelle ou la dissolution.

Au cours des prochains jours, Mme la Présidente, nous entendrons de nombreux arguments pour et contre le projet de loi 17. Le sort de ce projet de loi demeure évidemment d'abord entre les membres de cette commission et, deuxièmement, les membres de l'Assemblée nationale. Comme ministre responsable de l'application des lois professionnelles, je demeurerai ouvert pendant ce processus à toute suggestion qui aura pour effet d'accroître la protection du public dans ce domaine. Au même titre, vous pouvez compter sur moi pour en faire respecter les dispositions par tous et toutes sans exception et pour faire prévaloir dans ce domaine comme dans tous les autres cet objectif primordial de notre système professionnel. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Hovington): Merci, M. le ministre. Alors, Mme la députée de Chicoutimi, porte-parole de l'Opposition.

Mme Jeanne L. Blackburn

Mme Blackburn: Merci, Mme la Présidente. Mme la Présidente, vous allez me permettre, avant de faire mes quelques commentaires, de saluer les membres de cette commission, de même que les personnes qui assistent aux audiences. La loi qui est devant nous, vous allez me permettre de le rappeler un peu comme l'a fait le ministre, les principaux objets sur lesquels elle porte.

Dans un premier temps, le projet de loi vient supprimer l'obligation pour un denturologiste de ne poser un acte que sur ordonnance ou certificat de santé buccale délivré par un dentiste. Et, à cet égard, j'ai été étonnée d'une remarque contenue dans le texte du ministre à l'effet que l'absence de présentation de certificat de santé buccale ait menacé la santé publique au Québec et en même temps on s'apprête à le retirer. Alors, j'ai comme un problème de compréhension ou de cohérence par rapport à cette déclaration.

Cependant, la loi prévoit que dans le cas d'une prothèse dentaire partielle amovible, le denturologiste doit s'assurer que le patient a subi un examen par un dentiste au cours des douze derniers mois ou, à défaut, l'informer qu'il est fortement recommandé de le faire.

Ce projet de loi précise également certains actes qu'il est interdit à un denturologiste de poser dans l'exercice de sa profession dont l'essai, la pose, l'adaptation de prothèses qui s'ajustent aux implants et de prothèses hybrides. Et comme l'a fait remarquer le ministre, je pense que pour l'essentiel, les débats ou les échanges vont porter sur cet aspect du projet de loi.

En fait, le ministre l'a rappelé, mais je me permets d'insister là-dessus: la tâche de la commission, des commissaires consiste à faire la part des choses entre les différents avis qui seront émis ici, à cette commission. C'est toujours difficile pour le législateur de conserver à l'esprit l'intérêt du public et de se dégager, je dirais, des intérêts plus corporatistes ou partisans. C'est vrai pour ce projet de loi, mais c'est vrai pour tous les projets de loi presque sans exception; du moment où vous déposez un projet de loi, il y a toujours quelqu'un qui se trouve pénalisé et d'autres qui en tirent avantage. La seule question pour les parlementaires, c'est de se demander quelle est la loi ou l'aspect du projet de loi qui va dans le sens de l'intérêt du public.

Je dois dire que l'échange, normalement, en commission parlementaire va nous permettre de creuser différents aspects et d'apporter un éclairage additionnel aux connaissances que nous avons sur le dossier. Mais je dois dire malheureusement... Je dis malheureusement parce que je suis toujours un peu irritée par la situation qui prévaut entre les différentes corporations. J'ai eu connaissance ici, depuis cinq ans que je suis sur le dossier des corporations profession-

nettes, de nombreux débats entre les médecins, les sages-femmes et les acupuncteurs, entre les C.A., les C.G.A. et les C.M.A., entre les optométristes et les opticiens d'ordonnances et, là, entre les dentistes et les denturologistes. Mais souvent, très souvent, pour ne pas dire presque toujours, ce sont des corporations ou des professions dans le domaine de la santé, et il est toujours plus difficile de ne pas tomber dans l'impression plutôt que dans le factuel lorsqu'on parle de santé; c'est toujours facile de jouer sur l'idée de la santé publique et ce n'est pas toujours aussi évident que ça serve nécessairement l'intérêt du public parce que c'est plus cher ou parce que c'est plus compétent. Je trouve toujours ça difficile et délicat lorsqu'on aborde ce genre de projet de loi.

Je pense qu'il y a un certain nombre de questions sur lesquelles on devrait tenter d'avoir un meilleur éclairage: mieux cerner le partage des responsabilités et des compétences entre les deux corporations; voir comment a évolué la pratique de la denturologie au Québec, en Amérique du Nord mais, de façon générale, dans les pays industrialisés. Ça va nous permettre de voir comment ça correspond à la pratique à l'étranger parce qu'on ne peut pas, dans ces domaines-là, penser qu'on est les seuls à avoir le pas, révolution des nouvelles technologies. Mais il y a une façon aussi de le faire, c'est par le biais de la satisfaction de l'utilisateur, le nombre de plaintes, sur quoi elles ont porté, sur la transparence des corporations lorsqu'il y a des plaintes. Ça, ça me pose un problème par rapport à certaines corporations. On n'est pas en mesure d'évaluer la satisfaction de l'utilisateur lorsqu'on n'a pas accès aux procédures qui examinent, je ne dirais pas au procès, mais à l'instance qui examine les plaintes. Lorsque ça se fait à huis-clos, malheureusement, le public n'est pas informé. On ne peut pas mesurer ça. Je pense que c'est une des questions qui devront se poser. La qualité des curriculums de formation, les programmes de formation, leur contenu et quelle habileté ça développe chez l'un et chez l'autre. Connaissance et habileté. Je pense que c'est à la lumière de ces informations que nous pourrions nous faire une tête. Mais également, et je me faisais la réflexion, il faudrait avoir l'avis du ministère de la Santé et des Services sociaux. Peut-être le ministre l'a-t-il eu mais je n'ai pas eu connaissance que nous ayons eu un avis du ministère de la Santé et des Services sociaux sur cette question qui, pourtant, le concerne également. Le ministre pourra peut-être nous en faire part tout à l'heure.

Fondamentalement, en ce qui concerne la corporation, et ce n'est pas leur faire injure que de le dire, au fond de ce débat et de ce projet de loi, il y a un débat économique. Comme dans n'importe quel secteur d'activité, il s'agit de savoir comment on va se partager une clientèle. Je ne dis pas que dans le discours il n'y a pas

une préoccupation pour l'intérêt du public mais, fondamentalement, je pense que c'est un débat économique et l'Ordre des dentistes, si j'ai bien pris connaissance d'un de leurs bulletins, le campe de façon assez claire. Ils disent: Bon, voilà, on va avoir plus de dentistes, pas beaucoup plus de clientèle, il faudrait peut-être récupérer tous les champs de pratique. Au moins, ils ont le mérite d'être clairs là-dessus. C'est pourquoi nous avons la responsabilité d'être à la fois vigilants, mais de s'assurer que nous ayons toutes les informations pour faire là-dessus une tête.

Mme la Présidente, je terminerais là-dessus juste en essayant aussi peut-être de dégager des échanges. Si on est en mesure de faire des parallèles entre les orthopédistes et ceux qui font les appareils orthèses, prothèses, ceux qui travaillent, par exemple, les orthèses, prothèses, les membres, l'ajustement des membres. Est-ce que c'est fait davantage par les ingénieurs techniciens que par les médecins? J'essaie de voir comment on pourrait établir un parallèle qui nous permettrait de mieux comprendre l'importance des champs de pratique dans les deux secteurs qui sont concernés.

Je terminerais là-dessus. Comme on entend les deux maisons d'enseignement en tout premier lieu, j'aimerais qu'on puisse avec elles cerner la formation qui donne le plus d'habileté en ces matières. Là-dessus, j'aurais terminé, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Hovington): Merci, Mme la députée de Chicoutimi. Alors, les déclarations d'ouverture étant terminées, j'inviterai donc... Est-ce que la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal est arrivée? Il ne voulait pas intervenir... M. le député ne voulait pas intervenir, c'est ça?

Une voix:...

La Présidente (Mme Hovington): C'est la présidente de la commission qui suit bien les travaux, MM. les parlementaires. Voilà.

M. Savoie: Mme la Présidente, est-ce que je pourrais répondre à quelques interrogations de Mme la...

La Présidente (Mme Hovington): Oui, allez-y, M. le ministre.

M. Raymond Savoie (réplique)

M. Savoie: ...députée. Effectivement, vous connaissez le problème au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a été consulté évidemment dans la préparation du mémoire qui a précédé le dépôt à l'Assemblée nationale du projet de loi. Il a été consulté et le ministère de

la Santé et des Services sociaux nous avise qu'effectivement, il a bien reçu le projet de loi 17 et après étude, il nous confirme qu'il est d'accord avec le projet soumis. C'est un avis tout à fait sectoriel et qui, finalement, n'a pas autant d'impact sur nos orientations qu'on voudrait. Il y a également évidemment les comités ministériels permanents qui nécessitent l'analyse du dossier par un secrétariat qui est ensuite présenté lors d'une rencontre du comité ministériel permanent où le dossier est étudié et discuté et qui a reçu évidemment l'assentiment de l'ensemble des intervenants, dont le ministre de la Santé et des Services sociaux à ce moment-là.

Mme Blackburn: Si vous me permettez, Mme la Présidente, est-ce qu'on a évalué les coûts additionnels d'une pratique, par exemple, qui se généraliserait à l'effet d'exiger un certificat de santé buccale?

M. Savoie: Les coûts de pratique?

Mme Blackburn: Les coûts, les coûts pour le gouvernement, là, si cette pratique était appliquée de façon absolue, c'est-à-dire que chaque visite chez un denturologiste serait dorénavant précédée d'une visite chez le dentiste...

M. Savoie: Hum, hum!

Mme Blackburn: ...et les avantages qu'au plan de la santé on en retire, parce qu'il faut toujours comparer avantages et inconvénients. Mais j'imagine que cet aspect-là aurait dû retenir l'attention du ministère de la Santé et des Services sociaux. Je ne sais pas combien il y a...

M. Savoie: Ça été...

Mme Blackburn: ...de visites. Probablement que les denturologistes pourraient nous le dire, combien il se fait de visites chez les denturologistes dans une année. Ça nous donnerait combien il se fait de visites obligées chez le dentiste...

M. Savoie: Oui, c'est ça.

Mme Blackburn: ...donc, des coûts additionnels en matière de services de santé là.

M. Savoie: Des coûts additionnels pour la population...

Mme Blackburn: Pour la population.

M. Savoie: ...par exemple, qui doit, oui, visiter avant de...

Mme Blackburn: C'est pour ça que je vous

demandais si cet aspect-là avait été examiné.

M. Savoie: Oui, mais le projet de loi a été adopté en 1973 et, à ce moment-là, ce qu'on avait déterminé, ce qui avait été convenu, c'est que, finalement, justement dans le but de protéger le public, dans le but de donner une garantie additionnelle au public hors de la création de l'Ordre des denturologistes et vis-à-vis l'Ordre des dentistes, c'était qu'une visite chez le dentiste s'imposait avant la fabrication et la pose d'une prothèse...

Mme Blackburn: Je connais la situation.

M. Savoie: ...amovible. Oui. Alors, ce n'était pas...

Mme Blackburn: Je voulais juste savoir si c'avait été...

M. Savoie: ...évidemment, pour les coûts, on pourrait en faire une évaluation. Mais je pense que, surtout, en 1973, ce n'était pas un élément qui avait été examiné.

Mme Blackburn: Oui, c'était un autre problème. Bien. Moi, ça va.

La Présidente (Mme Hovington): Ça va?

M. Savoie: Ça va.

La Présidente (Mme Hovington): Ça va, M. le ministre. Alors, si la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal n'est pas arrivée, j'inviterai le groupe suivant, qui est le cégep Édouard-Montpetit, à bien vouloir prendre place. On me dit que les gens de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal sont partis de Montréal. Alors, dès qu'ils arriveront, on les intercalera entre deux groupes.
(10 h 30)

Alors, c'est le cégep Édouard-Montpetit. Bienvenue à la commission de l'éducation, messieurs! Les parlementaires entendront donc votre présentation du mémoire. Il a été entendu que vous avez 20 minutes pour présenter le mémoire aux membres de la commission et il y aura 20 minutes, de part et d'autre, d'échanges avec vous et avec les parlementaires membres de la commission. Alors, le représentant, c'est M. Yves Sansoucy, directeur général.

Auditions

Collège Édouard-Montpetit

M. Ostiguy (Claude): Claude Ostiguy, directeur des Services pédagogiques. M. Sansoucy est absent.

La Présidente (Mme Hovington): Alors, si

vous voulez bien vous présenter pour les fins de la transcription des débats, je crois *que* ce serait plus simple.

M. Ostiguy: D'accord. Je vais commencer par présenter mes collègues: M. Robert Meilleur, professeur de denturologie au Collège Édouard-Montpetit et responsable du programme de denturologie; à ma gauche immédiate, M. Paul Filion, directeur du service de recherche et de développement pédagogique, responsable de l'évaluation des programmes d'enseignement; à ma droite, M. Michel Gamache, professeur de denturologie et expert en pratique de prothèses sur implants.

La Présidente (Mme Hovington): Et vous-même?

M. Ostiguy: Et moi-même, Claude Ostiguy, directeur des Services pédagogiques au Collège Édouard-Montpetit.

La Présidente (Mme Hovington): Alors, vous avez un porte-parole. Ce sera vous, M. Ostiguy?

M. Ostiguy: Oui.

La Présidente (Mme Hovington): Alors, si vous voulez bien y aller, vous avez 20 minutes pour présenter votre mémoire.

M. Ostiguy: Merci, Mme la Présidente. M. le ministre, Mmes et MM. les députés, le Collège Édouard-Montpetit, par son intervention auprès de cette commission parlementaire, espère contribuer à éclairer le législateur sur le programme dispensé par notre établissement, qui vise à former adéquatement des denturologistes qui puissent prendre les empreintes, fabriquer et poser des prothèses amovibles, notamment des prothèses amovibles sur implants, dans des conditions où la santé des patients est assurée. Cette expertise exclusive de formation, nous la détenons depuis 1974, année qui marque la reconnaissance légale de la profession de denturologiste au Québec. Auparavant, soit depuis 1968, le collège assurait déjà la formation des techniciens dentaires. Certains d'entre eux devinrent, par la suite, les premiers denturologistes, après avoir suivi un cours de prosthodontie dispensé par l'Ordre des denturologistes et avoir fait un stage de 600 heures en pratique privée. Donc, c'est depuis plus de 15 ans et, d'une certaine façon, depuis 22 ans qu'une équipe professorale compétente a contribué à la formation initiale et au perfectionnement de la majorité des professionnels qui oeuvrent présentement dans ce domaine de la santé. Au fil des années, ce programme de formation a constamment suivi l'évolution des besoins et des techniques propres à cette sphère d'activité, laquelle vise essentiellement, vous le savez, la fabrica-

tion, la pose et l'ajustement des prothèses dentaires amovibles.

Il importe de savoir qu'au Québec les spécialistes de la fabrication, de la pose et de l'ajustement des prothèses dentaires amovibles, ce sont les denturologistes. Eux seuls, en tant que groupe de professionnels, bénéficient d'une formation comptant autant que 1200 heures en prothèses amovibles seulement et ce, dans le cadre d'un programme de formation en denturologie d'une durée de trois ans, totalisant 44 cours répartis dans un curriculum de l'ordre de 2355 heures. Ce programme de denturologie dispensé au Québec s'avère être le plus complet et le plus équilibré au Canada, tant sur le plan théorique que sur le plan pratique.

Je rappelle ces éléments du mémoire déjà déposé pour bien mettre en relief quelle est la compétence de base des denturologistes en prothèses amovibles et la situer en regard de la problématique des prothèses amovibles sur implants que le législateur voudrait exclure de leur pratique professionnelle.

Il nous semble, au Collège Édouard-Montpetit, que cette dernière problématique pose notamment deux questions importantes concernant la protection de la santé du public. D'abord, comment peut-on s'assurer d'une ostéointégration adéquate des implants et des piliers avant que n'intervienne le professionnel spécialisé dans la fabrication et la pose des prothèses amovibles? Il nous apparaît naturel et sage que le patient puisse obtenir cette garantie auprès du chirurgien spécialisé dans la chirurgie buccale et la pose d'implants, puisse l'obtenir auprès de celui-là même qui a été responsable de cette intervention sophistiquée dans la bouche du patient. Nous vivons dans un monde spécialisé où, de plus en plus, les différents actes professionnels doivent se faire en complémentarité et en collaboration étroite plutôt que dans la concurrence mesquine et la méfiance.

Dans la mesure où une telle garantie d'ostéointégration complétée est donnée par le chirurgien buccal, il nous semble que le denturologiste, peut alors intervenir en toute sécurité pour le patient. Il faut savoir, d'autre part, que par sa formation, le denturologiste est apte à déceler différentes anomalies qui pourraient survenir et à référer le patient, dans ces cas, aux personnes les plus habilitées. En effet, à l'intérieur du programme de formation, le futur denturologiste poursuit des apprentissages en anatomie dentaire, en biologie humaine, en microbiologie, en immunologie, en physiopathologie dentaire et en anatomie et physiopathologie buccale. Cette formation ne rend pas apte à diagnostiquer, c'est bien certain; là-dessus, nous, nous pensons qu'il faut être clair, ça ne permet pas de diagnostiquer. Elle permet, cependant, de déceler s'il y a un problème inattendu et d'en référer aux personnes concernées. Quant à nous, il s'agit là d'une protection supplémentaire qui

vient s'ajouter à la garantie d'ostéointégration donnée par le chirurgien.

La deuxième question importante qui se pose concerne les effets négatifs que des prothèses inadéquates pourraient causer aux implants ostéointégrés et, conséquemment, à la santé du patient. On sait qu'il s'agit ici de prothèses dites équilibrées dont le montage requiert précision et tient compte des tensions et pressions que peut ou ne peut pas subir l'implant ostéointégré. Une prothèse mal équilibrée, qui ne tiendrait pas compte de toutes les forces en présence, pourrait, à court ou moyen terme, provoquer des dommages irréparables à l'implant ou à l'ossature mandibulaire.

Comment donc assurer la qualité de ces prothèses équilibrées? Il nous apparaît que c'est en assurant la compétence professionnelle, laquelle, dans ce cas, requiert évidemment un savoir particulier, mais plus qu'un savoir particulier, elle requiert un savoir-faire hors de l'ordinaire. Nous le rappelons ici, le spécialiste de la prothèse amovible, c'est le denturologiste; le spécialiste des prothèses amovibles équilibrées, c'est le denturologiste.

Dans plusieurs domaines autres que la denturologie, certains actes peuvent avoir des conséquences dramatiques sur la santé ou sur la vie. Qu'on pense aux actes posés par l'infirmière ou l'infirmier aux actes posés par le technicien ou la technicienne responsable de l'entretien d'un avion. Il est plus rassurant de s'en remettre à ce dernier, par exemple, au technicien responsable de l'entretien d'un avion, pour assurer une mise au point adéquate de l'avion. C'est plus rassurant de s'en remettre à lui que de s'en remettre à l'ingénieur, tout simplement parce que, dans certains cas, ce qui importe avant tout c'est le savoir-faire spécialisé plus que le savoir.

Dans le cas qui nous concerne, nous pensons que la formation équilibrée reçue par le denturologiste, tant sur le plan théorique que sur le plan pratique, ses longues heures d'exercice, de fabrication, de montage, de manipulation des prothèses amovibles et ce, tant en laboratoire qu'en clinique, l'ensemble, donc, de cette formation offre toutes les garanties souhaitées. Et, dans le contexte présent, nous dirions même qu'elle offre les garanties les meilleures, celles qui sont les plus disponibles présentement au Québec.

Enfin, mesdames, messieurs, la pose de la prothèse amovible sur implants est une technique relativement récente que notre programme régulier de formation intégrerait facilement advenant que cette pratique soit laissée aux denturologistes. Pour l'instant, notre établissement dispense déjà des cours dans ce domaine dans le cadre de la formation sur mesure offerte aux denturologistes en exercice. Nous remettrons au secrétariat de la commission copie du plan de ce cours d'une durée de 80 heures.

Voilà qui résume l'essentiel de notre propos

sur cette question. Le Collège Édouard-Montpetit tenait à se porter garant devant votre assemblée des compétences développées dans le secteur de la denturologie, des compétences actuelles et de celles à venir. Mme la Présidente, mesdames, messieurs, je vous remercie de votre attention.

La Présidente (Mme Hovington): M. Ostiguy, merci. M. le ministre.

M. Savoie: Merci, Mme la Présidente. Je voudrais remercier M. Ostiguy pour sa présentation qui a été, je pense, des plus claires, des plus limpides. Je pense qu'il est assez évident que M. Ostiguy représente fort bien le cégep Édouard-Montpetit qui, effectivement, a une excellente réputation. Je tiens d'ailleurs à souligner à mes collègues que, effectivement, au cours des dernières années, le collège a su répondre à une demande, non seulement au niveau de la province de Québec, mais également à l'extérieur de la province et même, me dit-on, en France, en Suisse. Il est certainement reconnu comme étant un centre d'enseignement capable de dispenser, au niveau de la formation des denturologistes, un excellent programme avec un bon corps professoral. Et, effectivement, depuis 1968-1969, le cégep joue pleinement son rôle et ça avec, je pense, une grande satisfaction de la part de l'ensemble de la population. Je pense que le fait que nous ayons des denturologues de qualité aujourd'hui est en grande partie dû aux efforts d'une part, bien sûr, de l'Ordre, mais également et surtout du cégep.

Cela étant dit, je dois, évidemment, apporter certaines précisions au niveau, par exemple... tout simplement parce que tout ce que nous disons et que nous présentons ici aujourd'hui est enregistré et peut avoir force de dossier qui est constitué par les dépôts. Je voudrais souligner que, bien sûr, lorsque M. Ostiguy parle de spécialistes reconnus, il faudrait bien entendre qu'il ne s'agit pas d'un terme juridique. Il s'agit d'un terme général, la définition la plus large qui est donnée au dictionnaire puisque, effectivement, je pense qu'il y a eu un jugement en ce qui concerne l'application du mot "spécialiste" et l'exécution spécifique de la tâche du denturologiste. Il faudrait voir qu'il ne s'attaque pas au jugement mais que ce sont tout simplement des commentaires d'ordre général et que, finalement, ce qu'on cherche à voir, c'est qu'il nous fasse comprendre que les denturologistes ont une maîtrise d'oeuvre et, je pense, une grande démonstration au niveau de leur expérience quant à la fabrication et la pose des prothèses amovibles et qu'ils cherchent évidemment à maintenir cette réputation d'ailleurs fort enviable.

La question que je voudrais poser, si vous me permettez, à M. Ostiguy: Actuellement, vous dites que vous êtes en voie d'établir un programme, qu'il y a déjà eu des cours qui se sont

dormés ce printemps, je crois, au niveau des implants.
(10 h 45)

M. Ostiguy: Dans le cadre de la formation sur mesure aux denturologistes qui sont donc déjà en exercice, on a dispensé un cours de 80 heures.

M. Savoie: 80 heures. Et, selon votre expérience, est-ce qu'on peut prévoir effectivement, est-ce que votre position est de dire clairement que les denturologistes vont recevoir suffisamment de formation pour faire ce travail seuls, c'est-à-dire à l'extérieur d'un cabinet, disons, multidisciplinaire? C'est-à-dire que, chez eux, une fois que l'implant est bien établi et que les six mois sont passés, ils peuvent se présenter chez un denturologiste et que là, on peut procéder non seulement à la fabrication de la prothèse, mais également à la pose.

M. Ostiguy: Oui, c'est ce que nous affirmons, Oui.

M. Savoie: Oui.

M. Ostiguy: Et dans le cadre d'un cours qu'on dispense aux adultes, aux denturologistes présentement, c'est ce que nous atteignons comme compétence, oui.

M. Savoie: Actuellement, est-ce que ça se fait dans d'autres provinces au Canada, la question que le denturologiste pose seul la prothèse sur implants?

M. Ostiguy: Je vais laisser répondre mon collègue ici, M. Gamache, là-dessus.

M. Gamache (Michel): À ma connaissance, en Ontario, présentement, ça se fait.

M. Savoie: Est-ce que ça se fait comme ça se fait au Québec, dans le sens que si ma mémoire est fidèle... Et j'imagine qu'on va entendre un petit peu plus tard le Sénat nous dire que, effectivement, ça se pratique dans un contexte multidisciplinaire ou... C'est dans ce cadre-là. C'est-à-dire que...

M. Gamache: C'est dans ce cadre-là, oui, oui.

M. Savoie:... un bureau de dentiste, j'imagine. Mais en Ontario, je crois qu'ils vont faire face exactement au même problème auquel, nous, nous faisons face aujourd'hui.

M. Gamache: Oui. Actuellement, je pense qu'il y a une recommandation d'un comité d'étude qui s'appelle le comité d'étude Schwarz...

M. Savoie: Oui.

M. Gamache:... qui fait des recommandations au niveau de tous les professionnels de la santé, c'est-à-dire définir les tâches de chacun. Si je me souviens bien, le denturologiste, à ce moment-là, aurait une reconnaissance d'autonomie.

M. Savoie: Ah oui! M. Mulcair, est-ce que c'est exact, ça?

M. Mulcair (Thomas J.): M. le ministre, je tiens peut-être à apporter une petite précision. J'ai parlé longuement hier avec M. Schwarz justement et j'ai passé trois jours la semaine dernière, entre autres, avec mes collègues des autres provinces, notamment ceux de l'Ontario et de l'Alberta, dans ce dossier-là. Je peux vous dire que, sans l'ombre d'un doute, il n'est pas permis à un denturologiste en Ontario, à l'heure actuelle, de faire ce que vous avez demandé, c'est-à-dire de préparer une prothèse sur implants sans l'ordonnance d'un dentiste ou, le cas échéant, sa supervision immédiate.

Par ailleurs, dans les propositions, parce qu'il ne s'agit que de ça, du rapport du Review piloté par M. Schwarz, je lui ai expliqué en grand détail l'argumentation à laquelle on allait faire face aujourd'hui. Et il m'a dit que... D'ailleurs, il attend mon appel, si jamais c'était absolument nécessaire de le confirmer par écrit et, le cas échéant, de venir. Mais il a dit qu'il n'était pas question dans les propositions qu'une telle chose puisse se passer. Ils s'en vont, comme monsieur vient de l'indiquer, vers une plus grande autonomie des denturologistes en Ontario, justement comme nous le faisons, c'est-à-dire pas de certificat de santé buccale dans le cas de prothèse complète ou, comme nous l'avons également proposé, pour les partiels. Mais dans l'autre cas, lorsque ça fait partie intégrante d'un traitement chirurgical, pour la suite, il n'en a jamais été question même dans les propositions. Et ça, c'est très clair. Il faut être absolument certain qu'on se comprend là-dessus.

M. Savoie: Donc, M. Schwarz est d'accord avec l'orientation de M. Gamache dans le sens de dire que les denturologistes doivent avoir un petit peu plus d'autonomie ou plus d'autonomie dans l'exercice de leurs fonctions, qu'ils sont aptes à assumer ce défi, mais qu'au niveau d'une prothèse sur implants fixes, que là, il n'est pas question pour l'Ontario de prendre cette démarche.

M. Mulcair: Une prothèse sur implants fixes ou amovible, il faut bien comprendre que ça fait partie d'un ensemble et on aura l'occasion de le voir mais le caractère amovible, dépendant très souvent de l'intervention de la part du praticien, aucune prothèse sur implants fixes, amovible ou entre les deux - parce qu'on verra bien qu'il y a différents degrés - ne pourrait être assumée par un denturologiste qu'on appelle "denturist" en Ontario. C'est hors de question. Seul, non, pas

question.

M. Savoie: O.K. Au niveau du cours, c'est M. Gamache qui, finalement, voit à la préparation des denturologistes au niveau des implants, est-ce que c'est exact?

M. Gamache: C'est exact, oui.

M. Savoie: J'imagine que ça va demander aussi une préparation au niveau de la radiologie?

M. Gamache: Actuellement, quand on fait des prothèses sur implants dans le cadre du cours, on travaille en équipe.

M. Savoie: Oui.

M. Gamache: Nous n'avons pas à faire un diagnostic au niveau des radiographies. La seule chose qui doit être claire, c'est que le denturologiste, lorsque le patient revient à son cabinet pour effectuer des prothèses sur implants, il faut à ce moment-là que le chirurgien ait dit à son patient qu'il y a effectivement eu ostéointégration.

M. Savoie: D'accord.

M. Gamache: Mais habituellement, il reste quand même que durant tout le processus de la chirurgie, il y a un travail de communication qui se fait, c'est-à-dire que le patient qui a besoin de reporter ses prothèses à la suite des chirurgies, parce qu'on parle de prothèses de transition, à ce moment-là, il a besoin du denturologiste pour faire la modification sur la prothèse.

M. Savoie: Finalement, les denturologistes seraient en mesure de lire... Ils vont être prêts, disons, à faire la lecture d'une radiographie?

M. Gamache: C'est-à-dire pas dans le cadre de ce cours-là.

M. Savoie: Non?

M. Gamache: Excepté qu'il y a un autre cours qui est actuellement dispensé avec une autre maison d'enseignement...

M. Savoie: Oui.

M. Gamache: ...qui a été donné en juin sur la lecture de radiographie.

M. Savoie: Donc, il serait possible de préparer les denturologistes dans cette orientation...

M. Gamache: Effectivement.

M. Savoie: ...sans grande difficulté?

M. Gamache: Oui.

M. Savoie: Et on parlerait de combien d'heures à peu près?

M. Gamache: 45 heures.

M. Savoie: Et, évidemment, j'imagine que le cégep a tout l'équipement nécessaire pour présenter ce...

M. Gamache: Non, pas chez nous, mais dans un autre cégep.

M. Savoie: Dans un autre cégep.

M. Gamache: Parce qu'on travaille en collaboration avec une autre maison d'enseignement.

M. Savoie: Oui, mais le cégep serait capable de fournir là...

M. Gamache: Effectivement.

M. Savoie: ...le cadre nécessaire pour ça? Ça ne présente pas de difficultés du tout?

M. Gamache: Du tout.

M. Savoie: Tout simplement, si vous me permettez une dernière question, Mme la députée. On soulève la question de meulage. Pour ma part, on parle beaucoup de meulage. On nous dit que lorsqu'on doit procéder à la pose de prothèses sur implants, il doit y avoir au niveau des autres dents... Lorsqu'on parle d'un partiel, il est question de meulage des autres dents. Est-ce que...

M. Gamache: Là, on ne parle pas de prothèses sur implants. On parle probablement de prothèses squelettiques amovibles.

M. Savoie: Non, on parle de prothèses sur implants vis-à-vis des autres dents pour les agencements.

M. Gamache: Nous, ici, on parle d'édentation complète.

M. Savoie: Complète uniquement?

M. Gamache: C'est ça.

M. Savoie: On ne parle pas des prothèses partielles, par exemple, où on aurait seulement à remplacer...

M. Gamache: Un pont?

M. Savoie: Non, on parle sur implants.

M. Gamache: De toute façon, pour moi, ce n'est pas un souci parce que l'implant comme tel est trois fois plus solide qu'une dent naturelle.

M. Savoie: Oui.

M. Gamache: Donc, ce n'est pas un problème, à ce moment-là, de placer un appui, quoiqu'il reste qu'il y a une différence et il faut bien que ce soit clair que la dent naturelle peut bouger à cause de la membrane périodontaire autour de la dent. Tandis que pour ce qui est de l'implant, c'est quelque chose qui est fixe, qui est solide. De toute façon, lorsque les prosthodontistes font des ponts, à ce moment-là, il faut qu'il y ait un ancrage de précision pour permettre un jeu **qui se fait** entre les deux; à ce moment-là, il faut que ça bouge. L'implant, lui, ne bougera pas.

M. Savoie: Oui, c'est ça. L'implant est beaucoup plus solide, oui.

M. Gamache: C'est ça.

M. Savoie: Alors, la question de **meulage** pour vous, ce n'est pas une considération à ce moment-ci?

M. Gamache: Non, non. À ce moment-là, la question de meulage se fait sur une préparation de dents naturelles dans le cadre d'une prothèse amovible, on fait un partiel, une pièce squelettique qui n'a pas de place en bouche; il faudrait **meuler** la dent pour effectivement qu'il y ait assez de place pour la placer.

M. Savoie: Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Hovington): Si vous me permettez, il est dommage pour les membres de cette commission - nous ne sommes ni dentistes, ni denturologistes - que vous n'ayez pas de modèle pour démontrer ou...

M. Gamache: J'ai ça.

Une voix: M. Gamache...

La Présidente (Mme Hovington): Parce qu'on parle d'implants amovibles, **movibles**, de ponts, etc.

M. Gamache: J'ai ça, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Hovington): Alors, ça pourrait donner un meilleur éclairage aux membres de la commission si on avait des modèles à faire passer là. Entre-temps, je peux reconnaître le député de Verdun qui a une question je crois.

M. Gauthrin: Merci, Mme la Présidente. Brièvement, M. Ostiguy, si j'ai compris votre

argumentation, vous dites: Le chirurgien va vérifier l'ostéointégration des piliers et une fois que l'ostéointégration des piliers est terminée, le denturologiste peut intervenir pour poser une prothèse; il est parfaitement formé pour poser la prothèse. L'argumentation qui est faite par d'autres personnes qu'on va probablement entendre à cette commission, c'est que le fait d'avoir une prothèse sur un pilier peut remettre en question l'ostéointégration du pilier à cause des stress qui auraient été transmis sur le pilier par la prothèse. Et, à ce moment-là, l'argument, c'est que, pour **vérifier** l'état de l'ostéointégration du pilier, ça prend un spécialiste, donc un dentiste. Est-ce que vous partagez ce point de vue-là?

M. Ostiguy: Ce que nous partageons comme point de vue, c'est que la prothèse sur implants est effectivement une prothèse équilibrée qui a besoin de tenir compte des tensions, des pressions pour éviter qu'à moyen terme, ça endommage l'implant. Mais ce que nous disons en même temps, c'est que ce travail minutieux d'équilibrage demande un savoir-faire qui est possédé, à notre prétention, par les denturologistes et, à notre prétention, par eux seuls ou presque seuls, si l'on veut; c'est eux qui ont vraiment la plus grande formation là-dedans.

Maintenant imaginons qu'on admette ce principe et qu'à ce moment-là ça ait été posé sur les piliers; par la suite, comment dirais-je, l'effet négatif, c'est bien sûr, ce n'est pas nécessairement le denturologiste qui va le percevoir. Mais est-ce que la prothèse était bien faite? Ce n'est pas le dentiste qui, à notre avis, est capable aussi de l'expertiser, c'est encore plus le denturo. Alors, même si on admettait que c'est le dentiste qui, à court terme, va regarder ce que le denturologiste a fait, comment va-t-il être capable de juger? A-t-il l'expertise pour juger de l'équilibrage de la prothèse? Là-dessus, on dit: Il l'a peut-être, mais celui qui l'a, l'expert là-dedans, c'est le denturologiste.

M. Gauthrin: Je comprends. Merci, monsieur.

La Présidente (Mme Hovington): Merci, M. le député de Verdun. Je reconnais Mme la députée de Chicoutimi...

Mme Blackburn: Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Hovington): ...et peut-être, entre-temps, nous expliquer, M. Gamache, lors d'une question, vos implants. Mais je vais laisser d'abord la députée de Chicoutimi vous poser une question ou prendre la parole.

Mme Blackburn: Bien. Comme le disait Mme la Présidente, nous ne sommes pas spécialistes, alors, peut-être qu'au terme de cette commission, on le sera un peu plus, ce qui nous permettra,

finale, de porter un bon jugement.

Pour comparer les habiletés, parlons des habiletés là - parce qu'il y a les connaissances et habiletés - d'un technicien par rapport à un dentiste pour la préparation, la confection et l'adaptation. Parce que la question qui se pose, c'est ça. Combien y a-t-il d'heures? Là, vous dites: On ajouterait, si j'ai compris, pour la lecture et l'interprétation des radios, 45 heures, 60 heures pour les connaissances reliées à la préparation de prothèses sur implants, ça donne 105 heures de cours de plus. Si on voulait intégrer ça au curriculum du programme actuel, ça donnerait combien d'heures de formation exclusivement pour préparer des prothèses, les faire, les adapter et les poser?

M. Ostiguy: Déjà, je mentionnais tantôt que, dans le programme actuel, il y a 1200 heures réservées aux prothèses amovibles dans la formation d'un denturologue. À cela, pour pouvoir travailler sur implants, nous pensons qu'il faudrait ajouter 60 heures au curriculum présent, et on parlait aussi tantôt de 45 heures. Donc, on passerait autour de 1300 heures.

Mme Blackburn: J'aurais souhaité qu'on entende l'université avant, parce que ça nous aurait permis de comparer un peu les habiletés qui sont développées chez les uns et chez les autres. À votre connaissance, combien d'heures en dentisterie sont données à cette connaissance?

M. Gamache: Si ma mémoire est bonne, je pense que j'ai vu, dans les contenus, six crédits qui se rattachent spécifiquement à la radiologie. Six crédits, c'est 15 heures par crédit en moyenne, si je me souviens. Ce serait 90 heures.

Mme Blackburn: À la radiologie.

M. Gamache: À la radiologie

Mme Blackburn: Et, pour la fabrication de prothèses, la pose, l'implant, l'ajustement? Parce que c'est de ça qu'il s'agit là.

M. Gamache: Oui, mais il faut dire aussi que, dans les six heures, il y a certainement deux crédits qui sont là pour la manipulation, comment prendre une radiographie, ce qu'on ne veut pas avoir comme connaissance.

Mme Blackburn: Non. Je ne parlais pas de radiographie. Je parle de cours reliés directement à la fabrication, à la pose et à l'adaptation de prothèses.

M. Gamache: En ce qui a trait à la prothèse comme telle, amovible...

Mme Blackburn: Oui.
(11 heures)

M. Gamache:... on a détecté qu'il y avait 300 heures de cours.

Mme Blackburn: Et fixes?

M. Gamache: Fixes, je n'en ai pas fait l'étude.

Mme Blackburn: D'accord.

M. Gamache: Mais, en ce qui a trait à la prothèse amovible, que ce soit à l'Université de Montréal, de Laval ou de McGill.

Mme Blackburn: Tout à l'heure, vous avez fait une affirmation qui m'étonne, j'imagine que vous connaissez votre affaire, en disant que l'implant ou le pilier est trois fois plus solide qu'une dent naturelle, saine j'imagine. Alors, lorsqu'il s'agit de lui faire subir un stress, ce serait plus dangereux sur une dent naturelle que sur un implant, si je comprends.

M. Gamache: Oui.

Mme Blackburn: Est-ce que j'ai raison? Parce que c'est ça que vous avez affirmé tout à l'heure. Je pense que c'est vous qui disiez ça que l'implant ou le pilier est trois fois plus solide qu'une dent naturelle. Donc, la conclusion qu'on fait ici, rapidement, c'est que c'est moins dangereux de le faire sur implant pour la santé du client que ça l'est pour une dent naturelle. Et, pour les dents naturelles, les denturologistes sont autorisés.

M. Gamache: Sauf s'il y a des pressions latérales. À ce moment-là, ce ne serait peut-être pas exact. On parle de pression continue sur.

Mme Blackburn: Mais, pour les partiels qui s'adaptent sur les dents naturelles, vous les fabriquez aussi?

M. Gamache: Oui.

Mme Blackburn: Ça exerce une certaine pression sur les dents naturelles?

M. Gamache: Définitivement. La pression est supportée par les tissus et les dents naturelles.

Mme Blackburn: Bon. Évidemment, c'est une question de jugement, j'imagine que ça a dû être calculé, ça. Si vous aviez à évaluer le tort que peut causer un partiel qui s'adapte sur des dents naturelles - il est partiel, donc, il reste des dents - et les effets négatifs et les pressions que ça peut exercer sur ces dents-là, comparativement à l'implant?

M. Gamache: C'est parce que là, je ne veux pas entrer dans ce domaine-là parce que moi,

l'expérience que j'ai, l'expertise que j'ai, c'est en ce qui a trait à des prothèses à édentation complète et les forces sont réparties sur quatre, cinq, six implants sur l'ensemble. Ce n'est pas des forces réparties sur des dents individuelles. Est-ce que c'est plus clair à ce moment-là?

Mme Blackburn: J'essaie de voir si les denturologistes sont autorisés à fabriquer, à poser et à adapter des partiels sur des dents naturelles.

M. Savoie: Sur des dents naturelles?

Mme Blackburn: C'est-à-dire pour compléter.

M. Savoie: Entre des dents naturelles.

Mme Blackburn: Entre des dents naturelles. Entre. Bien. Entre les dents naturelles.

M. Savoie: Oui. Ça, c'est des partiels, oui.

Mme Blackburn: Oui. Alors qu'il y a plus de danger de pression sur les dents naturelles qui sont à côté ou autour, ou entre.

M. Savoie: Oui. C'était ça, la question du meulage. Justement, je me demandais... Mais, eux, évidemment, la réponse... Ils m'ont dit que, effectivement, lorsqu'il y a une édentation complète...

Mme Blackburn: Bon. Ça, c'est une autre question.

M. Savoie: C'est une autre paire de manches.

Mme Blackburn: Lorsqu'il reste des dents, donc, il me semble que les effets négatifs sur les dents existantes me semblent plus grands que dans le cas de piliers parce que les dents existantes sont plus fragiles, moins résistantes.

M. Savoie: Moins résistantes, c'est ça.

Mme Blackburn: Bon. Alors, si on les autorise à le faire sur des dents naturelles, adaptées, complétées...

M. Savoie: Oui.

Mme Blackburn: Alors, comment se fait-il qu'on aurait ces réticences par rapport à l'implant? C'était plus de cet ordre-là. Du moment où la guéhson est complétée...

M. Savoie: C'osl un point, oui. J'imagine qu'on va avoir des explications additionnelles au fur et à mesure que l os mémoires vont être déposés.

La Présidente (Mme Hovington): Au point de vue ingénierie, est-ce que, par exemple, la tour Eiffel ne bouge pas un petit peu en haut pour faire face à différentes pressions, pour avoir plus de souplesse?

Mme Blackburn: Oui. Mais pas les implants.

La Présidente (Mme Hovington): C'est ça, mais la dent naturelle, à ce moment-là, qui est rattachée à un partiel ou le partiel qui est rattaché à la dent naturelle permet justement à la dent de bouger un petit peu et d'avoir une souplesse, mais, avec un implant, l'implant étant dans l'os, il n'est pas plus dangereux pour la mâchoire de briser l'os ou de briser la... étant donné que c'est moins souple justement.

M. Gamache: Bien moi, je ne suis pas chirurgien, mais je me suis fait dire que ça renforçait l'os.

M. Savoie: Que ça renforçait l'os.

M. Gamache: C'est qu'à ce moment-là, prenez du béton et mettez du métal dedans, ça renforce la structure. C'est la même chose pour l'os. À ce moment-là, c'est moins dangereux de fracture.

M. Savoie: C'est intéressant.

La Présidente (Mme Hovington): On va devenir spécialistes.

Mme Blackburn: Tout à l'heure, vous avez fait référence au rapport Schwarz et il me semblait y avoir... Parce qu'il me semble qu'ils ne font pas de distinction par rapport aux fonctions qu'ils veulent déléguer aux denturologistes entre sur implants ou dents partielles, dents naturelles. Vous l'avez peut être. Il me semble que je l'ai lu mais je n'ai pas vu qu'ils faisaient de distinction par rapport aux actes qui pouvaient être posés par les denturologistes, c'est-à-dire exclure, par exemple, l'adaptation sur implants. Est-ce que c'est dans le rapport? Je ne l'ai pas vu.

M. Savoie: Oui, oui, je veux dire...

M. Gamache: À l'article 2. 01: "The practice of denturist is the assessment of partially or fully edentulous arches and the design, construction, repair, alteration, ordering and fitting of removable prostheses." Donc, c'est clair.

Mme Blackburn: Oui. c'est ça.

M. Gamache: Ce sont les actes qui...

M. Mulcair: Co qui était très clair aussi quand j'ai parlé avec l'auteur de ce rapport hier, c'osl quo. jamais, c'a olô considéré que ça

pouvait. Il avait de la difficulté à concevoir que quelqu'un pouvait avancer qu'une prothèse sur implants qui, ni plus ni moins, est la manière de compléter une intervention chirurgicale pouvait être considérée comme étant amovible..

M. Savoie: Une dernière question, si vous me le permettez.

Mme Blackburn: Parce que, pour moi, c'était clair là-dedans... Il faudrait voir.

M. Mulcair: Oui, c'est ça. C'était clair que c'est exclu.

La Présidente (Mme Hovington): M. le ministre...

M. Savoie: Oui

La Présidente (Mme Hovington):... allez y.

M. Savoie: Vous avez également les techniciens dentaires qui sont formés chez vous.

M. Ostiguy: Oui, depuis 1968.

M. Savoie: Depuis 1968. Ils sont combien les techniciens? Combien d'étudiants avez-vous en technique dentaire?

M. Ostiguy: Excusez, je n'ai pas entendu.

M. Savoie: Vous avez combien d'étudiants en technique dentaire?

M. Ostiguy: En technique dentaire, c'est à peu près le même nombre qu'en denturologie. On en prend 35 par année sur trois ans.

M. Savoie: O. K. Et eux aussi fabriquent des...

M. Ostiguy: Eux fabriquent des prothèses fixes ou amovibles. Ils sont des spécialistes pour la fabrication de prothèses.

M. Savoie: O. K. C'est parce...

M. Ostiguy: Et non pas pour la manipulation en bouche.

M. Savoie: Vous comprendrez qu'on a également une fonction, non seulement d'éclaircissement au niveau du projet de loi et des renseignements additionnels mais aussi peut-être de donner un petit peu le tableau de fond. Est-ce que vous pouvez nous parler un petit peu de la relation qui existe entre les denturologistes et les techniciens dentaires en ce qui concerne la formation?

M. Ostiguy: En ce qui concerne la forma-

tion, c'est deux programmes distincts...

M. Savoie: Oui.

M. Ostiguy:... de même durée à peu près, c'est-à-dire étalés sur trois ans mais le programme de formation de technicien dentaire est davantage exclusivement, si on veut, centré sur la fabrication de prothèses et les différentes sortes de prothèses. Dans ce sens-là, la formation du denturologiste, quand je mentionnais tantôt qu'elle est de 1200 heures en prothèses amovibles, le restant de sa formation cependant, quand ça totalise 2300 heures environ, le restant, il est dans tout ce qui touche la pratique même de la denturologie: accueil du patient, intervention en bouche et ainsi de suite. Donc, de ce côté, le technicien dentaire a un éventail plus large dans la fabrication des prothèses. Il couvre toutes les sortes de prothèses. Le denturologiste ne couvre que les prothèses amovibles mais étend, lui, son champ d'une autre façon, par le service direct à la clientèle.

M. Savoie: Pour les membres de la commission, M. Ostiguy, est-ce que, par exemple, un denturologiste fabrique, peut fabriquer, par exemple, une prothèse amovible?

M. Ostiguy: Oui.

M. Savoie: Oui.

M. Ostiguy: Oui, le denturologiste fabrique ses prothèses amovibles. Il peut les fabriquer.

M. Savoie: Comme, par exemple, le technicien dentaire?

M. Ostiguy: Le technicien dentaire peut fabriquer différentes prothèses.

M. Savoie: O. K. Mais ce qu'il y a...

M. Ostiguy: Mais ce que je dirais...

M. Savoie: Oui.

M. Ostiguy:... c'est que le denturologiste, évidemment, dont la pratique est toute centrée sur la prothèse amovible, non seulement, il la fabrique sur ordonnance de quelqu'un d'autre, il la fabrique sur sa propre ordonnance, si on veut, et il est lui-même en train de l'ajuster, de la mettre au point.

M. Savoie: C'est ça. Mais dans...

M. Ostiguy: C'est dans ce sens-là tantôt que je parlais de spécialistes ou d'experts, je dirais, d'experts plus raffinés...

M. Savoie: C'est ça.

M. Ostiguy:... encore en prothèses amovibles.

M. Savoie: D'accord. Alors, finalement, le denturologiste, pour les membres de la commission - et je voudrais que ça soit bien clair - il a le rôle spécifique, non seulement, au niveau de la fabrication de la prothèse, mais également de la pose de la prothèse...

M. Ostiguy: Oui.

M. Savoie:... alors que le technicien dentaire n'a que de la fabrication et n'a pas ce contact avec le public, cette expertise au niveau de la pose dans la bouche du client.

M. Ostiguy: D'ailleurs, souvent, un technicien dentaire va travailler en laboratoire...

M. Savoie: C'est ça.

M. Ostiguy:... pour une compagnie, qui, elle remplit des commandes lui venant soit de dentistes ou de denturologistes.

M. Savoie: C'est ça. Il y a même, je crois, des techniciens dentaires qui travaillent pour les denturologistes.

M. Ostiguy: Aussi.

M. Savoie: Oui, c'est ça.

M. Ostiguy: Ou pour des dentistes.

M. Savoie: Ou pour des dentistes, oui. D'accord.

La Présidente (Mme Hovington): M. le député de Laviolette.

M. Jolivet: Oui, comme le cégep Édouard-Montpetit donne un cours pour les denturologistes, je vais me faire un peu l'avocat du diable pour bien comprendre la situation. On est de la génération, et je suis un de ceux-là, malheureusement, d'une certaine façon, qui, à l'âge de 16 ans a perdu toutes ses dents et qui aujourd'hui porte des prothèses en haut et en bas. Ce sont des gens qui vont disparaître dans l'espace, à un moment donné. Il n'y en aura plus, de ça, parce que ça a évolué entre le dentiste qui, autrefois, était l'arracheur de dents et celui qui, aujourd'hui, comme dentiste, avec tout ce qui est venu autour, en est arrivé à faire en sorte de protéger le plus possible la dentition habituelle des individus et à prévoir, en conséquence, les nouvelles formules que sont les implants ou l'autre qui est celle du partiel, ce qui fait que, finalement, la dentition est meilleure qu'elle ne l'était dans les années cinquante. Dans ce contexte, si on disait, par le projet de loi, que

le denturologiste, pour pouvoir faire les implants... Parce que ça va être de plus en plus ce qui va venir comme normalité, avec tout le reste que sont les partiels. Si on disait, demain matin: Pour pouvoir poser ces implants, fabriquer des implants, s'occuper de tout ça - je ne dis pas de faire la partie chirurgicale qui appartient à un chirurgien - dans ce contexte-là, il est évident que, si on demande l'avis d'un dentiste, il y a un marché qui va être cherché quelque part; vous avez certainement réfléchi à ça. Le marché, c'est quelqu'un dit: Le futur, ce sont les implants. Si le futur, ce sont les implants, je veux m'en garder une certaine partie, la plus forte. Et, en forçant l'individu denturologiste à demander à son client qui vient le voir: As-tu été voir un dentiste depuis les 12 derniers mois ou vas-tu y aller, etc?, ça n'a pas des effets, d'après vous autres, sur le nombre de denturologistes qui vont devoir disparaître de la carte, à ce moment-là? Alors, ma question, c'est: Avez-vous examiné, tout en proposant ce que vous proposez dans votre mémoire, ce facteur économique? Parce que, on a beau le cacher, il est là pareil. On a eu la même chose avec les C. A. et les C. G. A. On a eu la même chose avec les infirmières qui, à un moment donné, sont venues ici et ont dit: On fait de plus en plus des actes que le médecin faisait et posait, à l'époque. Lui, il reçoit le chèque, mais nous autres, on fait le travail. Alors, je veux juste savoir si vous allez examiner ça dans le contexte de votre cégep.

M. Ostiguy: Pas en tant que cégep, non. Évidemment, on est conscient qu'il y a un facteur, qu'il y a, des impacts économiques qui sont sous-jacents à cette problématique-là, mais, comme collègue, on n'a pas regardé cet aspect. On s'est limité à considérer l'aspect, je dirais, compétences possibles à développer dans ce champ-là.

M. Jolivet: Et vous croyez, comme vous le disiez, que ce sont les denturologistes les mieux placés actuellement pour ces actes-là, compte tenu du nombre d'heures qu'ils ont par rapport à d'autres qui, dans leur cours général, ont 300 par rapport à 1200 heures. C'est de ça que vous parlez.

M. Ostiguy: Dans la mesure où, pour nous, il s'agit d'effectuer une prothèse et de l'ajuster de la façon la plus précise possible, la plus équilibrée, pour tenir compte de toute la mécanique, de toutes les forces qui jouent. Ce qu'on dit, c'est que la formation du denturo l'amène à être la personne peut-être la plus experte là-dedans. Et c'est dans ce sens-là qu'on ne comprendrait pas pourquoi le législateur confierait cette expertise-là à quelqu'un d'autre.

La Présidente (Mme Hovington): Est-ce que vous pourriez, M. Gamache, nous expliquer enfin

en quoi consistent les implants - parce que je vois que vous avez des modèles devant vous - pour le bénéfice des membres de la commission?

M. Gamache: Je ne sais pas si vous voyez bien. Je vais les faire promener.

La Présidente (Mme Hovington): Ou les faire circuler, peut-être.

M. Gamache: Oui? Je vais jouer mon rôle de professeur.

La Présidente (Mme Hovington): Oui.

M. Jolivet: Venez-vous-en au milieu!

M. Gamache: C'est-à-dire que la chirurgie, comme telle, se fait en deux étapes. La première étape, c'est l'implant lui-même qu'on voit en "brass". Le patient retourne chez lui et il y a une guérison de trois mois. Mais durant ce temps-là, la plupart des gens nous demandent: Oui, mais qu'est-ce que je vais faire avec ma prothèse? Est-ce que je vais la porter? Effectivement, c'est possible parce qu'on peut mettre un coussin à l'intérieur pour qu'il n'y ait pas une pression indue sur la gencive durant le temps de cicatrisation. Lorsque c'est fait, au bout de trois mois, le patient retourne chez le chirurgien pour la deuxième étape. À ce moment-là, ce sont les petits bouts qu'on voit qui dépassent, au niveau de la gencive. Mais ça, c'est vissé dans l'implant lui-même. Au tout début, ils faisaient des cas cimentés et ça, ç'a été un problème. Je vous avoue qu'à ce moment-là, si ça s'alignait vers ça, c'était désastreux. Mais présentement, ce sont des vis qui sont vissées dans des vis. Si au grand jamais il y avait une force qui serait excessive, la vis peut se briser à l'intérieur, mais c'est possible de l'enlever et on la remplace par un autre pilier, à ce moment-là.

La Présidente (Mme Hovington): Et l'implant n'a pas...

M. Gamache: Mais ça, je parle des cas extrêmes, l'implant n'est pas touché à ce moment-là.

La Présidente (Mme Hovington): N'est pas touché.

M. Gamache: Donc, après ça, il y a une fabrication. Je peux le laisser... Lorsque le patient est prêt à recevoir sa nouvelle prothèse, les prises d'empreintes se font et là c'est envoyé au laboratoire, c'est-à-dire... Excusez, avant on fait un montage diagnostic des dents pour préciser à quel endroit la barre va se positionner. Là, il ne nous reste qu'à la visser sur l'implant lui-même. Là, cette barre-là nous

revient, mais là c'est important qu'il n'y ait pas de hiatus en dessous, que l'ensemble, le joint se fasse très bien. À partir du moment que ça est fait, on confectionne la prothèse définitive qui vient embarquer dessus.

La Présidente (Mme Hovington): Et à quelle clientèle s'adresse les implants? Une clientèle comme le député de Lavolette qui a perdu ses dents depuis 16 ans?

M. Gamache: Malheureusement, il y a beaucoup de gens...

M. Jolivet: Je ne pourrais pas.

M. Gamache:... qui sont défavorisés, qui auraient besoin de ce type d'intervention là, mais qui ne peuvent pas se le permettre. Actuellement, c'est bien sûr qu'idéalement, ce serait de conseiller au patient qu'il ait un minimum de quatre implants, mais, dans certains cas, deux suffisent et là, à ce moment-là, il y a une barre qui relie l'ensemble. C'est sûr que les coûts sont moindres, autant au niveau de la chirurgie, autant au niveau de la prothèse. Mais ça, c'est à évaluer d'un cas à l'autre, parce que si vous avez un patient qui a une petite gencive, c'est-à-dire qu'il n'a pas beaucoup d'os, à ce moment-là, le chirurgien ne pourra pas lui mettre un implant adéquat...

La Présidente (Mme Hovington): D'accord.

M. Gamache:... pour supporter toutes les forces de la mastication.

La Présidente (Mme Hovington): Mais ça prend une bouche sans dents complètement, là; ça prend...

M. Gamache: C'est-à-dire que l'implant comme tel peut se faire dans d'autres cas, je dirais qu'avec une édentation partielle, il pourrait y avoir implant, à ce moment-là, mais là, c'est juxtaposé avec des dents naturelles, là, c'est une autre chose. Ici, on parle de prothèses...

La Présidente (Mme Hovington): Totales.

M. Gamache:... complètes dans le cas d'un édenté complet.

M. Jolivet: Ça, c'est mon cas.

M. Gamache: C'est votre cas.

M. Jolivet: Juste une question que j'aurais à poser, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Hovington): Oui.

(11 h 15)

M. Jolivet: Tout à l'heure, on a dit que l'implant donnait une force à la gencive, si j'ai bien compris. Est-ce que je pourrais faire une comparaison? Le ministre est bien au courant puisqu'il est ministre délégué aux Mines. Quant on a des mines - on prend la Baie-James - le granite, pour éviter l'effritement du granite, on y met une cheville, on appelle ça une "juille" dans notre langage, qui fait en sorte que ça permet à la roche de ne pas s'effriter et de ne pas se casser et d'éviter les éboulements. C'est un peu dans ce sens-là qu'on peut parler. C'est un exemple, mais un exemple, je pense, qui vient à point.

La Présidente (Mme Hovington): Comme dans le cas que je soulignais tout à l'heure, d'une grande souplesse au niveau de la dent qui pouvait être protégée comme la tour Eiffel contre le vent. Si c'est rigide, il me semblait que c'était plus susceptible de se briser ou de se casser.

Une voix: C'est l'inverse.

M. Jolivet: Bien, le ministre délégué aux Mines pourra nous en parler.

M. Savoie: Oui, on va revenir sur cette question-là, j'ai trouvé ça intéressant.

M. Gamache: Pour terminer, c'est qu'il faut prévoir un système de suspension en dessous pour permettre la résilience des tissus. Vous savez que c'est mou en arrière, à ce moment-là, il faut quand même qu'il y ait un petit peu de ressort comme tel.

M. Savoie: C'est ça, oui.

La Présidente (Mme Hovington): J'ai une version agrandie ici, grossie de la vis, je crois.

M. Gamache: C'est ça.

La Présidente (Mme Hovington): C'est ça qui entre dans la gencive, dans l'implant.

M. Gamache: Mais vous avez aussi le pilier.

M. Jolivet: Le pilier.

M. Gamache: Vous avez le pilier.

M. Savoie: Le pilier qui est ça, là.

M. Gamache: La partie supérieure, c'est le pilier comme tel.

La Présidente (Mme Hovington): Ah, d'accord!

M. Gamache: Tout ce qu'on voit ici, mais

c'est vissé dans la vis comme telle.

M. Savoie: Ça prend une grande bouche pour ça, Mme la Présidente!

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Pour ton cheval.

M. Jolivet: Un éléphant.

La Présidente (Mme Hovington): Ou une jument.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Hovington): Merci, M. le professeur. Ça été très intéressant, je suis sûre que les membres de la commission ont pu profiter de ce nouvel éclairage. Est-ce qu'il y a d'autres questions, Mme la députée de Chicoutimi?

Mme Blackburn: Oui. On a parlé de la pratique au Canada. Est-ce qu'on connaît la pratique dans d'autres pays? Je pense que ces techniques-là ont été développées en Europe, en Suisse, si...

M. Gamache: En Suède.

Mme Blackburn: En Suède. J'avais vu, à un moment donné, un article là-dessus, il y a déjà quelques années. Alors, dans les autres pays, comment partage-t-on les responsabilités et les compétences entre dentistes et denturologistes ou spécialistes de formation comparable?

M. Gamache: Bien, au niveau de la formation, à ce que je sache, on était l'école reconnue; sur le plan international, on était la seule francophone. Donc, pour moi, il est difficile de pouvoir parler de ce qui s'enseigne ailleurs. Par contre, au niveau anglophone, depuis quatre ans, on a des échanges continus sur le plan de la formation pour qu'éventuellement toutes les écoles canadiennes aient le même curriculum. Et ça, ça se fait actuellement.

Mme Blackburn: Mais est-ce que dans d'autres pays les denturologistes sont autorisés à faire les prothèses sur implants?

M. Gamache: À ma connaissance, en Suisse c'est légal. Mais là, je sais qu'il y a différents cantons.

La Présidente (Mme Hovington): Ça va?

Mme Blackburn: D'accord. Non, je suis en train de voir si on a fait... Oui, la question que je me posais: Qu'est-ce qui est le plus complexe à fabriquer en matière d'adaptation lorsque c'est

sans dents, lorsqu'il reste quelques dents ou sur implants? Vous qui êtes professeur.

M. Gamache: Pour moi, je pense que...

Mme Blackburn: Le plus difficile là.

M. Gamache: Si je pense que les denturologistes sont devenus des - je m'excuse de dire "spécialistes"...

Mme Blackburn: Des experts.

M. Gamache:... experts, je pense que les dentistes, à ce moment-là, n'avaient probablement pas le temps ou ils trouvaient ça trop laborieux de le faire. Ce qui fait qu'un patient qui vient nous voir, qui est édenté complet, à ce moment-là, il a des problèmes psychologiques dont on doit tenir compte, et souvent ça nous arrive. Donc, il faut jouer le rôle de psychologue en plus. Ensuite les bouches ne sont pas en état de recevoir des prothèses. Ce ne sont pas des bouches qui sont... Ce ne sont pas les plus belles bouches qu'on voit habituellement. C'est lorsque les bouches sont détériorées. C'est lorsqu'il y a détérioration complète de la bouche. Ce qui fait qu'on est obligé à ce moment-là... On a tous les désavantages pour fabriquer une nouvelle prothèse, donc il faut tenir compte de tous ces aspects-là. À mon avis, ce qui est le plus difficile à faire en dentisterie, je crois que c'est là prothèse complète parce qu'il y a trop de facteurs qui interviennent. Ce n'est pas lorsque vous avez un accident au niveau d'une centrale... disons que c'est sûr que sur le plan esthétique ça fait curieux de se promener avec un trou dans le milieu du visage, mais il reste quand même que pour le dentiste, il y a une dent de chaque côté et pour la prise d'empreintes, c'est plus facile à situer. Mais pour une édentation complète, c'est que là il y a un grand trou à combler. Et, à ce moment-là, il faut tenir compte des aspects physiologiques, surtout physiologiques, qui sont nombreux. Donc, je pense que dans le passé, on a été capable de démontrer au public qu'on avait le savoir-faire dans ce domaine-là.

Mme Blackburn: J'avais appris par les journaux, il y a quelques mois, sinon quelques années, qu'il y avait eu une poursuite d'intentée contre le collège. J'essaie de me rappeler parce que c'est vague. C'était l'Université de Montréal, je pense, avec l'Ordre des optométristes qui accusait le collège d'enseigner des matières qui, normalement, faisaient partie du programme de formation des optométristes. Et je pense que l'Université de Montréal a perdu la cause. Je pense que c'était l'Université de Montréal et les optométristes. Vous allez me dire: C'est quoi le rapport entre les deux? Pourriez-vous me rappeler ce cas-là?

M. Ostiguy: Oui, ça c'était en 1986. Us optométristes et l'Université de Montréal, par son école d'optométrie, poursuivaient le collège qui dispense la formation pour les opticiens d'ordonnances en demandant au juge de nous interdire le droit de dispenser un enseignement avec kératomètre, le kératomètre étant un appareil qui sert, entre autres - mais à autre chose aussi - à mesurer la vue. Évidemment, on sait que les optométristes sont les seuls à pouvoir mesurer la vue. Donc, ils craignaient que nous incitions les opticiens d'ordonnances à de la pratique abusive plus tard en les rendant trop connaissant des choses de ce monde. Donc, ils demandaient au juge de nous interdire la possibilité d'enseigner à l'aide d'un kératomètre des éléments qui pouvaient en même temps faire partie du curriculum des optométristes. Et là-dessus, le juge avait eu une remarque assez claire, à savoir qu'il espérait que jamais, au grand jamais, on en vienne à interdire la connaissance parce qu'elle inerte à l'action. Et pour nous, c'était un bel exemple, ça, cette cause-là, des guerres économiques qui se mettent à envahir d'autres mondes que le monde de l'économie. Elles deviennent des luttes au niveau de la connaissance même. Ça montre sûrement très bien les liens entre la connaissance ou la rentabilité de la connaissance, si l'on veut.

Mme Blackburn: Il n'y a pas eu de démarche similaire... Là, évidemment, ils ont un projet de loi, c'est sûr que... Mais il n'y a pas eu de démarche similaire de l'Université de Montréal ou de l'Ordre des dentistes...

M. Ostiguy: Non.

Mme Blackburn:... en ce qui a trait au cours que vous donnez actuellement, à l'éducation des adultes pour la fabrication de prothèses sur implants?

M. Ostiguy: Non. Il n'y a pas eu de démarche dans ce sens. Mais tantôt, je faisais remarquer les cours que nous donnons dans le domaine de la microbiologie, de la physiopathologie buccale dentaire. Je prends l'occasion de l'exemple des optométristes pour mentionner que ces connaissances ou ces éléments de connaissance que nous donnons aux denturologistes, qui n'ont pas à diagnostiquer, qui ne sont pas des médecins, sont quand même des éléments de connaissance importants dans leur formation générale comme professionnels de la santé.

Dans ce sens-là, tout ce qu'on donne en physiopathologie buccale et dentaire, on pense qu'on forme des professionnels qui vont, de façon meilleure, collaborer avec les autres, de façon meilleure, se servir de leur tête quand il y a un problème inattendu, sans nécessairement tomber dans la pratique abusive.

La Présidente (Mme Hovington): Mme la députée de Terrebonne, il reste à peine une petite minute, un peu moins.

Mme Caron: Merci, Mme la Présidente. Je pense que tout le monde a été clair au début de cette commission pour mentionner que ce qui était important, c'était la santé du public. Pouvez-vous nous donner quelques informations concernant le nombre de plaintes qui ont été portées contre des actes posés par les denturologistes?

M. Ostiguy: D'abord, je dirais que pour les actes posés au collège comme tel - parce que nous opérons une clinique, nous avons 600 patients par année - là, à ma connaissance, il n'y en a pas eu.

Maintenant, les plaintes dans le domaine même de la denturologie au Québec, je laisserais peut-être l'un de mes collègues y répondre, j'ai moins de connaissances là-dessus.

M. Gamache: Moi, je n'ai pas à répondre à cela. Ce serait peut-être plus à l'Ordre des denturologistes de répondre.

La Présidente (Mme Hovington): D'accord.

Mme Caron: D'accord. Donc, à votre clinique même, il n'y en a pas eu du tout?

M. Ostiguy: Non.

Mme Caron: Merci.

La Présidente (Mme Hovington): Merci. Il reste deux minutes pour le côté ministériel.

M. Savoie: Oui, Mme la Présidente, peut-être pour répondre aux interrogations de M. Gamache. En ce qui concerne la Suisse, sur 22 cantons, me dit-on, il y a 20 cantons où ça ne se fait pas. Il y a deux cantons où il peut y avoir une réglementation qui permet d'interpréter et, en conséquence, dans ces deux cantons, il y a effectivement une pratique qui fait en sorte que des denturologistes posent les implants sur pivot, il faut bien s'entendre. Mais ce n'est qu'une tolérance pour le moment, la loi n'est pas du tout claire et, finalement, ils vivent un peu le même problème que nous vivons actuellement.

Alors, effectivement, comme vous l'avez souligné au sujet des cantons, il y a des différences. Alors, il y a 2 cantons sur 22. On peut dire actuellement, en Amérique du Nord et en Europe, que dans aucun pays actuellement il n'y a de denturologistes qui voient à la pose des prothèses sur implants. Évidemment, c'est une considération, mais je ne pense pas que c'est nécessairement flatteur comme facteur. Je pense qu'il faudrait que ce soit bien clair aux membres de la commission, mais c'est une considération

qui dit, en quelque sorte, que si on avance, on va en même temps poser un geste en avant qui va faire en sorte qu'on va avoir vis-à-vis des denturologistes certainement un plus grand libéralisme dans nos interprétations des lois professionnelles.

Une dernière question. Au niveau du collège - pour être bien clair - vous êtes satisfaits de la formation qui est donnée et vous sentez que le denturologiste peut, seul, poser une prothèse sur implants?

M. Ostiguy: Pour ce qui est de la pose, oui. Évidemment, le préalable, nous pensons qu'il y a un préalable...

M. Savoie: Oui.

M. Ostiguy: ...qui doit être assuré. Mais dans la mesure où ce préalable est assuré, où la bouche est en santé, ce qu'il reste à faire, c'est de poser un appareil relativement mécanique qui ne demande pas des connaissances supérieures, mais demande surtout un savoir-faire supérieur avec des connaissances minimales sur les effets.
(11 h 30)

M. Savoie: Oui.

M. Ostiguy: Ce que nous pensons c'est que dans la mesure où cela est bien fait, il n'y a pas de problème.

M. Savoie: D'accord. Finalement, ça retouche un petit peu la notion du certificat de santé buccale. Est-ce cela?

M. Ostiguy: Pour assurer l'ostéointégration complétée avant...

M. Savoie: Oui.

M. Ostiguy: ...il nous paraît que le chirurgien buccal devrait remettre à son patient, devrait être obligé de remettre à son patient un tel certificat.

M. Savoie: D'accord. Est-ce que vous pensez la même chose sur les prothèses amovibles au niveau du certificat de santé?

M. Ostiguy: De ce qui se faisait déjà jusqu'à maintenant, c'est-à-dire de ce qui était déjà dans la loi...

M. Savoie: C'est ça, dans la loi, oui.

M. Ostiguy: ...et ce qui se faisait chez nous au collège, dans notre clinique, parce que toujours nous avons un tel...

M. Savoie: Oui.

M. Ostiguy: ...certificat de santé buccale

parce que chacun de nos patients était ainsi examiné d'abord par un dentiste. Là-dessus, il m'apparaît que ce n'est probablement pas nécessaire dans la mesure, où encore une fois, le patient lui-même peut prendre la responsabilité d'assurer qu'il a vu un dentiste.

M. Savoie: O. K. Alors, ce que vous dites finalement, c'est que compte tenu de la complexité de l'implant, il faut absolument à ce moment-là obtenir un certificat de santé, mais compte tenu du fait que sur l'immovible c'est...

M. Ostiguy: C'est-à-dire que ce n'est pas nécessairement compte tenu de la complexité de l'implant, c'est compte tenu de la complexité de l'intervention préalable à l'implant.

M. Savoie: C'est ce que je veux dire. Oui, c'est ce que je dis.

M. Ostiguy: C'est ça.

M. Savoie: Compte tenu de la complexité qui entoure l'implant, finalement.

M. Ostiguy: O. K. Bon.

M. Savoie: Au niveau de l'immovible, selon votre jugement...

M. Ostiguy: Ça m'apparaît moins justifié.

M. Savoie: Oui, ça paraît moins justifié.

La Présidente (Mme Hovington): Alors, ça va M. le ministre?

M. Savoie: Oui, oui.

La Présidente (Mme Hovington): Alors, il me reste à vous remercier d'être venus vous faire entendre à la commission de l'éducation et au nom des parlementaires, je vous souhaite un bon retour vers le Collège Édouard-Montpetit.

M. Ostiguy: Merci beaucoup, madame.

La Présidente (Mme Hovington): Merci. Nous allons suspendre peut-être une minute pour laisser le temps à la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal qui, je crois, cette fois-ci, est arrivée à bon port, de bien vouloir prendre place.

(Suspension de la séance à 11 h 33)

(Reprise à 11 h 38)

La Présidente (Mme Hovington): À l'ordre, s'il vous plaît!

La commission va reprendre ses travaux.

Nous avons devant nous les membres de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal, représentée par le Dr Gérald Albert, doyen - est-ce que c'est le cas? Bonjour - et le Dr Claude Lamarche, professeur. Bonjour. Alors qui sera le porte-parole de vous deux, pour présenter le mémoire?

Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal

M. Albert (Gérald): Bien, d'abord...

La Présidente (Mme Hovington): Ce sera M. Albert. Alors bienvenu à cette commission. Vous avez 20 minutes pour nous faire part de votre mémoire.

M. Albert: Alors, M. le ministre, Mmes et MM. de la commission, on s'excuse de vous avoir inquiétés en arrivant à 10 h 30. Mais nous avons été obligés de nous plier aux travaux de voirie. *

Dans l'exposé qui...

La Présidente (Mme Hovington): De voirie, je pense que vous dites.

M. Albert: De voirie, oui.

La Présidente (Mme Hovington): Lorsqu'il y a des travaux de voirie, il y a quand même l'entretien de la route qui se fait sous le gouvernement.

M. Albert: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Hovington): Continuez.

M. Albert: L'exposé, ce matin...

M. Gautrin:... en bon état.

La Présidente (Mme Hovington): Ha, ha, ha!

M. Albert:... sera présenté par le Dr Lamarche et moi-même. Je demanderais au Dr Lamarche de commencer immédiatement.

M. Lamarche (Claude): Tout à l'heure, on a entendu bien des choses de la part de MM. Ostiguy et Gamache. Je vais aborder trois points, mais, tout d'abord, je tiens à préciser qu'en ce qui concerne la légalité de ce qu'on peut appeler les spécialistes en prothèses partielles amovibles, il en existe 46 actuellement inscrits au rôle de l'Association des prosthodontistes du Québec. Ce sont les véritables spécialistes de la prothèse.

Vous avez divers intervenants qui peuvent, à titre de précision, traiter une bouche au niveau des prothèses complètes et au niveau des prothèses partielles. Vous avez tout d'abord les denturologistes, vous avez les dentistes qui sont

également formés pour le faire, et vous avez les prosthodontistes qui, en plus d'être dentistes, ont suivi un cours de formation variant de deux à quatre ans, soit ici au Canada, à Toronto ou aux États-Unis.

Ce que je veux aborder comme point tout d'abord, c'est la prothèse partielle amovible, les implants et, finalement, je veux toucher à la prothèse immédiate. En septembre 1988, un comité était formé suite aux multiples représentations soit de la part de l'Ordre des denturologistes ou de l'Ordre des dentistes, au cours des trois, quatre ou cinq dernières années. C'est un problème qui perdure depuis longtemps. Un comité tripartite a été formé par l'Office des professions qui a tranché, à mon avis, d'une façon assez claire qu'il y a une distinction importante.

Quand on parle d'une prothèse partielle amovible, c'est une pièce qu'on insère dans une bouche; la distinction que j'ai à apporter de façon assez claire, c'est que le dentiste aborde le problème de la situation buccale dans l'aspect de traiter une situation d'édentation partielle. Quand il vous manque quelques dents, il est bien évident que vous avez besoin de remplacer, pas toujours, mais la plupart du temps, les dents qui sont absentes par un type de prothèse, que ce soit une prothèse fixe, c'est-à-dire par meulage des dents qui sont en avant ou en arrière, ou par une prothèse amovible qu'on peut enlever. L'importance de considérer le traitement d'édentation partielle tient du fait qu'avant de placer le toit sur une maison, il faut s'assurer que le solage est bon, que la charpente est bonne et, ensuite, on place un toit. Faire un toit, avec de l'apprentissage, à mon avis, n'importe quel imbécile est capable de faire ça. C'est une technique. Tu prends un modèle, tu cires, tu places des dents dans la cire et tu fais cuire. Mais, savoir ou permettre que cette pièce amovible puisse s'adapter d'une façon adéquate dans l'environnement neuromusculaire buccal, ça, c'est une autre chose.

Alors, avant de penser à traiter une situation d'édentation, de faire une prothèse partielle amovible, il faut s'occuper de la situation de l'édentation partielle. Il faut établir d'abord un diagnostic et, par la suite, établir un plan de traitement. Un diagnostic, ça s'établit par un examen clinique et radiologique, un plan de traitement, il faut s'assurer que les structures de support, qu'elles soient osseuses, dentaires ou muqueuses, soient adéquates. Est-ce qu'on doit faire une chirurgie, est-ce qu'on doit préparer une couronne sur une dent, est-ce qu'on doit procéder à un meulage? Quand les dents sont absentes, en bas du côté droit, vous avez remarqué, il y a des gens qui n'auront pas d'extrusion, c'est-à-dire de descente des dents opposées; il y en a d'autres que les dents vont simplement descendre. À ce moment-là, il faut s'occuper, à l'occasion, de meuler ces dents-là

pour établir un plan pour permettre d'aller placer une pièce amovible.

Quand on parle d'une prothèse partielle, le dentiste est en mesure d'offrir plusieurs options de traitement et non pas une seule. Je ne dis pas que c'est un mauvais traitement ou que c'est un bon traitement. Je dis que c'est une option de traitement. Quand on parle d'une prothèse partielle amovible dans une situation d'édentation partielle, on peut placer un pont fixe, on peut ne rien faire, on peut placer une prothèse partielle amovible, on peut placer des implants. Dans une situation d'édentation partielle.

Alors, la distinction, à mon avis, est importante à ce niveau-là. Le dentiste est apte à offrir la panoplie de traitements, mais, avant d'offrir ces traitements-là, c'est-à-dire remplacer ce qui manque, on est plus intéressé, pour le bien-être de la santé dentaire au niveau de la population, à conserver ce qui reste. La formation qui se donne à ce niveau-là est en fonction de donner une bonne santé dentaire par le traitement au préalable - donner une pièce amovible - des structures qui restent, soit au niveau des tissus, au niveau des lésions périapicales ou au niveau des dents, soit par des couronnes ou des obturations appropriées.

En deuxième lieu, je vais parler des implants. L'Office des professions m'a mandaté pour présenter à M. le ministre Savoie, en mars dernier, un document dont j'ai copie ici puis, je lui mentionnais qu'il existait, en page 8, différentes situations de traitement. Il est sûr que quand on parle de placer des implants, on va considérer. La plupart du temps, dans notre tête, ce sont des gens qui n'ont plus de dents ni en haut, ni au maxillaire supérieur, ni au maxillaire inférieur. Il ne faut quand même pas oublier que c'est vrai dans certains cas. Dans d'autres cas, par contre, on peut parler d'une prothèse complète supérieure sur implants sur des dents naturelles. Or, les dents naturelles, est-ce qu'elles sont en état ou est-ce qu'elles sont en harmonie les unes par rapport aux autres pour permettre un tel traitement?

En troisième lieu, on peut parler de prothèses partielles sur implants, c'est-à-dire que s'il manque simplement trois ou quatre dents, on peut aller placer quelques implants et, par la suite, aller visser une pièce en place. Est-ce que cette prothèse partielle sur implants, qui est vissée, qui ne s'enlève pas, est juxtaposée ou en union avec les dents qui restent ou si elle est complètement indépendante?

(11 h 45)

Ensuite, on peut penser à des implants pour remplacer une dent unique plutôt que de procéder à un traitement par le biais d'un pont, c'est-à-dire aller meuler la dent qui est en avant et en arrière d'un espace édenté. On peut considérer, dans certaines situations, d'aller placer simplement un implant et d'aller remplacer cette dent-là.

Ça, c'est pour les différentes situations de traitement. Alors, quand on parle de situations de patients qui sont partiellement édentés au niveau des implants, ce qui a été mentionné tout à l'heure, c'est exact en ce sens que vous avez un implant qui est vraiment soudé à l'os mais il n'y a aucune mobilité parce qu'il n'y a pas de ligament péri-dentaire, il n'y a pas de membrane qui permet à la dent de jouer comme si c'était enchâssé dans un coussinet.

Par contre, lorsque vous avez une dent, vous avez cette mobilité-là. Au préalable, ce qu'on disait, il y a quatre ou cinq ans, on disait qu'il fallait nécessairement unir ces implants-là. Lorsqu'on juxtaposait ces dents avec une dent naturelle, on devait nécessairement passer par la biais d'une attache de précision ou de semi-précision. Les dernières études des Suédois à cet égard - et c'est une étude longitudinale qui date de quatre ans et demi, depuis les dernières études de Van Stein Bergee en Belgique - démontrent clairement qu'on peut procéder avec l'usage ou l'utilisation de piliers sur implants et de dents naturelles sans inquiéter de la mobilité de ces implants-là. Mais il faut quand même préparer une dent pour la considérer comme une couronne conventionnelle, c'est-à-dire l'attacher par la biais d'un pont fixe aux implants. Donc, il faut la tailler et en hauteur et en diamètre.

Il ne faut quand même pas oublier que même si l'ostéointégration est faite... D'une part, moi, j'ai entendu depuis septembre 1988 les représentants des denturologistes nous dire qu'ils avaient la compétence pour traiter les situations de prothèse complète et de prothèse partielle et qu'ils ne voyaient pas l'obligation de soumettre un certificat de santé buccale. Par contre, quand vient le temps des implants, on me dit: C'est beau de s'assurer, par la biais d'un certificat de santé dentaire, de l'ostéointégration, c'est-à-dire que l'implant, la vis en titane est bien prise dans l'os. Ça, jusque-là, ça va. Ensuite, on fait une pièce. Mais le suivi, par la suite⁹ N'oubliez pas que vous avez un manchon qui traverse la gencive, qui est en titane, qui s'assoit sur l'implant qui est dans l'os qui, lui, va collecter de la plaque bactérienne. Quand je dévisse un manchon qui traverse la gencive, on s'aperçoit que la réaction muqueuse qui entoure ce manchon-là, c'est qu'il y a une hypervascularisation qui est en contact avec le titane. Et c'est une muqueuse qui est fragile, facilement infectable, facilement infectable parce que vous allez avoir du tartre et de la plaque bactérienne qui va se loger dans cette cavité-là et il faut la nettoyer avec des instruments en plastique mais il faut la nettoyer quand même. Alors, pourquoi est-ce que ça serait permis pour eux d'enlever le tartre ou pourquoi faudrait-il qu'ils envoient un patient chez un dentiste pour nettoyer ces implants-là alors que ce n'est pas permis pour les dents naturelles?

D'autre part, quand on parle de placer...

quand c'est bien fait, je suis d'accord, mais il faut quand même assurer un suivi. Quand on place une pièce en bouche, il faut quand même assurer un suivi. Ce suivi-là se fait à deux niveaux, à un niveau clinique, pour s'assurer d'abord que la pièce est bien assise en bouche, qu'elle ne traumatisé pas les tissus, que le tartre ne couvre pas une partie des manchons, mais il faut également s'assurer, à mon avis, que l'ostéointégration est toujours maintenue, que la pièce, par l'usage que le patient en fait, ne cause pas de microfractures au niveau osseux, puis s'assurer que le pronostic, c'est-à-dire étant donné les coûts et le temps que le patient a mis à se faire traiter, ne soit pas du temps perdu ou que ça ne soit pas un traitement inutile. Alors, à ce moment-là, il faut s'assurer, par la biais des radiographies, que l'ostéointégration soit toujours maintenue, que le traitement rencontre bien les exigences du patient.

Dans l'immédiat, tout ça, ça va, mais on peut, avec le temps ou même, ça fait cinq ans et demi que je fais des implants et là, on s'aperçoit, que ce soit au maxillaire supérieur ou au maxillaire inférieur, on en perd, des implants. Des fois, je n'ai pas toujours les réponses pour expliquer pourquoi je les ai perdus. J'ai un patient qui a mordu sur une carotte, il y a environ trois semaines et il a perdu trois implants dont... Il a perdu trois implants en bas. Il en restait deux dont un, la vis qui retient le manchon qui traverse la gencive à l'implant, était fracturé. Alors, dans l'immédiat, ce que j'ai été obligé de faire, ça a été de le stabiliser, de lui permettre de pouvoir fonctionner de façon temporaire. Alors, pour aller chercher cette vis qui est fracturée au niveau de l'implant... C'est-à-dire que, quand vous avez une muqueuse de quatre, cinq millimètres qui recouvre l'implant et que vous avez une vis qui est brisée là, à ce moment-là, il ne faut pas fraiser parce que, ne serait-ce qu'une élévation de chaleur, ça va causer une perte d'ostéointégration au niveau de l'implant. Deuxièmement, il faut utiliser le bistouri. Il faut d'abord anesthésier le patient, utiliser un bistouri, aller faire une chirurgie et aller chercher cette vis qui est fracturée dans l'implant. Alors, ce sont des incidents qui arrivent. Il y a des problèmes d'occlusion associés à ça. Dans le dossier que vous avez devant vous, Mme la Présidente, ce sont tous des aspects ou des questions que j'ai abordées, que j'ai présentées à M. le ministre en mars dernier.

Finalement, la prothèse immédiate. Excusez, je vais revenir sur les implants. Il y avait une dernière intervention que je voulais mentionner. Tout à l'heure, j'ai entendu quelque chose. On disait: Les implants renforcent l'os parce que c'est comme du fer dans le béton. Je regrette parce que, quand vous touchez l'homogénéité, surtout au niveau du maxillaire inférieur... C'est un os qui est dense, c'est vrai. On fait des implants dans quelle situation? Si je vois un

patient ou un patiente qui se présente chez moi et qui a une crête qui a un centimètre de large, un centimètre de haut, c'est probablement le dernier traitement que je vais adopter. Ce sont quand même des sommes assez importantes, c'est le prix d'une petite voiture et c'est neuf mois de traitement, avec la période de guérison et tout ça. Je vais opter pour ce traitement-là quand je n'ai pas d'autre solution, vraiment pas d'autre solution.

Alors, quand on me parle de renforcer l'os en plaçant des implants, c'est absolument le contraire. Quand vous brisez... Imaginez que vous avez la mandibule, ici, quand vous touchez votre os. Si vous allez placer des vis en titane à l'intérieur de cet os-là, vous brisez son homogénéité, vous dérangez l'homogénéité. Donc, au niveau des stress, si vous avez un accident de voiture ou si vous faites une chute dans un escalier, vous avez plus de chance de fracturer votre mandibule que si vous n'avez absolument rien fait. Donc, ça ne se compare pas à du béton armé. Le fait d'aller placer des vis dans l'os, c'est pire, au niveau de la fragilité de l'os. C'est vrai que c'est solide pour mastiquer, mais au niveau d'un accident, des probabilités d'avoir un accident, l'os va se fracturer beaucoup plus facilement.

Finalement, au niveau de la prothèse immédiate - il faut que je laisse parler mon doyen parce qu'il va me renvoyer - je conçois mal qu'un denturologiste qui n'est pas en mesure de voir l'aspect des traitements de dents au niveau des caries... Je suis convaincu qu'il peut voir s'il y a un trou dans une dent, je suis convaincu de ça. Mais au niveau des possibilités de traitement, quand une dent bouge légèrement, est-ce que c'est une mobilité 1 à 3? Est-ce qu'il est en mesure d'évaluer tous les traitements de gencives, périodentaires qu'on appelle, traitements de gencives ou traitements osseux qui peuvent être faits pour sauver telle dent? Quand on parle d'une prothèse immédiate, on enlève les dents et, immédiatement après l'extraction des dents, on insère une prothèse. Pour moi, c'est un acte irréversible. Je ne trouve pas que, pour la santé dentaire de la population québécoise, ce soit quelque chose qui doit être fait à la légère. On disait toujours: Quand tu as 16 ans, tu te fais enlever tes dents, tu n'as plus de problème. Les gens arrivent à 50 ans, ils ont commencé leur vie en mangeant de la bouillie et ils vont la finir en mangeant de la bouillie aussi parce qu'ils ont moins d'os et ils ont moins de stabilité au niveau de la prothèse. Surtout aujourd'hui, quand on connaît toutes les causes et quand on regarde tous les traitements qui sont disponibles au niveau des maladies de gencives, au niveau des traitements des caries, quand je regarde tout ce qui peut être offert, je trouve que ça demande quand même un jugement éclairé et que ça devrait être fait avec discernement et par les personnes qui sont formées pour le faire. M. le

doyen.

M. Albert: Merci. Au niveau du programme d'enseignement en médecine dentaire, le curriculum est fait en fonction, justement, de traiter l'entité qu'est la bouche. Alors, que ce soit au niveau des cours d'anatomie, de la physiologie de l'occlusion, de la physiologie générale, de la mastication. On a mentionné tantôt des cours de denturologie, d'immunologie et autres. Je crois que les cours sont axés, en médecine dentaire, justement pour traiter une entité. Alors, que ce soit au niveau de la prothèse partielle ou de prothèses qui vont sur implants, l'étudiant, durant son apprentissage, en préclinique et aussi en clinique, est habilité à voir cette bouche dans son entité, à faire une évaluation, à offrir un plan de traitement et, dans la majorité des cas, à offrir le traitement au patient. Alors, ce n'est pas un plan de traitement unique final, mais c'est un plan de traitement qui est composé de plusieurs facettes qui vont permettre d'arriver à justement cette santé buccale, à long terme, qu'on recherche chez le patient.

Mais comme vous savez, dans tous les traitements sur les tissus, sur la biologie, à ce moment-là, on s'attend souvent à avoir des réactions qui sont contraires et des réactions qui sont imprévisibles. À ce moment-là, le dentiste est en mesure de juger de la situation, de déterminer la cause et, éventuellement, soit d'offrir le traitement lui-même ou de le diriger vers un spécialiste qui a tout probablement une expertise plus grande dans des situations peu communes. Alors, l'étudiant est justement habilité à faire toutes ces choses. Alors, dans des cas de prothèse partielle, s'il y a des facettes à construire, s'il y a des couronnes pour renforcer les dents, s'il y a des jumelages de dents... Je dois dire que dans des situations de prothèse partielle, ce sont des situations qui arrivent assez souvent, très souvent, au contraire, où le dentiste doit juger de la préparation de la bouche avant de pouvoir procéder à la prothèse si le plan de traitement final est orienté vers ce type de traitement.

En ce qui concerne les implants et aussi les différents appareils amovibles, il y a beaucoup de recherche qui est faite de ce côté; la recherche est faite presque exclusivement par les dentistes et aussi les professions de la santé connexes. Mais au point de vue implantologie, étant donné que dans la province, ça ne fait qu'un certain nombre d'années que cette forme de traitement est devenue populaire, et je pense aussi importante pour la population, la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal fait énormément de recherche. Dans le mémoire, vous pouvez voir les montants qui s'élèvent à au-dessus de plusieurs millions uniquement pour la recherche sur l'implantologie, et des recherches au niveau de la prothèse partielle et aussi de la

prothèse complète amovible. Alors, toutes ces sommes et ces subventions qui viennent en grande partie aussi des gouvernements qui subventionnent la recherche au niveau de l'implantologie, ces sommes-là sont dirigées du côté des dentistes. Je ne crois pas que les cégeps aient reçu des sommes d'argent pour faire des recherches du côté de l'implantologie, ou même au niveau des prothèses complètes ou partielles amovibles. Aussi, de ce côté-là, il y a de la recherche sur les matériaux, sur les empreintes, sur les matériaux à empreintes. Alors, je pense qu'on pourrait vous donner des pages entières de types de recherches qui se font au niveau de l'appareillage de prothèses partielles et de prothèses complètes amovibles.

Alors, c'est une des fonctions de l'université, c'est de faire la recherche. Et le résultat de ces recherches est diffusé à travers la profession dentaire. Elle sert aussi à l'enseignement au niveau de la médecine dentaire pour permettre aux dentistes, plus tard, de pouvoir traiter leurs patients, encore une fois d'une façon globale, une entité buccale et générale pour donner un service à long terme.

Vous avez déjà lu les documents, alors je crois que vous commencez à connaître davantage ce qu'est la prothèse, les implants. Mais si vous regardez la population en général et vous lui demandez: Est-ce que vous iriez vous faire faire des traitements chez le denturologiste ou le dentiste, quelle est la différence entre les deux?, je pense que la majorité de la population ne connaît pas la différence entre les deux. Il est sûr qu'à travers le curriculum qui a été expliqué tantôt par le cégep, ils ont une expertise dans la fabrication des appareils. Il est certain que les cours qu'ils ont et la majorité de leurs cours sont orientés vers la fabrication d'appareils et, tout probablement, des appareils qui sont très bien faits. Mais il reste le fait suivant, que dans une bouche, le tissu est biologique, les réactions sont multiples et, à ce moment-là, ils n'ont pas les cours ni la compétence de pouvoir voir au tissu biologique environnant.
(12 heures)

Et je crois que c'est une distinction qui est très importante lorsqu'on délègue des actes. Si une personne dans la population a à choisir entre un professionnel qui est capable de lui donner les traitements globaux de sa bouche, de s'assurer que les traitements qu'il va avoir seront des traitements à long terme et que ces traitements-là vont lui donner une santé buccale le plus longtemps possible, si le patient a à choisir entre le denturologiste et le dentiste, il préférera avoir les traitements à long terme qu'un appareil qui, dans certains cas, pourra peut-être être à long terme, mais dans plusieurs cas risque, s'il a été placé dans des conditions anormales... Je suis au bout de mon temps?

La Présidente (Mme Hovington): En con-

clusion, M. le doyen, s'il vous plaît.

M. Albert: Conclusion. La Faculté de médecine dentaire juge que la prothèse partielle, qu'elle soit insérée au niveau des dents naturelles ou sur implants et la prothèse complète sur implants doivent être du ressort du dentiste. Merci, M. le ministre. Merci, mesdames et messieurs.

La Présidente (Mme Hovington): Merci beaucoup, M. le doyen. M. le ministre pour votre temps de réplique.

M. Savoie: Merci, Mme la Présidente. J'imagine que vous avez entendu l'exposé du cégep, que j'ai d'ailleurs grandement apprécié. On a posé une question en ce qui concerne le meulage. Il y avait une affaire qui m'intriguait. Lorsqu'on parle de partiels et spécifiquement des partiels au niveau des implants, est-ce qu'on doit toujours recourir au meulage? Est-ce que c'est une opération qui est nécessaire?

M. Lamarche: Quand on parle de prothèses partielles sur implants, il faut nécessairement penser à une étape de meulage. Je vais vous expliquer à quel endroit. Imaginez que vous avez toutes vos dents au maxillaire supérieur, qu'il vous manque ici les deux prémolaires et deux molaires. Vous avez fait placer trois implants ici. Quand je mastique, quand je mords sur mes dents, les dents sont enchâssées dans l'os et retenues dans l'os par des millions de petites fibres, le ligament périodontaire. Ça agit comme un coussin ça. Vous pouvez même prendre une dent et la bouger, vous la sentez légèrement bouger. Quand vous placez une pièce sur implants, il n'y a aucune mobilité. Or, il est évident que si vous prenez les modèles... Vous avez pris les empreintes et vous avez les modèles et vous avez monté ici, sur les modèles, vous avez fait fabriquer la prothèse qui va être fixée sur implants, quand le patient va simplement fermer délicatement, tout va bien, mais quand il va mordre fort, c'est ici que ça va toucher le plus, parce qu'ici il y a une résilience, tandis qu'ici il n'y en a pas. Alors il faut procéder par meulage. Où? Habituellement sur les dents artificielles, mais à l'occasion sur les dents naturelles supérieures. Si les dents ici n'ont pas été remplacées dans un laps de temps approprié... J'ai mentionné que chez certains patients ou certaines patientes, les dents vont faire extrusion, vont descendre. Alors il faut rétablir à l'occasion, un plan occlusal, ce qu'on appelle un plan occlusal, c'est-à-dire une harmonie au niveau, soit de l'esthétique, soit au niveau de la hauteur pour que ça soit en accord ou en harmonie avec l'articulation temporo-mandibulaire. À ce moment-là, il va falloir procéder au meulage des dents artificielles.

Quand je pense à des cas de partiellement

édentés. je peux avoir une molaire ici, une canine ici et remplacer ces dents-là. Alors, indépendamment des dents supérieures, au niveau des dents inférieures, celle qui est en arrière ou celle qui est en avant, je dois aller ajuster la surface de contact. Alors, oui, il faut procéder la plupart du temps dans ces cas-là à une situation de meulage.

M. Savoie: La plupart du temps, c'est quoi? C'est 90 %? 80 % du temps?

M. Lamarche: Je n'ai pas de pourcentage pour vous, M. le ministre.

M. Savoie: À peu près là. Ballpark, c'est parce que c'est...

M. Lamarche: Ballpark, 80 % à 90 %.

M. Savoie: 80 % à 90 %.

M. Lamarche: Dans des cas de partiellement édentés sur implants? Oui.

M. Savoie: Oui, sur implants. Et dans le cas d'un partiel amovible, est-ce que c'est la même proportion?

M. Lamarche: Dans un cas de prothèse partielle amovible, si on se réfère au comité tripartite, évidemment, moi je suis arrivé... À l'époque, j'ai discuté avec M. Auprix qui était le président des denturologistes. Lui, il dit: On a besoin de préparer la bouche. Les denturologistes préparent la bouche à peine dans 10 % à 15 % des cas. Nous, de notre côté, on va dire: On va préparer la bouche dans la majorité des cas. Je dirais 95 %, 90 %, 95 %. On a même fait des sondages dans les laboratoires. J'ai même regardé de la littérature. J'ai placé trois étudiants pour faire une revue de littérature. J'ai déposé 70 articles. On regarde qu'il faut préparer la bouche pour rendre la pièce stable, pour empêcher de perdre ces dents-là. Le fait de préparer des appuis sur la surface occlusale des dents, de tailler des facettes pour rendre le plant d'insertion et de retrait de la pièce de la bouche, stabilise la pièce, donc évite d'avoir une usure des crochets sur les dents. Quand vous avez des dents qui sont présentes seulement ici en avant en bas, si vous n'avez pas de dents en arrière, il faut, pour stabiliser, diriger les forces dans l'axe long de la dent, pour éviter d'avoir un effet de levier au niveau des dents. Toutes ces préparations-là sont nécessaires pour rendre d'abord la pièce confortable et portable, mais, deuxièmement, pour assurer que ce qui reste en bouche, reste là. Il y a un mythe qui dit: Quand tu commences à avoir une prothèse partielle, tu vas finir avec une prothèse complète. Ça, c'était vrai avant qu'on connaisse les maladies de gencives, avant qu'on connaisse le méfait que pouvaient

faire les forces de mastication par le biais d'une prothèse partielle sur les dents. Quand on voit les recherches qui ont été faites soit au niveau clinique, en bouche, ou soit sur modèle avec des matières élastiques, il faut voir les forces latérales de toutes ces forces-là. On s'aperçoit que cette préparation-là est nécessaire.

Alors, les denturologistes disent qu'on n'a pas besoin de la préparer. La recherche démontre qu'on a besoin de la préparer et qu'au Québec il y a quand même 75 % des dentistes qui préparent les bouches.

M. Savoie: Merci. M. le doyen, la question qu'on se pose, je pense qui peut facilement faire appel à vos connaissances, c'est de savoir, au niveau de la sécurité du public... Je sais que vous êtes dentiste, c'est une question qui est assez difficile, mais pensez-vous qu'avec des modifications apportées au programme au niveau du cégep, pensez-vous qu'avec des modifications, non seulement quant à l'organisation du cours, mais en ajoutant des cours additionnels, par exemple, pour tenir compte des facteurs comme la radiologie, il est possible de procéder à la formation de denturologistes qui puissent procéder à la pose des implants fixes, des prothèses sur des implants fixes?

M. Albert: Comme je l'ai mentionné, étant donné qu'on regarde la bouche comme un tout, et si on veut que la population ait la possibilité d'avoir le traitement je ne dis pas idéal, mais le traitement de santé, les ajouts qu'on serait obligé de donner au cégep donneraient quatre ans de médecine dentaire.

M. Savoie: Oui. Évidemment, c'est la solution facile, mais...

M. Albert: Non, non, mais c'est trois ans, leur programme présentement. Faites les ajouts, ajoutez-en. S'ils s'en viennent à 173 crédits comme nous, c'est un programme de médecine dentaire.

M. Lamarche: Est-ce que je peux me permettre?

M. Albert: Oui.

Mme Blackburn: Les dentistes devraient être périodontistes?

La Présidente (Mme Hovington): Allez-y, M. Lamarche.

M. Lamarche: On avait abordé cette question-là dans le comité tripartite. Tantôt, j'ai entendu dire: On va ajouter 80 heures en radiologie, on va ajouter 70 heures pour les implants, O.K. C'est beau, ça. En radiologie, ça va être suffisant pour pouvoir évaluer une

bouche ou pouvoir voir s'il y a quelque chose qui n'est pas anormal. C'est vrai que lorsqu'on regarde le nombre d'heures théoriques et pratiques qui se font dans l'encadrement qu'on appelle "radiologie" à la faculté, c'est vrai que c'est 60 ou 80 heures, je ne le sais pas.

Par contre, il faut quand même vous dire que le cheminement de l'étudiant, quand il commence au mois de septembre et qu'il finit au mois de mai, avec ses deux petites semaines de vacances à Noël et ça, pendant deux ans, bien quand il se promène en endodontie pour faire les traitements de canaux, il examine les radiographies et il voit des lésions périapicales. Quand il se promène en diagnostic, indépendamment de la radiologie, il y a évidemment des radiographies pour évaluer encore une fois, parfaire son entraînement en radiologie. Quand il s'en va en périodontie, les maladies des gencives et maladies osseuses, c'est la même chose. Quand il s'en va à Notre-Dame ou s'en va dans un hôpital de Verdun ou quand il se promène en chirurgie, dans les cliniques de chirurgie, encore une fois, il fait référence et il parfait sa formation au niveau radiologique. Quand il se promène en prothèses, il regarde encore, que ce soit au niveau de la prothèse partielle ou au niveau de la prothèse complète. Il parfait encore sa formation au niveau radiologique.

Ce n'est pas simplement un nombre d'heures théoriques, c'est dans toutes les disciplines où il est appelé, au niveau de la prothèse partielle fixe, à évaluer: Est-ce qu'un pont de canine à molaire, ça peut être possible? Si la dent est inclinée à 45° et s'il reste le tiers de la dent dans l'os, au niveau clinique, ça ne se voit pas, mais au niveau radiologique, ça va se voir. À ce moment-là, il parfait encore sa formation par le biais de...

M. Savoie: D'accord. Une dernière question pour le moment. J'ai évidemment pris connaissance de tous les mémoires, dont le vôtre. Vous dites qu'il y a souvent des réactions adverses. Lorsqu'on pose l'implant, est-ce qu'on pourrait avoir une idée du pourcentage des cas où il y a des réactions adverses, où il y a des complications provenant de facteurs biologiques ou autres?

M. Lamarche: Au niveau du maxillaire inférieur ou mâchoire du bas...

M. Savoie: Oui.

M. Lamarche:... on perd environ entre 4 % et 6 % des implants. Donc, si vous prenez 100 patients, si vous placez 100 implants, il y en a environ entre 4 et 6 qui vont être perdus. Imaginez que vous en avez placé, chez 25 patients, 4 par mâchoire, vous pouvez imaginer que vous allez en perdre de 4 à 6, pas nécessairement 4 dans la même bouche. Des fois vous allez en avoir 3 et il y en a 1 qu'on va perdre

ici.

Au maxillaire supérieur, c'est pire. Depuis qu'on commence à en faire d'une façon beaucoup plus étendue au maxillaire supérieur à l'université, on s'aperçoit qu'on en perd environ 20 % et on s'aperçoit également que la densité de l'os est beaucoup plus poreuse qu'au maxillaire inférieur; on s'aperçoit également que la longueur minimale devrait être au moins d'un centimètre, c'est-à-dire 10 millimètres au moins. Tandis qu'en bas, au maxillaire inférieur, on peut en placer des cinq ou six millimètres et ça va fonctionner.

M. Savoie: Alors on parle de...

M. Lamarche: Cela, c'est au niveau de la perte immédiate à la suite de la chirurgie. Par la suite, on peut avoir une vis qui bouge un petit peu. Alors si une vis bouge un petit peu, c'est-à-dire que la vis qui retient le manchon à l'implant bouge un petit peu, vous allez avoir une inflammation de la gencive parce qu'il y a une collection de bactéries qui ne peut pas s'éliminer d'elle-même. Ensuite, une fois que la pièce est faite, par la suite, vous pouvez en perdre encore des implants. Moi, mes patients en perdent encore des implants et il y a des fois que je ne suis pas capable... Il n'y a pas d'infection, sauf que l'ostéointégration se perd. J'ai beau remonter le cas sur l'articulateur et réajuster l'occlusion, j'ai beau les vérifier à nouveau en bouche, j'en perds des implants et je ne sais pas pourquoi je les perds, les implants. Je n'ai pas toujours des réponses à propos des implants.

M. Savoie: En plus du phénomène de rejet, est-ce que du tartre ça peut causer des complications...

M. Lamarche: Ça va causer une inflammation, un épaississement de la gencive.

M. Savoie: Uniquement?

M. Lamarche: Oui. Il y a différentes situations. Quand vous avez une bouche qui est complètement édentée, il y a l'épaisseur de muqueuse qui va être variable. Dans certaines bouches, ce sera deux millimètres d'épaisseur par-dessus le périos, par-dessus l'os; dans d'autres cas, ça peut aller jusqu'à cinq ou six millimètres. Habituellement, le chirurgien va l'enlever, l'excédent de gencive ou de muqueuse. Mais s'il l'a laissé, ça va nécessiter un manchon, qui va traverser la gencive, qui va être beaucoup plus long sur l'implant et, à ce moment-là, la collection de tartre... Vous pouvez avoir le même phénomène qu'un abcès périodentaire, c'est-à-dire une infection parce qu'il y a une collection de pus qui se forme et qui ne peut pas s'évacuer. Alors, dépendant de certaines situations cliniques, vous pouvez avoir une situation qui s'apparente à celle d'une situation clinique où il y a

des dents, c'est-à-dire d'un abcès péri-dentaire qu'il va falloir traiter avec un antibiotique à ce moment-là.

M. Savoie: En plus du phénomène de rejet et du tartre, est-ce qu'il y a d'autres cas à signaler là?

M. Lamarche: Des cas de perte, peu importe la raison, d'une microfracture ou des choses semblables.

M. Savoie: C'est quoi cette histoire-là de microfracture? Peut-être pour nos collègues ici.

M. Lamarche: C'est parce que c'est encore mal déterminé. Quand je parle avec Van Stein Bergee de Belgique ou que je parle avec les Suédois avec qui j'ai des contacts assez étroits, on ne sait pas comment expliquer pourquoi, dans certaines régions, on soupçonne que l'os peut se remodeler ou augmenter ou diminuer cette densité osseuse autour de l'implant. Alors, c'est selon l'utilisation que le patient va faire de sa bouche. Vous avez M. ou Mme Granola qui mange des petites graines, du céleri et des carottes crues tout le temps. Bien les forces sont beaucoup plus grandes. Vous allez peut-être avoir un phénomène chez ce patient-là, selon son état de santé, où la densité osseuse autour de l'implant va augmenter ou vous allez simplement avoir des microfractures qui vont faire que l'ostéointégration va se perdre.

M. Savoie: Ça, c'est l'ostéointégration, mais, lorsqu'on parle de microfracture osseuse qui provient des éléments, est-ce que c'est un phénomène qu'on rencontre de façon assez régulière?

M. Lamarche: Je n'ai pas une base scientifique pour ça encore. Ce qui se fait en Suède présentement sur les animaux, il faut prendre des biopsies pour pouvoir vraiment établir une réponse scientifique à votre question.
(12 h 15)

M. Savoie: Oui.

M. Lamarche: Ce qu'on remarque, c'est qu'on a des traits de fracture. Vous avez ce qu'on appelle un système de Havers au niveau de l'os, à l'intérieur de l'os quand on l'examine et ils ont remarqué que, quand on donne une certaine diète à des animaux, on s'aperçoit, quand on fait des biopsies, que vous avez des traits de fracture à l'intérieur de l'os, en d'autres mots, que l'implant est beaucoup plus facile à bouger dans ces cas-là que dans d'autres. Pour vous donner une réponse vraiment intelligente et scientifique, il faudrait que ce soit une étude longitudinale. Alors, on se dit que, chez certains patients, ça pourrait se produire.

Tantôt, j'ai mentionné la longueur minimale

des implants au niveau de l'os. Quand on regarde au maxillaire supérieur, c'est un avantage d'avoir une prothèse complète au maxillaire supérieur parce que l'os résorbe très peu. Il résorbe quatre fois plus vite en bas qu'en haut. En bas, il est plus dense, mais, par contre, au niveau des implants, quand on arrive avec les implants, c'est justement le contraire. C'est un avantage d'avoir de la densité osseuse au maxillaire inférieur et la porosité, c'est un désavantage au maxillaire supérieur parce qu'on n'en a pas. Ça prend quelque chose de plus long pour avoir plus d'ancrage.

Donc, je n'ai pas de réponse scientifique à ce niveau-là, au niveau des microfractures, présentement. On soupçonne, par exemple, qu'il y en a beaucoup et que, chez certains patients, il va y avoir une augmentation de la densité osseuse autour des implants et, chez d'autres, vous allez avoir une perte d'ostéointégration. C'est dynamique, un corps. Ce n'est pas comme une auto qui sort de la chaîne de montage chez GM. C'est dynamique.

Donc, ce fait des microfractures peut avantager le patient en ce sens que sa densité osseuse va augmenter autour de l'implant, donc qu'il va s'ancrer encore mieux, ou bien il va simplement aller vers la perte d'implants à plus ou moins longue échéance.

La Présidente (Mme Hovington): M. le ministre.

M. Savoie: Je vais réserver quelques questions pour la fin.

La Présidente (Mme Hovington): Oui Merci, Mme la députée de Chicoutimi.

Mme Blackburn: Merci, Mme la Présidente. Évidemment, j'ai plusieurs questions, mais j'essaie de les poser dans un ordre un peu plus logique. Je vais quand même commencer juste par une question de première impression que j'ai, et je voudrais que vous me la confirmiez. Vous nous parlez beaucoup des cas d'exception, mais est-ce que vous pouvez nous dire le pourcentage de patients traités qui connaissent des problèmes de fractures, de rejet, de tartre? Dans quelle proportion? 10 %, 15 %, 20 % ou 50 %?

M. Lamarche: Du tartre, vous allez en avoir dans toutes les bouches. Dans la mienne, dans la vôtre...

Mme Blackburn: Non, non, je parle des implants là. On parle des implants.

M. Lamarche: Dans les implants, vous allez en avoir aussi.

Mme Blackburn: Mais je veux dire, quel est le pourcentage? Parce que, dans le fond, pour se

faire une opinion.. J'ai eu l'impression, à tort, sans doute, que vous nous parliez davantage des exceptions que de la généralité. Est-ce que la majorité des cas présentent des problèmes après qu'on a constaté une ostéointégration, une intégration osseuse de l'implant? Dans quel pourcentage de cas, avez-vous les problèmes que vous venez d'identifier?

M. Lamarche: Je fais de l'école interne depuis cinq ans et demi. Tous mes patients ont eu du tartre, parce qu'ils ont perdu leurs dents pour une raison. Ou bien c'est un dentiste expéditif qui les a enlevés, ou bien ils avaient des caries, ou bien ils avaient des problèmes de gencives à cause du tartre. Peu importe la raison. Mais si c'est un problème d'hygiène au départ, ils vont, à un endroit ou à un autre, en avoir en dessous de la prothèse, ils vont en avoir ici, au niveau d'un manchon en particulier, il va y avoir une inflammation là. Vous avez de l'hyperplasie. Un cas sur quatre à peu près présente de l'hyperplasie, c'est-à-dire que, en dessous de la barre, quand vous avez une pièce qui s'enlève, vous allez avoir un excédent de gencive qui se forme. Pourquoi? Parce qu'il existe un vide entre la prothèse, entre les tissus et la barre et, par réaction, quand vous avez un vide, la muqueuse va gonfler.

Quand vous parlez de tartre, c'est dans toutes les bouches. Maintenant, si je regarde sur cinq ans et demi, je ne sais pas combien de patients j'ai pu traiter, mais ils ont tous quelque chose en particulier. Je ne sais pas le pourcentage, madame.

Mme Blackburn: Bon. Ce n'est pas vraiment à point d'abord.

M. Lamarche: Pardon?

Mme Blackburn: Ce n'est pas vraiment à point ni recommandable. On va finir par tirer la conclusion. On va vous dire: Mettez vos techniques à point et après ça, vous reviendrez nous voir.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Albert: Mais je peux vous ajouter une chose, madame. C'est que vous avez parlé du tartre. Le tartre n'est pas un processus dentaire. C'est un processus qui provient de la salive et de l'alimentation. C'est un processus qui va apparaître chez à peu près tout le monde, mais aussi sur des implants.

Mme Blackburn: Dépendant de l'acidité et tout ça. Mais là, je ne parlais pas seulement du tartre. Vous parliez de fracture, de rejet, d'un certain nombre de complications reliées à l'implantation, à ces implants. Et là, je pose la question de façon très sérieuse. Si vous êtes en

train de nous dire que ça pose de tels problèmes, est-ce que la technique est suffisamment avancée pour qu'on l'implante et qu'on accepte dans certains cas - parce que je pense à l'assurance-maladie, certains cas d'accidents - de payer pour de telles techniques qui ne seraient pas plus avancées? Je vous dis: Continuez votre recherche et vous reviendrez dans cinq ans. C'est un peu brutal, mais ça semble présenter des problèmes dans tous les cas. Je commence à...

M. Lamarche: Madame, si vous veniez me voir et que vous ayez besoin d'implants, je ne vous garantirai pas que les trois implants ou les deux ou les quatre vont nécessairement prendre. Je ne peux pas vous garantir non plus qu'au bout de cinq ans vous allez tous les avoir. Je ne peux pas vous garantir non plus que la prothèse qui va être faite par-dessus ces implants va être encore en bon état. Elle va peut-être être bonne... J'ai des patients du projet-pilote qu'on avait fait... J'avais traité dix patients pour le projet-pilote, il y a cinq ans et demi. Là-dessus, il y en a six qui ont eu des problèmes et quatre qui n'en ont pas eu. Des problèmes de quel ordre? Il y a une patiente que c'est la barre qui a cassé; une autre patiente, après un an et demi, a perdu un implant. Je ne sais pas la raison. Je ne la connais pas, la raison.

Mme Blackburn: C'est ça, ça m'amène à penser que ce n'est pas très à point.

M. Lamarche: Il y en a un autre où, tout simplement, il a commencé à avoir une lyse au niveau de l'os, d'un côté seulement mais pas de l'autre, et l'implant ne bougeait pas. Pourquoi? Je ne la connais pas, la raison.

Mme Blackburn: Vous nous dites que vous avez eu des problèmes. Les patients ont connu des problèmes dans cinq cas sur neuf?

Une voix: Six.

M. Lamarche: Ça, c'est pour les neuf premiers patients qu'on avait traités, un projet-pilote qu'on avait.

Mme Blackburn: D'accord. C'est beaucoup.

M. Lamarche: Et les autres... Je vous parlais d'un patient qui a mangé sa carotte et que tout a brisé; bien, il a fallu que je fasse en urgence une chirurgie. C'est un avocat, il plaide tous les jours pratiquement. Il faut que je le stabilise. À ce moment-là, je n'ai pas le temps de l'envoyer à Pierre, Jean, Jacques.

Mme Blackburn: D'accord. Je pense qu'on va essayer de dégager, et j'ai de la difficulté à voir clair parce que vous avez vu qu'on a vraiment des positions qui sont à l'opposé. C'est là

compétence des dentistes. Et là, je vois que, chez les dentistes, vous avez prosthodontistes, vous avez périodontistes, vous avez chirurgie buccale et maxillo-faciale, finalement, toute une gamme de spécialisations. Ensuite, il y a le denturologiste. Moi, je dis que c'est la compétence des professionnels et la compétence du patient. Moi, ce qui me bouleverse chaque fois que j'ai à discuter de ce type de projet de loi, c'est comme si les patients étaient des parfaits imbéciles. Chaque fois, ça me... Je vous dis, c'est comme... Moi, je ne suis pas de votre avis, que ça prend un imbécile pour faire un toit. Tantôt, c'était probablement, un lapsus. Mais ce que je veux dire, c'est comme si on prenait les patients comme des gens qui se laissent faire n'importe quoi dans n'importe quelles conditions et incapables de se faire un jugement. Et qui plus est, c'est comme si le dentiste ou le spécialiste, le chirurgien dentiste n'avait pas la responsabilité d'informer son patient sur son état - parce que là, on parle toujours des implants; on parlera des autres questions après - n'a pas la responsabilité, ce spécialiste, d'informer son patient de son état de santé, des conséquences et des effets s'il va chez un denturologiste, comme si cette personne-là ne devait pas, n'avait pas la responsabilité d'aviser son patient qu'il devra le voir à tous les six mois, par exemple, pour vérifier précisément s'il n'y a pas du tartre, si l'implant n'est pas en train de se déplacer, s'il n'est pas en train de bouger, s'il ne risque pas d'y avoir un rejet. Mais il me semble que ça n'a comme pas de rapport avec ce qu'on discute et ça me pose des problèmes par rapport à la perception qu'on a de celui qui va se faire traiter.

Vous n'êtes pas les seuls parce que j'ai vu ici tout le débat entre les médecins et les acupuncteurs, tiens. Moi, je me disais: Le patient qui va chez l'acupuncteur, il paie pour y aller. À plus forte raison, il me semble qu'il ne doit pas se faire niaiser trop longtemps, d'autant que la responsabilité de l'État - moi, en ce qui me concerne, comme législateur - c'est de s'assurer que nos différentes professions possèdent une solide formation. Il me semble qu'en ce qui a trait aux denturologistes, la formation est assez adéquate, même qu'elle serait supérieure à ce qui est accordé aux professions comparables dans d'autres provinces et dans d'autres pays. Je pense que c'est...

M. Savoie: Elle est comparable.

Mme Blackburn: Comparable, on parle même de supérieure.

M. Savoie: Je crois qu'elle est d'excellente qualité.

Mme Blackburn: On parle même de supérieure. Alors, ça, c'est la responsabilité du législateur. Alors, moi, je parle de la compétence

des différentes professions et de la compétence du patient. C'est toujours ce qui me bouleverse. C'est comme si, tout à coup, on traitait des numéros qui ne sont pas capables de parler.

M. Lamarche: Je pense que...

Mme Blackburn: Oui.

M. Lamarche: Moi, j'ai toujours mentionné une chose. J'ai toujours dit qu'il y a certains denturologistes qui faisaient un bon travail. Je ne peux pas admettre non plus... Je ne peux pas aller dire: On va les éliminer. Ils existent, on va composer avec eux. Ensuite, que vous me disiez... J'en suis sûr sur la compétence ou le champ d'exercice. Quand je vous ai dit tantôt: Il y a des... Je prends ma mère. Ses tartes sont affreuses, même à 63 ans. Elle n'aime pas ça faire des tartes. Mais quelqu'un qui aime faire des tartes, il va finir par apprendre comment faire. Je suis d'accord pour dire que: Prenez un modèle, mettez de la cire, vous avez des instruments, vous allez le tailler. Tout ce que vous avez à faire, c'est, par une technique, changer cette cire-là par du métal. Mais vous me dites qu'on prend les patients pour du bétail. Je pense que la situation dentaire, au Québec, est à un point tournant parce qu'on est en train de les prendre pour du bétail et pour des imbéciles aussi. La publicité que certains groupes font peut être tendancieuse sous certains aspects, à savoir qu'elle prête à certains groupes une certaine compétence où ils n'ont pas la formation, et c'est là où j'en suis. Moi, je ne perdrai rien dans ma vie, sauf qu'il y a des patients qui vont peut-être perdre beaucoup.

Mme Blackburn: Oui.

M. Albert: Vous savez, le nombre d'heures qui est donné pour un programme ne signifie pas que cette personne-là a un champ d'action qui est vaste. Et en denturologie, il est limité à une fonction bien spécifique. Il y a des cours pour ça. Je ne vais pas contre le curriculum. Ils ont un curriculum qui les aide justement à fabriquer des prothèses, mais ils ne peuvent pas aller plus loin. Ils ne peuvent pas s'occuper du tissu biologique et une bouche est faite de tissu biologique; ils ne peuvent pas aller jusque-là. Alors, je crois qu'il y a une différence. On ne prend pas les patients pour des valisés, mais on préférerait aussi que les patients aient le choix. Si le patient veut juste avoir une prothèse dans la bouche et qu'il ne s'occupe de rien d'autre, que dans cinq ans il perde des dents parce que la prothèse n'est pas bien ajustée ou quoi que ce soit, à cause de tous les autres tissus, bien, écoutez, à ce moment-là, que le patient aille là. Mais si vous avez des situations de prothèses partielles où on a affaire au tissu biologique, s'ils ne sont pas traités, ils ne sont pas traités,

et s'ils sont traités, on assure une meilleure santé chez le patient.

Mme Blackburn: Moi, je pense, Mme la Présidente, que vous avez raison sur une question. C'est-à-dire qu'il serait souhaitable que les personnes qui se présentent chez le denturologiste aient subi un examen préalable, je pense que tout le monde va s'entendre là-dessus. Comme il serait souhaitable, au Québec, que tous les gens s'alimentent bien, mangent du fromage, des légumes en quantité suffisante, qu'ils ne fument pas et qu'ils ne boivent pas trop. On le sait tous, ça. Mais une fois qu'on a dit ça, il y a la responsabilité de l'individu. À présent, je ne veux pas vous rappeler que, si l'état dentaire des Québécois est dans cette situation, il y a un peu de la responsabilité par rapport à la pratique antérieure pas actuelle, je dois le dire, mais antérieure - de certains dentistes; il ne faut pas faire comme si ça n'existait pas. Les denturologistes, je pense, que ça n'existait même pas à l'époque. Et le danger, c'est que, précisément, on avait constaté que, le fait que le dentiste puisse aussi rapidement faire fabriquer des prothèses, ça allait plus vite, c'était plus payant d'extraire des dents, d'installer des prothèses que de les soigner. Alors, il faut se rappeler le passé un peu, là.

Et le danger, ce que j'éprouve, moi, comme législateur, encore une fois, je crains toujours de créer des monopoles. Quand vous laissez à une profession la totalité des champs d'exercice et que c'est elle qui va distribuer ces actes qui vont engager son personnel, on a toujours des dangers. Finalement, ça ne sert pas toujours aussi bien l'intérêt du public. Alors, je suis toujours un peu mal à l'aise quand vous me servez ce genre d'arguments. Moi, je me dis que ce qu'il faut donner au Québec, c'est une solide information; après ça, faites confiance aux Québécois. Faites confiance aux Québécois! Vous ne pourrez pas les tenir par la main et dire: Écoute, c'est bien de valeur, tu as perdu une dent parce qu'ils ont mal ajusté ton partiel; ça peut être aussi parce qu'il n'y a pas suffisamment d'hygiène. Alors, moi, là-dessus, je suis toujours un peu mal à l'aise quand vous me servez ce type d'arguments.
(12 h 30)

À présent, vous avez parlé, tout à l'heure, de la recherche. Je m'en réjouis parce que, effectivement, en santé, en médecine, la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal va chercher une part importante en matière de budget de recherche et on s'en félicite tous. Cependant, je pense qu'en matière que j'appelle moi de transfert technologique, c'est dans les cégeps que ça devrait se faire. Je l'ai toujours dit. Là, vous me dites: Il ne s'en fait pas et ce n'est pas là qu'il faut que ça se fasse. Moi, je pense, contrairement à vous, que lorsqu'il y a découverte de nouveaux matériaux plus résistants,

il serait peut-être utile qu'on s'interroge dans nos collèges, au moment où on parle de la fabrication de prothèses, de l'utilisation de ces types de matériaux, de faire ce que j'appelle, moi, un transfert technologique. Ce n'est pas nécessairement... Ça peut se faire dans les universités, ça pourrait aussi bien se faire et de préférence en collaboration avec l'université et le cégep. Alors, là, vous avez ouvert la porte, c'est bien sûr que je vais rentrer dedans parce que je trouve que, là-dedans, il y a des chasses gardées qui ne sont pas toujours payantes non plus pour nous autres. Mais je reviens aux spécialistes. À vous entendre tantôt, je me suis dit: Dans le fond, l'idéal; ce serait que tous les dentistes possèdent à la fois une formation de denturologiste, de périodontiste, de prosthodontiste et de chirurgien dentiste, et là, on serait garanti à plein. Il me semble, là. J'exagère à peine. Parce qu'il me semble que tantôt, vous allez avoir des problèmes de champs de compétence entre vos propres professions.

M. Albert: Madame, si vous voulez que la population ait une santé buccale qui s'améliore continuellement, vous laissez aux gens qui sont capables d'offrir tous les soins de pouvoir les leur donner. Si vous les limitez à un groupe qui ne peut pas offrir tous les soins, vous allez diminuer votre niveau. Si tel est le cas, et si ce sont les décisions qui sont prises, ce sera comme ça, mais le patient a le droit d'aller chercher toute la gamme de soins qu'il lui est possible d'aller chercher. La différence entre le denturologiste et le dentiste, c'est justement cette gamme de soins, et la combinaison de prothèses nécessite une certaine gamme de soins que les denturologistes ne peuvent pas offrir. Ce n'est pas une guerre aux denturologistes, c'est tout simplement... Nous, c'est en fonction de la population. Si vous pensez que... Moi, je n'en ai jamais fait, de prothèses, je ne suis pas spécialiste, je ne suis même pas généraliste, je suis un spécialiste pour enfants. Alors je n'en fais pas, de prothèses. Alors moi, je ne perds absolument rien, puis je pense que les dentistes généralistes ont quand même une gamme de soins et de besoins dans la population qui ne leur fait pas perdre de travail.

Mme Blackburn: Mais...

M. Albert: Alors ce n'est pas une concurrence, c'est une question pour le patient, tout simplement.

Mme Blackburn: En tout cas, tenons pour acquis que la population a l'intelligence pour faire des choix, O. K. ? Je pense qu'il faut au moins prendre ça comme préalable! Je me dis: Une fois l'information donnée... Puis surtout - parce qu'on parle toujours des implants - que le chirurgien qui a posé les

implants doit informer son patient - ça, c'est un minimum, on s'attend à ce qu'il le fasse, et qu'il le fasse bien. Puis normalement le patient qui a mis - vous m'avez parlé d'une petite voiture - de 7000 \$ à 8000 \$ pour faire installer, poser des implants puis une prothèse là-dessus, il doit mettre probablement le maximum d'effort pour éviter d'avoir des complications. Je pense que c'est le minimum, ça. Prenons le monde pour des gens intelligents. Étant intelligents, ils vont probablement se demander: Qui fabrique la prothèse une fois que j'ai eu un bon traitement, puis ça a bien guéri, c'est bien installé? Et là, ensuite, je pense que ça appartient à son jugement. Moi, je ne serais pas de celles qui prétendent qu'il faut dire aujourd'hui: Il faut absolument qu'il aille chez les dentistes, ou absolument chez les denturologistes. Moi, je pense que, avec une information adéquate, moi, je choisirais d'aller faire réparer ma voiture chez Ford où j'ai acheté la voiture, ou d'aller chez mon petit mécanicien voisin qui a développé une expertise particulièrement intéressante et qui me coûte moins cher, et qui me donne un bon service depuis dix ans. Parce que je me sers de mon jugement, alors... Vous allez me dire: Ce n'est pas pareil en santé. Moi, je pense que, en tout cas, il y a des...

M. Albert: Madame, vous m'avez prêté des paroles qui...

Mme Blackburn: Non, c'est que vous avez...

M. Albert: Non...

Mme Blackburn: Je veux juste, je vous laisse... D'ailleurs, je veux vous entendre...

M. Albert: Vous m'avez prêté des paroles, et ça va me permettre de donner peut-être l'explication que je veux vous donner. Vous avez dit qu'on prenait les gens pour des imbéciles. Non, on ne les prend pas pour des imbéciles. Mais quand vous regardez la publicité, vous avez vu la publicité, j'espère, dans les derniers jours, soit ici à Québec ou à Montréal...

Mme Blackburn: Non...

M. Albert: ...où on se nomme des spécialistes. La population, à un moment donné, ne sait plus qui peut lui offrir toute la gamme de soins. Je pense que c'est plutôt ça. Les gens ne savent pas nécessairement qui peut offrir la gamme complète de soins. Ce ne sont pas des imbéciles, mais je ne pense pas que la population, non plus, va vérifier à chaque université ou à chaque Ordre pour savoir exactement la panoplie de soins. Mais à ce moment-là, la population, elle a droit de savoir qui est capable de faire quoi...

Mme Blackburn: Oui...

M. Albert: Puis ce n'est pas nécessairement la personne dans son bureau qui va lui dire exactement la gamme de soins.

Mme Blackburn: Oui...

M. Albert: On va lui offrir un plan de traitement...

Mme Blackburn: Je pense que là on aborde une autre question. S'il y a de la publicité trompeuse, il y a des moyens. Puis moi, je ne l'ai pas vue, la publicité, puis il se peut qu'elle soit trompeuse. Je ne sais pas, je ne la connais pas, je ne l'ai pas vue. Je n'ai pas souvent le temps de regarder la télévision. Ça, c'est une autre question. C'est vraiment dans un autre ordre d'idées. Je pense que s'il se fait actuellement une publicité qui risque d'induire en erreur les patients, vous avez la responsabilité d'intervenir, vous, ou les collègues, ou les personnes que vous formez. Mais ça, c'est un autre ordre de questions. Moi, je me dis: Vous nous parlez comme si, à un moment donné, les personnes à qui vous allez donner vos soins n'avaient pas les informations pertinentes pour se former une opinion. Moi, je dis: Vous êtes les premiers intervenants, lorsqu'on parle d'implants, pour intervenir dans l'éducation de vos patients, mais après ça, vous ne pouvez pas en faire plus. Quand mon garagiste me vend la voiture, il me dit: Elle va jusqu'à 160 km, mais, de préférence, ne va pas aussi haut que ça. Mais, après ça, il me laisse la voiture. Ce que je veux dire, dans le fond, c'est que comme législateurs on ne peut pas prévoir... On ouvre les écoles et on souhaite que tout le monde y aille, mais, malheureusement, il n'y en a plus que 62 % qui font leur secondaire. Mais ce que je veux vous dire, c'est qu'en matière de profession, vous avez une responsabilité d'éducation et, ensuite, on a la responsabilité de nous assurer que les denturologistes aient la compétence la plus fine possible pour fabriquer, poser et ajuster.

Dans ce sens-là, je voudrais avoir votre avis là-dessus lorsqu'on parle d'utilisation des radiographies, non pas pour savoir s'ils sont en santé ou pas, parce que normalement, s'il y avait un certificat d'ostéointégration, ça veut dire que normalement l'intégration est bien faite et on fournirait, par exemple, une radiographie qui pourrait permettre au denturologiste de vérifier l'angle, parce qu'il doit y avoir un angle pour poser les implants, pour qu'il puisse l'ajuster en fonction de l'angle de fixation des implants. Est-ce que ça ne pourrait pas aider et est-ce qu'on ne pourrait pas commencer à essayer de départager des choses qui sont faisables par l'un et par l'autre? J'imagine qu'il ne doit pas y avoir beaucoup de dentistes qui fabriquent des prothèses, n'est-ce pas?

M. Lamarche: Il y en a plus qu'auparavant.

Mme Blackburn: Qui fabriquent?

M. Lamarche: Oui, oui.

Mme Blackburn: Eh bien, ils ont des techniciens.

M. Lamarche: On leur montre, oui. Des cliniciens qui sont... Je suis responsable de la section des prothèses. J'ai 22 cliniciens et ils font leur propre laboratoire.

Mme Blackburn: Ils sont 22 sur combien?

M. Lamarche: On leur a enseigné comment le faire et ils le font. Je veux revenir un peu...

Mme Blackburn: Parce que ce n'est pas payant..

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Lamarche: Je vous demande pardon, je n'ai pas entendu.

Mme Blackburn: 22 sur combien de dentistes avons-nous au Québec?

M. Lamarche: Je ne le sais pas. Je ne sais pas ce que les autres font dans leur bureau.

Mme Blackburn: De toute façon, on posera la question à l'Association et ils vont nous donner une évaluation.

M. Lamarche: Ah!

La Présidente (Mme Hovington): En conclusion. Votre temps est écoulé.

M. Lamarche: Je ne prends pas les gens pour des imbéciles, je trouve qu'ils sont mal renseignés. C'est pour ça qu'on est ici aujourd'hui. Il y en a qui se disent spécialistes, parce qu'ils ont 1200 heures. Moi, je dis qu'ils se comparent à nos 365 heures qu'on a en première et en deuxième année de cours théorique et pratique. Mais dans leurs 1200 heures, ils incluent les stages cliniques. Mais en stage clinique, un patient peut nécessiter sept rendez-vous pour la confection de sa prothèse complète et un autre peut nécessiter dix rendez-vous. C'est une question d'heures, mais le nombre de quotas, ça a déjà été comparé au niveau de l'office avec le comité tripartite. Le nombre d'exigences, que ce soit au Collège Édouard-Montpetit ou ici, c'est semblable. Je suis loin de prendre les gens pour des imbéciles.

Mme Blackburn: Mais pour...

La Présidente (Mme Hovington): Votre temps est terminé, je m'excuse.

Mme Blackburn: La question au sujet de l'utilisation que pourraient faire les denturologistes des radiographies pour vérifier l'angle de fixation des implants, ne pourrait-on pas trouver des façons de faire, autrement dit, qui permettraient à ceux qui ont la compétence pour fabriquer et installer de le faire sur la base de la qualité des services et des traitements qui ont d'abord été reçus?

M. Lamarche: Ça existe. Ça se fait.

Mme Blackburn: Oui. O. K.

La Présidente (Mme Hovington): M. le ministre, il vous reste cinq minutes sur le temps ministériel.

M. Savoie: Oui, très rapidement, Mme la Présidente. Actuellement, si je comprends bien, les implants sont encore en quelque sorte à leur début. On parle d'à peu près cinq ou six ans d'application au niveau du public.

M. Lamarche: Au Québec.

M. Savoie: Au Québec, cinq ou six ans. Pensez-vous que dans un contexte... Sentez-vous, au niveau de la Faculté de médecine, qu'il y a un mouvement des dentistes vers la pose des implants?

M. Lamarche: Tous les ans, on a de plus en plus d'inscriptions à des cours d'éducation continue, qu'on donne à la Faculté ou dans des cercles d'études. Que ce soit privé ou par le biais des sociétés dentaires locales, il y a de plus en plus d'inscriptions à ces cours d'éducation continue.

M. Savoie: Il y a une augmentation au niveau de la pratique des dentistes en ce qui concerne...

M. Lamarche: Oui. Mais, voyez-vous, ceux qui ne faisaient pas de prothèses auparavant dans leurs bureaux privés, soit complètes ou partielles, ne seront pas tellement enclins à se lancer dans les cas d'implants. Il y a des gens qui ont limité leur pratique à certains champs d'activité, comme l'a mentionné Mme la députée tout à l'heure, mais il y en a d'autres qui ont un éventail quand même assez large: ils choisissent des journées pour faire tel travail ou tel autre.

M. Savoie: Alors, finalement, c'est en train de se développer. Vous avez parlé tout à l'heure d'implantologie. On est en train de développer tout un secteur de la médecine dentaire vers les implants. On semble dire que c'est une voie de l'avenir pour plusieurs.

M. Lamarche: On regarde même... On essaie

de voir l'application au niveau de la maxillo-faciale. Ça existe déjà, mais ce n'est pas tellement développé. La maxillo-faciale, c'est lorsque le chirurgien ou le plasticien ne peut pas intervenir, que ce soit au niveau de l'oreille, que ce soit au niveau du nez, suite à un cancer ou à un accident où il manque une partie de la mâchoire. On peut arriver souvent beaucoup facilement avec des prothèses fixées sur implants. Il existe déjà des moyens de les faire ces prothèses-là, mais sur implants, ça serait encore plus solide et ça ne nécessiterait pas l'adhésif chirurgical qu'on a présentement. Mais il y a encore beaucoup de choses à...

M. Savoie: D'accord. Mais pensez-vous que le développement de l'implantologie va en quelque sorte supplanter complètement, par exemple, les prothèses amovibles?

M. Lamarche: Non. Voyez-vous, quand j'étais en Californie, en 1978, on faisait des greffes osseuses. On prenait des morceaux de hanche ou des morceaux de côte puis on mettait ça en bouche. On s'apercevait que, au bout de trois ans, 70 % de l'os étaient disparu. Ça, c'était la grande mode.

Après ça, on est arrivé avec l'hydroxapatite. Là, on a vu dans les journaux, comme **Actualité** ou d'autres, l'os synthétique. Tu fais un tunnel en dessous de la gencive puis, avec ta seringue, tu injectes l'os. On a eu des problèmes avec ça, parce que quand c'était malpositionné, ou si le sujet était mal choisi ou mal évalué, c'était pire après qu'avant.

Mais les implants, j'aborde ça de la même façon que toutes les autres chirurgies que j'ai pu voir auparavant. Quand un patient se présente avec une crête qui est capable d'avoir une prothèse conventionnelle, il va l'avoir la prothèse conventionnelle. On peut se rendre à Québec on Volkswagen puis on peut se rendre aussi en Cadillac. Ce n'est pas parce que le patient est édenté que je dois nécessairement lui faire une chirurgie puis lui placer des implants; ça ne nécessite pas... Ça dépend de la bouche que je vais traiter. Je vais essayer de rencontrer le besoin du patient. Je fais à un patient où j'enseigne aux étudiants, je dis: Il faut traiter le patient avec la même attitude que vous voudriez être traités si vous aviez ce problème-là. Donc, ce ne sont pas nécessairement toutes les bouches qui nécessitent des implants. C'est évident que si vous avez une petite madame qui a 60 ans, puis c'est tout plat, puis il y a à peine 5 millimètres d'os qui restent, puis qu'il n'y a plus rien qui tient en bouche, ça peut être un cas indiqué pour ça. Mais quand vous avez une crête qui est haute et large, puis que la qualité des tissus s'y prête, une prothèse conventionnelle va remplir tout à fait les exigences du traitement de cette situation particulière.

(12 h 45)

M. Savoie: Alors, de prévoir, par exemple, que les implants vont remplacer...

M. Lamarche: Complètement ou presque complètement? Non, non.

M. Savoie:... c'est complètement loufoque, on joue dans la folie, là.

M. Lamarche: C'est hautement spéculatif.

M. Savoie: Oui. Alors, pour le moment, finalement, on peut prévoir que... Oui, M. Albert.

M. Albert: Pour ajouter à ça, c'est que c'est une forme de traitement qui permet d'aller plus loin et d'offrir mieux pour la santé buccale dans des situations beaucoup plus particulières, des situations où on avait de la difficulté à réhabiliter avant. Ça nous ouvre une porte. Ça ne règle pas tout, puis ça ne peut pas être mis partout, mais ça nous ouvre une porte à des situations qui étaient des situations presque non résolubles à ce moment-là.

M. Savoie: D'accord. Pour vous, Dr Lamarche, puisque vous êtes dans le dossier, finalement, vous êtes à la fine pointe au niveau des connaissances techniques, au niveau des implants, si vous deviez faire une projection, à titre indicatif, et ce n'est qu'une projection, je sais ce que ça vaut, mais on a besoin un petit peu du maximum, on va taxer vos compétences au maximum en vous demandant de nous évaluer à peu près, par exemple, dans une situation normale, cinq ans, où il y a évolution du dossier, le pourcentage de la population qui a besoin de prothèses, le pourcentage de cette population qui va utiliser l'implant vis-à-vis de l'amovible?

M. Lamarche: Peut être 5 %.

M. Savoie: 5 % de la population?

M. Lamarche: Je vais vous répondre pourquoi je dis 5 %. C'est parce que plus la population vieillit, plus on s'aperçoit que ce qui pousse à ses dents, donc, il n'y a pas un besoin de prothèse à ce niveau-là. Heureusement. Je regarde aussi, on a de plus en plus de gens qui ont 45, 50, 55 ans. On voyait auparavant qu'ils étaient complètement édentés puis là, maintenant, ils sont partiellement édentés ou ils ont encore presque toutes leurs dents, puis ils ne nécessitent pas nécessairement d'avoir des prothèses.

D'autre part, il y a encore l'aspect financier qui entre en... Chacun des implants coûte 400 \$ quand on parle du Branemark. Vous vous en faites placer quatre en bas, c'est 1600 \$. Ah non, ils vous demandent entre 1200 \$ et 1500 \$ chacune. Donc, 6000 \$ à 6000 \$ de frais à ce niveau-là seulement pour la phase chirurgicale, et

la deuxième phase, les machons de départ, plus les prothèses. Donc, vous calculez 10 000 \$ à 12 000 \$ pour les traitements sur une période de neuf mois. Alors, je vous dis: Ce n'est pas à la portée de toutes les bourses, ça. Donc, c'est pour ça que je vous dis: À peu près 5 %, 6 %.

M. Savoie: Un pourcentage de 5 %, 6 % de la population seulement dans cinq ans selon vous, en tout cas, à peu près, on comprend bien votre évaluation, la nature de l'évaluation, 5 %, 6 % de la population, donc, pourraient avoir recours aux implants dans un espace de cinq ans. Ça me semble être une marge de la population qui est assez restreinte quand même.

M. Lamarche: Ce qui me fait baisser mon pourcentage de beaucoup, c'est l'aspect financier. Ce n'est pas à la portée de tout le monde.

M. Savoie: Oui, c'est ça. C'est le coût qui est un facteur aussi.

M. Lamarche: C'est parce que, regardez, sans vouloir être méchant ou péjoratif, vous regardez... Si je vais dans ma famille, dans la Beauce, j'ai des cousins qui ont une prothèse complète à 20 ans au maxillaire supérieur.

M. Savoie: D'accord.

M. Lamarche: Mais vous arrivez à Montréal, à Outremont et à Westmount, ils n'ont pas de prothèse complète. Eux autres, la mode, ce sont les broches. Donc, il y a un aspect de la population où ça va varier selon les régions d'abord. Et deuxièmement, il y a quand même une augmentation de l'hygiène buccale ou de l'amélioration de la santé dentaire au Québec. La population vieillit. Ce n'est pas encore à la portée de toutes les bourses. C'est faible mais à mon avis, c'est peut-être réaliste.

M. Savoie: On a le temps pour une autre question?

La Présidente (Mme Hovington): Oui, allez-y.

M. Savoie: Ou deux questions?

La Présidente (Mme Hovington): Si c'est pour mieux éclairer les membres de la commission, je vais faire preuve de souplesse.

M. Savoie: Ce n'est pas tellement pour moi, parce que j'imagine que j'aurai l'occasion de revenir avec d'autres intervenants, mais la députée, oui, de...

La Présidente (Mme Hovington): Allez-y très court.

Mme Boucher Bacon: Merci, Mme la Présidente. Dans votre mémoire, en page 2, paragraphes 2 et 3, lorsqu'il y a un patient qui se présente soit chez un dentiste ou un denturologiste, qui fait l'expertise pour le problème de réhabilitation buccale, c'est-à-dire les mécanismes qui doivent être apportés à l'état de santé? Comment pouvez-vous évaluer ça? Est-ce que les deux le font ou seulement le dentiste le fait?

M. Albert: Le dentiste.

Mme Boucher Bacon: Seulement le dentiste. Et croyez-vous que les denturologistes, pour la section dans votre page 2, deuxième et troisième paragraphes, ont cette capacité-là?

M. Lamarche: Ça prendrait un certificat d'examen buccal.

M. Albert: Parce qu'ils parlent aussi de couronnes.

M. Lamarche: Oui, mais je ne parle pas seulement de traitement. Je parle aussi d'évaluer l'état de la bouche.

Mme Boucher Bacon: Évaluer l'état de santé, s'il peut prendre ou pas l'implant. C'est ça que vous décrivez. C'est ça, hein?

M. Lamarche: Ça prend des radiographies.

M. Albert: Mais vous savez aussi que le certificat de santé buccale qui était obligatoire, je pense bien que les statistiques peuvent démontrer que ça n'a pas été utilisé. Alors, on obligeait que le patient ait un certificat de santé buccale. Mais en toute pratique, ça n'a pas été utilisé. Les patients ont eu des traitements par les denturologistes sans avoir de certificat de santé buccale et je pense bien que c'est tout probablement la majorité.

Mme Boucher Bacon: Est-ce que... plutôt, monsieur, est-ce que vous, ça vous est déjà arrivé de dire à un de vos patients: Non, on ne peut pas procéder, parce que vous ne répondez pas aux critères que vous évoquez dans vos paragraphes?

M. Lamarche: Oui, que ça soit le Dr. Boudrias que vous allez voir demain, qui est en prothèses partielles fixes ou moi, si on évalue 10 patients, il y en a peut-être seulement 3 ou 4 qui vont avoir des implants. Les autres ne les auront pas. Ça ne se magasine pas. Il faut que la condition de votre bouche rencontre les exigences. On peut avoir des désirs, mais... Si j'ai un cancer et je veux quand même vivre et que c'est au niveau des deux poumons, bien... C'est la même chose au niveau du traitement par implants. Si vous n'avez pas l'os ou la relation

de l'os du haut par rapport à celui du bas, si vous êtes une classe 3 et que l'os est angulé comme ça, au niveau esthétique, ça peut être épouvantable. Alors, il y a des cas qui ne se prêtent pas du tout à recevoir des implants. C'est pour ça, comme je répondais à M. le ministre tout à l'heure, je dis toujours aux étudiants ou à mes patients: Je vous traite comme si j'avais le même problème, je voudrais être traité de cette façon-là.

La Présidente (Mme Hovington): Merci. Alors, ceci va conclure. M. le ministre? Non, ça va. Alors, il me reste à remercier la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal d'être venue nous présenter son mémoire ce matin. La commission donc suspend ses travaux jusqu'à 14 heures où nous recevrons l'Association des chirurgiens dentistes du Québec. Alors, M. Lamarche, M. le doyen, merci beaucoup.

M. Lamarche: Merci, Mme la Présidente.

M. Albert: Merci, Mme la Présidente..

(Suspension de la séance à 12 h 50)

(Reprise à 14 h 8)

La Présidente (Mme Hovington): La commission de l'éducation reprend ses travaux dont le mandat est de procéder à des consultations particulières sur le projet de loi 17, Loi modifiant la Loi sur la denturologie. Alors, nous entendons maintenant l'Association des chirurgiens dentistes du Québec. Bonjour et bienvenue à la commission.

Association des chirurgiens dentistes du Québec

M. Chicoine (Claude): Bonjour, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Hovington): Je crois qu'il y a M. Claude Chicoine qui est président.

M. Chicoine: C'est ça.

La Présidente (Mme Hovington): C'est vous-même?

M. Chicoine: On ne peut rien vous cacher.

La Présidente (Mme Hovington): Bienvenue à la commission. Le Dr Hubert Gaucher, prosthodontiste...

M. Chicoine: Il est à ma droite.

M. Gaucher (Hubert): Bonjour..

La Présidente (Mme Hovington):... bonjour.... et professeur à l'Université Laval, et le Dr Denis Laverdière, chirurgien dentiste.

M. Laverdière (Denis): Bonjour.

La Présidente (Mme Hovington): Bonjour.. Alors, le porte-parole sera M. Chicoine.

M. Chicoine: C'est ça.

La Présidente (Mme Hovington): Vous avez 20 minutes pour nous faire part de votre mémoire. Allez-y.

M. Chicoine: En fait, il y aura deux paliers à la présentation, Mme la Présidente. D'un côté, le mémoire, et nous avons aussi un vidéo qui a été réalisé par le Dr Gaucher, à l'Université Laval. Je voudrais préciser que le Dr Gaucher est prosthodontiste, c'est-à-dire un spécialiste dûment accrédité par ("Ordre des dentistes au niveau de la prothèse, et que le Dr Denis Laverdière a une pratique presque exclusivement limitée à la pratique de la prothèse.

Alors, le projet de loi 17, à notre avis, écarte d'abord les principes qui ont amené la délivrance d'un certificat de santé buccale, puis entrave la prévention de la propagation du virus de l'immunodéficience humaine et, enfin, gêne la collaboration entre le dentiste et le denturologiste.

La nécessité de l'examen précédant le traitement. Les notes explicatives accompagnant le projet de loi 17 disent: "Ce projet de loi a pour objet de supprimer l'obligation pour un denturologiste de ne poser un acte que sur ordonnance ou certificat de santé buccale délivré par un dentiste. Il prévoit toutefois, dans le cas d'une prothèse dentaire partielle amovible, que le denturologiste doit s'assurer que le patient a subi un examen par un dentiste au cours des 12 derniers mois ou, à défaut, l'informer qu'il est fortement recommandé de subir un tel examen." Fin de la citation.

La suppression du certificat de santé buccale implique donc, dans le cas d'une personne complètement édentée, le rejet du principe de l'examen avant le traitement. Que le patient soit partiellement ou complètement édenté, il est essentiel, pour la protection de sa santé et pour le succès de toute intervention, que son traitement soit précédé d'un examen et d'un diagnostic adéquats. Ce principe fondamental, gage de la qualité des soins, est aujourd'hui renforcé par la présence du virus de l'immunodéficience humaine qui conduit au sida. Il faut être conscient que le sujet séropositif, qu'il soit atteint ou non du sida, présente une fréquence très élevée d'anomalies diverses au niveau de la cavité buccale. En général, la fréquence de ces anomalies est la même pour les séropositifs que pour les sujets atteints du sida.

En ce qui a trait à la personne complètement édentée, le projet de loi abolit la nécessité de l'examen avant le traitement qui conduit au certificat de santé buccale. Or, nous savons que ce type de patient, une fois à l'aise avec ses prothèses, mettra environ cinq ans avant de consulter à nouveau.

C'est donc dire que pendant toute cette période, le patient ne subira aucun examen des muqueuses et des tissus environnants. Cela s'aggrave si, à la fin de cette période, il consulte un denturologiste et toujours pas le dentiste. Ainsi, durant des années, il sera privé d'un traitement préprothétique souvent indispensable ou d'un diagnostic adéquat.

En effet, il y a beaucoup de séropositifs qui s'ignorent et qui propagent le VIH qui conduit au sida. La présence de ce virus dans notre société doit nous inciter à renforcer nos normes de sécurité et elle doit, à plus forte raison, décourager l'adoption d'une loi dont les conséquences immédiates s'éloignent de la prudence élémentaire.

Pour ce qui est de la personne partiellement édentée, elle consulte le dentiste plus fréquemment que la personne complètement édentée. Toutefois, étant donné l'absence presque totale de collaboration entre le dentiste et le denturologiste, il est peu probable que le patient qui s'est fait fabriquer une prothèse par un denturologiste visite fréquemment le dentiste. Et pourtant, le dentiste verra dans une simple gingivite, qu'un denturologiste peut associer à une irritation due au partiel, une anomalie pouvant lui faire soupçonner autre chose et l'inciter à prescrire à ce patient les tests appropriés.

Nous désirons souligner, et ce sans vouloir dévaloriser le denturologiste, que celui-ci n'a pas la formation nécessaire pour différencier ces anomalies. Le patient se trouve donc, sans le savoir, dans une position précaire.

L'obligation du certificat de santé buccale a été considérée jusqu'à présent comme un vœu pieux. Personne n'en tient compte, y compris les organismes gouvernementaux. Pour que la Loi sur la denturologie soit appliquée, il faudrait, à notre avis, que l'omission de se conformer à la délivrance obligatoire d'un certificat de santé buccale soit pénalisée, par exemple, par la dispense pour le patient de payer sa ou ses prothèses. Même si un geste autoritaire peut créer, chez certains, une insatisfaction, il sera bénéfique à la fois pour le public, le denturologiste et le dentiste.

Le denturologiste possède, par sa formation et son expérience, une connaissance technique, alors que la connaissance du dentiste est davantage scientifique. Dans le présent contexte, il serait souhaitable que les deux en viennent à collaborer afin que le public puisse profiter de leur complémentarité.

L'obligation maintenue, voire renforcée, du

certificat de santé buccale obligera les intéressés à prendre contact et à collaborer pour le mieux être du public.

Les réticences que peut susciter notre approche chez les denturologistes proviennent non pas du fait qu'ils ne reconnaissent pas notre capacité diagnostique, mais de la crainte anticipée de perdre leur client au profit du dentiste qui délivrera le certificat de santé buccale. En toute équité, puisqu'en vertu de notre proposition une obligation est imposée aux denturologistes, il devrait y avoir concordance dans la Loi sur les dentistes de façon à ce que les denturologistes soient rassurés quant à la perte possible de leur clientèle.

Les exclusions dans le projet de loi. Le projet de loi soustrait certains actes à la pratique de la denturologie. Nous considérons cette liste peu exhaustive car, compte tenu de l'importance du diagnostic dans le suivi post-opératoire, nous sommes d'avis que la prothèse immédiate, la prothèse partielle amovible et l'ablation ou le traitement de tissus durs ou mous de la cavité buccale devraient faire partie intégrante de ces exclusions.

(14 h 15)

Nous appuyons les exclusions que ce projet contient, tout en insistant sur les prothèses qui s'ajustent aux implants.

Les problèmes qui surgissent suite à la confection de prothèses qui s'ajustent aux implants, entraînant par le fait même l'échec d'une partie ou de l'ensemble du traitement et, pour le patient, une condition pire qu'avant le début de ce type d'intervention, sont attribuables à une mauvaise planification ou à une mauvaise adaptation des appareils amovibles. Aussi, le protocole opératoire doit-il nécessairement inclure des contrôles qualitatifs rigides à toutes les étapes du traitement.

Trop souvent la prothèse est confectionnée de façon à s'adapter à l'implant, sans plus. C'est d'ailleurs la démonstration que nous avons eue ce matin de la part du cégep. Le résultat de cette mécanique nous donne peut-être des prothèses esthétiques mais, du point de vue fonctionnel et hygiénique, celles-ci s'avèrent déficientes. Pour réussir, on doit procéder à l'inverse, c'est-à-dire concevoir des prothèses qui répondent aux besoins du patient et des implants qui répondent aux besoins de la prothèse.

Pour atteindre cet objectif, il faut d'abord fabriquer une plaque temporaire (template), ce qui permettra de prévoir correctement le design de la prothèse et d'établir avec précision l'emplacement idéal des implants.

Il faut savoir que l'implant - ici, il y a une faute dans le texte - contrairement à la dent naturelle, n'a pas de ligament périodentaire, il n'a donc aucune mobilité et est incapable de faire un mouvement orthodontique. Il est donc fondamental que l'adaptation de la prothèse à l'implant

soit d'une grande précision, sinon ce sera l'échec.

Avant de prendre les empreintes, l'opérateur doit vérifier que les vis des pivots soient bien serrées afin de s'assurer que les piliers soient bien assis. La radiographie périapicale s'avère une aide indispensable.

Donc, avant même de prendre sa première empreinte, le denturologiste ne peut, de par sa formation, effectuer les premiers contrôles qualitatifs ni tous les autres contrôles requis tout au long de la procédure.

La limitation incluse dans le projet de loi protège le public contre ceux qui perçoivent l'implantologie comme une avenue lucrative et préserve l'espoir que celle-ci suscite.

Conclusion. Le patient complètement ou partiellement édenté doit être traité de la même façon que celui qui possède ses dents naturelles, c'est-à-dire que l'on doit respecter le principe de l'examen avant tout traitement. Ce principe est encore plus important aujourd'hui compte tenu de la présence dans notre société du virus de l'immunodéficience humaine. Aucune politique ou loi ne devrait entraver la prévention de la propagation de ce virus ni ignorer que le dentiste est le mieux placé pour dépister ce virus compte tenu des symptômes qu'il présente en bouche. Nous croyons que notre approche concernant l'obligation de l'examen avant le traitement favorisera la collaboration entre dentistes et denturologistes, ce qui ne peut être que bénéfique pour le public. Finalement, nous appuyons le gouvernement dans sa liste d'exclusions, même si nous sommes d'avis qu'il y manque certains actes.

En guise de recommandations, nous recommandons: 1° l'insertion de pénalités dans la loi à l'intention du denturologiste qui omet de se soumettre à l'émission obligatoire du certificat de santé buccale et du dentiste qui utilise ce prétexte pour attirer un client; 2° que l'annexe II, Avis, soit éliminée, notre première recommandation la rendant inutile; 3° que l'on retire le mot "partielle" apparaissant au début de la deuxième ligne du premier paragraphe de l'annexe I, Confirmation d'examen; 4° que le quatrième alinéa de l'article 2 modifiant l'article 8 de la Loi sur la denturologie se lise ainsi: "L'essai, la pose, l'adaptation ou le remplacement de ponts papillons, couronnes et ponts, prothèses immédiates, prothèses partielles amovibles, prothèse hybrides et prothèses qui s'ajustent aux implants"; 5° que l'on ajoute un autre alinéa à l'article 2 modifiant l'article 8 de la Loi sur la denturologie qui se lira ainsi: "L'ablation ou le traitement de tissus durs ou mous de la cavité buccale". En annexe à notre mémoire, vous avez une discussion sur la réglementation qui existe en Colombie-Britannique.

Nous avons un vidéo que nous aimerions faire voir à la commission et qui porte justement sur les prothèses sur implants.

La Présidente (Mme Hovington): Combien de temps; dure votre vidéo, M. Chicoine?

M. Chicoine: Il est, au total, de 30 minutes. Nous avons l'intention de l'arrêter dans la limite de notre temps permis, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Hovington): Parce que vous aviez 20 minutes en tout et pour tout.

M. Chicoine: Oui. Combien de temps ai-je pris?

La Présidente (Mme Hovington): Vous avez pris une dizaine de minutes.

M. Chicoine: D'accord.

La Présidente (Mme Hovington): Il resterait 10 ou 12 minutes peut-être.

M. Chicoine: S'il vous plaît.

La Présidente (Mme Hovington): Est-ce que la technologie est au point?

Une voix: Vous savez, ceux parmi nous qui avons bénéficié de soins et de traitements dentaires afin que nous puissions conserver nos dents, avons tendance à nous moquer des édentés. Cela est très cruel car, dans la majorité des cas, ces personnes souffrent énormément parce que l'édentation est mal vue. Souvent, on pense que la perte des dents est causée par une erreur ou un échec personnel.

Une voix: Ça faisait une vingtaine d'années que je voulais me débarrasser de ce fameux problème. Je donnais des conférences et on entendait claquer mes dentiers. Alors, ce n'était pas très agréable. En plus, quand je mangeais surtout, la nourriture s'en allait dessous et ça faisait mal, ça me blessait à tous moments. Alors, ça faisait longtemps que je voulais me débarrasser de ça.

Une voix: Un genre de difficulté que j'avais avec mes prothèses, c'était surtout une douleur au niveau du palais. J'avais aussi des ulcères constamment et une instabilité quand même des prothèses. Je trouvais que ce n'était pas tellement solide pour la mastication puis, même, ça entraînait certains problèmes au niveau de la digestion.

Une voix: C'est bien entendu que vu que j'ai eu des prothèses en très bas âge, à l'âge de 14 ans suite à un accident, ma gencive s'est affaïssée beaucoup et, avec les années, ça m'a donné de plus en plus de difficultés soit à mastiquer. Les gencives étaient très sensibles aussi. Puis, souvent, lorsque je parlais ou je haussais la voix, ma prothèse sortait même de la

bouche à quelques reprises. Alors, c'était devenu très, très pénible et pour mastiquer et aussi pour parler. Je pense que pour les personnes qui, déjà, portent des prothèses, elles vont comprendre facilement toutes ces difficultés que j'éprouvais.

Une voix: Vous n'êtes pas seul. Des millions de gens souffrent lorsqu'ils perdent leurs dents. L'édentation peut les affecter sévèrement, les transformant en invalides buccaux, incapables de mastiquer, fréquemment avec douleur, socialement désavantagés. Ce problème n'est pas nouveau. Depuis des milliers d'années, les gens tentent de remplacer leurs dents manquantes. Aujourd'hui, environ 50 % de la population adulte québécoise est édentée, soit sur une ou sur les deux mâchoires. Leur solution: les dents artificielles ou prothèses. Le port d'une prothèse dentaire ou dentier est une habileté que l'on acquiert. Certains n'éprouvent aucune difficulté à porter un dentier. Plusieurs, par contre, sont incapables de s'y adapter. Ils rencontrent des ennuis communs aux porteurs de prothèses dentaires.

Ils viennent à manquer de confiance, se sentant mal à l'aise dans des situations sociales, gênés par leur façon de parler ou de rire. Ils peuvent ressentir de la douleur causée par des aliments coincés ou, encore, avoir un mal constant dans la bouche dû à des dentiers qui irritent les tissus. Le porteur de dentier perd en moyenne jusqu'à la moitié de sa capacité masticatoire, comparé aux patients qui ont encore leurs dents naturelles ou des appareils fixes. De plus, avec le temps, les effets négatifs d'un dentier peuvent se multiplier, ceci parce que le problème majeur est la résorption de l'os qui est un phénomène progressif et irréversible.

La résorption signifie le rétrécissement de la mâchoire. C'est un processus naturel qui a lieu lors de la perte des dents et se manifeste généralement plus sévèrement au niveau de la mâchoire inférieure. La vitesse de résorption varie. Or, au fur et à mesure que la crête se résorbe, la structure faciale change, perdant ainsi de sa dimension verticale. La crête de la mâchoire s'aplatit. Souvent, ceci accentuera certaines irrégularités. Le tissu mou devient mobile et le mouvement des attachements musculaires superposant la crête risque de nuire à la stabilité du dentier. À cause de cette résorption continue et des transformations au niveau des tissus mous, les difficultés qu'éprouve le patient édenté ne disparaissent pas. Au contraire, elles tendent à empirer. Cette situation touche tout particulièrement les patients jeunes ou d'âge moyen puisqu'ils peuvent s'attendre à une résorption qui s'étendra sur une plus longue période de temps.

Une voix: Je me suis aperçu, au cours des années, que ma prothèse du bas, entre autres, était très mobile et avait de la difficulté à rester stable. Et puis, étant donné que je fais

beaucoup de sport et je m'adonnais aussi à certaines activités comme le chant et le sport plein air, je trouvais vraiment que c'était encombrant, dérangement. C'est surtout le facteur de la mobilité qui a fait que je me sentais un peu mal à l'aise.

Une voix: Le genre d'instabilité, c'était, en fait, de ne jamais sentir quelque chose de stable, en mangeant surtout parce qu'à un moment donné, soit qu'on mastique d'un côté ou de l'autre, la prothèse se promène un petit peu. C'est surtout ça qui se passait, à ce moment-là. On ne peut pas se fier et dire: Bon, j'ai quelque chose de stable dans la bouche. En fait, c'était la prothèse, soit d'un côté ou de l'autre, qui avait tendance à bouger. Pour croquer, les dents d'en avant, c'était inutile d'y penser. Je ne pouvais pas m'en servir, moi, parce que, aussitôt que j'essayais de manger ou de croquer quelque chose avec mes dents d'en avant, c'était certain que la prothèse basculait un petit peu.

Une voix: Vous n'êtes pas contraints de vivre avec la souffrance. De nos jours, on peut choisir parmi une série d'options de traitement. Par exemple, vous pouvez vous accommoder du problème en remplaçant la prothèse partielle ou complète mal ajustée par des prothèses qui vous conviennent. Cela peut soulager, si les conditions sont favorables. Ou encore, vous pourriez tenter d'améliorer la situation par diverses méthodes chirurgicales. Par exemple, l'alvéoloplastie, une chirurgie mineure, consiste à façonner la crête osseuse de la gencive. Cette intervention, en bureau, vise à réduire le tissu mobile excessif et à aplanir les régions osseuses irritantes de la crête. D'une part, l'alvéoloplastie rend le port de dentiers plus facile. Par contre, son effet sur la stabilité de la prothèse n'est que minime. L'extension de la crête ou vestibuloplastie découvre une plus grande surface de la crête osseuse afin de supporter le dentier. Les muscles superficiels sont ici détachés et repositionnés afin de ne pas nuire à la stabilité des prothèses. Parfois, on jugera bon de greffer la peau afin de couvrir les régions chirurgicales. Ces interventions sont presque inutiles sans une crête osseuse adéquate dans la mâchoire.

Selon le degré de chirurgie nécessaire, l'extension de la crête alvéolaire a lieu soit en cabinet ou à l'hôpital. Dans les cas de résorption avancée, on aura peut-être recours à la reconstruction de la crête alvéolaire avant une vestibuloplastie. On dénomme cette intervention: l'augmentation de la crête alvéolaire. Parfois, elle doit impliquer la greffe de l'os, conjointement avec une chirurgie de la mâchoire. Ces procédures exigent habituellement la vestibuloplastie comme seconde intervention. Il est important de noter que la greffe de l'os entraîne souvent une résorption précoce importante de celle-ci. Dernièrement, des **matériels** en cérami-

que non résorbables ont donné des résultats prometteurs dans l'augmentation alvéolaire. Toutefois, leur mérite à long terme n'est pas encore pleinement documenté.

En dernier lieu, vous pouvez tenter de restaurer une base solide pour soutenir et fixer des prothèses partielles ou complètes ainsi que des prothèses fixes. On peut atteindre ce but au moyen d'implants placés dans ou sur l'os de la mâchoire. Un certain nombre d'implants dentaires sont disponibles, chacun d'eux se caractérise par un succès plus ou moins complet.

Une voix: L'implantologie, en médecine dentaire, n'est pas une nouvelle discipline. À travers les siècles, il y a eu différents types d'implants sur le marché avec des résultats plus ou moins valables pour les patients, à long terme. Ce qui nous a toujours manqué, à date, dans les systèmes d'implants disponibles était justement de pouvoir donner des prévisions de succès au patient en tout temps. Alors, c'est vraiment seulement depuis quelques années, en Amérique du Nord, que l'on bénéficie de cette technique suédoise développée par le Dr Branemark, il y a déjà maintenant 20 ans, qui nous permet d'offrir au patient justement une prévision à long terme.

(14 h 30)

Une voix: Alors, quel plan de traitement choisir? Est-ce qu'il serait suffisant de refaire vos dentiers périodiquement pour qu'ils vous conviennent ou bien la chirurgie sera-t-elle nécessaire pour allonger ou augmenter la mâchoire ou, encore, devriez-vous songer à un implant dentaire? Le concept d'une prothèse intégrée à l'os et aux tissus est traité, en Suède, depuis 1952 sous la direction du professeur Per-Ingvar Branemark; les chercheurs aux universités suédoises de Lund et de Göteborg étudièrent la guérison de l'os et des tissus mous, ainsi que leurs réactions de base mécaniques, chimiques et thermiques.

Une voix: Nos succès cliniques s'étendent sur plus de 20 ans déjà et les dossiers de tous les cas, comprenant des radiographies analysées par ordinateur et provenant de plus d'une centaine d'équipes à travers le monde, soutiennent unanimement des résultats à long terme extrêmement favorables. Cela indique des pronostics prévisibles associés à une démarche sûre, pourvu que celle-ci soit prodiguée par des équipes de spécialistes. Je crois que nous avons ici un bon exemple d'une collaboration interdisciplinaire et internationale liée à une biologie de base qui, après des décennies, puisse enfin procurer du secours dans des situations d'insuffisance qui sont en elles-mêmes plutôt banales car l'édentation n'est pas très tragique jusqu'au moment où cela nous arrive.

Une voix: Pendant qu'ils évaluaient les

effets de la température sur la guérison des plaies, les scientifiques suédois confirmèrent que le traumatisme chirurgical et l'atteinte *sérieuse* à l'os avaient lieu lorsque cet os était exposé à des températures excédant 47°C. Les tours rapides employés aujourd'hui peuvent chauffer l'os au-delà de 90°C, développant des tissus cicatriciels inadéquats et, en réalité, tuant l'os. Cependant, lorsque l'on traite l'os et le tissu mou avec une technique chirurgicale douce, utilisant un tour à basse vitesse et en irriguant la région afin de maintenir la température en dessous de 47°C, l'os et le tissu vivant sont restés intacts. Ce ne fut que la première surprise pour les chercheurs suédois. Ils découvrirent, en effet, qu'avec cette technique chirurgicale douce, couplée à une instrumentation spécialisée, l'os et le tissu vivant formaient un lien stable avec un implant de titane pur. Le professeur Branemark appela cette coopération entre la science et la nature l'ostéointégration. Cette méthode s'est avérée une réussite à long terme. Elle permet des prothèses fixées à l'os chez les patients édentés. Depuis 1965, des milliers de patients en Suède et partout dans le monde ont reçu des prothèses fixes ou ponts ancrés dans l'os et intégrés aux tissus pour remplacer leurs dents. L'équipe de Göteborg prit grand soin de se prévaloir des méthodes scientifiques éprouvées et de fournir une documentation minutieuse.

On publia, en 1981, les résultats d'une recherche *compréhensive* qui dura 15 années, dans le **Journal international de chirurgie buccale**. Quelles étaient leurs conclusions? Parmi les milliers d'implants en place, 81% des implants de la mâchoire supérieure étaient stables; 91% des implants de la mâchoire inférieure étaient stables; 89% des ponts fixés à la mâchoire supérieure et 100% de ceux fixés à la mâchoire inférieure continuaient d'être stables. Notons aussi que le taux de résorption était beaucoup plus bas que la norme chez le patient édenté.

Ces résultats furent vérifiés à maintes reprises dans des centres internationaux. Ils confirment que, dans des conditions requises, un pourcentage élevé d'attachements deviendra ostéointégré, soutenant des ponts pour longtemps. On se doit de souligner que la présence des attachements...

La Présidente (Mme Hovington): Je pense que nous allons arrêter le vidéo.

Une voix: ... ralentit le processus de résorption. Les résultats...

La Présidente (Mme Hovington): Merci

M. **Chicoine:** Mme la Présidente, le vidéo est disponible pour les membres de la commission s'ils veulent le visionner davantage. Je comprends que nous devons travailler à l'intérieur d'une certaine norme et nous nous plions volontiers à

cette norme-là, mais il est disponible pour les membres de la commission s'ils veulent le consulter.

La Présidente (Mme Hovington): Merci. Il reste à peine 15 minutes. Le ministre suggère qu'on peut-être l'écouter vers 19 h 45 ce soir, avant de commencer, à 20 heures, l'audition de l'autre mémoire. Il doit rester de 15 à 20 minutes.

M. Chicoine: Le Dr Gaucher aimerait, par exemple, en reprendre possession... un jour.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Hovington): C'est le voeu que j'avais émis ce matin: que les membres de la commission puissent voir sur modèle ou sur vidéo en quoi consiste l'implant qui fait l'objet du projet de loi 17 qu'on étudie.

M. Chicoine: Et vous avez aussi... Pardon, Mme la Présidente. Vous avez aussi de disponible... Je pense aussi que le Dr Gaucher a une photo qu'il pourra vous commenter et la commission a aussi des modèles à sa disposition, je pense.

La Présidente (Mme Hovington): D'accord. Alors, merci bien. M. le ministre, vous avez des questions.

M. Savoie: Oui, merci, Mme la Présidente. Pour les fins du dossier, l'Association comprend combien de médecins exactement?

M. Chicoine: Je n'ai pas compris votre question, M. le ministre.

M. Savoie: Votre Association des chirurgiens dentistes...

M. Chicoine: Combien de membres?

M. Savoie: Oui.

M. Chicoine: 3000.

M. Savoie: 3000 membres. Est-ce qu'il y a eu une consultation auprès des membres ou du conseil d'administration pour votre présentation aujourd'hui?

M. Chicoine: Ce mémoire-là a été approuvé par le bureau exécutif de l'Association et soumis aussi au conseil d'administration.

M. Savoie: Et c'est fait, ça a été soumis?

M. Chicoine: C'est fait, M. le ministre.

M. Savoie: Soumis au conseil. Et votre

Association... On peut dire qu'au Québec, comme nous l'a expliqué tout à l'heure le Dr Lamarche, ça fait à peu près cinq ans qu'on pratique avec une certaine acuité tout le dossier des implants.

M. Chicoine: Je m'excuse, je comprends très mal votre question.

M. Savoie: Je m'excuse, je vais m'approcher de mon micro.

M. Chicoine: Merci.

M. Savoie: On peut dire qu'effectivement, comme l'a indiqué le Dr Lamarche ce matin, ça fait cinq ans qu'au Québec on voit d'une façon assez constante l'utilisation des implants.

M. Chicoine: En fait, l'Association, même ce n'est pas son rôle en ce qui concerne la qualité des soins en tant que telle, est quand même formée de dentistes praticiens qui ont à coeur les débats de l'heure, et l'implantologie fait partie des débats de l'heure. Pour un, je peux vous dire que j'ai été le premier dentiste canadien à faire, en 1968, des implants lamellaires endo-osseux et à publier là-dessus. Si on me demandait aujourd'hui ce que je ferais, je ne referais jamais cette erreur-là. Alors, il reste qu'on discute de ça comme on discute du mercure dans les amalgames et toutes ces choses-là.

M. Savoie: C'est ça, oui. Dr Gaucher...

M. Gaucher: Oui.

M. Savoie: ...Je crois que vous êtes à l'Université Laval, n'est-ce pas?

M. Gaucher: C'est ça, professeur.

M. Savoie: Dr Lamarche a évalué à 5 % le nombre total de gens qui vont utiliser la pratique des implants au Québec sur le nombre global de ceux qui ont besoin de prothèses. Est-ce que vous êtes d'accord avec cette évaluation-là?

M. Gaucher: Malheureusement, M. le ministre, nous n'avons pas d'étude épidémiologique dans ce sens. Nous avons ici constaté sur le vidéo une donnée de 50 % d'édentés parmi la population. Plusieurs de ces édentés peuvent fonctionner avec des prothèses conventionnelles, comme on le sait bien. Est-ce qu'il ne serait pas justement indiqué d'aller plus loin et de rechercher le nombre exact de patients qui pourraient bénéficier... Je ne peux pas répondre à votre question avec des chiffres à l'appui. Toutefois, on doit, dans nos pratiques, référer bon nombre de patients qui nécessitent naturellement des prothèses sur implants. Si vous me demandez... Ma pratique est un peu biaisée, je vois des patients avec des difficultés majeures. Il est sûr

qu'en pratique générale, chez le dentiste généraliste, lui aussi en voit. À quel pourcentage? Il faudrait peut-être se tourner vers eux.

M. Savoie: Oui. Finalement, il est important pour la commission d'avoir une idée de la pratique... Dans le moyen terme, on pense à cinq ans comme ça et j'ai taxé un petit peu sa patience et son sens scientifique et je vais taxer le vôtre également.

M. Gaucher: Sûrement, oui.

M. Savoie: En revenant avec la question des 5%, la question portait spécifiquement sur les gens qui ont besoin de recourir à des prothèses. L'évaluation du Dr Lamarche était de l'ordre de 5 %.

M. Gaucher: Si vous me demandez un commentaire en ce sens-là...

M. Savoie: Oui.

M. Gaucher:... je pense que je serais prêt à appuyer ce chiffre-là.

M. Savoie: C'est crédible.

M. Gaucher: C'est crédible, sûrement.

M. Savoie: C'est crédible, oui. O. K. Je vous remercie beaucoup, Dr Gaucher.

Dr Chicoine, vous prenez la ligne dure un peu avec les denturos. Non seulement vous arrivez un peu avec la notion de dire: Effectivement, il faut appliquer le certificat de santé buccale, ces éléments-là. Mais, en plus de cela, vous ajoutez des principes comme: En plus de cela, il faut une amende.

M. Chicoine: En fait, si on regarde l'histoire du certificat de santé buccale, il n'a jamais été respecté par personne. On ne se cachera pas... Même la Régie de l'assurance-maladie ne l'observe pas. Ça ne veut pas dire que c'est correct là, mais il en reste aussi que, lorsqu'on regarde la vraie vie, la collaboration entre les dentistes et les denturologistes est encore à l'état embryonnaire après plusieurs années de coexistence. Je pense que c'est dommage. C'est une opinion que je pense qui doit être considérée sérieusement parce que, comme je l'ai dit dans le mémoire et comme nous l'avons écrit, il peut exister une complémentarité. Les denturologistes ont une formation technique poussée. Les dentistes ont une formation scientifique poussée. Si les deux en venaient à collaborer, je pense que la population pourrait être mieux desservie parce qu'il y a là un service qui pourrait être supérieur. Je ne vous dis pas que le service est inférieur, ce n'est pas ça du tout, je veux bien

nuancer. Mais quand deux groupes peuvent s'asseoir et travailler ensemble, je pense que c'est tout à l'avantage... Si on est deux personnes à regarder un problème, ordinairement les solutions viennent plus facilement ou les solutions sont meilleures pour la personne qui est là. Et on regarde le patient quand on pense à ça, d'une part.

D'autre part, quand on regarde le certificat de santé buccale, la vraie raison pour laquelle il n'a pas été mis en pratique par les denturologistes et, après, pour les dentistes, c'est que, d'une part, les denturologistes avaient peur de perdre leurs patients. Alors, comme il n'y a pas eu d'obligation, ça n'a pas été respecté, et ça n'a pas été respecté parce qu'ils avaient peur de perdre leur patient. Alors, si on met une obligation du côté du denturologiste on dit: Il faut en mettre une aussi du côté du dentiste. C'est la ligne dure. Écoutez, je vais vous donner un exemple. Si vous allez à Rio, vous êtes certain que tous les chauffeurs de taxi vont brûler les feux rouges. Ils passent, ce sont tous des Nelson Piquet en herbe. Alors, ils vont passer sur un feu rouge à 60, 70 milles à l'heure. Pourquoi? Parce qu'il y a des amendes mais la police ne se donne pas la peine de donner les amendes. Est-ce qu'on doit enlever les feux rouges pour autant?

Nous, on dit: Non. Au niveau du certificat de santé buccale, il y a un élément essentiel à la qualité des soins, c'est-à-dire: l'examen avant le traitement. C'est une suggestion qu'on fait à la commission. Écoutez, on ne veut pas se substituer au législateur, mais on lui dit: Mettez une obligation. Les gens vont être obligés de se parler. Chez nous, on a un directeur général adjoint à qui un denturologiste a envoyé un cas pour être évalué. Il a évalué le cas, il a fait ses recommandations au niveau d'une prothèse partielle amovible. Et non seulement il a fait ses recommandations mais, au point de vue éthique, il n'a pas voulu voir le patient, il ne l'a pas expliqué au patient, il l'a expliqué au denturologiste et il en est né une collaboration qui a fait que les deux y ont trouvé leur compte et le patient a été bien traité. Alors, nous, on dit: Il y a quelque chose dans une loi qui n'a pas fonctionné depuis 15 ou 20 ans. Il y a là un manque, ça n'a été qu'un voeu pieux et on insiste sur la légitimité de l'examen avant le traitement. Évidemment, on vous parle du virus de l'immunodéficience et on ne veut pas partir des épouvantails à moineaux avec ça et dire: Écoutez, c'est dangereux. Seulement, on ouvre une porte en vous disant: Le contexte, il a changé depuis le début où cette loi-là a été votée. Et on dit au législateur: Tenez-en compte parce que le Québec est la province où il y a le plus de cas à travers le Canada.

M. Savoie: Merci, Dr Chicoine. Dr Gaucher, vous êtes dans l'enseignement, je crois...

M. Gaucher: C'est bien ça.

M. Savoie: ...à l'Université Laval et la recherche au niveau de l'implantologie.

M. Gaucher: Absolument.

M. Savoie: Vous avez certainement eu l'occasion de vous pencher sur le dossier. En ce qui concerne des modifications qui pourraient être apportées, par exemple, au curriculum au niveau du cégep Édouard-Montpetit pour justement permettre aux denturologistes de faire la pose des prothèses sur implants, pensez-vous que l'intérêt du public serait servi si effectivement on pouvait modifier le cours de façon à permettre aux denturologistes de procéder au...
(14 h 45)

M. Gaucher: Voici, en lisant ça, ça m'inquiète quelque peu de savoir que justement on s'apprête à donner une formation au niveau du cégep, la raison étant que si l'on regarde nos collègues suédois, si on tire l'expérience parce que finalement si on parle d'implants ici aujourd'hui c'est bien dû à leurs efforts, la formation d'un dentiste généraliste est d'ordre d'information, de formation générale et aucune formation clinique dans le domaine des implants. En Suède, avec 15 à 20 ans de recul, on a bien démontré qu'il était préférable de laisser ce travail de confection de prothèses à des dentistes avec une expérience clinique démontrée et d'offrir cette formation dans le contexte d'une éducation continue, ceci pour faire appel aux notions de pratique générale que toute personne en pratique va acquérir avec les années, ce qui veut dire qu'on va transposer des notions de prothèse partielle fixe dans le domaine de l'implantologie.

Si vous me demandez: Est-ce que le fait de mettre un curriculum au niveau du cégep est acceptable? Il faudrait peut-être me poser la question: Comment se fait-il que nous n'ayons pas encore incorporé ce curriculum au niveau de la formation d'un généraliste sous-gradué? Précisément parce que le généraliste sous-gradué ou le cégépien n'a pas encore la formation clinique pour accéder à ces traitements. Je ne fais que vous relater une expérience suédoise, en ces termes.

C'est ce qui m'amène aussi à questionner, dans les quelques mémoires que j'ai vus déposés ici, les termes prothèse amovible associée aux implants. La littérature, les textes écrits nous parlent toujours du terme "retrievable prothesis", traduit "recouvrables". Si on regarde le vidéo attentivement, on a parlé de la prothèse fixée sur implants. Que ce soit pour un pont ou pour une prothèse hybride sur barre vous avez des modèles ici qui circulent on comprendra que les implants sont reliés par les éléments fixes métalliques. Le praticien qui se propose de placer ces prothèses-là en bouche doit avoir des notions de prothèses partielles fixes, couronnes et ponts,

doit savoir ce qu'est une soudure, comment sortir les index de soudure de la bouche du patient, doit avoir des notions de vérification et d'adaptation des prothèses et, pour poursuivre, doit avoir des notions de biomécanique. Que je sache, d'après la loi décrite, je ne pense pas que les denturologistes soient habilités à faire la prothèse partielle fixe.

Dans ce contexte-là, ce que je veux vous laisser comme message si c'est possible, c'est que, dans ce domaine de la prothèse sur implants, il nous faut avoir des gens d'expérience dans le domaine de la prothèse partielle fixe. Un dentiste qui nous approche pour nous demander s'il devrait s'intéresser au domaine des prothèses sur implants et qui nous dit qu'il limite sa pratique aux traitements de canaux, aux gencives, ce n'est pas un candidat pour cheminer vers les prothèses sur implants. Ceci est certainement le choix du praticien et on a besoin de bons praticiens dans tous les domaines. Donc, c'est certainement sur l'expérience acquise au cours des années que quelqu'un devrait s'intéresser normalement. Je ne sais pas si ça répond à votre question, M. le ministre.

M. Savoie: Oui, ça répond très bien à ma question. Je vous remercie beaucoup, docteur. Je vais revenir, à la fin, pour deux questions pour clôturer.

La Présidente (Mme Hovington): D'accord. Merci. Mme la députée de Chicoutimi.

Mme Blackburn: Merci, Mme la Présidente. Je vais peut-être commencer là où avaient débuté les questions du ministre. L'impression que nous a laissée ce matin la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal, c'est que, dans le domaine de l'implantologie, on est encore à l'état de recherche ou presque, ce qui m'a étonnée d'ailleurs et c'est la remarque que j'ai faite. Compte tenu de l'avancement des travaux en Suède en particulier - ça fait 20 ans - et que, semble-t-il, on y connaît des succès intéressants, on a l'impression ici qu'il y a plus souvent de problèmes que de succès, sauf si on prend en compte les chiffres que vous nous avez livrés dans votre document.

Dans la pratique, parce que je pense qu'il faut distinguer, c'est de la pratique qui est de recherche dans les universités et de la pratique qui est dans le privé, est-ce que vous feriez une distinction quant au taux de réussite dans la pratique privée, en cabinet, et dans les facultés d'art dentaire?

M. Laverdière: Pour répondre à cette question, disons que le taux de succès, je pense qu'il est important pour le dentiste généraliste comme moi, dans mon bureau, de faire un bon diagnostic du cas. Les dentistes généralistes qui limitent un peu leur pratique aux prothèses, aux

prothèses sur implants et aux ponts fixes, l'importance d'un bon plan de traitement est de bien diagnostiquer le cas et de bien faire une bonne étude avant que le chirurgien puisse poser les implants. À ce moment-là, je pense que c'est important. Justement, le dentiste est habilité, avec l'étude des radiographies de l'état de la bouche, des maladies de la bouche. Pour nous autres, dentistes généralistes, à ce moment-là, on peut bien diriger le patient au chirurgien buccal parce qu'on s'assure un peu d'avance que le cas va réussir parce qu'on élimine... Les cas qui sont un peu douteux à ce moment-là, bien, on préfère ne pas les toucher.

Mme Blackburn: D'accord. Quelle est la nature de la collaboration de vos chirurgiens dentistes qui travaillent en cabinet privé, à leur compte, et non pas évidemment dans les facultés, dans des équipes de recherche, la nature de leur collaboration avec les denturologistes? Est-ce que chaque chirurgien dentiste a son laboratoire? Comment est-ce que ça fonctionne?

M. Laverdière: En général, tes chirurgiens dentistes font affaire avec des techniciens dentaires. Je sais bien que chez nous, on fait affaire avec des techniciens dentaires et un peu de denturologistes aussi. Mais...

Mme Blackburn: Oui. Si vous permettez, et je ne le répéterai pas à chaque fois, je pense que, comme on est en train de traiter particulièrement de la question des implants, lorsque vous faites une chirurgie, que vous posez des implants, avec quelle équipe travaillez-vous? On m'a dit que vous aviez 1200 chirurgiens dentistes au Québec?

M. Chicoine: Non, non, 3300. Il y a 3300 dentistes environ au Québec, mais l'Ordre pourra répondre à ça.

Mme Blackburn: 3300. Alors, 3300, c'est beaucoup. Ils travaillent, de façon générale, presque exclusivement avec des laboratoires ou avec des denturologistes. Quel pourcentage de ces 3300 font effectivement des implants dentaires?

M. Laverdière: Là, il faut faire attention. Il y a les chirurgiens buccaux qui font la partie chirurgicale. Moi, en tant que dentiste généraliste, je fais la partie prothétique, la prothèse fixe qui va s'adapter sur les implants. Ce que je voulais dire tout à l'heure, c'est que moi, en tant que dentiste généraliste, pour la partie technique, je fais affaire avec un laboratoire certifié. Et, même au niveau des laboratoires, si on se réfère justement, comme vous dites, à l'implantologie, les techniciens qui ont une formation de technicien dentaire ont reçu une formation spéciale pour la partie technique

seulement en général. Les laboratoires dentaires avec qui on fait affaire sont accrédités en général et ce sont des techniciens qui ont suivi un cours spécial.

Mme Blackburn: Quel est le pourcentage? C'est peut-être le Dr Chicoine qui pourrait me le dire. Je pensais que vous étiez aussi chirurgien dentiste, étant donné que vous étiez avec l'Association des chirurgiens dentistes.

M. Chicoine: Il est chirurgien dentiste, mais pas chez nous.

Mme Blackburn: Non, Dr Laverdière.

M. Chicoine: Oui, oui. Le Dr Laverdière est un chirurgien dentiste, mais non pas un chirurgien buccal.

Mme Blackburn: Buccal. D'accord. Alors, quel est le nombre de chirurgiens - il faudrait peut-être le demander aux chirurgiens buccaux si on les rencontre - leur collaboration avec les denturologistes?

M. Chicoine: Mais, madame, je n'ai pas de données précises là-dessus.

Mme Blackburn: D'accord. Vous avancez une hypothèse que je trouvais intéressante, dans le fond, en disant: Obligeons les denturologistes à travailler sur présentation d'un certificat. Je pense que l'idée n'est peut-être pas à rejeter comme ça, pour autant qu'on ait une espèce de contrepartie, c'est-à-dire qu'on refuse aux dentistes de faire, de fabriquer des prothèses. Vous savez, c'est toujours le problème... Bon, vous dites que les denturologistes craignent de perdre une clientèle, ce qui est certainement vrai, on l'a dit ce matin, c'est un débat économique. Mais, par ailleurs, on me dit que le fait qu'on n'ait pas émis de certificat, c'étaient à la fois des dentistes qui refusaient d'en donner, peut-être pas tous mais quelques-uns refusaient d'en donner. Ils disaient: Si tu ne veux pas le faire faire chez nous, va voir un autre dentiste. Il t'en donnera peut-être un, mais moi, je ne te recommande pas d'aller chez le denturologiste. Et, à l'inverse, le denturologiste les prenait.

Je me dis que, si on veut vraiment être équitable pour tous mais s'assurer que le dentiste ne tire pas d'avantages indus par la pose de prothèses, pourquoi est-ce qu'on dirait: Oui, obligation pour les certificats, cependant, on limite les champs de pratique? Le dentiste et toute la gamme de formation reliée aux soins dentaires, ça fait du soin. Et lorsqu'il s'agit de fabrication d'appareils, de pose: denturologiste contrôle dentiste. Moi, je me disais: On pourrait peut-être travailler avec une hypothèse comme ça..

M. Chicoine: C'est une hypothèse?

Mme Blackburn: Est-ce qu'elle est intéressante pour vous?

M. Chicoine: Écoutez, il faudrait s'entendre sur la sémantique parce que j'ai l'impression qu'on emploie les mêmes mots pour ne pas dire tout à fait les mêmes choses.

Mme Blackburn: Allez-y.

M. Chicoine: Quand vous dites qu'on refuse aux dentistes de fabriquer des prothèses, j'aimerais savoir ce que vous voulez dire. Si vous voulez dire qu'on refuse aux dentistes le droit de mettre des prothèses dans la bouche, on va changer tout le curriculum, on va demander à ceux qui sont spécialistes de faire autre chose et on vient...

Mme Blackburn: Parlons de la fabrication. Fabrication.

M. Chicoine: Les dentistes ne fabriquent pas en tant que tels les prothèses. Les dentistes font appel à des techniciens, comme les denturologistes.

Mme Blackburn: Ce n'est pas ce qu'on nous a dit ce matin.

M. Chicoine: Oui, oui, mais c'est ça, madame. Pardon, Mme la Présidente. Je pense qu'il y a un point ici qui mérite d'être éclairci parce qu'on n'est pas loin de parler de la même chose, mais on le définit autrement. Je ne peux pas en vouloir aux membres de la commission de dire, d'arriver dans un jargon de dentiste et de s'exprimer là-dessus. Au contraire, je pense que les membres sont là pour pouvoir trancher et en savoir le plus possible. Mais quand on parle de fabrication de prothèses en tant que telle, le mot "fabriquer", le dentiste ne les fabrique pas et il y a beaucoup de denturologistes qui font affaire avec des techniciens dentaires comme des dentistes le font, comme il y a des denturologistes qui le font eux autres mêmes. Ça, c'est un choix à l'intérieur de leur pratique, de leur organisation.

Mais comme le dentiste ne fait pas que des prothèses, alors pour sauver du temps, il se confie à un laboratoire comme le denturologiste peut le faire. Maintenant, j'aimerais que vous puissiez revenir, à partir de cet éclaircissement-là, je ne sais pas si ça vous a aidée ou si ça peut aider dans notre discussion mutuelle, Mme la Présidente, mais j'aimerais qu'on revienne et que vous développiez votre idée, parce que l'idée qui a été émise de collaboration, elle peut paraître dure d'approche. Évidemment, pour celui qui la propose, pour l'organisation qui la propose, elle ne paraît pas dure parce qu'elle dit:

Cherchons un moyen de collaborer. Il y a là un exemple. Il va falloir qu'on en vienne à collaborer parce que ce sont des gens qui se font traiter et, il va falloir qu'on trouve un moyen. Le certificat de santé buccale est l'occasion de dire aux gens: On est x milliers, il faut qu'on se parle. Tant et aussi longtemps qu'il existera un fossé, qu'on aura des positions diamétralement opposées, on n'avancera pas, le public n'avancera pas et vous non plus vous n'avancerez pas en tant que gouvernement dans la législation parce que vous allez tout simplement canter les positions. Il est évident que c'est plus difficile dans le cas des dentistes et des denturologistes parce qu'ils occupent tous les deux un même champ au niveau de la prothèse.

Mme Blackburn: Est-ce qu'on pourrait envisager - je reviens toujours aux implants et à toute la chirurgie et traitement qui entourent l'installation et ensuite l'installation de prothèses - le même type de contrat que les orthodontistes ont généralement avec leurs clients? Ils évaluent la bouche et ils vont vous dire, ils vont dire aux parents: Ça va vous coûter entre 2000 \$ et 3000 \$; ça va prendre à peu près tant de mois. Et le dentiste ou l'orthodontiste prend le risque: si ça dure plus longtemps, il aura fait un peu moins de sous; si ça prend moins longtemps, il en aura fait un peu plus. Mais tout le monde connaît le risque et on sait qu'en orthodontie, les examens sont périodiques, les contrôles ne font rien d'autre que s'assurer que les appareils fonctionnent bien et remplissent bien les fonctions pour lesquelles on les a installés. Pour tous les autres traitements dentaires, les patients vont chez le dentiste.

Est-ce qu'on pourrait penser le même type de pratique entre l'orthodontiste et le denturologiste, lorsqu'il s'agit de la fabrication? Moi, je prétendais... et j'ai encore de la difficulté à voir que j'ai tort, vous pourriez peut-être m'en convaincre, je ne demande pas mieux que de m'enrichir à la lumière de cette commission. Mais est-ce qu'on ne peut pas penser que... un moment donné, le chirurgien buccal décide que la bouche est prête à recevoir les appareils, fixes ou semi-fixes. On nous a montré ce qu'était la différence. Que l'essentiel et l'important, une fois les appareils installés, c'est le suivi, des contrôles périodiques. Aux trois mois ou aux six mois, est-ce que je sais? Je ne connais pas très bien la pratique. Mais est-ce que finalement, le fond de la question... Il y a certainement un moment où le spécialiste décide que c'est prêt. Du moment où c'est prêt, que le spécialiste pour la fabrication le fasse et qu'il y ait des contrôles, il me semble que ce serait un type de collaboration qui serait heureuse pour tout le monde.

(15 heures)

Seconde question... mon collègue de Laviolette veut poser une question. Là, on parle de 5 % des personnes qui auraient besoin d'implants.

Ce que j'ai compris, ce matin...

M. Savoie: De prothèses.

Mme Blackburn: D'implants.

M. Savoie: De prothèses.

Mme Blackburn: De prothèses, de façon générale?

M. Savoie: De prothèses. Toutes les prothèses.

Mme Blackburn: 5 %?

M. Savoie: 5 %, sur implants.

Mme Blackburn: Sur implants.

M. Savoie: Sur implants. C'est-à-dire que si 100 % ont besoin de prothèses, seulement 5 % vont avoir recours à des implants.

Mme Blackburn:... pour cent en auraient besoin sur implants. Sauf qu'il n'y en a pas 5 % qui pourraient s'en prévaloir, en raison des coûts.

M. Savoie: 5 % vont s'en prévaloir. Ce n'est pas, peut-être, 7 %, parce que, effectivement, il y a un facteur coût.

Mme Blackburn: C'est ça. Ce qu'il faudrait savoir, c'est: Combien y en a-t-il qui en auraient besoin et combien sont en mesure de se les payer? Vous allez me dire que c'est une question de priorité. Est-ce qu'on envoie l'enfant à l'université ou bien si... Bon! Mais au-delà de ça, la question, c'est: Est-ce qu'il n'en coûtera pas un peu moins cher si on avait cette pratique où le spécialiste en chirurgie fait ce pour quoi il est formé... Et là, je me dis que tous les actes qui ont un caractère chirurgical, ça m'apparaît évident que les denturologistes n'ont pas à faire ça il faut qu'on soit clair là-dessus. Je pense qu'ici ça a été clair. Sauf que lorsqu'il s'agit de la fabrication, c'est très mécanique, ça, et de l'adaptation, il me semble que ça aussi, c'est mécanique, les contrôles de chirurgiens... Est-ce qu'il y a moyen de penser à un partage des responsabilités qui irait dans ce sens-là?

M. Gaucher: Permettez, madame. Est-ce que c'est possible de répondre à votre question? Dans ce sens que voici: Vous me parlez du chirurgien qui est prêt à débiter les traitements. Si je vous disais que le chirurgien pose l'acte, le choix de placer l'implant, le site de l'implant selon la prescription de la personne qui va fabriquer la prothèse... Alors, lorsque vous dites: On va reléguer la prothèse au geste mécanique. Celui qui va confectionner la prothèse doit envisager

le placement final de sa prothèse en bouche et dicter, si vous voulez, prescrire, demander au chirurgien, autant que possible, avec toutes les variables anatomiques, de placer les implants à des endroits bien prescrits. Alors, pour rejoindre votre question: Est-ce qu'on peut demander à quelqu'un de faire de la technique sans s'impliquer dans le diagnostic et la planification? Je regrette, il n'y a aucun texte, dans le domaine de l'implantologie, qui suggère cette approche. On parle toujours d'approche multidisciplinaire, à partir des radiographies et modèles d'étude, jusqu'au suivi du patient. Le choix du nombre d'implants, le placement est en fonction des forces, de la mastication chez le patient, de l'occlusion chez le patient. Alors, ce sont des données... Donc, si vous demandez: Est-ce qu'on peut reléguer la fabrication technique? La technique, elle est déjà passée chez le technicien dentaire. C'est le technicien dentaire qui va couler la pièce, qui va monter les dents et va faire ce qu'on appelle la technique. Est-ce que ça répond à votre question sur la possibilité de n'octroyer, si vous voulez, aucun regard du placement d'implants, ce qui veut dire donner carte blanche au chirurgien de placer les implants en bouche sans avoir aucune idée du produit final? Le produit final, c'est le prothodonte, c'est le généraliste qui fait la prothèse, qui en est responsable, en fin de course. Le patient qui a des difficultés de phonétique, d'esthétique, ce n'est pas le chirurgien buccal qui y fait face, c'est bien la personne qui fabrique les prothèses.

Mme Blackburn: Mais actuellement, vous collaborez, me disait-on tantôt, M. le Dr Laverdière, avec les denturologistes. Ça doit vous poser des problèmes énormes.

M. Gaucher: Non. Je pense que vous avez mal saisi la réponse du Dr Laverdière. Je lui laisse le soin, peut-être, de vous expliquer à nouveau.

M. Laverdière: Ce que je voulais dire tantôt, parce que je vois le sens de votre question, la collaboration en tant que dentiste généraliste, elle se fait, pour la partie technique, avec les techniciens dentaires qui ont une formation spéciale pour faire la coulée de ces pièces-là. Mais tout le reste de l'ouvrage, en tant que dentiste ou chirurgien dentiste, ça se trouve être moi qui la fais au complet, de a à z.

La Présidente (Mme Hovington): Il y avait le député de Verdun qui avait posé une question.

M. Gauthrin: Mme la Présidente, j'aurais une espèce de question à vous poser pour savoir, si je comprends, à peu près où les gens interviennent dans le processus des prothèses sur implants.

Initialement, il va y avoir un chirurgien buccal qui, lui, va installer des piliers. C'est clair, ça, il n'y a personne qui conteste ça. Après, on vérifie s'il y a eu l'ostéointégration, c'est-à-dire la cimentation dans la mâchoire du pilier. Ça, c'est encore un chirurgien dentiste ou un chirurgien buccal qui vérifie ça. Deuxième élément, sur ce petit pilier, on est en train de voir à mettre une prothèse amovible. Là, on est en train de discuter: Est-ce que ce sont les chirurgiens dentistes ou les denturologistes qui peuvent mettre, installer la prothèse? Ma question vient. Une fois que ça est fait, que la prothèse est installée, n'importe comment, en troisième lieu, doit encore intervenir le chirurgien dentiste pour bien vérifier que le fait qu'il y a une prothèse ne va pas mettre en danger l'ostéointégration, dû à des efforts sur les piliers on ne va pas, comme l'a expliqué ce matin le Dr Lamarche, de l'Université de Montréal, recréer une certaine infection des tissus ou des muqueuses.

Donc, est-ce qu'il est clair que le chirurgien dentiste doit n'importe comment intervenir au début et à la fin et on est en train de discuter tout simplement pour le milieu? Est-ce que c'est ça?

M. Chicoine: En fait, c'est même plus que ça.

M. Gauthrin: Excusez.

M. Chicoine: Parce que dans votre... Premièrement, lorsque vous avez dit que le chirurgien buccal installait les piliers, il doit installer les piliers sur recommandation de celui qui va faire la prothèse. C'est ça qui n'a pas été bien clair, ce matin. C'est qu'avant de faire la prothèse, celui qui doit faire la prothèse doit décider à quel endroit seront les piliers. Donc, c'est très important et ça, c'est décidé par rapport à l'examen qui est fait de l'os, de la structure osseuse, des dimensions, de l'état général du patient. À partir de là, il va indiquer au chirurgien buccal où il doit mettre les piliers. Les piliers en place, tout le reste du processus que vous avez décrit - là, je m'avance pour quelqu'un qui n'est pas en pratique, mais je pourrais être corrigé par mes deux collègues - vous avez raison dans ce que vous avez dit. Est-ce que je suis exact, Dr Gaucher?

M. Gauthrin: Je peux me permettre d'aller une étape un peu plus loin. À ce moment-là, c'est celui qui installe la prothèse qui dit l'endroit où seront les piliers, que vous, vous en concluez que celui qui doit installer la prothèse doit être un chirurgien dentiste.

M. Gaucher: Écoutez, c'est une question de responsabilité dans tout ça.

M. Gauthrin: J'ai l'impression, oui.

M. Gaucher: Bien oui, moi aussi, j'ai l'impression qu'il faut vraiment lier les gens aux actes posés en bouche, si vous me permettez de souligner le point.

M. Gauthrin: D'accord, je comprends. O. K, merci.

M. Chicoine: C'est la raison pour laquelle, dans notre mémoire, on dit que les implants doivent s'adapter à la prothèse et non la prothèse aux implants. Ce matin, j'ai assisté à un bout de la commission où on parlait que l'implant était rigide. C'est à la fois sa force et sa faiblesse. C'est vrai qu'il est rigide dans l'os. Mais à cause de cette rigidité-là - je pense que c'est Mme la Présidente qui a donné l'exemple de la tour Eiffel, qu'il fallait qu'il y ait un certain mouvement - toute pression latérale, si la prothèse n'est pas ajustée d'une façon parfaite, à 100 %, vous allez avoir un échec, d'où l'importance que celui qui va faire la prothèse puisse dire au chirurgien buccal où il doit mettre ses piliers pour que lui puisse fabriquer la prothèse en fonction de toutes les normes que ça demande. Et ça va beaucoup plus loin. Ça va beaucoup plus loin. À chacune des étapes de la confection, à partir d'avant de commencer à aller à toutes les étapes du travail, il doit y avoir des visites de contrôle avec radiographies. Alors moi, je vois mal, puisqu'on parle d'un patient, on parle du public, quelqu'un qui s'en va au coin de Jean-Talon et Pie IX et, après ça, qui doit descendre à Côte-des-Neiges pour faire revérifier et se promener ainsi durant un traitement au niveau des prothèses sur implants. Je comprends les gens qui disent que c'est un droit acquis, mais c'est un droit acquis en vertu de quoi? C'est la position des denturologistes et je ne leur en veux pas du tout de défendre leur point de vue, c'est normal qu'ils le fassent. Mais quand ils me disent que c'est un droit acquis, c'est un droit acquis du patient d'avoir le meilleur traitement et le vrai traitement et c'est la position que l'on défend.

La Présidente (Mme Hovington): Merci, Dr Chicoine. Alors, c'est le temps... 30 petites secondes, rapidement. Docteur...

M. Jolivet: On va essayer en 30 secondes de résumer nos pensées.

La Présidente (Mme Hovington): Non pas docteur, mais député de Lavolette.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chicoine: Mais il a assisté à tellement de commissions parlementaires sur les dentistes qu'on pourrait lui donner un doctorat honorifi-

que. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Jolivet: La seule question que j'aurais à poser, Mme la Présidente, serait... Là, ce qu'on est en train de dire, c'est que... Par ce qui est proposé dans le projet de loi, vous dites: C'est le rejet du principe de l'examen avant le traitement. Ma question est celle qu'on posait, à l'époque, entre les **optométristes** et les autres personnes qui sont les techniciens au niveau de la fabrication des lunettes, qui sont des opticiens d'ordonnances. On disait: Pour faire tel geste, il va falloir que tu ailles voir tel autre. Et, finalement qu'est-ce qu'il arrive pour le moment dans la décision qu'on a à prendre comme législateur? C'est quand je vais voir une personne qui est le médecin, il refuse de lui donner le certificat qui lui permet d'aller faire ses lunettes ailleurs. Aujourd'hui, on est pris avec des gens qui, dans le fond... Ils sont pris un peu. Le client qui est nous autres... Là, j'ai appris après 33 ans que j'aurais dû voir un dentiste ça fait longtemps. Mais, en tout cas, ça fait 33 ans que j'ai des partiels en haut et en bas, je disais ça ce matin. On apprend des choses aujourd'hui, mais je me pose une question: Comment l'individu qui a fait un choix, qui l'a fait comme tel, se sent obligé, dans le contexte que vous présentez, d'en arriver à dire: Désormais, dans la fond... C'est ce qu'on croit comprendre. Quand on parle d'un point de vue économique, c'est ça que je crois comprendre. C'est que le denturologiste, pour les implants, là, pensez-y plus. D'après nous autres, ce n'est pas vous autres qui allez faire ça. Et comme on sait que les implants c'est l'avenir, il y a une discussion importante qui se fait entre les deux groupes actuellement qui sont les dentistes, à quelque niveau que ce soit, chirurgiens buccaux et les denturologistes, d'autre part. Mais si on dit: Vous allez dire à votre client: Ça te prend un certificat venant d'un médecin dentiste. Qu'est-ce qu'il va arriver? Le gars va le garder chez lui et, finalement, il va lui faire sa prothèse. Il va lui expliquer ce qui en est. Est-ce que les coûts économiques pour l'individu qui va avoir à choisir sur les implants, ça ne sera pas une différence entre 3000 \$, 5000 \$? Je ne le sais pas moi. Est-ce que moi, je n'ai pas le choix, comme individu, de choisir en connaissance de cause, à savoir si je prends l'un plus que l'autre, les conditions dans lesquelles je prendrai ma décision entre la possibilité d'en avoir un jour ou l'impossibilité de l'avoir? Alors, c'est la question qui est posée. C'est: Est-ce que, par le certificat qu'on demande, l'examen initial avant traitement, à ce moment-là, finalement, on va arriver à faire en sorte qu'on fasse disparaître les denturologistes?

M. Chicoine: Je ne pense pas. L'opposition qu'on a...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chicoine: ...peut-être que ce n'est pas partagé et c'est normal. Vous voyez que la collaboration n'est pas encore née.

M. Jolivet: Acquiesce.

M. Chicoine: Ha, ha, ha! Mais tant et aussi longtemps qu'on n'aura pas quelque chose qui va obliger le denturologiste à cette chose-là et, de l'autre côté, le dentiste à retourner le patient au denturologiste, on n'aura pas la collaboration souhaitée. Dans notre mémoire, notre position, c'est de dire qu'il y ait des obligations aux deux niveaux. Qu'il n'y ait pas une obligation seulement chez le denturologiste. De la façon dont les textes seront faits, je pense que vous êtes qualifiés pour le faire. Et nous, on les discutera. Mais il en reste que si on n'implante pas cette collaboration, si on n'implante pas des mesures, bien, ça va faire des gens qui vont se positionner dans des espèces de chasses gardées et qui ne voudront pas se parler et, dans 10, 15 ou 20 ans, il y aura peut-être une nouvelle technique et on va rediscuter des mêmes choses ici. L'histoire se répète. Elle n'est pas nouvelle. Une fois qu'on en a fait l'expérience, tirons-en les conclusions. C'est parfois difficile d'être obligé de dire. On va mettre des obligations. Parce qu'aujourd'hui, il y a tellement de lois et de règlements qu'on cherche à faire autre chose. Mais il y a des endroits où ça aurait dû être fait à ce moment-là. Cette loi-là, au tout début, elle n'a pas été claire. Elle n'est pas plus claire aujourd'hui. À notre sens, elle ne favorise pas la collaboration entre les deux groupes et, à notre sens, ce n'est pas une question monétaire. C'est trop facile de devenir démagogique sur la question monétaire. Il y a une question de principe de base, c'est la santé des gens. C'est une chose avec laquelle on ne peut pas jouer.

La Présidente (Mme Hovington): Merci. Ça va. Alors, il me reste à remercier l'Association des chirurgiens dentistes du Québec d'être venue éclairer les membres de cette commission. Merci du vidéo.

Une voix: Merci.

La Présidente (Mme Hovington): Merci. Nous allons suspendre une minute pour laisser le temps à l'Association des denturologistes de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

(Suspension de la séance à 15 h 15)

(Reprise à 15 h 26)

La Présidente (Mme Hovington): Un petit peu d'ordre! Je demanderais aux parlementaires,

membres de la commission de bien vouloir prendre place autour de la table. Nous avons l'Association de denturologistes qui est avec nous, représentée par... Voulez-vous vous présenter à tour de rôle, pour fins de transcription des débats et pour les parlementaires?

Association des denturologistes

M. Perreault (Robert): À mon extrême gauche, le président de l'Association des denturologistes du Canada, M. Brian Monk; M. Jean-Marc Aubry, vice-président de l'Association et responsable du comité de certificat en santé buccale au niveau de l'Association; M. Yvon Émond, directeur des communications et consultant; M. Michel Gamache, membre du comité d'experts sur les implants; Me Serge Kronstrom, aviseur légal et M. Marc Seghatol, du comité d'experts sur les implants pour l'Association.

La Présidente (Mme Hovington): Et vous êtes M. Perreault?

M. Perreault: Robert Perreault.

La Présidente (Mme Hovington): Le président. C'est vous qui allez être le porte-parole pour présenter votre mémoire.

M. Perreault: C'est ça, Mme la Présidente, à l'exception, lorsqu'il y aura des questions pertinentes dans chacune des spécialités, je vais référer les questions aux gens compétents.

La Présidente (Mme Hovington): D'accord. Allez-y, on vous écoute.

M. Perreault: Mme la Présidente, M. le ministre, Mmes et MM. les députés, M. le président de l'Office des professions, Mesdames et Messieurs, les denturologistes ici présents, qui sont venus ici par amour de leur profession. Dans un premier temps, j'aimerais remercier le gouvernement d'avoir accepté nos revendications et commandé cette commission parlementaire pour étudier le projet de loi 17, amendant la Loi sur la denturologie.

Mme la Présidente, l'exigence du certificat de santé buccale qui nous avait été imposé en 1973, pour une période temporaire, afin de permettre aux denturologistes de parfaire leurs connaissances en anatomie et en pathologie n'a jamais été applicable et ni appliquée. Aujourd'hui, 17 ans plus tard, je peux vous affirmer, sans l'ombre d'un doute, que cette exigence s'est avérée inutile. Le denturologiste n'a pas tardé à parfaire son éducation.

Les succès obtenus au cours de cette période sont probants et démontrent bien le savoir-faire et le professionnalisme de nos membres. Le denturologiste sait faire et il est compétent.

De par sa formation et la qualité de l'enseignement que lui prodigue le Collège Édouard-Montpetit, il peut pratiquer les actes pour lesquels il est formé, et cela, il le fait sans la supervision du dentiste.

C'est avec un grand plaisir que je vous souligne que la denturologie au Québec sert de modèle sur le plan mondial. Ceci est tout à l'honneur des denturologistes du Québec, de notre collège, de notre système d'enseignement et aussi, surtout, à l'honneur du législateur qui nous a fait confiance.

D'une durée de trois ans, le cours spécialisé en denturologie comprend, entre autres, 435 heures concentrées sur le plan anatomique et pathologique. Au domaine de la prothèse, il serait intéressant de noter que notre école y consacre plus de 1200 heures tandis que les dentistes ne reçoivent que 300 heures à ce chapitre.

J'aimerais également informer la commission que depuis notre reconnaissance par le législateur, nos professionnels de la denturologie n'ont jamais cessé de parfaire leurs connaissances. Plusieurs cours d'appoint, des conférences, des symposiums, des cliniques de perfectionnement ont été mises à la disposition des denturologistes et ils ont su profiter de ces occasions pour augmenter leur compétence et s'adapter aux nouvelles technologies.

Le denturologiste ne pose pas de diagnostic. Par contre, il est habilité à examiner, à évaluer les besoins fonctionnels et esthétiques, à établir un plan de traitement, à déceler les différentes pathologies dentaires, à identifier les cas requérant des traitements et le public, à cet égard, est bien protégé. Au surplus, le denturologiste réfère le patient à un professionnel de la santé lorsque cela s'avère nécessaire.

De plus, il s'est avéré compétent à poser de façon autonome des actes visant à prendre les empreintes et des articulés, à poser, adapter, remplacer, fabriquer et vendre des prothèses amovibles complètes, partielles, hybrides ou sur implants qui remplacent la dentition naturelle.

Le certificat de santé buccale, le CSB, comme nous l'appelons, n'a jamais été applicable en raison de la non-collaboration du dentiste, en raison du refus des patients de se conformer à cette démarche ardue et coûteuse pour eux et aussi en raison du denturologiste craignant avec raison que le dentiste ne retournerait pas le patient sans l'avoir sollicité au préalable, comme le disait tout à l'heure le Dr Chicoine. Au sujet du CSB, du certificat de santé buccale, lui-même, le Dr Claude Chicoine, avec une ouverture d'esprit lors des audiences de 1972, dans le **Journal des débats**, à la page 3355, disait textuellement: "**J**e n'ai pas d'objection à ce qu'on entraîne des gens à faire des prothèses mais que l'on donne des cours adéquatement, qu'on les forme adéquatement! Ce n'est pas une porte fermée que je vous apporte. Je vous dis: On ouvre la porte seulement, il faut que ces gens

soient bien formés". Mme la Présidente, il y a longtemps que nous avons rencontré cette exigence. Ceci dit, jamais nous n'aurions cru qu'après 17 ans de performance, l'Office des professions tenterait de remplacer le certificat de santé buccale par des formules. Ces formules briment le patient dans son libre choix du professionnel avec qui il veut transiger en matière de prothèses dentaires.

Quant à ces formules proposées en annexe du projet de loi, elles nous apparaissent dévalorisantes et discriminatoires pour les denturologistes. Ces formules sont une provocation et une insulte à l'endroit d'une profession et elles constituent la négation même du professionnalisme. 800 denturologistes du Québec nous confirment par écrit et considèrent inacceptable par leur statut professionnel et leur formation de faire signer une telle formule les dévalorisant. Le rapport Rochon de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux mentionne que les denturologistes sont représentés dans toutes les régions du Québec. Les dentistes ne peuvent en dire autant, et cela, même s'ils sont au-delà de 3000. Raison de plus, dans ce cas, que le système de formule devient complètement inopérant et inapplicable dans ces régions.

Mme la Présidente, je n'ai pas repris tous les arguments concernant le certificat de santé buccale contenus dans le mémoire de l'Association. Je vous invite à en prendre connaissance. Je m'excuse, au niveau de la présidence, c'est M. le Président.

Le Président (M. Gobé): C'est exact, M. Perreault.

M. Perreault: Quant à la suppression du droit aux denturologistes d'ajuster et de poser des prothèses hybrides et sur implants, je dois avouer que cela nous étonne grandement puisque le comité tripartite formé par l'Office des professions du Québec n'a jamais étudié la prothèse sur implants et il ne cite aucune recommandation à ce sujet. D'autant plus que depuis cinq ans, certains denturologistes s'adonnent avec brio à cette pratique et ont développé une expertise à cet effet. La santé publique n'a jamais été mise en cause, bien au contraire. Des personnes ici présentes pourront en témoigner si vous le désirez. Le denturologiste n'a jamais posé d'implants, ne pose pas d'implants et ne veut pas poser d'implants. Il travaille en étroite collaboration avec le chirurgien buccal ou le prosthodontiste qui, lui, voit à l'aspect médical et pathologique de ce processus. Le denturologiste prend les empreintes, confectionne, pose et ajuste la prothèse après que le chirurgien a posé les implants, s'est assuré que la bouche est saine et est prête à recevoir une prothèse.

Le denturologiste et le dentiste qui se spécialiseront dans ce domaine devront suivre des

cours d'appoint et devront favoriser le travail en équipe interprofessionnelle, un idéal que l'Association préconise et aimerait bien voir se réaliser sur tous les plans dans les relations entre dentistes et denturologistes. Les connaissances de base sont les mêmes que pour les prothèses conventionnelles. Même si tous les denturologistes du Québec ne s'adonneront pas tous à cette nouvelle technologie, pas plus que les dentistes d'ailleurs, la très grande majorité des denturologistes a les aptitudes pour s'engager dans ce domaine en suivant des cours d'appoint. Ces cours sont présentement offerts et donnés par le Collège Édouard-Montpetit à ceux et celles qui veulent approfondir leurs connaissances dans cette nouvelle technologie. Soulignons qu'un dentiste généraliste qui voudrait le faire devrait lui aussi suivre des cours d'appoint dans toutes les étapes de cette nouvelle technologie d'implant.

M. le Président, depuis 17 ans d'existence, 70 % des 2 000 000 de personnes édentées au Québec ont choisi le denturologiste pour fabriquer leurs prothèses dentaires. Nous avons mis en bouche depuis 17 ans plus de 4 500 000 de prothèses sans atteinte à la santé publique. À raison de 50 \$ du certificat de santé buccale, vous comprendrez pourquoi le public s'est refusé à cette exigence. Les risques à la santé sont tellement négligeables et les dommages causés inexistant, les assureurs responsabilité des denturologistes qui exigeaient 122 \$ annuellement pour une couverture de 250 000 \$ en 1975, exigent maintenant 55 \$ pour une couverture de 1 000 000 \$. Qui dit mieux chez les professionnels de la santé?

En 1985, l'ex-président de l'Office, Me René Dusseault, établissait qu'en plus des aspects de la santé et de la formation adéquate des professionnels, la protection du public comprenait également l'accessibilité financière et la facilité d'accéder aux services. Les prix facturés sont 40 % inférieurs à ceux facturés par le dentiste pour les prothèses sur implants. Cette situation est compréhensible puisqu'il y a un intermédiaire. Les dentistes ne fabriquant pas de prothèses dentaires, ils prennent l'empreinte et font fabriquer l'infrastructure, la barre, la "double-bar", comme on mentionnait tout à l'heure, par les laboratoires dentaires, et les prothèses par le denturologiste ou le laboratoire. Le denturologiste, dans son cas, prend l'empreinte, pose et ajuste la prothèse lui-même. Le patient a donc avantage à ce fait. Le patient n'est pas vraiment conscient de sa démarche avec le dentiste. Il paie plus, croyant que c'est lui qui fabrique lui-même la prothèse. Non, M. le Président, ce n'est pas le cas. Cet excédent du prix est une dépense inutile pour le patient.

Là où la denturologie n'existe pas ou, encore, là où elle est restreinte dans son exercice, le prix des prothèses est de deux à quatre fois plus élevé. D'ailleurs, M. Brian Monk,

président de l'Association des denturologistes du Canada, pourra vous apporter plus de précisions si vous le désirez sur ce sujet. Nous sommes très heureux de constater que la Fédération nationale des associations de consommateurs du Québec a bien cerné le problème. Cet organisme dont le seul intérêt est la protection du consommateur a reconnu la compétence du denturologiste et intervient pour protéger la population contre les abus et monopoles qui priveraient le patient de choisir le professionnel de son choix. La Centrale des syndicats démocratiques abonde dans le même sens et a fait parvenir une lettre au ministre responsable afin de le mettre en garde. De plus, le ministre a également reçu une lettre lui accordant ce même appui du Syndicat national de l'amiante d'Asbestos, en date du 1er juin, 1990. Si la loi est adoptée telle quelle et si les dentistes qui ont édenté 50 % de la population adulte du Québec reprennent la mainmise sur les prothèses, le consommateur devra encore payer.

En résumé, M. le Président, l'une des populations les plus édentées au monde met toute sa confiance en ses élus afin qu'ils mettent un terme aux abus et au monopole de certains intervenants du monde de la santé. Le denturologiste ayant démontré sa compétence, le certificat de santé buccale étant inapplicable depuis 17 ans, les formules suggérées en remplacement étant discriminatoires pour le denturologiste, l'obligation du patient de signer une telle formule étant une entrave à ses droits et libertés, nous pouvons donc logiquement conclure que le denturologiste assujéti à son Code de déontologie peut et doit continuer à desservir le public en matière de prothèses dentaires amovibles sans la supervision du dentiste.

En terminant, M. le Président et membres de la commission, nous soumettons respectueusement que le denturologiste est compétent pour exercer sa profession sans la tutelle des dentistes. Nous demandons en conséquence non seulement le retrait et le rejet du projet de loi 17, mais aussi la disparition de l'article 7 actuel de la Loi sur la denturologie. La denturologie a atteint sa maturité et mérite que le législateur lui accorde sa confiance et la confirme dans son autonomie. En terminant, je tiens à remercier la commission de m'avoir fourni l'occasion de lui exprimer les opinions de l'Association des denturologistes du Québec. Merci.

Le Président (M. Gobé): Je vous remercie, M. Perreault. Je passerai maintenant la parole au ministre responsable de l'application des lois professionnelles, mais, auparavant, je voudrais mentionner que le député de Verdun a demandé lui aussi la parole. Je pense qu'il est à l'intérieur du bloc de 20 minutes de notre côté. Je tenais à le mentionner pour éviter que M. le député de Verdun soit oublié dans l'enveloppe de temps de notre côté. Vous avez la parole, M. le ministre.

M. Savoie: Merci, M. le Président. Effectivement, je pense que je voudrais faire miens certains des commentaires du président de l'Association. Effectivement, les denturologistes au Québec ont accompli une tâche exceptionnelle. Je pense que je partage sa vision quant à l'avenir de la profession et des services rendus par leur profession sur l'ensemble du territoire québécois, comme vous l'avez mentionné, particulièrement dans les régions où vous avez été présents dès la première heure.

Je pense que l'ensemble des intervenants qui ont eu à faire des présentations devant nous et ceux qui vont suivre également vont également partager le point de vue de la majorité des Québécois, comme quoi, effectivement, les denturologistes font un travail, ont une compétence reconnue et ont, dans leur feuille de route, un dossier que je considère bon au niveau des prothèses amovibles.

Il y a une certaine dichotomie qui existe entre la position de l'Association et l'Office des professions dans ce dossier-là que je voudrais, si vous me le permettez, clarifier très rapidement.

La première, c'est effectivement, comme vous l'avez mentionné, M. le Président, le certificat de santé buccale qui, finalement, n'a pas été appliqué, pour toutes sortes de motifs, au cours des 17 dernières années, malgré la nature impérative de la loi. Ce que je comprends de la situation actuelle, M. Perreault, c'est que nous mettons de côté le certificat de santé buccale, dans notre projet de loi, et nous le remplaçons par un formulaire qui, finalement, protège d'abord le client, le public, en lui soulignant l'importance de consulter un médecin, même s'il est traité par un denturologiste, étant donné que le dentiste est quand même celui qui est le plus apte à donner des services d'ordre buccal. Je pense que l'Ordre et l'Association des denturologistes ne contestent pas cette position.

Deuxièmement, j'aimerais souligner également qu'en ce qui concerne les prothèses, il me semble que nous avons réglé une partie du problème parce que, dans la loi actuelle, il y avait une discussion, si je me rappelle bien, qui a duré également 17 ans, à savoir si les denturologistes avaient le droit de procéder sur des prothèses amovibles partielles et que, finalement, les denturologistes, dans l'exercice de leurs fonctions, exécutaient des prothèses amovibles partielles et que, malgré le fait que ce n'était pas tout à fait clair dans sa loi et que, aujourd'hui, nous venons éliminer ce doute-là que finalement la reconnaissance qu'il y a là quand même un mouvement de la part de l'Office des professions vers les denturologistes, en tout cas qui me semble tout au moins une reconnaissance de l'aptitude des denturologistes à traiter des prothèses amovibles partielles au niveau des Québécois et des Québécoises.

Il me semble donc que c'est sûr qu'on revient avec des éléments qui sont négatifs au

niveau des prothèses sur implants. Il y a un resserrement qu'on précise davantage. On me dit que c'est peut-être à cause du fait que, effectivement, certains denturos, comme dans toute autre profession... Je pense qu'il y avait un article dans *La Presse*, il y a quelques semaines, qui avait été écrit par Foglia qui disait que dans n'importe quel groupe d'hommes et de femmes, il y a toujours quelques curieux, quelques incompetents et que, en conséquence, il fallait accepter ça dans tous les groupes et que, au niveau des denturos, bien, il n'y a pas exception, que, effectivement, ça existe et qu'il y en a qui, même, procèdent à poser des actes relevant de l'autorité ou, si vous voulez, de la compétence du dentiste. On parle de certains qui vont y aller avec des couronnes, certains qui vont travailler sur des implants seuls. On dit que, compte tenu du fait qu'il y a un certain laxisme qu'il faudrait peut-être resserrer un peu, ça a été l'orientation un petit peu qui a été donnée au projet de loi qui a été présenté par l'Office des professions. Je sentais quand même qu'il y avait là une volonté d'une plus grande reconnaissance vis-à-vis des denturologistes, dans le projet de loi, avec justement l'abolition du certificat de santé buccale, qui est remplacé par une autre formule mais qui est quand même, il me semble, plus généreux pour la position des denturologistes.

(15 h 45)

Et deuxièmement, qu'il y avait quand même également cette précision en ce qui concerne les prothèses, les partiels, qui me semblait aussi assez positive, mais qui avait, d'un autre côté, ce resserrement quant aux autres actes qui semblent être commis ici et là sans nécessairement d'intervention de la part de l'Association des denturologistes.

Alors, dans ce contexte-là, ne sentez-vous pas qu'au moins pour ce qui est du certificat de santé buccale, que c'est positif, au moins en ce qui concerne les partiels, que ça aussi c'est positif?

M. Perreault: Nous, l'Association, je pense, au départ, si vous parlez des formulaires, les denturologistes collaborent avec les dentistes. D'ailleurs, il y a beaucoup de denturologistes qui sont installés avec des dentistes et il y a une étroite collaboration. Le problème, c'est justement le litige qu'il y a envers l'Ordre des dentistes qui provoque. Même hier, le président mentionnait sur les ondes qu'il poursuivrait les chirurgiens buccaux qui collaborent avec les denturologistes. Comment voulez-vous qu'une profession évolue? C'est illogique, c'est impensable pour l'intérêt de la population.

Je rejoins le Dr Chicoine, de l'Association des chirurgiens dentistes, lorsqu'il dit qu'il devrait y avoir une meilleure collaboration. Je pense que les denturologistes sont sensibilisés à ce problème et qu'ils veulent collaborer davantage. Il est normal que le denturologiste ne

réfère pas son patient chez un dentiste lorsque, par exemple, le dentiste... Lorsque, par exemple, il va lui traiter les dents du bas et qu'il va lui faire une prothèse supérieure en haut, lorsqu'il perd son patient, c'est normal. Mais, par contre, ce denturologiste-là va référer son patient à un autre dentiste qui collabore justement avec les denturologistes.

Malheureusement, il y a des régions où il y a moins de dentistes et où cette collaboration est plus difficile, surtout dans les régions éloignées. Maintenant, ce sont des problèmes qu'on a à vivre et le monde dentaire, c'est un petit monde qu'on doit quand même signifier. Je pense que les denturologistes ont fait quand même de grands pas à ce niveau-là. De plus, en 1970, l'Université de Montréal mentionnait que les denturologistes étaient des charlatans, étaient des incompetents et que les bouches seraient atrophiées. Je puis vous dire qu'en 1990, ce n'est pas le cas. Aujourd'hui encore, arrivent les mêmes arguments. Maintenant, je pense que les denturologistes ont montré cette maturité, qu'ils sont des professionnels, qu'ils sont capables de travailler en équipe, et je pense que le monde dentaire, l'avancement de la profession dans l'intérêt du public doit se diriger davantage dans les équipes multidisciplinaires où le denturologiste en fait partie intégrale.

M. Savoie: D'accord. Alors, vous ne sentez pas qu'au niveau là - du fait qu'on annule le certificat de santé buccale, pour le remplacer tout simplement par un avis - c'est un pas dans la bonne direction.

M. Perreault: C'est discriminatoire. C'est complètement discriminatoire, ça, pour les denturologistes. D'ailleurs, le public ne collaborera pas aussi à ce niveau-là et il y aura encore - excusez l'expression - des gamiques, comme on a vues en 1975, 1974, après l'imposition du certificat de santé buccale, à l'effet que certains dentistes signaient des formules d'avance, des examens de bouche d'avance. Ça, je ne trouve pas ça dans l'intérêt du public. Ça, vous ne pouvez pas empêcher... Je pense qu'on devrait tendre à essayer d'éviter ces choses-là, autant de la part des denturologistes que de la part des dentistes. Je pense que les deux sont coupables à ce niveau-là.

Mais, maintenant, il faut faciliter ces choses-là. Maintenant, quand on parle de collaboration entre dentistes... Tantôt, on parlait de publicité. Pour quelle raison, si on veut informer le public, les dentistes et les denturologistes ne se mettraient-ils pas ensemble pour informer le public au lieu de se diviser et de se tirer l'un contre l'autre? Je pense que ce n'est pas la façon de le faire, et ça, je déplore des choses dans le passé, autant de la part des denturologistes que des dentistes. Je pense qu'on est les deux coupables. Vous savez, quand on est des

gens qui ne se parlent pas, c'est sûr qu'on ne règle pas de problème, absolument pas. Je pense qu'il est temps, aujourd'hui, devant le législateur, de régler ces problèmes-là. Sinon, si on ne règle pas les problèmes, si le législateur ne peut régler les problèmes aujourd'hui, qu'il y ait des mécanismes pour permettre qu'on puisse se parler et régler ces problèmes-là.

M. Savoie: D'accord. Ce qui relève aussi des autres interventions et des questions de part et d'autre, c'est que la façon, au niveau des implants, dont ça fonctionne, c'est que le client, le Québécois ou la Québécoise actuellement, pour se faire poser des implants commence par une visite chez un dentiste va voir son dentiste et là le dentiste... indique la nature de l'implant qui pourrait être utilisé et la forme que l'implant peut prendre, de même que la position de certaines dents, qu'il y a communication, par la suite, avec un chirurgien buccal. Le chirurgien buccal échange avec le dentiste. Ils conviennent du procédé. Il y a ensuite l'installation de l'implant par le chirurgien buccal. Et là, la bouche, six mois plus tard - six ou neuf mois, je ne me rappelle pas trop - est prête à recevoir la prothèse.

Finalement, ce que vous me recommandez, si je comprends bien, au niveau des implants, c'est que vous voulez éliminer le dentiste, c'est-à-dire que le client pourrait se rendre chez le denturo, qu'il pourrait y avoir échange avec le denturo, le denturologiste pourrait, à ce moment-là, prendre contact avec le chirurgien buccal pour qu'on puisse s'entendre sur le genre d'implant qu'on peut utiliser, le chirurgien buccal pose l'implant et, par la suite, le denturologiste peut terminer le travail. Est-ce que c'est exact?

M. Perreault: C'est comme ça que ça se fait actuellement, M. le ministre.

M. Savoie: Actuellement, il y a des denturologistes qui mènent le dossier de a à z.

M. Perreault: Actuellement, 70 % de la population des gens édentés viennent voir le denturologiste...

M. Savoie: Oui.

M. Perreault: ...et le marché est là.

M. Savoie: D'accord.

M. Perreault: Le gros marché.

M. Savoie: Oui.

M. Perreault: Maintenant, moi, je peux vous dire que, depuis un mois seulement, j'ai référé quatre cas d'implants. Je les ai référés, naturellement, à un denturologiste qui fait les prothèses

sur implants, qui travaille avec un protho et je peux vous dire qu'il y a une très bonne collaboration. Maintenant, à ce niveau-là, je pense que mon expert, M. Michel Gamache, pourra peut-être en parler davantage.

M. Gamache: Disons que, habituellement, le patient est sensibilisé, quand il vient à notre bureau, que, effectivement, il y a différents types d'intervention chirurgicale qui peuvent être apportés. C'est à lui de décider, à ce moment-là, si c'est selon ses besoins propres à lui. S'il ne veut pas aller se faire opérer parce qu'il pense que ce type d'intervention, ça peut être douloureux et que je n'ai pas réussi à le convaincre ou ce sont des raisons de coût... Il y a des chirurgies qui sont défrayées par le gouvernement, mais qui demandent des soins hospitaliers. Par contre, si on lui parle d'implants et que ça se fait dans un cabinet privé, des fois, c'est plus intéressant parce qu'il ne se fait pas couper un peu partout dans la bouche. Pour lui, il pense que ça a plus de logique d'avoir des implants. Donc, il y a une éducation qui se fait, c'est-à-dire que le denturologiste est habilité à pouvoir le sensibiliser sur les différents types de chirurgie. Mais on laisse le patient libre de décider s'il va aller en consultation chez le chirurgien.

On disait tantôt que le dentiste décide où il devrait y avoir la pose des implants. Moi, je suis sceptique un peu, dans le fond. Je peux bien envoyer la prothèse que je devrais faire à mon patient, mais c'est le chirurgien qui va décider définitivement où les implants vont aller à cause de la densité de l'os. Même avec une radiographie, il ne peut pas prétendre que, quand il va ouvrir la muqueuse et va dégager l'os, il va pouvoir situer exactement où l'implant devrait aller. Il va être obligé de le diriger où lui pense que, à cause de la densité de l'os, ça devrait être là qu'il devrait être placé.

M. Savoie: Et le type d'implant qui doit être utilisé?

M. Gamache: Et le type d'implant qui doit être utilisé.

M. Savoie: Alors, le chirurgien buccal, finalement... Ce que vous me dites, c'est que, finalement, les denturos sont en mesure d'assumer cette orientation-là, puisque, effectivement, même si on fait une proposition au chirurgien buccal, c'est, en bout de piste, le chirurgien buccal qui décide de tout, y compris la nature de l'implant, le type d'implant et la structure qui va aller par-dessus. C'est exact?

M. Gamache: C'est exact.

M. Savoie: C'est ce que vous me dites.

M. Gamache: Le dentiste, il faudra qu'il

fasse la même chose. Il va suggérer, mais ça va être vraiment le chirurgien buccal qui va décider.

M. Savoie: Vous pensez que les prosthodontistes vont confirmer ça.

M. Gamache: Bien, là, il peut y avoir des cas spécifiques.

M. Savoie: Non, mais de façon générale. On s'entend toujours.

M. Gamache: De façon générale?

M. Savoie: De façon générale.

M. Gamache: Je pense que oui.

M. Savoie: Vous me dites et ça, c'est très important qu'actuellement, au moment où on se parle, au niveau des implants, il y a des denturo qui mènent des dossiers de front avec des prosthodontistes, de a à z.

M. Perreault: J'en connais au moins un.

M. Savoie: Vous en connaissez au moins un. Ha, ha, ha! Pas vous, j'espère, M. Perreault.

M. Perreault: Et des chirurgiens buccaux, il y en a plus qu'un.

M. Savoie: Oui, j'imagine. On a des rumeurs, nous autres aussi, qu'il y en a quelques-uns.

M. Perreault: Et je peux vous dire aussi, M. le ministre, que les patients semblent très satisfaits aussi autant de la part du prosthodontiste, du chirurgien buccal ou du denturologiste que le patient lui-même. Cette coopération-là, je pense qu'au niveau de la profession, doit se situer même au niveau du dentiste généraliste aussi pour une meilleure santé dentaire dans le Québec, dans toutes les régions du Québec. Prenez, par exemple, les régions où le dentiste n'est pas représenté, il y a un problème, vous savez.

M. Savoie: Oui.

M. Perreault: Je pense qu'à ce niveau-là, cette collaboration-là doit être davantage accentuée.

M. Savoie: Oui, c'est ça. Si je comprends bien, et même de vous, M. Perreault c'est que, finalement, s'il y avait une meilleure coopération entre les dentistes et les denturologistes, si on pouvait en quelque sorte tous les deux partager l'exécution de la tâche, ça semblerait vous...

M. Perreault: Le grand problème, M. le

ministre, c'est qu'il y a un conflit d'intérêts justement. Lorsque le dentiste fait la prothèse, il y a un conflit d'intérêts directement.

M. Savoie: Le dentiste fait la prothèse?

M. Perreault: Bien, il fait faire la prothèse, donc, pour nous, il la fait parce qu'il collecte l'argent. C'est aussi simple que ça.

M. Savoie: Oui.

M. Perreault: Maintenant, à ce niveau-là, je pense que cette collaboration-là...

M. Savoie: Mais il y a plusieurs dentistes qui font faire les prothèses par des denturologistes.

M. Perreault: Oui, la majorité. Ils font tous faire les prothèses, en pratique.

M. Savoie: Oui.

M. Perreault: Je pense que, ce matin, on a mentionné qu'il y en avait une vingtaine, ça se peut normalement. Les prosthodontistes, ils ont leur propre laboratoire, en général. Je pense que les prosthodontistes ont leur raison d'être aussi.

M. Savoie: Oui.

M. Perreault: Ils ont un grand rôle à jouer. Je peux vous dire que les denturologistes, dans l'évolution de la profession, ce serait bénéfique pour la population qu'il y ait une collaboration plus étroite entre les denturologistes et les prosthodontistes, non seulement à cause de l'implant, mais aussi à cause de toutes les prothèses.

M. Savoie: Oui, à cause des coûts, hein! Vous avez soulevé ça, la question de coûts, à plusieurs reprises. Je vais déposer auprès de la commission une étude qui a été faite au niveau des coûts, qui démontre effectivement une différence au niveau des coûts, entre les coûts des prothèses dentaires amovibles au Québec et qui porte aussi sur d'autres coûts reliés où il y a un exercice conjoint par les denturologistes et les dentistes. Alors, on va demander à ce que ça soit photocopié et que ça soit...

Le Président (M. Gobé): Est-ce qu'il y a un consentement - vous pouvez me donner votre document -- ...

M. Savoie: Oui. Est-ce qu'il y a un consentement?

Le Président (M. Gobé): ...à ce que l'on puisse le faire photocopier et distribuer à chacun des membres de cette commission?

M. Savoie: D'accord. Alors...

Mme Blackburn: Est-ce que c'est juste pour le Québec?

Le Président (M. Gobé): Est-ce que c'est juste pour le Québec, M. le ministre?

M. Savoie: Alors, malheureusement, je manque de temps, on me dit qu'il ne me reste que deux minutes et je sais qu'il y a quelques-uns de mes collègues qui vont avoir des questions à poser. Alors, on va demander...

M. Perreault: M. le ministre, votre enquête sur les prix, est-ce que c'est situé au niveau du guide de tarifs, par exemple, ou au niveau de la population?

M. Savoie: Au niveau de la population.

M. Perreault: O. K., merci.

M. Savoie: C'est...

M. Perreault: C'est plus avantageux.

M. Savoie: Oui. C'est-à-dire que oui, il y a une différence effectivement dans le sens que vous indiquez là, mais elle est minime, surtout au cours des deux dernières années. Mais il y a une évolution et je pense... En tout cas, c'est bon qu'il y ait...

M. Perreault: J'aimerais quand même étudier votre rapport, M. le ministre.

M. Savoie: Oui, c'est ça. C'est pour ça qu'on vous le remet. Je suis certain qu'on aura l'occasion d'en discuter de nouveau.

M. Perreault: Naturellement, nous, l'Association des denturologistes du Québec, nous sommes près de 600 membres parce que les denturologistes ne sont pas obligés d'être membres de notre association, comme les dentistes qui sont tous obligatoirement membres...

M. Savoie: Oui.

M. Perreault:... ce qui nous permet d'avoir des rapports financiers plutôt restreints pour faire ce genre d'enquête là.

M. Savoie: Bien oui, c'est ça et on comprend ça. Je pense que vous allez être satisfaits de l'étude et de l'étendue de l'étude, en tout cas, je pense que vous allez y avoir certainement des éléments.

Le Président (M. Gobé): Je vous remercie, M. le ministre. Je passerai maintenant la parole à M. le député de Verdun. Vous avez trois ou

quatre minutes, M. le député de Verdun.

M. Gautrin: Brièvement, M. le Président. Je prends acte de la volonté de collaboration entre dentistes et denturologistes, je m'en réjouis moi aussi. J'aimerais bien comprendre certains points de divergence. On a établi un point de divergence entre vous et l'Association des chirurgiens dentistes du Québec sur un point: Eux prétendent que c'est un chirurgien dentiste qui doit indiquer au chirurgien buccal la position des pivots ou des piliers; vous, vous dites qu'un denturologiste pourrait le faire alors que pour moi, ça va être le chirurgien buccal qui prendra la décision finale. Donc, ça, on a établi ce point de divergence entre votre position et la position de l'Association des chirurgiens dentistes.
(16 heures)

Je voudrais voir maintenant à l'autre bout, à l'autre extrême. Lorsque la prothèse est installée, est-ce que vous convenez qu'il doit y avoir un examen par un chirurgien dentiste pour vous assurer que l'ostéointégration des piliers est bien maintenue suite aux efforts de mastication avec les prothèses? C'est l'autre bout de la chaîne.

M. Perreault: Je vais demander à M. Gamache de répondre.

M. Gamache: Oui, moi, je suis d'accord avec ça. Quand on parle de suivi, je trouve que le public serait très bien protégé s'il y avait un suivi de la part du chirurgien buccal et du denturologiste. Quand on parle de tartre, c'est bien sûr que le chirurgien buccal ou le chirurgien dentiste qui voit du tartre, effectivement, il lui faudrait l'enlever. Et quand on fait un suivi sur le plan prothétique, parce qu'il faut les ajuster des fois les dents, il peut y avoir de l'usure, à ce moment-là, il va falloir faire des vérifications et on a les connaissances pour être capable d'identifier s'il y a du tartre, quand même, et de référer cela au chirurgien dentiste ou buccal selon le cas.

M. Gautrin: Je commence à voir plus clair, je vous remercie.

Le Président (M. Gobé): Merci, M. le député de Verdun. Maintenant, brièvement, Mme la députée de Bourget, vous avez la parole.

Mme Boucher Bacon: Moi, il y a quelque chose que j'aimerais saisir. L'Association des chirurgiens dentistes est venue dire: Les implants ne doivent pas s'adapter à la prothèse et non l'inverse, c'est-à-dire, si je comprends bien... Non, je vais reformuler ma question. Les implants doivent s'adapter à la prothèse et non l'inverse, c'est-à-dire que la prothèse ne doit pas s'adapter à l'implant. C'est bien ça? C'est ce que l'Association des chirurgiens dentistes a dit tout

à l'heure.

Le Président (M. Gobé): M. Gamache, vous avez la parole.

M. Gamache: La prothèse, elle va s'adapter sur la barre comme telle... Je demanderais à mon confrère de répondre là-dessus parce que moi...

Le Président (M. Gobé): Vous voulez vous identifier pour les besoins de l'enregistrement de nos travaux.

M. Seghato (Marc): Marc Seghato. Alors, sur cette question, si la prothèse s'adapte aux implants ou si les implants s'adaptent à la prothèse, c'est le patient et ses besoins masticatoires, premièrement, et esthétiques, deuxièmement, qui vont être le guide dans ce travail. Il est évident que les forces devraient être réparties sur ces piliers que sont les implants. On parle des forces mécaniques, bien sûr, et non biologiques ou d'autre nature. Dans ce cas-là, il est vrai qu'il faut que ça soit en conséquence de la future dentition. Mais qui est celui qui est le plus apte... qui, finalement, fait la prothèse en tant que telle? C'est bien le technicien ou le denturologiste. Donc, c'est un travail d'équipe pour arriver à supporter ces dents. Sans pour autant pouvoir dire, tel que l'a dit le Dr Chicoine, d'adapter la prothèse aux implants ou d'adapter les implants aux prothèses, c'est par rapport au patient et aux forces mécaniques.

Le Président (M. Gobé): Je vous remercie.

Mme Boucher Bacon: Ça ne serait pas en vertu de ce que vous dites en page 14: "La seconde partie du traitement est prosthodontique. C'est à cette étape qu'intervient le denturologiste"? C'est à cette étape-là. "Il s'agit de la prise d'empreintes, de la fabrication, de la pose et de l'adaptation d'une prothèse dentaire prenant rétentation sur les piliers des implants préalablement installés." Pourtant, vous dites à un moment donné que le denturologiste ne pose pas d'implants et ne pose pas non plus de diagnostic. Et, tout à l'heure, j'ai demandé aux chirurgiens dentistes si vous aviez la capacité de faire certaines démonstrations et ils m'ont dit: Non. Comment pouvez-vous arriver... Vous dites, toujours à la page 14, que par contre le denturologiste, il lui appartient d'évaluer - bien sûr - "l'état des structures buccales". Alors, je ne vois pas exactement la relation. Êtes-vous capables de poser un diagnostic ou non? Êtes-vous capables de l'évaluer ou non? Et les posez-vous les implants ou non en relation avec l'implant?

Le Président (M. Gobé): Très brièvement, parce que le temps est maintenant écoulé. Je vous en prie, allez-y. Mais très brièvement.

M. Seghato: Selon l'inventeur des implants, le docteur Branemark de Suède, comme on l'a vu dans le vidéo, il est indispensable qu'il y ait une collaboration entre les différents intervenants pour que le résultat soit le meilleur pour le patient.

Nous, comme d'ailleurs les chirurgiens dentistes, nous ne posons pas les implants. C'est un chirurgien buccal, donc un spécialiste en chirurgie, qui pose l'implant. Où est-ce qu'il le pose? À la meilleure place. Où est la meilleure place? Là où il y a le plus d'os finalement. Ce n'est ni le dentiste ni le denturologiste qui a le dernier mot quant à l'emplacement de ces fameux implants, mais bel et bien la meilleure place. C'est un, peu comme pour une fondation pour construire une maison. On ne la place pas là où on veut, mais à l'endroit où c'est le plus solide.

Donc, c'est vrai que, idéalement, le prothésiste, que ce soit un dentiste ou un denturologiste, devrait conseiller ou suggérer l'endroit de ces fameux piliers futurs. Mais ce n'est que le chirurgien buccal et seulement lui qui est apte à juger du futur succès, de prendre la responsabilité de cette installation et, aussi, finalement, de le faire. Aussi, par la suite, on parle souvent d'examen. Il a été démontré cette année en Europe que le simple rayon X...

Le Président (M. Gobé): Rapidement, s'il vous plaît. Si vous voulez conclure.

M. Seghato: Même pour la question du suivi par la suite, ce n'est pas encore là le denturologiste ou le chirurgien dentiste qui fait le suivi, mais le chirurgien buccal, celui qui a posé ce fameux pilier. C'était une précision.

Le Président (M. Gobé): Je vous remercie. Mme la députée de Bourget, malheureusement, le temps est écoulé pour votre formation politique. Je dois maintenant passer la parole à Mme la députée de Chicoutimi pour une période de 20 minutes.

Mme Blackburn: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Gobé): Vous avez la parole, madame.

Mme Blackburn: Messieurs. Je dis messieurs, parce que j'ai constaté qu'il n'y avait pas beaucoup de femmes parmi vous. Aussi depuis ce matin, je me le demande, on n'en a pas vu une seule. Alors, c'est certainement un domaine réservé aux hommes.

M. Perreault: Il y a 75 femmes en denturologie, Madame, et nous en sommes très fiers.

Mme Blackburn: Bien.

Le Président (M. Gobé): Mme la députée,

vous avez la parole.

Mme Blackburn: Vous avez parlé d'une collaboration qui existait déjà entre les denturologistes et les chirurgiens buccaux. Est-ce qu'on peut me parler de cette collaboration? Elle dure depuis combien de temps? Comment est-ce que ça se passe? Vous me dites aussi que, de plus en plus, ce sont les denturologistes qui suggèrent à leurs patients: Pour avoir un peu plus de stabilité, allez donc voir la possibilité qu'il y aurait de poser des implants. C'est ce que j'ai cru comprendre tout à l'heure. Ça serait plus stable... Bon, il y a un certain nombre d'avantages. J'aimerais que vous me parliez un peu de cette pratique. Vous, je pense, que vous êtes aussi dans le privé, vous n'êtes pas seulement au collège, je pense à M. Gamache - c'est son nom?

M. Gamache: Je suis à temps partiel, oui.

Mme Blackburn: À temps partiel, alors vous êtes aussi en pratique privée. Est-ce qu'il vous arrive de collaborer avec des chirurgiens buccaux? Peut-être que ce n'est pas à vous qu'il faudrait que je demande ça, mais est-ce qu'on peut penser qu'il n'y a pas - tout à coup, j'ai réalisé ça tout à l'heure - un intervenant, je ne dirais pas de trop, mais un intervenant qui a les mêmes connaissances que l'autre? Je pense au chirurgien dentiste et au chirurgien buccal. Pour être chirurgien buccal, il faut avoir les mêmes connaissances qu'un chirurgien dentiste avec quelques années, je pense... On parle de chirurgien dentiste, on dit que c'est le même. Donc, dentiste, formation de base, chirurgien buccal, formation additionnelle, et on tient pour acquis que celui qui est chirurgien buccal a les connaissances du dentiste. Alors on est en train de dire que, non seulement ça prend le chirurgien dentiste, ça prend le chirurgien buccal et ça prend ensuite le technicien ou le denturologiste. Moi je me dis, comme il y en a un qui s'appelle le chirurgien buccal qui a les connaissances à la fois du dentiste et du chirurgien buccal, comment se fait-il qu'on ait un deuxième intermédiaire? C'est toujours un peu la question que je me pose. Et, ensuite, dans votre type de collaboration, est-ce qu'il intervient trois professions, quoique ce ne soit pas trois professions, mais trois spécialités? Ou juste deux spécialités, le chirurgien buccal et le denturologiste? Est-ce que c'est à peu près la façon que vous avez de procéder?

M. Perreault: Si vous me permettez, Mme Blackburn, pour les prothèses sur implants, obligatoirement, il faut qu'il y ait collaboration entre le chirurgien buccal et le denturologiste.

Mme Blackburn: Avec le dentiste, je parlais.

M. Perreault: Maintenant, pour le chirurgien dentiste, le généraliste, les denturologistes collaborent... Lorsque, par exemple, ils voient un patient qui a besoin d'une obturation, ils réfèrent le patient au généraliste pour faire l'obturation. Ça se fait couramment, malgré le fait que les données, on ne peut pas les avoir. Justement, on ne peut pas les avoir, parce que les dentistes ont peur de s'affirmer à cause des pressions de l'Ordre qui font que les dentistes ne veulent pas s'affirmer avec les denturologistes.

Mme Blackburn: M. Gamache, concernant le type de collaboration, parce que tout à l'heure on nous a beaucoup parlé de l'importance du dentiste généraliste, que j'appelle chirurgien, au moment de l'ajustement, de l'identification du problème, de l'endroit où devraient être placés les implants parce ce qu'ils intervenaient tout à l'heure, les gens de l'Association des chirurgiens dentistes qu'on vient de rencontrer.

M. Gamache: J'aimerais...

Mme Blackburn: Dans votre modèle à vous, toujours pour les implants - c'est de ça qu'il est question - quel type de collaboration avez-vous avec les chirurgiens buccaux et est-ce que, généralement, c'est une intervention à deux, c'est-à-dire le chirurgien buccal avec vous ou s'il y a aussi un chirurgien, le dentiste ou un dentiste généraliste?

M. Gamache: Moi personnellement, la relation que j'ai, ça s'est fait avec un chirurgien buccal. C'est sûr qu'il y a d'autres intervenants qui à l'occasion s'interposent. Il y a le prosthodontiste et de plus le technicien dentaire, parce qu'on parle d'une équipe multidisciplinaire. Et il faut tenir compte, lorsqu'on parle d'une barre, du technicien dentaire, parce que moi je ne les fabrique pas les barres. Je les fais faire chez le technicien dentaire et pas chez n'importe lequel, chez un technicien dentaire accrédité. C'est important dans ce domaine-là. Donc, pour revenir à la première question que vous m'avez posée: Effectivement, c'était quoi la relation avec le chirurgien buccal, c'est bien sûr que, depuis une dizaine d'années, il y a une collaboration assez étroite qui existe entre la plupart des denturologistes et les chirurgiens buccaux. C'est pour ça que, aujourd'hui avec la technique des implants, ils se retrouvent un petit peu dans une situation délicate avec les pressions qui se font de la part de l'Ordre des dentistes qui les presse à l'effet qu'ils ne devraient plus collaborer avec les denturologistes.

Mme Blackburn: À votre connaissance, et je réalise que c'est plus compliqué que ça ne l'apparaissait au départ, est-ce qu'il y a des denturologistes, est-ce qu'il y a des patients, pour le prendre du côté des patients, qui partent

du chirurgien buccal une fois que le chirurgien a constaté qu'il y avait ostéo... ossoadaptation...

M. Gauthrin: Ostéointégration.

Mme Blackburn: Ostéointégration, parce que ça s'intègre. Alors une fois que c'est constaté, est-ce qu'il y a des patients qui partent directement du chirurgien buccal et qui s'en vont voir un denturologiste? Est-ce que ça existe cette pratique à laquelle on veut mettre fin, semble-t-il? Pour savoir s'il faut y mettre fin il faudrait savoir si ça existe.

M. Gamache: Depuis les six dernières années ça existe effectivement. J'ai plusieurs de mes confrères qui ont fait ça et j'ai fait plusieurs cas, soit une centaine de cas qui ont été faits en collaboration, soit avec le chirurgien buccal dans certains cas, soit des fois avec le chirurgien buccal, le prosthodontiste et le technicien dentaire.

Mme Blackburn: Je veux dire que ça s'est fait, mais en collaboration avec le spécialiste. Mais sans collaboration aucune? Est-ce qu'il y a un denturologiste aujourd'hui, au moment où on se parle, qui, de sa propre initiative, recevrait un patient sans que ce patient soit référé par son spécialiste ou encore sans qu'il soit suivi par un spécialiste? Il me semble que ce à quoi on veut mettre fin, c'est à cette pratique, c'est-à-dire que le patient puisse directement, une fois qu'il pense que l'adaptation s'est faite...

M. Gamache: Ça se fait couramment. Dernièrement, j'ai eu une expérience en suivant le cours avec un denturologiste qui m'a fait état qu'il avait référé son patient au chirurgien buccal, le chirurgien buccal l'a référé à un dentiste, parce qu'on lui avait dit qu'il devait le référer à un chirurgien dentiste et, puis, les prothèses ont été faites. Elles ont été mal faites sûr toute la ligne, la barre était mal dessinée, la prothèse mal équilibrée et, sur le plan esthétique, le patient n'était pas satisfait. Suite au cours de formation qu'on a donné au denturologiste, il a contacté le chirurgien et le chirurgien a référé sa patiente au denturologiste. Les prothèses ont été faites et la dame est satisfaite.

Mme Blackburn: Je pense que je me fais mal comprendre. Le projet de loi actuellement qu'on a sur la table prévoit qu'il ne sera pas permis au denturologiste de faire l'adaptation de prothèses hybrides et de prothèses qui s'ajustent aux implants, entre autres, à l'article 2. 4. Et ce serait, semble-t-il, cette disposition, pour éviter que des patients sans consulter leur spécialiste s'en aillent chez un denturologiste, je présume? Est-ce que j'erre en disant ça? Est-ce que c'est ça que ça vise?

(16 h 15)

Le Président (M. Gobé): Identifiez-vous, s'il vous plaît, pour les besoins de la transcription.

M. Mulcair: Oui, M. le Président. Tom Mulcair, président de l'Office des professions du Québec. Je pense qu'en revenant à une question que Mme la députée a posée ce matin, on pourrait peut-être apporter une réponse claire. M. Gamache, ce matin, nous a cité ce qu'il a indiqué être un article dans le projet de loi sur la denturologie présenté en Ontario, qu'il est convenu d'appeler le rapport Schwarz ou **The Review**. J'ai la transcription de ce qu'il a dit...

Mme Blackburn: M. le Président. Vous permettez, M. le Président. Là, on va prendre de mon temps et...

M. Mulcair: Non, ce n'était pas pour...

Mme Blackburn:... la question, pour moi, était précise.

Le Président (M. Gobé): Il me semblait que c'était à une de vos questions que vous demandiez à M. le président de répondre, ou à M. le ministre.

Mme Blackburn: Non, ce n'était pas...

Le Président (M. Gobé): Ça m'a semblé être une question.

Mme Blackburn: Non, ce n'était pas sur le rapport Schwarz.

M. Mulcair: Non, mais j'arrive à cela directement, avec votre respect.

Mme Blackburn: Je sais qu'il ne me reste pas beaucoup de temps.

Le Président (M. Gobé): On vous accordera une minute et quelque de tolérance, Mme la députée.

M. Mulcair: Donnez-moi une minute et, si ça n'arrange pas...

Le Président (M. Gobé): Et consentement de l'ensemble.

M. Mulcair: Vers la fin de la citation que nous donnait M. Gamache, il a dit qu'en Ontario il allait être permis "the ordering and fitting of removable prostheses", prothèses en français. Il doit y avoir des "gremlins" dans le traitement de texte de M. Gamache, parce que la version de l'Ontario ne parle pas de "prostheses" du tout; elle parle de "ordering and fitting of removable dentures", et c'est ça la grosse différence justement dans ce dont on est en train de parler.

Dans le texte de l'Association des denturologistes, au bas de la page 14 et en haut de la page 15, vous allez voir une référence à deux sortes de prothèses qui s'ajustent aux implants.

Il y a les prothèses du genre "pont" ou "bridge", dont ils parlent, et cette première partie comme la deuxième se fixe et se retire. Ils disent que les deux sont amovibles, donc entrent dans la définition de ce qui leur est permis par leur loi. La proposition, selon nous, ne peut pas être analysée selon les termes de la législation de 1973, la procédure n'existait pas. Ce qui existe aujourd'hui, c'est une procédure chirurgicale et, pour aller directement à votre question, on ne peut pas prétendre distinguer ou enlever cette partie de la pose de la prothèse sur ces implants-là si ça ne demeure pas sous le contrôle et la responsabilité de la personne qui a effectué l'intervention chirurgicale.

Un dernier point sur lequel il faut, de notre côté, insister, c'est qu'à aucun moment dans ce projet de loi ne trouve-t-on une référence au fait que les denturologistes n'auraient pas le droit de vendre ou de fabriquer. Ils peuvent donc avoir la collaboration, mais la responsabilité demeurerait à celui ou à celle qui a fait la chirurgie, à savoir le chirurgien buccal.

Mme Blackburn: Ma question était très très précise et je la rappelle. Lorsqu'on adopte un projet de loi, c'est pour corriger une pratique ou mettre fin à une pratique. Est-ce qu'il y a actuellement au Québec une pratique qui nous amène à penser que quelqu'un, qui s'est fait installer des implants et à qui un chirurgien aurait dit: C'est prêt, on devrait être en mesure d'installer les appareils permanents là-dessus, s'en aille directement chez un denturologiste sans en parler et sans être contrôlé par son chirurgien? Je me dis: Est-ce qu'il y a un danger? Autrement dit, qu'on soit assis autour de la table en train de faire cette consultation-là encore une fois. Est-ce que ça se fait au moment où on se parle, que des patients, une fois que c'est installé, disent: C'est fini. Salut, bonjour! Je ne te revois plus et je m'en vais là où ça me coûte le moins cher?

M. Mulcair: Oui et la raison pour laquelle ça se fait, c'est que le certificat de santé buccale qui était un minimum pour toutes les prothèses amovibles, partielles et complètes, n'a pas été respecté pour les raisons qui ont été exposées de part et d'autre.

Mme Blackburn: Oui.

M. Mulcair: Mais il y a un réel danger pour le public et oui, justement, la prétention qu'on entend à ce bout de la table, M. le Président, serait à l'effet de dire: Moi, denturologiste, je vais référer mon patient à mon technicien qui s'appelle chirurgien buccal, je vais faire faire

l'intervention chirurgicale et mon patient va me revenir. C'est ça qu'on est en train de nous dire, et le contrôle et la responsabilité se situent à un mauvais niveau.

Mme Blackburn: Moi, je ne veux pas défendre les techniciens. J'essaie de défendre le public et j'en ai déjà plein les bras. Je ne commencerai pas à défendre les denturologistes non plus que les dentistes. Ce que je dis, c'est que je pense que là, c'est de la distorsion ce qu'ils disent, quand ils y vont sans... Ils disent à un moment donné: Je constate que ça n'a pas de bon sens, ça fait cinq fois qu'on lui ajuste et ça ne tient pas. On lui dit: Va donc voir un chirurgien. Je pense que je ferais la même chose si j'étais à leur place. De préférence, j'imagine que ça devrait venir du dentiste. Mais si le patient n'y va pas, qu'est-ce que vous voulez? Moi je pense toujours qu'ils prennent leurs responsabilités en disant: Prévalez-vous-en, mais ils ne prétendent pas être les seuls à le faire. Il ne faut pas exagérer. Je trouve qu'on tombe dans la démagogie.

Ce que je voudrais savoir, et ils vont nous le dire, c'est s'il y a vraiment une pratique comme ça au Québec. D'abord, combien de milliers de personnes comme ça ont eu ce type de chirurgie et puis, est-ce qu'il y a vraiment une pratique où les denturologistes installent tous ces appareils sans qu'il y ait aucun suivi, sans qu'ils aient vérifié si le patient va avoir un suivi d'un chirurgien? Par les coûts de chirurgie, j'ai bien de la misère à croire ça. Excusez.

M. Aubry (Jean-Marc): Mme Blackburn, pour répondre à votre question, depuis déjà le début de la denturologie, le patient va voir directement le denturologiste pour ses besoins en matière de prothèses. Quand un problème survient, le denturologiste qui a reçu le patient directement réfère son patient au chirurgien buccal s'il a besoin d'implants ou chez un chirurgien dentiste s'il a besoin d'une extraction, d'un nettoyage, etc., d'un traitement qui ne nécessite pas de chirurgie.

Présentement, on a des patients qui nécessitent une intervention chirurgicale, l'implantation de petits tenons. Auparavant les implants étaient intraosseux; il n'y avait rien qui dépassait de la gencive. Autrement dit, on grossissait la gencive. On a vu tout à l'heure qu'il y avait quelques types de chirurgies. Le patient qui va voir le denturologiste, le denturologiste le réfère à un chirurgien buccal qui fait l'opération parce qu'il convient que, effectivement, ce patient a besoin d'une augmentation de gencive et le retourne voir son denturologiste.

Vous demandiez tout à l'heure: Est-ce que les chirurgiens buccaux ont de bonnes relations avec les denturologistes? Effectivement, ils ont d'excellentes relations avec les denturologistes, parce que c'est leur gagne-pain en quelque sorte,

parce que les patients édentés complètement sont les patients des denturologistes:

Mme Blackburn: Mais la question est: Est-ce qu'il y en a qui vont directement chez vous après avoir eu des implants sans en parler à leur chirurgien?

M. Aubry: On est vraiment au début de l'implantologie au Québec. On n'a pas de gens qui se promènent avec des implants en bouche et qui ne savent pas où aller faire leurs prothèses. C'est toujours sur la référence d'un denturologiste ou sur la référence d'un chirurgien buccal ou, encore, d'un chirurgien dentiste.

Mme Blackburn: Moi, ce que je voulais savoir, c'est s'il y a réellement une pratique.

M. Gamache: Habituellement, ça se fait en équipe au départ. Ça, c'est clair.

Le Président (M. Gobé): Je vous remercie. Mme la députée de Terrebonne, vous avez demandé la parole. Si vous voulez y aller avec votre question.

Mme Caron: Merci, M. le Président. Il m'apparaît clairement que les denturologistes ont fait la pose de prothèses sur implants. Est-ce que vous avez une idée du nombre de poses qui ont été faites et est-ce que vous pouvez nous donner le taux de réussite?

M. Perreault: Je peux vous dire que M. Seghatol en a fait environ 200, M. Gamache en a fait environ 100 actuellement. Je ne connais pas les autres...

M. Gamache: Effectivement, pour ma part, en collaboration, j'en ai fait une centaine. C'est bien sûr qu'il y a certains cas où ça n'a pas été une réussite totale, mais, depuis les dernières années, je peux vous dire que la réussite est pratiquement à 100 %.

Mme Caron: Donc, vous nous dites que la réussite serait à peu près à 100 %, alors que ce matin la faculté de médecine nous parlait, au niveau des dentistes, d'un taux de réussite de six sur dix.

M. Gamache: Non. Il y a une chose. La majorité des cas que moi j'ai eu à travailler, c'étaient des cas au maxillaire inférieur où le taux de réussite est beaucoup plus élevé. D'ailleurs, si je me souviens, le Dr Lamarche a précisé qu'au maxillaire supérieur le taux d'échecs était beaucoup plus grand.

Mme Caron: Parfait. Donc, vous êtes loin d'avoir un taux d'échecs... supérieur?

M. Seghatol: J'aimerais ajouter que, habituellement, quand il y a des problèmes à l'implantation, ça arrive dans les semaines qui suivent la chirurgie. Nous, étant donné qu'on attend autant que les chirurgiens dentistes de trois à neuf mois pour l'intégration, s'il y a un problème, dans 99 % des cas, selon les dernières statistiques, on le voit en dedans des six premiers mois et le chirurgien buccal est à même de guider la nouvelle solution et de proposer des alternatives. Mais, lorsque nous commençons le travail, il y a eu confirmation de succès et, d'après les statistiques, depuis 25 ans maintenant, on disait 20 ans, il y a très peu de problèmes par la suite, particulièrement dans la mandibule, c'est-à-dire la mâchoire inférieure.

Mme Caron: Dans tous les cas où le chirurgien-dentiste doit faire la pose d'implants, il est obligé de se référer à un technicien dentaire pour la fabrication ou à un denturologiste. De votre côté, le pourcentage de denturologistes qui vont fabriquer eux-mêmes leurs prothèses est de combien?

M. Gamache: Il faut faire la distinction quand on parle de prothèses ou de fabrication. Le "dolder bar"...

Mme Caron: Non, la prothèse.

M. Gamache: Et la prothèse par-dessus. Il y en a combien? Tous les denturologistes vont les faire.

Mme Caron: Tous les denturologistes vont le faire.

M. Gamache: Bien oui.

Mme Caron: Donc, il m'apparaît assez évident, à ce moment-là, qu'au niveau du consommateur le coût est de beaucoup inférieur pour cette raison-là principalement.

M. Seghatol: Techniquement, le contrôle nous devient possible, puisque c'est nous-mêmes qui l'avons construit. On sait comment l'arranger, on sait les problèmes qui peuvent arriver et aussi on a fait des cas beaucoup plus nombreux. Donc, c'est certain. Il n'y a pas d'intermédiaire et on sauve automatiquement.

Mme Caron: Je vous remercie.

Le Président (M. Gobé): Je vous remercie. Devant le nombre de questions, la diversité, on a dépassé un peu le temps et je pense qu'on a encore quelques minutes. Mme la députée de Chicoutimi avait des questions et M. le ministre avait peut-être une question finale aussi à poser. S'il y a le consentement de la commission pour dépasser de trois, quatre, cinq minutes, jusqu'à

la demie peut-être? Mme la députée de Chicoutimi, vous avez la parole.

Mme Blackburn: J'y reviens. Lorsqu'on adopte un projet de loi, c'est pour mettre fin à une pratique douteuse ou, généralement, pour clarifier un champ de pratique. Je répète ma question de tout à l'heure. À votre connaissance, vous qui êtes président de l'Association des denturologistes du Québec, y a-t-il des denturologistes qui reçoivent des patients pour la fabrication, la pose et l'ajustement d'appareils permanents sur des implants?

M. Perreault: À ma connaissance, il n'y a pas eu de... Tantôt, M. Gamache parlait d'une équipe multidisciplinaire. Lorsqu'un patient se fait faire un implant, le chirurgien buccal a déjà parlé au denturologiste et il peut arriver, par exemple, si un patient n'a pas été satisfait à un endroit quelconque, à ce moment-là, qu'il aille consulter un autre denturologiste. Alors, dans ce sens-là ça pourrait arriver. Mais à l'heure où je vous parle, je ne pense pas que les patients arrivent comme ça à la porte et disent: On veut avoir des prothèses sur implants, après que les implants ont été faits. C'est que le patient lui-même a au départ eu confiance en son spécialiste, qui est le chirurgien buccal ou le prosthodontiste, et cette confiance-là va jusqu'à sa référence.

Mme Blackburn: Est-ce qu'un certificat de chirurgien buccal déclarant qu'il y a ostéointégration, à partir duquel et à partir de certaines indications vous pourriez pratiquer, pour autant qu'il puisse être assuré dans la loi, je ne sais pas comment, mais qu'il y ait un suivi qui pourrait être donné par le denturologiste, mais particulièrement par le chirurgien buccal, est-ce que travailler sur ce certificat-là serait acceptable?

M. Perreault: Pour les prothèses sur implants, je pense que l'association serait nettement d'accord avec ce principe-là. Pour les partiels, absolument pas.

Mme Blackburn: Parce que ce serait important.

M. Perreault: Un partiel ordinaire, je parle.

M. Gamache: Vous parliez de patients qui peuvent nous arriver et pour qui il n'y a pas eu, mettons, un travail d'équipe, ça m'est arrivé à moi, personnellement. Une patiente, sa voisine était ma patiente, puis il y a eu une divergence au sujet de l'élaboration du plan de traitement entre le chirurgien et le prosthodontiste et, finalement, on n'a pas établi clairement le coût de ses prothèses, ce qui fait que le chirurgien buccal a fait l'opération, la dame a fait un

emprunt et, quand ça a été le temps de la pose des prothèses, à ce moment-là elle a dit: Il faut que j'emprunte encore pour faire faire mes prothèses. Elle a dit: Je n'ai pas les moyens de les faire faire. Elle a été en attente une année et, à un moment donné, elle m'a appelé pour me dire: J'ai su que vous faisiez des prothèses pour ma voisine. J'aimerais ça savoir ce qui se passe, les piliers bougent dans ma bouche, ça me fait mal. J'ai dit: La première chose que vous devriez faire, madame, c'est de rappeler votre chirurgien buccal et voir ce qui se passe. Effectivement, elle est allée le voir. Puis, il n'y avait pas eu de suivi à ce moment-là.

Mme Blackburn: Donc, je me répète. On va examiner les hypothèses au terme de la commission. L'émission par le chirurgien buccal d'un certificat attestant qu'il y a ostéointégration et, j'essaie de voir comment on pourrait le prévoir dans la loi, avec un plan de suivi... Mais le plan de suivi, il appartient au chirurgien de l'établir avec son patient comme on le fait en orthodontie, où il y a une espèce de plan de suivi. Non? (16 h 30)

M. Savoie: L'objet de la commission, c'est de déposer, pour les fins du dossier public, toute la question relative à la pose. Effectivement, la question qui se pose, en ce qui concerne les implants, c'est: Est-ce que les denturologistes peuvent avoir suffisamment de formation pour procéder à la pose des prothèses sur implants? C'est ça qu'on va essayer de déterminer ensemble, suite aux éclaircissements qui sont présentés. Mais moi, j'ai une question pour...

Mme Blackburn: Oui.

Le Président (M. Gobé): Vous aimeriez finir? Vous pourriez peut-être terminer, Mme la députée.

Mme Blackburn: Oui, terminer avec un autre volet.

Le Président (M. Gobé): Oui, je vous passe la parole.

Mme Blackburn: Moi, je tiens pour acquis... Enfin, du moment où il y a un suivi de la part du spécialiste, qui est le chirurgien buccal ou le chirurgien dentiste, du moment où il y a un suivi qui lui permet de s'assurer que la pose est bien faite, est suffisamment stable, où est le problème?

M. Savoie: Justement, au sujet de la pose, je ne crois pas que les explications que nous avons reçues jusqu'à maintenant soient suffisamment complètes pour répondre à votre question. Je ne voudrais pas me commettre avant d'avoir entendu l'ensemble des intervenants, mais lorsqu'on les aura tous entendus, on reviendra

sur cette question-là parce qu'elle est des plus pertinentes. Le but de tout cet exercice, justement, c'est d'arriver à répondre à cette question-là.

Mme Blackburn: Je pensais que la pratique actuelle ou dont on fait état actuellement illustre que ça se fait: un le pose et un autre fait la vérification et le suivi. C'est ce que j'ai cru comprendre. Est-ce que j'ai bien compris? C'est peut-être ça, la question qu'il faudrait leur poser.

M. Savoie: C'est ce qu'ils disent et c'est ce qu'on va... Je voudrais tout simplement savoir maintenant, M. Perreault... Une dernière question, si vous me permettez. Au sujet des prothèses sur implants partiels, est-ce que les denturologistes pratiquent ce...

M. Perreault: Oui. Je pense que oui.

M. Savoie: Vous pensez que oui?

M. Perreault: Oui, oui.

M. Savoie: Attendez une seconde! C'est très important.

M. Seghatol: Il y a une chose à préciser. Une chose est à préciser.

M. Savoie: Vous faites des prothèses sur implants partiels, au moment où on se parle?

M. Seghatol: Oui. Maintenant, il faut préciser un peu ce qu'est la prothèse partielle, parce qu'on a toujours parlé de la prothèse partielle amovible. Donc, il y a quand même une différence à faire, parce que prothèse partielle, un "pont" est une prothèse partielle, par contre, il est fixe.

M. Savoie: Mais les gens du cégep, ce matin, ont dit très clairement que vous n'avez pas de formation dans ce domaine, qu'on ne vous donnait pas de formation dans ce domaine.

M. Seghatol: Fixe, non. C'est justement la précision que j'aimerais apporter. Il y a fixe et il y a amovible.

M. Savoie: Au niveau des implants?

M. Seghatol: Bien sûr, des prothèses partielles, puisqu'on parle de la prothèse partielle qui se pose. Donc, au niveau de la prothèse partielle amovible sur implants, oui, définitivement, puisque je pensais qu'on est tout à fait compétent et qu'on a aussi une expérience importante quant à cette pratique. Par contre, évidemment, pour les prothèses partielles fixes, non, ce n'est pas notre domaine.

M. Savoie: Alors, au niveau de la prothèse sur implants que vous appelez amovible, ce qui est discutable. Je pense qu'on a eu plusieurs représentations qui disaient que ça n'existait pas.

M. Seghatol: On peut en discuter, bien sûr.

M. Savoie: Oui, on peut en discuter. On nous a dit que, dans 80 % à 90 % des cas, il devait y avoir des ajustements aux autres dents.

M. Seghatol: Ça, c'est une philosophie qui est la philosophie, évidemment, de nos collègues qui pensent qu'il faut souvent ajuster les dents naturelles par rapport à la prothèse. Nous ajustons plutôt la prothèse aux dents naturelles, en ce qui me concerne. Par contre, si c'est nécessaire, il est évident qu'on va faire la référence comme on l'a toujours faite.

M. Savoie: À un dentiste, par exemple, pour le meulage.

M. Seghatol: Par exemple, voilà, si c'est nécessaire.

M. Savoie: Alors, c'est une question philosophique.

M. Seghatol: Il y a de la philosophie, mais il y a aussi une question de pratique différente, finalement.

M. Perreault: Et là il y a 45 % des dentistes qui ne font pas cette opération, ici même, au Québec.

M. Savoie: Il y a 45 % des dentistes...

M. Perreault:... des dentistes qui ne font pas cette préparation des dents pour les prothèses partielles. D'ailleurs, on les juge un petit peu incompetents à l'Ordre des dentistes.

Le Président (M. Gobé): Le temps est maintenant écoulé. Si vous voulez terminer rapidement votre réponse.

M. Savoie: Cette question de la...

Mme Blackburn: Je ne comprends pas bien. C'est sur le meulage des...

Le Président (M. Gobé): Nous allons procéder rapidement, car nous avons dépassé depuis pas mal de temps.

M. Seghatol: Un professionnel doit juger, dans chaque cas particulier, s'il est nécessaire de faire une préparation, une taille des dents naturelles ou pas. Si c'est nécessaire, on a toujours fait la chose, puisqu'on travaille pour le patient après tout. Si on ne fait pas un bon

travail, je pense que le patient lui-même ne nous choisira pas. Mais c'est quand même rare. Nous considérons que c'est beaucoup plus rare que ce qu'on prétend. C'est quand même une bonne différence entre notre expérience et l'expérience des dentistes, finalement. Ça, on ne pourra pas le déterminer aujourd'hui. Il y a de longs débats qui ne sont d'ailleurs pas finis et on ne pourra pas régler ça ici, c'est certain.

Le Président (M. Gobé): Alors, je vous remercie. M. le ministre, le temps est maintenant écoulé. Je remercie l'Association des denturologistes, leur président et tous les membres qui se sont déplacés. Je suspends les travaux de la commission pour quelques minutes afin d'entendre, par la suite, la Fédération nationale des associations de consommateurs du Québec.

(Suspension de la séance à 16 h 36)

(Reprise 16 h 47)

La Présidente (Mme Hovington): Je vais demander aux membres de la commission de prendre place. Nous avons devant nous maintenant la Fédération nationale des associations de consommateurs du Québec. Bonjour et bienvenue à la commission de l'éducation. Si vous voulez vous présenter.

M. Beaudoin (Roger): Merci, Mme la vice-présidente, j'imagine?

La Présidente (Mme Hovington): La vice-présidente, mais comme je préside, alors c'est Mme la Présidente.

M. Beaudoin: Alors, vous êtes la Présidente?

La Présidente (Mme Hovington): C'est ça.

Fédération nationale des associations de consommateurs du Québec

M. Beaudoin: Alors, merci bien, Mme la Présidente et merci aussi aux membres de la commission de bien vouloir nous entendre. Je vais vous présenter notre délégation. À l'extrême droite, Mme Micheline Ouellette qui est membre du Comité santé et services professionnels de la Fédération nationale des associations de consommateurs du Québec. À ma droite immédiate, Mme Lise Pilon qui est la présidente de notre fédération. Et moi, je suis Roger Beaudoin, coordonnateur du secteur santé et services professionnels. Malheureusement, une de nos membres bénévoles, Mme Anne-Marie Morin qui devait venir nous accompagner et qui avait, on pourrait dire, un témoignage de consommatrice à présenter, un cas vécu, n'a pas pu venir pour cause de mortalité dans sa famille. Ce qui est un peu

triste, mais enfin on va faire notre possible. Alors je cède la parole à Mme Lise Pilon.

La Présidente (Mme Hovington): Vous avez 20 minutes pour nous présenter votre mémoire.

Mme Pilon (Lise): La FNACQ est une organisation d'organismes voués à la défense et à la promotion des intérêts des consommateurs et consommatrices. Fondée en 1978, la FNACQ regroupe aujourd'hui neuf organismes membres, ce qui lui permet de se prononcer sur des dossiers d'actualité aussi variés que la santé, les services professionnels, le libre-échange, l'agro-alimentaire, les pré-arrangements funéraires, etc. C'est au Comité santé qu'est ainsi revenue la tâche d'analyser le projet de loi 17. Ce Comité santé se compose actuellement de permanents de l'ACEF de Québec et du Groupe Auto-Psy de la région de Québec et est aussi constitué de bénévoles.

Pour la FNACQ le projet de loi 17 soulève une fois de plus un problème corporatiste. Les dispositions du projet de loi, telles que soumises à la commission parlementaire, ne nous permettent pas de croire qu'elles serviront les intérêts individuels et collectifs de la population. La FNACQ considère plutôt que ce projet de loi représente une sorte de compromis entre les dentistes et les denturologistes et qu'il ne saurait en cela satisfaire le public quand il s'agit de soins de santé et de services professionnels. La FNACQ est donc d'avis que la meilleure façon de protéger le public en matière de santé et de services professionnels est d'actualiser la collaboration interprofessionnelle, collaboration qui est fortement suggérée dans l'actuelle Loi sur les services de santé et les services sociaux, et de donner suite aux recommandations du rapport de la commission Rochon sur la nécessité de procéder à la réforme du système professionnel.

Actuellement pour la FNACQ, le projet de loi 17 tel que proposé en commission parlementaire ne permet pas d'assurer que le client ou la cliente bénéficiera d'une meilleure protection. Le projet de loi 17 qui vise entre autres à remplacer l'émission obligatoire du certificat de santé buccale par une formule plus souple ne résiste pas à l'analyse en matière de prévention et de protection.

Actuellement, pour des raisons différentes, les dentistes et les denturologistes et le public consommateur ne participent pas à cette mesure préventive et obligatoire. De fait, les dentistes sont d'avis qu'ils émettent rarement le certificat de santé buccale prescrit à l'article 7 de la Loi sur la denturologie parce que entre autres, ils confectionnent eux-mêmes des prothèses dentaires. Pour les denturologistes, ils s'accordent à dire que, s'ils réfèrent un client chez le dentiste pour un examen de santé buccale, ils ne renvoient plus ce client. D'autre part, les denturologistes font valoir que la personne cliente se sent

soulagée d'honoraires liés à un examen de santé buccale variant entre 20 \$ et 60 \$, selon que l'examen est plus ou moins élaboré, sans que cela soit nécessairement utile dans tous les cas de référer la personne à un dentiste ou à un chirurgien buccal.

Si on examine ce qui se passe dans la pratique depuis 1974, on remarque qu'aucune plainte n'a été enregistrée à cet égard. De fait, la signature de la confirmation d'examen à l'annexe I du projet de loi ne représente qu'un geste purement symbolique et ne comporte aucune valeur médicale en soi. Elle ne représente tout au plus qu'une simple formalité garantissant que le client ou la cliente a été informée que le denturologiste doit s'assurer qu'il ou qu'elle a subi un examen par un dentiste au cours des 12 derniers mois. À défaut de pouvoir signer la confirmation d'examen, le client ou la cliente sera tenu ou tenue de signer l'avis décrit à l'annexe II, reconnaissant ainsi que le denturologiste n'est pas habilité à poser un diagnostic et qu'il est fortement recommandé d'avoir subi un examen par un dentiste avant d'être traité par un denturologiste.

Cet avis nous semble préjudiciable pour le client ou la cliente puisque, après avoir pris connaissance de la confirmation d'examen et à défaut d'avoir subi un examen dans les 12 derniers mois, ils ne pourraient psychologiquement signer cet avis sans penser s'exposer à des ennuis éventuels. Le client ou la cliente pourrait ainsi tout simplement se rendre compte qu'il ne s'agit que d'une formalité administrative n'ayant au bout du compte pas plus de poids que l'obligation du certificat de santé buccale que l'on cherche à remplacer par ce projet de loi. De même, cet avis présente des ambiguïtés et réduit l'importance que l'on semble vouloir accorder à la confirmation d'examen à une simple affaire de signature. Peut-on en même temps s'assurer que le client ou la cliente a subi un examen par un dentiste au cours des 12 derniers mois et, lui faire signer un avis où on reconnaît que cet examen n'a pas eu lieu? Cela montre à quel genre d'absurdité on peut arriver quand on oublie le véritable intérêt du public.

De plus, les symptômes apparents d'anomalie ou de maladie à l'intérieur de la bouche peuvent apparaître à l'intérieur des 12 derniers mois suivant un examen de santé buccale. Cela ne garantit pas la protection du public et ne doit pas empêcher de toute manière la responsabilité du denturologiste de prévenir le client ou la cliente présentant certaines anomalies et de les référer à un dentiste ou à un chirurgien buccal.

De même, le projet de loi abolit le certificat de santé buccale pour la personne complètement édentée. Cela ne devrait pas non plus réduire l'importance pour le denturologiste de référer à un dentiste ou à un médecin toute personne présentant des anomalies dans la bouche lors de la pose de prothèses complète-

ment amovibles.

La FNACQ croit que le consommateur ou la consommatrice sera plus protégé ou protégée si le denturologiste réfère à un dentiste ou à un médecin tout patient dont il croit déceler une anomalie à quelque moment que ce soit, laissant ainsi le soin au dentiste de poser un diagnostic ou de le référer lui-même à un médecin s'il y a lieu.

Cet avis, tel que formulé à l'annexe II du projet de loi, nous apparaît donc tendancieux, car il présente un caractère menaçant pour la personne qui consulte et un caractère ambivalent quant à la protection du public et à la prévention en matière de santé buccale. La FNACQ estime que cet avis est, d'une part, inutile pour le public et, d'autre part, humiliant pour les denturologistes. Cela ne favorise pas la collaboration et la complémentarité interprofessionnelles fortement suggérées dans l'actuelle Loi sur les services de santé et les services sociaux et auxquelles le public est en droit de s'attendre dès qu'il s'agit de soins de santé et de services professionnels.

Il serait plutôt souhaitable de susciter et d'encourager une collaboration étroite et réelle entre les dentistes et les denturologistes en choisissant des moyens concrets qui favoriseraient cette collaboration. À cet effet, les nouvelles technologies de la pose d'implants et des prothèses qui s'ajustent aux implants rendent nécessaires une collaboration efficace et réelle entre les dentistes et les denturologistes dans le cadre de leur compétence respective et vu la nécessité d'évoluer et de se perfectionner dans leur champ de pratique.

Ainsi, compte tenu que la pose de prothèses sur implants représente une nouvelle technologie pour les dentistes comme pour les denturologistes et que les denturologistes ont développé depuis cinq ans une expertise dans ce domaine, la FNACQ considère exagérée l'interdiction faite au paragraphe 4 de l'article 8 du projet de loi qui enlèverait aux denturologistes l'accès à cette nouvelle technologie, laissant ainsi le monopole de la pose de prothèses sur implants aux seuls dentistes. Cette disposition du projet de loi enlèverait ainsi le libre choix du professionnel dont on désire recevoir les services.

Recommandations. Attendu que la FNACQ considère que le projet de loi 17 est le lieu d'un débat idéologique et juridique qui oppose les dentistes et les denturologistes sur la définition des limites de leur champ de pratique respectif, la FNACQ recommande:

1° que l'article 7 du projet de loi soit aboli et que le ministre responsable de l'application des lois professionnelles reconnaisse l'autonomie des denturologistes dans l'exercice et la compétence de leur champ de pratique selon l'article 25 du Code des professions, alinéa 2, qui préconise les connaissances requises pour exercer une profession et le degré d'autonomie propre aux

corporations constituées;

2° que la nouvelle technologie de la pose de prothèses sur implants telle que décrite à l'article 8.4 du projet de loi soit reconnue comme faisant partie de l'article 6, section 4 de la Loi sur la denturologie qui reconnaît dans les actes constituant l'exercice de la denturologie la pose de prothèses dentaires amovibles qui remplace la dentition naturelle;

3° le retrait pur et simple des annexes I et II du projet de loi que la FNACQ juge n'être d'aucune utilité et plutôt embarrassantes pour le public et qui ne comportent aucune justification réelle en termes de prévention et de protection;

4° que le ministre responsable de l'application des lois professionnelles réexamine les recommandations faites dans le rapport de la commission Rochon sur la nécessité de procéder à la réforme du système professionnel et qu'il prenne les dispositions nécessaires pour que cette réforme ait lieu dans les meilleurs délais.

Je vais maintenant passer la parole à mon collègue Roger Beaudoin qui va expliquer ce que signifie cette quatrième recommandation.

M. Beaudoin: Lorsqu'on dit, par exemple, que le formulaire pour nous ce n'est pas vraiment intéressant et que les denturologistes pourraient continuer à poser des prothèses amovibles sur implants, à ce moment-là, on peut se poser la question: Oui, mais quel genre de protection du public la FANCO, vous comme association de consommateurs et de consommatrices, vous désirez développer? À ce titre, j'ai donné tout à l'heure des copies de deux petits textes dont l'un s'intitule "Pour une réforme des corporations professionnelles et de l'Office des professions" présenté par l'ACEF de Québec. C'est daté de mars 1987. On est en train d'actualiser ce dossier-là, mais je peux vous dire déjà que, en gros, ça va être notre position prochainement dans le cadre des ajustements promis par le gouvernement du Québec pour améliorer le système de traitement des plaintes au sujet des corporations professionnelles. Il y a aussi un petit texte de deux pages qui résume à toutes fins pratiques nos propositions.

Nous estimons, si le système de traitement des plaintes au sujet des corporations professionnelles... Évidemment, on parle de certaines corporations professionnelles aujourd'hui, mais on pourrait parler de beaucoup de corporations et, tout à l'heure, le ministre parlait de personnes et que dans chaque profession, dans chaque métier il peut y avoir des gens dits incompetents ou en tout cas qui ne sont peut-être pas incompetents mais qui parfois font des erreurs comme tout le monde. Nous, ce qu'on estime, c'est que, si le système de traitement des plaintes concernant les corporations professionnelles et aussi le rôle de l'Office des professions étaient davantage tournés vers l'intérêt du public, l'intérêt des consommateurs et si il y avait certains correctifs

d'apportés à ce qui existe actuellement où on a l'impression et le public aussi a l'impression que l'Office des professions mais surtout les corporations professionnelles sont surtout là pour défendre l'intérêt de leurs membres, sauf que, en principe, ils doivent défendre aussi l'intérêt du public...

Il y a différentes choses qu'on voudrait mettre de l'avant. Par exemple, fondamentalement, le rôle de l'Office des professions du Québec devrait être beaucoup plus orienté vers la protection du public ou l'intérêt des consommateurs et des consommatrices. Il devrait avoir un rôle très actif de soutien des personnes qui déposent des plaintes, non pas tant pour nuire aux professionnels qui font bien leur travail que pour identifier, pour prévenir des situations qui peuvent être difficiles. Aussi, par exemple, que les mécanismes prévus, comme la réception des plaintes par le syndicat, ou encore que les comités de discipline soient renforcés, entre autres, par la présence de représentants de consommateurs qui pourraient être choisis sur des listes suggérées par les associations de consommateurs et de consommatrices. Évidemment, il faudrait ajouter une plus grande publicité auprès du public sur le rôle de l'Office des professions du Québec, sur le rôle des corporations professionnelles, sur le rôle aussi des comités de discipline.
(17 heures)

On ne pense pas qu'il y ait tant, tant et tant de problèmes dans le système, mais il y a beaucoup de gens qui ont vécu des problèmes, qui ont été insatisfaits de certains services et qui ne se sont pas plaints parce que, selon les études réalisées en 1980 par l'Office des professions du Québec et par l'Office de la protection du consommateur, et, depuis ce temps, dans notre vécu, quand on reçoit des plaintes chez nous ou quand il y a des sondages malheureusement moins complets, il se révèle que le public n'a pas tant confiance dans ces mécanismes de plaintes et a l'impression qu'il y a comme un débalancement de pouvoirs, à savoir que les professionnels sont beaucoup plus forts que les simples consommateurs. Si on allait dans le sens d'améliorer le rôle de l'Office des professions, le système de traitement des plaintes, etc., on n'aurait pas tout réglé, mais on aurait déjà développé des mécanismes qui permettraient de détecter les personnes qu'on pourrait dire incompetentes ou les personnes qui, parfois, font des erreurs... C'est normal et il faut tout simplement ajuster et leur envoyer des signaux très importants, leur dire de se recycler, d'améliorer leur pratique, etc., et, dans d'autres cas évidemment plus graves, d'aller plus loin. Si ce système-là était plus solide, si la population avait plus confiance en elle, si les associations de consommateurs et de consommatrices étaient d'une certaine manière alliées à ce système-là, on pense qu'il y aurait davantage de protection du public dans tout le système, particulièrement

dans le domaine de la santé qui, peut-être, est le domaine le plus sensible pour beaucoup de gens dans la population.

Au printemps, il y a eu un cas touchant les médecins - il y a des cas qui touchent les dentistes parfois aussi, etc., mais peut-être en moins grand nombre - qui a montré que, effectivement, il y avait de gros problèmes dans le système. Le ministre, M. Raymond Savoie, avait d'ailleurs rencontré Mme Patricia Bisson qui n'était pas bien vue, entre autres, par M. Augustin Roy, le président de la Corporation des médecins, mais il en avait été question et il avait été annoncé qu'il y aurait des ajustements cet automne ou, en tout cas, très bientôt, dans le système des plaintes. Nous, on voulait certainement en parler aujourd'hui brièvement. Ce n'est pas le sujet principal de la rencontre d'aujourd'hui, mais, pour nous, c'est une piste de solution qui devrait se mettre en place bientôt.

D'autre part, c'est un peu dommage que Mme Anne-Marie Morin n'ait pas pu venir aujourd'hui, parce qu'elle nous a raconté à notre dernière réunion du Comité santé... C'est une personne qui a eu une mauvaise expérience de pose de prothèses amovibles avec un dentiste. Cela dit, ce n'étaient pas sur implants. Cela ne veut pas dire que les dentistes ne sont pas capables de faire ce travail-là, mais, dans son cas, c'était ça. Elle a eu une mauvaise expérience et ça n'a pas été très très agréable. Entre autres, cette personne n'avait pas beaucoup d'argent; elle a enduré son mal pendant bien longtemps et, un jour, elle est allée voir un autre dentiste et ce dentiste lui a dit: Comment as-tu fait pour endurer ça? Ça n'a pas de bon sens, cette affaire-là, etc. On va régler ça. Dans le dernier cas, ce dernier dentiste collaborait étroitement avec un denturologiste. Ça ne veut pas dire que ce n'est pas toujours ça qu'il faut, mais on peut dire que son témoignage aurait été intéressant parce que, dans son cas, ça a réglé tous ses problèmes et à un prix qui a eu du bon sens selon son budget. Nous, effectivement, ce qu'on préconise beaucoup et énormément, c'est la collaboration interprofessionnelle, que ce soit chirurgien buccal, dentiste ou denturologiste, et on espère que la compétition pour les parts du marché n'aille pas aussi loin qu'à un moment donné l'intérêt du public en pâtisse. C'est un peu notre perception de ce qui se passe actuellement entre les dentistes et les denturologistes.

La Présidente (Mme Hovington): Merci.

ML Beaudoin: Alors, grosso modo, c'est un peu ce qu'on avait à dire pour le moment. On va attendre vos questions et, possiblement que Mme Micheline Ouellette, qui est membre bénévole du Comité santé, mais qui a aussi fait de la recherche pour ce dossier pourrait être amenée à répondre aussi. Je vous remercie de votre attention.

La Présidente (Mme Hovington): Merci. M. le ministre, c'est à vous.

M. Savoie: Oui, merci, Mme la Présidente. Je voudrais vous remercier de votre participation. Je peux vous assurer que plusieurs de vos recommandations arrivent comme un vent frais dans une situation qui est plutôt difficile.

D'abord, je voudrais vous remercier pour votre intervention en ce qui concerne la réforme de l'administration de la discipline à l'intérieur des corporations professionnelles. Vous pouvez être assurés qu'on va y donner suite et, effectivement, l'engagement qui a été pris va être respecté. Nous allons revoir la situation; c'est déjà en marche et nous allons arriver avec des recommandations. Je suis certain que nous aurons l'occasion de discuter à nouveau de l'orientation que nous donnons au dossier de la discipline et, je le pense, à votre satisfaction. Je pense que vous allez être agréablement surpris.

Si nous revenions à nos oignons, plus spécifiquement. Vous demandez le retrait des annexes en disant: Le certificat de santé buccale n'a pas fonctionné, cela ne fonctionnera pas non plus. En conséquence, ce n'est pas nécessaire. On pourrait peut-être modifier ça en introduisant dans la Loi sur les denturologistes, par exemple, l'obligation pour les denturologistes, lorsqu'ils constatent une anomalie, lorsqu'ils suspectent une anomalie de quelque nature que ce soit, d'aviser leur client de consulter un dentiste.

Deuxièmement, vous demandez aussi le retrait de l'article 8.4 du projet de loi. Donc, l'abolition de l'article 7 et puis, finalement, l'abolition de 8.4 dans le projet de loi. C'est exact?

Mme Pilon: Oui. C'est ça.

M. Savoie: Alors, ça veut dire pour le projet de loi que vous êtes d'accord quand même avec les alinéas 1, 2, 3 et 5. C'est ça?

Mme Ouellette (Micheline): Oui.

M. Savoie: Oui. Ça ne présente pas de difficulté pour vous.

Vous savez concernant le certificat de santé buccale, que tout le monde est d'accord pour dire la même chose. Vous comprendrez que, si nous introduisons dans l'article 7 la notion d'annexe, cela repose, me dit-on de la part de l'Office des professions, sur une volonté de protéger le public. C'est justement ce qu'on cherche à faire en faisant très clairement apparaître au client que, effectivement, le denturologiste a un champ de pratique, bien sûr, assez large en matière de fabrication de prothèses, de dentiers, mais que, par contre, il doit quand même avoir consulté un médecin ou devrait consulter un médecin avant de faire procéder à un travail auprès du denturologiste.

C'est pour ça que toute la question des annexes est revenue et a été présentée à plusieurs reprises.

Alors, selon vous, ces annexes-là ne protègent d'aucune façon le client qui se présente chez un denturologiste.

Mme Ouellette: Pour nous et l'analyse qu'on en a faite, c'est que les arguments qui ont été soulevés ne résistent pas à l'analyse en matière de protection et de prévention du fait que, le certificat de santé buccale, depuis 1974, personne ne respecte cette loi-là et que la signature de la confirmation ne nous apparaît que comme une formalité, parce que ce n'est pas un acte médical. À ce moment-là, le client pourrait dire: Je n'ai pas vu de dentiste, et signer l'avis. À ce moment-là, l'avis où on recommande fortement à la personne que c'est important de consulter un dentiste, elle pourrait aussi bien signer cet avis que ne pas le signer mais, pour nous, ça n'a pas de valeur médicale en soi.

M. Savoie: Enfin...

Mme Ouellette: Notre point de vue là-dessus, c'est que le denturologiste peut déceler sans faire de diagnostic, parce qu'on sait que le dentiste, c'est lui qui fait le diagnostic. Mais il nous semble que le denturologiste, dès qu'il décele une anomalie dans la bouche à quelque moment que ce soit, sans qu'il soit limité par une prescription de temps, comme c'est indiqué dans la confirmation, à 12 mois, dès qu'il se rend compte qu'il y a une anomalie dans la bouche, réfère son client à un dentiste ou, de la même façon, le dentiste va référer un client qui... Moi, j'ai fait quelques téléphones chez des dentistes et des denturologistes pour comprendre la situation. Un dentiste me disait: Bien, si une personne avait des taches blanches dans la bouche, par exemple, il le référerait à son médecin, parce qu'il se disait être sur la première ligne de dépistage du sida entre autres.

Cet aspect-là, c'est sûr que c'est un aspect qui est vu comme de la prévention, mais il nous a semblé dans l'analyse qu'on a faite du projet, que les denturologistes comme les dentistes... C'est sûr que les denturologistes n'ont pas autant de temps au niveau de la connaissance des maladies, des pathologies, mais déceler des anomalies dans la bouche, ce n'est pas poser un diagnostic et c'est de l'ordre de la compétence de n'importe quel professionnel de la santé de toujours référer le client quand ce n'est plus de son domaine. Dans le code de déontologie des denturologistes, aux articles 6 et 7, on dit bien: Avant d'accepter de rendre ses services professionnels à un patient, le denturologiste doit tenir compte des limites de ses aptitudes, de ses connaissances ainsi que des moyens dont il dispose. Il ne doit pas, notamment, entreprendre des travaux pour lesquels il n'est pas suffisam-

ment préparé sans obtenir l'assistance nécessaire. Alors déjà, on reconnaît dans cet article de loi, quand même, que dès que le professionnel reconnaît que ce n'est pas de son champ de compétence, il réfère le client à un autre professionnel. De la même façon, à l'article 7: Le denturologiste doit consulter un confrère ou un membre d'une autre corporation professionnelle ou diriger le patient vers l'une de ces personnes, lorsque l'intérêt du patient l'exige et que ce dernier y consent.

Alors, il nous apparaît que, déjà, dans le code de déontologie, on reconnaît cette compétence et que la compétence, ce n'est pas avec des lois qu'on va chercher la compétence, mais peut-être avec un bon système de traitement des plaintes, efficace et crédible, qui ferait vraiment en sorte d'assurer un niveau d'efficacité dans les corporations professionnelles et les services.

M. Savoie: Oui. L'argumentation qui est utilisée pour l'examen par un dentiste, c'est que, d'une part, ce n'est pas toujours apparent, ce n'est pas toujours évident. D'autre part, lorsqu'il y a des situations, surtout lorsqu'on parle de prothèses partielles, à ce moment-là, la situation risque de devenir beaucoup plus complexe, puisqu'il y a des dents dans la bouche, puisqu'il y a une situation qui demande, par exemple, des questions d'ordre de tact, des situations qui ne sont pas visibles. On pensait, au niveau de l'argumentation toujours, que la nécessité de consulter un dentiste ou tout au moins de les aviser de cette obligation serait dans l'intérêt du citoyen ou de la citoyenne qui se présentent chez un denturologiste pour recevoir un traitement, par exemple, pour un partiel ou un dentier.

Mme Ouellette: O.K. C'est parce qu'il y a peut-être deux volets. Le premier volet, c'est peut-être avec des signes d'abcès ou de rougeurs ou des taches, le côté **symptomatique** d'une maladie...

M. Savoie: Oui.

Mme Ouellette: ...ou d'une infection. Et il y a peut-être un autre volet qui est tout le volet de la pratique technique de deux champs de compétence, de deux travaux différents. Ces domaines-là, pour nous, on ne s'est pas vraiment attardé à leur **technicalité**. On a beaucoup étudié la question du point de vue de la protection du client face au dépistage d'anomalies. Mais il nous semble que, la compétence des professionnels de la santé, quel que soit le professionnel, ils doivent être naturellement en mesure, et je pense que c'est ça qu'ils font aussi actuellement, de référer à la bonne personne dès que ce n'est plus de leur champ de compétence.

M. Savoie: Oui, c'est ça. Toujours est-il qu'il faut que ce soit évident. Il faut que ce soit

manifeste.

Mme Ouellette: Vous voulez dire que ce soit manifeste, c'est-à-dire dès que lui reconnaît que ce n'est pas de sa compétence?

M. Savoie: Oui.

Mme Ouellette: Donc, quant au certificat de santé buccale, dans le fond, depuis 1974 jusqu'à 1990, personne ne s'est plaint et il faut croire que ça n'a pas eu tant d'effets négatifs que ça. Mais, du point de vue du consommateur, imposer systématiquement un certificat de santé buccale, quand ce n'est pas nécessaire et que cela a des coûts de 20 \$ à 60 \$, ce n'est peut-être pas nécessaire dans tous les cas d'appliquer une mesure aussi systématique, c'est-à-dire que le denturologiste, comme le dentiste, est toujours en mesure de référer dès qu'il voit que ce n'est plus de son champ de compétence.

M. Beaudoin: J'ajouterais peut-être une couple de détails. C'est que, abstraitement, ça pourrait peut-être marcher les deux formulaires, mais il y a grosso modo comme deux dangers. Ou bien ça va être banalisé en termes d'administration. À un moment donné, les consommateurs et les denturologistes vont prendre ça comme une formalité qui n'aura plus de sens. L'autre possibilité, c'est que le consommateur, la consommatrice prennent ça très au sérieux et cela a comme à peu près seul impact que le consommateur s'en aille chez le dentiste et, chez le dentiste, comme cela a été dit plusieurs fois, finalement, le denturologiste ne voit plus son client parce qu'une fois chez le dentiste, il va rester là.
(17 h 15)

Donc, supposons que le certificat de santé buccale - appelons-le à peu près comme ça - soit payé par l'assurance-maladie, à ce moment-là, ce serait une chose à laquelle tout le monde aurait accès sans trop de complication, tout simplement pour des raisons d'hygiène publique; ce serait déjà intéressant. Deuxièmement, supposons - mais ce n'est pas le cas et ce n'est peut-être pas souhaitable - que les dentistes ne posent pas de prothèses amovibles, dans ce cas-là, il n'y aurait pas nécessairement le problème de parts du marché entre deux corporations. À ce moment-là, ce serait, encore là possiblement, intéressant. Le problème, c'est qu'en allant chez le dentiste et en restant là, le consommateur, la consommatrice perd sa liberté de choix vis-à-vis de deux professionnels qui pourraient lui rendre service. Et aussi, au niveau des coûts, il y a une différence, quand même. Donc, c'est là le problème grosso modo.

M. Savoie: Oui, je pense qu'on saisit l'élément assez bien. D'ailleurs, ça m'a été présenté à plusieurs reprises sous cet angle-là.

Toutefois, vous comprendrez que, comme ministre responsable, lorsqu'on reçoit de la part de l'Office des professions une représentation qui nous dit: Écoutez, notre rôle premier, c'est vraiment la protection du public... Et, évidemment, c'est mon premier souci, qui dépasse largement tous les autres. C'est d'ailleurs là-dessus que je vais trancher cette question-là, sur la question de la protection du public. On me dit que le denturologiste dont la compétence est reconnue en matière de dentiers, de prothèses... Là-dessus, il faut que ce soit très clair... On me dit que, lorsque le client se présente chez un denturologiste, compte tenu du fait que le denturologiste ne peut pas porter de diagnostic, compte tenu du fait aussi que tout n'est pas apparent, tout n'est pas évident, surtout dans les cas de partiels - je l'ai souligné tout à l'heure, la question des prothèses partielles, même amovibles, ce n'était pas du tout clair dans le projet de loi 73 et aujourd'hui, c'est clair, on va le permettre - compte tenu aussi du fait - il faut quand même le dire - que, au niveau de la protection du public, les plaintes qui sont déposées auprès de l'Ordre des denturologistes sont quand même assez élevées... L'ensemble de ces éléments fait en sorte qu'on veut assurer que le public soit protégé le mieux possible et c'est l'argumentation qu'on utilise. Et vous êtes le seul groupe de consommateurs qui nous rencontre dans le cadre de cet examen et vous nous dites: Ça ne donne même rien de prétendre le faire, parce que ce ne sera pas respecté, de un, et, de deux, ce n'est pas nécessaire d'aviser la personne qui se présente chez un denturologiste puisque, de toute façon, les denturologistes ne respecteront pas... ou les dentistes... Ça ne conduit pas à une bonne entente entre les deux. J'ai de la difficulté avec ça parce qu'il y a la personne à qui je pense quand je pense à ces annexes-là. Je pense, par exemple, à une citoyenne, à un citoyen qui a 50 ans, qui a très rarement vu un dentiste ou un denturologiste et qui, pour la première fois de sa vie, doit faire appel à quelqu'un. Il va se présenter comme ça, peut-être sans avoir rencontré un dentiste ou un denturologiste depuis moult années et là, c'est ça, il est sur sa chaise. Est-ce que l'État ne doit pas aviser ou au moins donner l'obligation au denturologiste d'aviser: Écoutez, bien sûr, on est compétent pour vous recevoir, bien sûr, on va vous donner un traitement, mais on pense quand même, compte tenu de votre situation, qu'une visite chez le dentiste s'impose?

Mme Ouellette: C'est parce qu'il y a une contradiction. En même temps qu'on dit que le certificat de santé buccale ne sera plus obligatoire, on le présente sur un formulaire, une formule que la personne signe et, à défaut, un avis, et la personne peut aussi bien signer le formulaire et qu'elle n'ait pas vu de dentiste. Elle peut aussi bien signer l'avis en répétant le

même procédé qui s'est fait depuis 1974, c'est-à-dire que ce n'est pas plus utile de le respecter, parce que personne ne l'a respecté et c'est pour ça qu'on est là aujourd'hui.

M. Savoie: Oui.

Mme Ouellette: Personne ne l'a respecté depuis 1974. Alors, le formulaire, il pourrait être aussi bien dit, à un moment donné, une simple formalité qu'on démystifie, parce qu'on sent que, dans le fond, c'est une lutte de champs de compétence qu'on essaie de s'approprier, et le signer tout simplement. Nous, ce qu'on dit, c'est que ça ne garantit pas la protection, parce qu'il n'y a personne qui va aller vérifier ou qui va contrôler.

M. Savoie: Non.

Mme Ouellette: Est-ce que, vraiment, le client qui a signé le formulaire...

M. Savoie: C'est exactement ça, le point. C'est justement ça et c'est là qu'il me semble que ce que l'Office des professions me propose nous rejoint en nous disant: Au moins, on aura exécuté le minimum. Le minimum, c'était d'aviser le citoyen ou la citoyenne que, effectivement, il devrait y avoir quelque part dans le portrait une rencontre avec un dentiste pour faire un examen et poser un diagnostic serré. Finalement, je suis un petit peu comme vous, dans le sens que je ne veux pas nécessairement imposer au citoyen le choix du professionnel. Je ne veux pas non plus imposer des démarches qui sont inutiles au citoyen, mais il me semble... La question est très fine, vous voyez la nuance. Le citoyen ou la citoyenne qui a 50 ans, ça fait 10 ou 12 ans qu'il n'a pas vu un dentiste ou un denturologiste, il se présente pour la première fois, il me semble que, comme denturologiste, une recommandation de consulter un dentiste serait de mise. Le denturologiste peut s'abstenir, mais je me demande si, dans ce contexte-là, on protège le public. Je me demande si, effectivement, l'obligation de dire au client: Tu dois avoir consulté un dentiste quelque part dans les 12 derniers mois pour être certain que ce qui n'est pas apparent n'est pas dommageable pour ta santé buccale, et, deuxièmement, avant de procéder à un traitement par le denturologiste, voir si ce ne serait pas en quelque sorte normal d'au moins le souligner, sans dire, compte tenu de la situation que le denturologiste va perdre son client, ce que je ne voudrais pas, mais au moins de lui dire: Écoute... Un caveat, en bonne et due forme.

Mme Ouellette: Je vous suis dans votre raisonnement, dans le sens qu'avec le formulaire, le client est vraiment informé de... c'est-à-dire informé de la loi, alors qu'avant ça, peut-être qu'il n'était pas informé, parce qu'on omettait de

l'informer. Mais, ça n'assure pas pour autant que le public va être protégé, c'est-à-dire qu'on se "désresponsabilise" quelque part. On se dit: Le client a signé le formulaire, alors je ne prends pas plus soin de... mais au moins, nous, on est assuré que le client a reçu l'information. Ça ne nous apparaît pas sérieux, quand on parle de prévention et de protection; je veux dire la façon de présenter ce formulaire et cet avis ne nous convainc pas.

M. Savoie: Aussi curieux que cela puisse paraître, l'Office des professions, M. Mulcair, entre autres, me souligne que c'est justement dans le contexte du rapport Rochon qu'on introduit les annexes. C'est l'élément de responsabilisation qui était contenu dans le rapport Rochon et c'est un peu aussi vos recommandations lors de la tenue... C'est pour ça qu'il y a un petit peu une difficulté qu'on devra aplanir.

Mme Ouellette: C'est-à-dire pas sous cette forme-là. C'est sûr que, la protection du public, pour nous, cela a toujours été un meilleur système de traitement des plaintes, en tout cas pour ce qui est de la FNACQ et de l'ACEF, le Comité de santé conjoint, mais, en fin de compte, entre choisir cette solution de la confirmation de l'examen ou de l'avis et choisir l'autre côté et dire: Allons-y dans le sens de ce que la Loi sur les services de santé et les services sociaux actuelle prévoyait depuis 1972, 1973, depuis la commission Nepveu, c'était qu'il y ait beaucoup plus de collaboration interprofessionnelle. C'est dans ce sens-là qu'on le voit plutôt.

Ça, c'est une façon de faire. Il y aurait aussi peut-être l'autre façon qui serait de vraiment regarder ce qui se passe au niveau des dentistes et des denturologistes qui travaillent conjointement dans les mêmes cliniques et pourquoi ça fonctionne. Ça fonctionne déjà. Moi, ce que j'ai fait quand j'ai commencé à étudier le problème, j'ai fait des téléphones. Finalement, là où j'ai eu une très bonne réponse et une compréhension du problème, c'était là où les dentistes et les denturologistes travaillaient conjointement, en collaboration, ensemble. Dès qu'on touchait les dentistes ou les denturologistes tout seuls, la question du certificat de santé buccale n'était pas du tout soulevée. À un moment donné, j'ai même simulé un client qui appelle un denturologiste et on ne m'a jamais parlé de certificat de santé buccale.

D'autre part, chez les dentistes, on m'a dit: Le certificat de santé buccale, on n'en émet pas. On fait des prothèses. Alors on voit où se place vraiment le débat. Et, dans ce sens-là, je pense que les intentions, les réelles intentions de protection du public, c'est qu'on se mette vraiment à la place du public consommateur.

Le fait qu'il soit informé, moi, je vois ça comme une approche plutôt menaçante alors que

l'approche de favoriser une maturité dans les comportements entre les professionnels qui doivent travailler ensemble me semble, en tout cas, beaucoup plus...

M. Savoie: La collaboration est beaucoup plus intéressante.

Mme Ouellette: Pardon?

M. Savoie: La collaboration est toujours beaucoup plus intéressante.

Mme Ouellette: Oui.

M. Savoie: Une dernière question. Est-ce que vous avez contacté des citoyens qui portent des implants fixes? Des implants plutôt?

Mme Ouellette: Non, malheureusement, je n'avais pas de liste de personnes, une clientèle que j'aurais pu... Ça aurait été difficile de faire ce travail-là, parce que j'avais quand même un temps limité. On devait déposer le mémoire le 6 août. Alors, malheureusement. Quand même on avait quelqu'un du Comité santé qui aurait pu venir témoigner sur le service, mais pas sur les implants. Sur les implants, on n'a aucun témoin, aucune recherche de personnes qui auraient eu une expérience avec la pose de prothèses sur implants.

M. Savoie: Est-ce que vous avez été présents pour l'ensemble des présentations des mémoires aujourd'hui? Est-ce que ça été possible pour vous?

Mme Ouellette: Non.

M. Savoie: Je sais que vous êtes bénévole et que vous avez beaucoup de choses.

Mme Ouellette: Non, je n'étais pas disponible cet avant-midi. Par contre, j'ai assisté à la dernière présentation.

M. Savoie: Oui. Et est-ce que vous allez continuer à suivre... Est-ce que c'est possible pour vous de suivre la commission? Est-ce que vous devez, à ce moment-là, vous fier aux transcriptions?

Mme Ouellette: Vous demandez si je suis disponible...

M. Savoie: Oui.

Mme Ouellette: ...pour suivre...

M. Savoie: Pour continuer à écouter les mémoires qui vont être déposés.

Mme Ouellette: Aujourd'hui et demain?

M. Savoie: Oui, c'est ça.

Mme Ouellette: C'est que demain après-midi j'ai un cours à l'Université Laval. J'ai déjà manqué un cours cet après-midi, parce que j'ai dû me présenter pour répondre aux questions.

M. Savoie: D'accord.

M. Beaudoin: Je ne crois pas que ça soit possible non plus pour les personnes, si vous voulez, permanentes ou qui travaillent à l'ACEF de Québec et à la FNACQ, parce qu'on a malheureusement trop de dossiers en même temps à travailler - ce que d'ailleurs, peut-être, vous connaissez vous aussi. D'autre part, plusieurs personnes impliquées sont des personnes bénévoles et ne sont pas nécessairement disponibles à des horaires comme celui de la commission. Mais on va suivre ça dans les journaux et on va demander à certaines personnes qui suivent ça de près, de nous faire rapport des autres groupes qui vont passer ici.

M. Savoie: Comme de vous transmettre, par exemple, la transcription...

M. Beaudoin: Oui, ça serait intéressant.

M. Savoie: Oui, c'est ça. Mais vous recevez, je pense, normalement la transcription sur demande.

M. Beaudoin: Pas nécessairement...

M. Savoie: Non.

M. Beaudoin: ...mais on va s'organiser pour celle-ci, pour la recevoir.

M. Savoie: C'est intéressant, parce que comme je vous l'ai souligné tout à l'heure...

La Présidente (Mme Hovington): En conclusion, M. le ministre.

M. Savoie: Bien, très rapidement, j'ai été intéressé par votre présentation. Évidemment toute la question de l'abolition de l'article 7 soulève beaucoup d'intérêt et ça va nous forcer certainement à reconsidérer notre position. Suite à votre intervention, on va être obligé de s'asseoir et de regarder ça de nouveau à la lumière des discussions que vous nous avez présentées et aussi à la lumière également de la documentation de l'Office des professions pour voir si, effectivement, la notion de protection du public peut survivre suite à l'abolition de l'article 7.

Et pour ce qui est de votre temps et de vos efforts, je vous remercie beaucoup. Je sais que c'est particulièrement difficile de trouver le temps de présenter un mémoire, de faire les

téléphones et je vous en félicite. Je vous remercie encore.

La Présidente (Mme Hovington): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Chicoutimi.

Mme Blackburn: Mme la Présidente, je partage l'avis du ministre à l'effet que c'est rafraîchissant d'entendre des gens qui sont de l'extérieur de ce débat et je rejoins un peu la préoccupation de l'ACEF lorsqu'elle parle du nouveau rôle qui devrait être confié à l'Office des professions, relié davantage à la protection du consommateur. Si je comprends l'ACEF, c'est qu'elle a l'impression que l'Office est davantage préoccupé de protection des professions. Ce n'est pourtant pas le cas cependant, normalement, avec la connaissance que j'ai de la loi. Mais les propositions de l'ACEF, soit dit en passant, sont intéressantes et il faudrait un jour - le ministre pourra le faire sans doute, je sais qu'il est intéressé également à ces questions-là - se pencher...

(17 h 30)

M. Beaudoin: Peut-être juste une précision sur ça. C'est que l'Office des professions peut, dans certains cas, faire un bon travail, un peu, de surveillance du système, mais dans plusieurs cas, entre autres, de gens qui ont déposé des plaintes au sujet des corporations professionnelles, l'Office, pour toutes sortes de raisons, a eu tendance à laisser aller ça aux corporations. On dit qu'un des rôles de l'Office devrait être d'être un peu plus "proactif" dans son rôle de protection du public ou de défense des intérêts des consommateurs et qu'il y aurait des choses à améliorer, à bonifier, à changer. Il y a quelques propositions dont je parlais tantôt. Mais cela dit, ça n'empêche pas que, effectivement, l'Office, à des moments donnés, sur certains dossiers, peut faire du très bon travail. Nous, ce qu'on voudrait, c'est qu'il le fasse un peu plus dans le sens de ce dont on parle.

Mme Blackburn: Je pense que vous avez raison, plus particulièrement qu'on a eu l'occasion d'échanger là-dessus en ce qui a trait au traitement des plaintes et à la transparence au sein de certains organismes et de certains comités de discipline. Ça, j'y reviens chaque fois que c'est possible, parce qu'au moment où on a modifié le Code des professions, on aurait dû prévoir que, sauf exception, toutes les audiences étaient publiques et non pas ce qu'on a prévu. Il y a une espèce de disposition qui fait que, pour certaines corporations professionnelles, au moment où on entend les plaintes, c'est encore à huis clos. Les médecins... Ça a été changé, mais dans la pratique... La pratique ne s'est pas accordée. Vérifiez avec...

M. Savoie: Avec ce qu'il dit, je pense que vous allez voir que...

Mme Blackburn: Je sais qu'on a parlé de vous...

M. Savoie: ...la perception est un peu...

Mme Blackburn: ...au moment où on modifiait la Loi sur le Barreau.

M. Savoie: Oui, oui.

Mme Blackburn: Et ça n'était pas aussi évident que c'était aussi transparent et que le huis clos était levé dans la majorité des cas et non pas l'inverse.

M. Mulcair: Tom Mulcair, président de l'Office des professions. Deux petits éléments en réponse. Ça fait partie de ce que nous sommes en train d'analyser...

Mme Blackburn: Oui.

M. Mulcair: ...à la demande du ministre. Notamment la parution d'un rôle, d'une liste des causes qui vont être entendues. Ça, c'est évident que c'est une chose de dire que c'est ouvert, mais si personne ne sait où ça se tient, ce n'est pas tellement ouvert.

L'autre aspect en ce qui concerne le huis clos, c'est vrai qu'en 1988, on a modifié le code pour prévoir, comme règle générale, l'ouverture. Et, effectivement, sur les 550 causes entendues l'année dernière, il y a eu dix cas de huis clos et, normalement, c'est quand ça concerne des matières purement personnelles pour un individu qui risque d'être compromis, donc des notions d'ordre public.

Mme Blackburn: Et les dix cas, c'était pour quels organismes?

M. Mulcair: Cinq sur les dix sont chez les médecins.

Mme Blackburn: Voilà. Je ne voudrais pas distraire l'attention d'une partie des débats sur cette question-là, on aura l'occasion d'y revenir. Moi je voudrais revenir à l'annexe, aux annexes I et II du projet de loi. L'argumentation du ministre, c'est de donner un minimum d'information à la population sur ce qu'elle devrait faire, aux clients des denturologistes. Cependant la lecture de l'annexe m'amène à penser que c'est une façon - j'ai été étonnée d'ailleurs de la réaction des denturologistes - de "désresponsabiliser" les denturologistes. Prenez le patient qui signe: Je n'ai pas vu le dentiste à l'intérieur des 12 mois, mais je veux quand même que tu me fasses un partiel. D'accord? Le denturologiste dit: Bien, il l'a signé. S'il a des problèmes avec ses dents, ce n'est pas ma faute. Il me semble qu'on a l'effet contraire de l'effet recherché. Moi, être denturologiste, j'aurais dit...

M. Savoie: Oui, mais c'est parce que vous ne pouvez pas l'avoir des deux côtés, il faut bien s'entendre.

Mme Blackburn: Moi, être denturologue...

M. Savoie: Vous pouvez gagner sur un côté, mais vous ne pouvez pas gagner sur les deux côtés.

Mme Blackburn: Être denturologue, j'aurais dit oui tout de suite, moi. C'est pour ça que ça m'a étonnée, lorsqu'ils ont réagi...

M. Savoie: Oui.

Mme Blackburn: ...parce que c'est une certaine forme de protection pour eux. Ils ne sont plus responsables des problèmes que pourrait poser l'adaptation de prothèses partielles...

M. Savoie: Oui.

Mme Blackburn: ...parce que le patient n'a plus la responsabilité.

M. Savoie: Oui, oui.

Mme Blackburn: Mais je ne suis pas sûre qu'on ait bien évalué ça.

M. Savoie: Vous arrivez et vous dites, comme d'autres vont dire, si on ne fait rien...

Mme Blackburn: Oui, oui.

M. Savoie: Supposons qu'il n'y ait absolument aucune indication autre qu'une disposition dans la loi pour que le denturologue avise verbalement le client d'aller voir un dentiste, cette obligation, à ce moment-là, est purement verbale. Finalement, est-ce qu'il y a, dans cette démarche, une protection adéquate du public? Certains vont dire oui et je veux bien les croire. Mais d'autres vont dire non, parce que, effectivement, à ce moment-là, on n'exerce pas de contrôle et la protection du citoyen... C'est toute la question de la protection du public. Est-ce que, par exemple, en devenant plus formaliste, avec un écrit, en recommandant à un Ordre professionnel de denturologistes de dire: Effectivement, lorsque votre client vient vous voir et si c'est la première fois depuis longtemps qu'il n'a pas vu un dentiste, de le souligner en lui imposant un écrit à ce moment-là... Je me demande si on ne remplit pas mieux notre mandat au niveau de la protection du public ou si, effectivement, on ne s'embarque pas tout simplement dans un paquet de papiers qui sont inutiles comme l'a suggéré tout à l'heure l'Association des denturologistes.

Mme Blackburn: Moi, je reviens à ce que je

disais au départ. Je suis heureuse de vous voir là et je dois dire que je partage un peu pas mal la lecture que vous faites. La perception qu'on a - et ce n'est pas la première fois, je le rappelle, chaque fois qu'on rencontre des corporations professionnelles quelles qu'elles soient, c'est toujours de trancher entre ce qui est des intérêts des particuliers et des intérêts du public - moi, tout ce que je cherche c'est l'intérêt du public. Je vous jure que, là, il semble qu'il va falloir fouiller longtemps. Mais on peut se baser sur un certain nombre d'informations pour nous donner l'heure juste là-dessus et une association comme la vôtre nous donne un éclairage qui est intéressant.

Quand on parle de législation et du rôle de législateur j'ai toujours pensé que la responsabilité des législateurs, c'était de s'assurer que les professionnels du niveau technique, des métiers, mais aussi tous les professionnels, ceux qui exercent une profession, aient les compétences pour ce faire. Ça, c'est la responsabilité de nos maisons publiques d'enseignement, donc du législateur qui définit les programmes. La responsabilité du législateur également et de l'Office des professions, c'est d'assurer une solide information mais, ensuite, c'est à la personne de choisir. On ne peut pas la considérer comme étant dans un état d'infantilisme permanent. De toute façon, vous voyez ce qu'ils ont fait par rapport au certificat. Les gens ne sont pas allés. L'autre chose que je prends toujours en considération quand on examine des projets de loi, le législateur généralement dans sa sagesse choisit de s'adapter à la pratique et non pas de la précéder. On sait ce que ça donne pour l'avortement, dans des...

Il y en a qui voudraient vraiment qu'on légifère vite et qu'on reconnaisse, alors qu'on sait que, dans la pratique, les mentalités ne sont pas faites. Le législateur sage généralement s'adapte à la pratique plutôt que d'essayer de la précéder. Dans ce sens-là, il y a toujours une sagesse à laisser se placer les choses un peu. Là, on fait face à une situation nouvelle qui s'appelle les implants. J'ai réalisé que ce n'était pas aussi avancé et aussi à point que je l'avais pensé, je dois dire à ma grande surprise. Je suis en train de me demander, on pourra y réfléchir: Est-ce qu'il faut se lancer à plat ventre là-dedans tout de suite? Mais c'est une autre question. Ce que j'ai apprécié et ce sur quoi j'aimerais vous entendre, vous, vous faites le pari qu'une fois informé, j'ai cru comprendre, une fois les plaintes traitées avec un peu plus de transparence, le public a le choix de se tromper.

Mme Ouellette: Vous dites: A le choix de se tromper?

Mme Blackburn: De choisir. Donc, on peut se tromper en choisissant.

Mme Ouellette: En fin de compte ce que je disais tantôt, c'est que la confirmation d'examen et l'avis ne peuvent pas vraiment assurer la protection du public de la même façon que le projet de loi, c'est-à-dire comme l'obligation du certificat de santé buccale était déjà là, de la même façon on pourrait en arriver à signer par pure formalité une confirmation d'examen ou un avis qui serait démystifié par le temps comme étant simplement une formalité. Dans les faits, ça n'assurerait pas du tout la protection du public. Si c'est ça qu'on vise comme vous le disiez tantôt, c'est qu'on a l'effet contraire de ce qu'on recherche vraiment. Si les intentions réelles de protéger le public, les mesures étaient beaucoup plus transparentes c'est-à-dire s'il y avait vraiment une mesure de protection du public, ça ne nous apparaît pas protéger le public, parce que la personne peut le signer. Il n'y a pas de vérification, ce n'est pas un acte médical, il n'y a pas de vérification comme telle à savoir si vraiment le dentiste a été vu. Alors, on se fierait à une signature et ça nous apparaît non conforme à la prévention ou à la protection du public, cette façon de le présenter dans le projet de loi.

Mme Blackburn: Pour atteindre les objectifs que vise le ministre, soit d'assurer qu'on protège les dents restantes dans le cas de prothèses partielles, est-ce que vous pensez qu'on devrait réintroduire l'obligation d'un examen dentaire pour les partiels?

Mme Ouellette: Comme il n'a pas été respecté depuis 1974...

Mme Blackburn: C'est ça. Vous dites que ça ne vaut pas la peine d'essayer à nouveau.

Mme Ouellette: C'est un peu aberrant de penser...

Mme Blackburn: Que cela aurait plus de succès.

Mme Ouellette: ...réussir une deuxième fois là où ça n'a pas fonctionné pendant un si grand nombre d'années.

Mme Pilon: On pourrait peut-être ajouter que, s'il y avait obligation, il faudrait que ce soit gratuit parce qu'il ne faudrait pas que le fardeau de cet examen retombe sur le client. Pourquoi est-ce qu'on devrait payer pour se faire confirmer quelque chose qui va garantir que le champ de pratique de deux professionnels va être respecté? À ce moment-là, on trouve, en tant que consommateurs, que c'est nous qui avons le fardeau de payer pour que les champs de pratique de professionnels soient mutuellement respectés. Et c'est ça qui est anormal.

Mme Blackburn: Si vous me le permettez, Mme la Présidente, ma collègue qui est responsable du dossier de la protection du consommateur, Mme la députée de Terrebonne...

La Présidente (Mme Hovington): Allez-y.

Mme Caron: Merci, Mme la Présidente. Vous recevez régulièrement dans divers dossiers des plaintes ou vous avez la possibilité régulièrement de vérifier auprès de l'Office de la protection du consommateur s'il y a des plaintes. On a appris aujourd'hui que la pose de prothèses amovibles sur implants se fait présentement, depuis quelques années, autant par des chirurgiens dentistes que par des denturologistes. Est-ce que, à votre connaissance, il y a eu des plaintes dans un cas comme dans l'autre?

Mme Ouellette: On n'en a pas eu.

M. Beaudoin: On n'a pas fait cette recherche. Peut-être que les personnes de l'Office des professions du Québec pourraient nous en informer, soit là, soit peut-être dans quelques heures. Ce serait peut-être une chose à chercher effectivement.

Mme Caron: Dans votre mémoire, à la page 11, je trouvais des paragraphes extrêmement importants. Vous cernez bien le problème en disant que c'est une nouvelle technologie et qu'elle est nouvelle autant pour les dentistes que pour les denturologistes. Je pense que vous avez été les seuls à vraiment cerner cela. Le danger que vous soulevez, c'est celui du monopole. J'aimerais que vous nous expliquiez davantage le danger pour les consommateurs, si la pose sur implants se fait uniquement par une profession.

M. Beaudoin: En tout cas, je pense que la plupart des gens qui ont eu affaire depuis déjà un bon nombre d'années avec les denturologistes, un grand nombre - c'est sûr qu'il y a des plaintes aussi comme dans beaucoup d'autres secteurs - la plupart des gens ont été plutôt satisfaits et peut-être plus satisfaits quand il y avait comme une espèce de collaboration interdisciplinaire. Probablement que ça assure une meilleure qualité des services.

Les dentistes, eux aussi, font des choses qui touchent les prothèses amovibles. En général, comme ça a été dit par plusieurs intervenants, comme ça a été redit par M. le ministre tantôt sur la base de chiffres, etc., les services d'un dentiste pour la pose de prothèses amovibles coûtent plus cher. On peut dire au moins, qu'il y ait une forme de concurrence entre les dentistes et les denturologistes pour la pose des prothèses qui peut être très intéressante pour les consommateurs au niveau du prix. De toute façon, la plupart du temps, la qualité doit être à peu près semblable et il y a même des cas contraires où

les dentistes ont assuré un moins bon service que les denturologistes pour des raisons techniques, etc. Donc ça demeure très intéressant au niveau de cette nouvelle technologie des implants, c'est-à-dire des prothèses amovibles sur implants, qu'il y ait encore la possibilité d'une forme de concurrence et de choix pour les consommateurs.

On pense, en général, que les denturologistes font un bon travail et que, en général, la population a assez confiance en eux. Alors leur interdire un champ de pratique pourrait amener tout simplement que la même chose coûte plus cher comme, de toute façon, ça existe actuellement. Ça coûte plus cher.

Mme Caron: Dans le document que vous déposez pour une réforme des corporations professionnelles et de l'Office des professions, on cite à un moment donné une enquête qui révèle un certain nombre de plaintes enregistrées par les syndicats et on découvre 13 plaintes du côté des médecins, 21 plaintes du côté des dentistes, 40 plaintes du côté des avocats et 30 plaintes du côté des notaires. Est-ce que vous avez un peu plus de détails pour savoir le type de plaintes et si ça peut avoir un lien avec la pose de prothèses ou non?

(17 h 45)

M. Beaudoin: Bon. Non, on n'a pas cette information. D'ailleurs, les chiffres que vous citez sont des chiffres de 1984. À ce moment-là, la technologie ne devait pas être très très développée ni très pratiquée. D'autre part, pour être plus clair, il faudrait peut-être un erratum dans le texte, c'est-à-dire que ce ne sont pas les plaintes reçues, par exemple, par la Corporation professionnelle des médecins quand on parle de 13 plaintes, ce sont les plaintes qui ont été acceptées par le syndic pour être ensuite référées au comité de discipline.

Donc, en général, selon l'estimation du syndic qui reçoit les plaintes, ce sont des plaintes qui méritent une attention beaucoup plus forte. Évidemment, parce que les médecins, ça peut être plusieurs centaines par année que la Corporation professionnelle des médecins traite.

Malheureusement, sur la question des implants, précisément, ça serait intéressant. On n'a pas fait l'exercice. On s'en excuse, on aurait dû le faire. Ce serait intéressant, comme vous le dites, de savoir, actuellement ou depuis quelques années, le nombre de plaintes, autant au niveau des dentistes qu'au niveau des denturologistes, qu'il y a eu par rapport à précisément la pose de prothèses sur implants. Ça ne serait pas suffisant pour se faire une idée, mais, en tout cas, ça donnerait plus de sens à la notion de protection du public et, ce qu'il faudrait savoir aussi, c'est le nombre total et par les dentistes et par les denturologistes par année de poses de telles prothèses. Ça pourrait être un indicatif intéressant qui n'explique pas tout, qui ne règle pas

tout, mais qui serait important dans le débat.

Mme Caron: Une dernière question. Du côté de l'avis, lorsque vous dites que ces annexes ont un côté humiliant pour les denturologistes, est-ce que c'est davantage, je pense à l'avis, dans la formulation puisque la formulation, aurait très bien pu être: Vous êtes, par les présentes, Informé qu'il est fortement recommandé d'avoir subi un examen par un dentiste avant d'être traité par un denturologiste, sans ajouter au début: Le denturologiste n'étant pas habilité à poser un diagnostic? Est-ce que c'est dans ce sens-là que vous jugiez que c'était humiliant?

Mme Ouellette: Entre autres, c'est-à-dire que la formulation elle-même est assez humiliante.

Mme Caron: Ça n'ajoute rien à l'information du public.

Mme Ouellette: Non. En tout cas, ce que ça dégage quand on lit ça, on sent qu'il y a une corporation qui a sous sa tutelle une autre corporation. En tout cas, c'est ça qui ressort du texte quand on le lit. On sent assez bien cette idéologie-là.

Mme Caron: Je vous remercie.

La Présidente (Mme Hovington): Merci. Ça va? M. le ministre, vous en aviez une dernière toute petite?

M. Savoie: Je me demandais si, effectivement, la FNACQ serait d'accord avec une reformulation de l'article 7 qui imposerait de façon très claire l'obligation au denturologiste d'aviser son client que, s'il n'a pas consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois, il devra le faire ou une structure semblable sans imposer la signature des annexes I et II, mais de remettre au denturologiste, lorsque nécessaire, la responsabilité d'en faire la démonstration.

Mme Ouellette: Ça ressemblerait à la première forme de l'obligation du certificat de santé buccale?

M. Savoie: Oui, mais là, ici, il n'y aurait pas de certificat de santé buccale.

Mme Ouellette: Mais il serait obligé de référer systématiquement chaque client, dès que celui-ci le consulte, à un dentiste.

M. Savoie: Le denturologiste aura l'obligation d'aviser son client qu'il est impératif pour lui qu'il aille consulter un dentiste ou qu'il l'ait fait dans les 12 derniers mois.

Mme Ouellette: C'est que cette vision, de la

façon dont vous suggérez, la chose si on se met dans un autre contexte et si on l'applique à une autre profession, on se demande si ce serait vraiment acceptable. C'est comme s'il y avait quelque chose de pas correct tout de suite en allant consulter une profession. C'est assez ambigu en fin de compte. C'est comme si le client en fin de compte, il faudrait qu'il consulte toujours le dentiste et il y a une deuxième porte après ça pour aller voir le denturologiste, comme s'il ne pouvait pas aller consulter le denturologiste sans après ça retourner chez le dentiste. Je ne sais pas si j'ai mal compris.

M. Savoie: Non, vous avez bien compris, madame. C'est dans la façon. Comme le dossier existe actuellement au Québec, en vertu des lois actuelles, c'est que le denturologiste pose un geste auprès d'un client, soit pour la fabrication, soit pour la pose d'une prothèse. D'accord? Avant de procéder à la pose de la prothèse, il doit normalement, on se l'est fait dire par le cégep Édouard-Montpetit, le denturologiste doit évidemment recevoir le client, échanger avec le client, connaître un peu l'histoire dentaire du client en posant des questions et en obtenant des réponses.

Mme Ouellette: O.K.

M. Savoie: S'il constate... Par exemple, le client est venu le voir pour une prothèse amovible...

Mme Ouellette: O.K.

M. Savoie: ...et, à ce moment-là, il échange avec le client, il peut constater que le client, ça fait cinq, six ans qu'il n'a pas vu de dentiste. Compte tenu du fait que le denturologiste n'est pas compétent, c'est reconnu ça par l'Ordre des denturologistes et par l'association - l'Ordre va nous faire connaître sa position - il n'est pas compétent pour diagnostiquer...

Mme Ouellette: Non, c'est un fait.

M. Savoie: Bon. À ce moment-là, avant de procéder, d'indiquer au citoyen, à la citoyenne qu'il faut absolument consulter un dentiste...

Mme Ouellette: En fin de compte, ce que vous dites, c'est que pour une pratique qui serait très précise, comme la pose de prothèses sur implants...

M. Savoie: Non, non. Je ne parle pas de prothèses sur implants du tout. Je parle de prothèses amovibles, comme les dentiers.

Mme Ouellette: Parce qu'actuellement, dans la Loi sur la denturologie...

M. Savoie: Oui.

Mme Ouellette: ...il y a une obligation de certificat de santé buccale, mais, là, on semble vouloir ajouter.

M. Savoie: Non. Personne ne respecte le certificat de santé buccale. C'est ça le problème. C'est qu'il y avait une disposition. Il y a guerre entre dentistes et denturologistes. On refuse de participer conjointement. Nous autres, on arrive et on constate cette situation, que effectivement, ce n'est pas respecté et que la situation est intolérable. On ne peut pas vivre dans cette situation et on ne peut plus continuer à vivre ça. Il faut que la loi soit respectée. On arrive et on dit: Les denturologistes reconnaissent qu'ils ne peuvent pas poser de diagnostic. Ils n'ont pas la formation. Ils n'ont pas l'aptitude, à cause de leur formation, de poser un diagnostic.

Mme Ouellette: O.K.

M. Savoie: Bon. Un client vient le voir. Une des personnes que vous êtes sensée défendre se présente chez un denturologiste et dit: Je veux un dentier pour continuer à vivre là...

Mme Ouellette: Une prothèse partielle inférieure quoi.

M. Savoie: Parce que c'est important, j'imagine. Je n'ai pas vécu cette situation-là. J'espère que je ne la vivrai pas à court terme. Et, bon, le denturologiste la reçoit, l'assoit, discute. Bon, son histoire dentaire. Ça fait partie de sa formation de professionnel, d'échanger, de discuter avec le client avant de commencer à travailler et constate que le client en question ça fait trois, quatre ans qu'il n'a pas rencontré de dentiste. Le denturologiste, en tant que professionnel, va certainement recommander au client d'aller voir un dentiste. Il me semble que, dans l'exercice, moi, si j'étais denturologiste, avant de recevoir un client et de commencer à jouer dans sa bouche, je me serais assuré que sa bouche est en santé, que je suis capable de procéder à la pose d'une prothèse, il me semble, en tout cas.

Mme Ouellette: Ça pose le problème suivant. Ça veut dire que, systématiquement, il faudrait obtenir un diagnostic dès qu'il y a un traitement à faire dans la bouche d'une personne, soit pour la pose de prothèses partielles amovibles ou autres.

M. Savoie: C'est ça. C'est la question que je vous pose. Il me semble que, si j'étais citoyen, pour aller voir un denturologiste... C'est la personne que j'irais voir personnellement pour un dentier, mais avant, au moins, que quelqu'un me rappelle que je dois aller voir celui qui est

responsable de la santé buccale, c'est un dentiste, et que, au moins, je dois avoir, en quelque sorte, un O. K. On dit que le certificat de santé buccale ne fonctionne pas. Bon, parfait! Il ne fonctionne pas, je ne crois pas qu'il va fonctionner avec une répétition de la loi. Et je me demande si, à ce moment-là, on ne pourrait arriver et imposer au denturologiste l'obligation non seulement d'aviser le client qui n'a pas fréquenté un dentiste depuis longtemps, mais d'être capable d'en faire la démonstration.

Mme Ouellette: O. K. Remplacer le certificat de santé buccale par l'obligation d'obtenir un diagnostic, en fin de compte, c'est un peu ça que vous présentez.

M. Savoie: C'est ça.

Mme Ouellette: En fin de compte si, depuis la pratique à venir jusqu'à aujourd'hui, on n'a jamais eu réellement besoin d'un diagnostic dans tous les cas, systématiquement, pourquoi aujourd'hui on imposerait, à défaut du certificat de santé buccale, le diagnostic? Il me semble qu'il pourrait être utile dans certains cas et il nous semble que, normalement, la compétence va dans ce sens-là, que quand c'est nécessaire...

M. Savoie: C'est ça.

Mme Ouellette: Est-ce que les dentistes ont toujours fait des diagnostics eux-mêmes, avec des clients qu'ils ont eux-mêmes traités, pour la pose de prothèses partielles amovibles, par exemple? Si on allait voir dans les dossiers, est-ce qu'il y a toujours eu un diagnostic avec radiographie et tout le tralala? Nous, on n'a pas... Je vous assure qu'à ce moment-ci il faudrait étudier la question pour répondre à nouveau à une nouvelle présentation. Mais il nous semble que ce n'est pas dans tous les cas, systématiquement, que la personne a besoin nécessairement d'un diagnostic ou d'un certificat de santé buccale et que le professionnel est à même de déterminer que, quand c'est nécessaire, il le réfère à la personne, pour s'assurer de faire son travail comme il faut. C'est tout aussi important pour lui, pour garder sa clientèle, que c'est important pour le client. Il me semble que les enjeux... Il n'y a pas de risque à prendre là: chacun sa compétence et quand c'est nécessaire. On ne fait pas de geste gratuit, il me semble, surtout quand ça occasionne des coûts pour le consommateur, sans que ce soit nécessaire. C'est un peu comme ça. Pour répondre vite à votre question, sans l'avoir vraiment analysée.

M. Savoie: D'accord.

La Présidente (Mme Hovington): Merci beaucoup. Alors, le temps qui nous était alloué est terminé depuis un petit bout de temps déjà.

Je vous remercie, au nom des membres de la commission, d'être venus nous présenter votre point de vue comme protecteurs des consommateurs.

La commission n'ajourne pas, mais suspend ses travaux jusqu'à 20 heures, ce soir. Et n'oubliez pas qu'à 17 h 45, il y aura le vidéo qui pourra...

Une voix:...

La Présidente (Mme Hovington): 17 h 45?

Une voix: Non, 19 heures.

La Présidente (Mme Hovington): Non, à 19 h 45, il y aura le vidéo qu'on continuera à nous présenter. Merci.

(Suspension de la séance à 17 h 57)

(Reprise à 20 h 10)

La Présidente (Mme Hovington): À l'ordre, s'il vous plaît!

Si les membres de la commission veulent bien prendre place. La commission de l'éducation va recommencer ses travaux, il est 20 h 10.

Alors, nous recevons, pour débiter, l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale, représentée par M. Pierre-Éric Landry et par M. François Blondeau, je crois. Si vous voulez bien vous présenter vous-mêmes, de toute façon, parce que les noms ont été changés sur ma feuille.

Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale

M. Landry (Pierre-Éric): Oui. Je suis Pierre-Éric Landry, je suis membre de l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec, en pratique à l'hôpital de l'Enfant-Jésus et associé au programme de spécialisation en chirurgie buccale et maxillo-faciale à l'hôpital de l'Enfant-Jésus. Il y a le Dr Blondeau.

M. Blondeau (François): François Blondeau, chirurgien buccal, en pratique privée à Québec et à l'hôpital Christ-Roi, également.

M. Landry: Nous avons à nos côtés le Dr Hubert Gaucher, qui est aussi professeur en prosthodontie à l'Université Laval, en pratique, et qui collabore régulièrement avec le département à l'hôpital de l'Enfant-Jésus et avec le programme de spécialisation à l'Université Laval pour la réalisation, entre autres, de cas d'implants et d'autres cas de restauration chirurgicale; ainsi que le Dr Guy Maranda, qui est lui-même chirurgien buccal et maxillo-facial, membre

de l'Association et de même professeur à l'Université Laval au niveau sous-gradué et au niveau post-gradué, ainsi que professeur à l'hôpital de l'Enfant-Jésus dans le programme de spécialisation.

La Présidente (Mme Hovington): Dites-moi, M. Landry, est-ce que c'est vous que nous avons vu, tout à l'heure, sur le vidéo?

M. Landry: C'était sous un jour différent, mais c'était la même personne.

La Présidente (Mme Hovington): On vous voit la barbe en moins ce soir, si je comprends bien, mais je vous ai reconnu quand même.

M. Landry: Certaines choses en moins et d'autres en plus.

La Présidente (Mme Hovington): On n'élaborera pas trop sur les choses en plus.

M. Landry: Effectivement, ce vidéo avait été réalisé, d'ailleurs, à l'origine, il y a environ quatre ans, quand nous avons initié le programme de restauration sur implants ostéointégrés dans le programme de spécialisation à l'hôpital, en collaboration avec le Dr Goodyear comme cochirurgicalien dans l'initiation du système, et avec le Dr Gaucher, comme prosthodontiste rattaché à l'équipe pour la restauration.

La Présidente (Mme Hovington): Allez-y, pour votre...

M. Landry: Oh! J'avais omis...

La Présidente (Mme Hovington): Oui?

M. Landry: ...le Dr Boudrias, qui est lui-même prosthodontiste à l'Université de Montréal et qui travaille aussi en collaboration avec les équipes de chirurgie en place à l'université pour la restauration sur implants, entre autres.

La Présidente (Mme Hovington): Alors, vous avez 20 minutes pour nous présenter votre mémoire. Allez-y, je vous en prie.

M. Landry: Notre mémoire peut être qualifié de tout à fait synthétique, et il n'est certainement pas superflu d'apporter ici quelques précisions sur la position qui a été prise par l'Association, comme il a été dit à une réunion en décembre 1988. L'assemblée avait donc recommandé à ses membres de travailler d'une façon exclusive avec des dentistes ou des prosthodontistes - des dentistes spécialistes, donc - lorsque des implants endo-osseux devraient être utilisés pour la réhabilitation orale. Cette position rejoint en plusieurs points celle qui a été adoptée par l'Association dentaire canadienne

ainsi que par les associations canadienne de chirurgie buccale et maxillo-faciale. Ce si bon voisinage avec d'autres corps professionnels n'est pas que le fruit du hasard. Nous parlons ici, évidemment, d'implants ostéointégrés, pour faire la différence avec d'autres types d'implants qui existent depuis longtemps et qui n'ont ni la même technologie sous-jacente, ni le même devenir et qui ne requièrent certainement pas le même degré d'expertise, à la fois pour leur mise en place et pour la restauration de prothèses sur ces implants.

Quand on parle d'implants ostéointégrés, à toutes fins utiles, il faut considérer qu'on parle d'une dent. Il peut sembler un peu porté à l'extrême de dire qu'un implant c'est une dent, mais, dans la réalité, un implant ostéointégré, selon certaines modalités et quand il le devient, est considéré comme une dent et donc un support de prothèse partielle ou complète, fixe ou amovible. Si on doit considérer un implant comme une unité dentaire, c'est non seulement par rapport à sa fonction comme support prothétique, mais aussi, il faut le considérer comme unité dentaire par rapport à son support osseux, par rapport à l'environnement gingival et par rapport à la relation que cette unité peut avoir par rapport aux autres dents ou aux autres maxillaires.

Le diagnostic initial ainsi que l'évaluation et la planification de la restauration avec implant ostéointégré doivent donc faire l'objet d'une planification qui doit faire entrer en jeu, au départ, le spécialiste de la restauration. Il peut être de l'idée de néophytes ou de gens non initiés que la mise en place d'implants est aussi simple que d'insérer dans la mâchoire d'un individu qui en est déficient quelques unités d'implants pour l'envoyer paître ou l'envoyer se faire faire des prothèses où que ce soit et par qui que ce soit. C'est tout à fait contraire à la réalité, du moins à la réalité que nous voulons supporter.

Le diagnostic initial et l'évaluation doivent se faire de concert avec celui qui a la charge de la restauration définitive, à la fois pour évaluer le type de prothèse qui devra être mis en place et aussi pour assurer le suivi, tant au niveau de la prothèse que de l'environnement gingival que de l'environnement osseux dans lequel l'implant a été inséré. Ce qui est important donc, en ce qui concerne le chirurgien, c'est le travail d'équipe à la fois dans l'évaluation initiale et dans le traitement postchirurgical. Je vous épargne les détails techniques de la mise en place chirurgicale qui, si on pouvait entraîner des *hominidés*, pourrait être réalisée par qui que soit qui pourrait maîtriser la technique. Savoir où, quand, comment et avec qui le faire, voilà qui est la clé du succès en ce qui concerne les implants endo-osseux.

Le traitement postchirurgical repose donc sur l'évaluation et le suivi postopératoire à la

fois aux niveaux clinique et radiologique, et c'est pourquoi il doit être réalisé avec quelqu'un qui possède les notions cliniques et radiologiques pouvant lui permettre de traiter les séquelles et/ou les complications et de réaliser des prothèses qui sont respectueuses non seulement de cet élément d'ancrage qu'est l'implant, mais aussi de toutes les autres structures dans la bouche.

Pour ces raisons, et après les discussions qui ont eu lieu en décembre 1988, l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et **maxillo-faciale** avait résolu d'adopter la position qui est très succinctement décrite dans le mémoire qui vous a été soumis.

Il nous surprend énormément qu'il puisse être envisagé de déléguer à une classe de professionnels autre que les dentistes la surveillance ou le travail conjoint en ce qui concerne les implants endo-osseux. Il faut en effet savoir que, même à l'intérieur des dentistes, plusieurs n'osent pas ou n'ont pas la compétence ou reconnaissent ne pas avoir la formation pour réaliser ces prothèses. C'est donc, même à l'intérieur des dentistes, sinon réservé, du moins ça s'adresse seulement à ceux qui peuvent aller chercher, en plus des notions qu'ils ont eues à l'université, la formation technique pour assurer le suivi et la construction de ce type de prothèses, qui est tout à fait différent de ce qu'on connaît en termes de prothèses conventionnelles.

Ces quelques commentaires pourront peut-être aider la commission à apprécier notre position à cet effet.

La Présidente (Mme Hovington): Est-ce qu'il y a d'autres commentaires? Ou peut-être allez-vous attendre les questions des parlementaires pour pouvoir y répondre?

M. Landry: À ce stade, je recevrais agréablement les questions des parlementaires, pour aider à leur compréhension de notre position ou leur compréhension du dossier des implants ostéointégrés.

La Présidente (Mme Hovington): D'accord. Alors M. le ministre, vous avez la parole.

M. Savoie: Oui, oui. Merci, Mme la Présidente. Vous savez qu'on a beaucoup parlé de vous, dans le courant de la journée, et j'imagine qu'on va répéter demain aussi nos références à vous, puisqu'il semble que, de l'avis de chacun des intervenants, tout le monde s'entend pour dire que vous êtes finalement, au niveau des implants, en quelque sorte la tige principale pour le dossier. On nous a fait part à plusieurs reprises, je pense, du fait que vous pouviez effectivement apporter plusieurs éclairages, et on avait soulevé plusieurs questions. Avant de commencer, est-ce que je pourrais vous demander combien de membres regroupe votre Association?

M. Landry: Notre Association regroupe au Québec une cinquantaine de membres. Encore là, pour faire peut-être un éclairage complémentaire à la situation que j'ai décrite, à l'intérieur des spécialistes en chirurgie buccale et **maxillo-faciale**, je ne dirais pas que c'est réservé, mais dans les faits, c'est sinon réservé, du moins ça s'adresse, encore là, à une certaine catégorie de chirurgiens, ceux qui peuvent ou qui ont à la fois la compétence technique et la clientèle, certainement, aussi, et également l'attrait de travailler avec cette technique-là. La croissance de ces systèmes d'implantation - on parle toujours d'implants ostéointégrés, d'implants endo-osseux - est actuellement exponentielle. Les visées de l'Association ne sont certainement pas encore de restreindre la distribution de ces techniques de soins, mais d'en contrôler, pour le meilleur bénéfice du patient, l'expansion, si on peut dire, afin que ça se solde par des résultats comparables à ce qui a été produit par exemple en Suède, où la technique existe depuis 1965 et où, réalisée entre les mains de gens qui ont à la fois l'entraînement et aussi le concept adéquat de travail en équipe, on peut en arriver à des résultats de succès **d'au-delà** de 90 %. Tout cela ne dépend pas seulement d'une technique, mais surtout d'un travail en équipe.

M. Savoie: Est-ce que vous avez suivi un petit peu les délibérations de la journée? Est-ce que quelqu'un vous a mis au courant de ce qui s'est discuté durant l'après-midi?

M. Landry: De façon très sommaire.

M. Savoie: De façon très sommaire, c'est la meilleure, c'est plus efficace.

M. Landry: Très, très sommaire. Depuis environ trois quarts d'heure.

M. Savoie: D'accord. O.K. Comme vous le savez, la discussion porte aujourd'hui essentiellement, en grande partie, justement, sur la modification qui doit être apportée au niveau de l'exercice de la pratique des denturologistes en ce qui concerne spécifiquement les implants. La question que j'ai posée à chacun des groupes qui n'ont pas clairement indiqué leur position dans leur présentation était de savoir si, effectivement, selon leur connaissance du dossier, les denturologistes avaient suffisamment de connaissances, ou étaient capables d'acquérir des connaissances en modifiant les cours au niveau de leur curriculum - comme au Collège Édouard-Montpetit - pour justement passer à la pose de prothèses au niveau des implants.

M. Landry: De prothèses sur implants ostéointégrés.

M. Savoie: Oui.

M. Landry: Nous considérons qu'il est essentiel pour le praticien qui éventuellement participera à l'équipe de restauration sur implants ostéointégrés de posséder au minimum les connaissances qui sont celles faisant partie du curriculum du dentiste, tel qu'il est connu et pratiqué aujourd'hui. Cette conviction se fonde, comme je le disais plus tôt, sur la nécessité d'avoir quelqu'un qui est non *seulement* connaissant de la biomécanique des prothèses ou des dents, mais aussi de tout l'environnement osseux et muco-gingival qui est sous-jacent à la mise en place, au diagnostic, à l'évaluation et au traitement de ce type de réhabilitation orale. Si l'on devait, à mon avis, porter le niveau de connaissance de qui que ce soit au niveau des dentistes, autant se fier sur ce qui existe déjà et reconnaître aux dentistes sinon l'exclusivité, du moins l'exclusivité de la compétence pour réaliser ceci. Il n'y a pas, dans mon commentaire, de remarque dérogatoire quant à la compétence ou aux connaissances actuelles des denturologistes; il y a par contre la reconnaissance que les compétences qui sont requises pour traiter les patients nécessitant une réhabilitation sur implants ostéointégrés sont actuellement du ressort de la formation des dentistes.

M. Savoie: Alors, la réponse, c'est non?

M. Landry: C'est non.

M. Savoie: Je pense qu'il faut que ce soit bien clair. On me dit qu'effectivement, depuis quatre ou cinq ans, il arrive et il faudrait bien s'entendre, ça se fait à l'intérieur d'une équipe, ce qui me semble être le plus recherché, où il y a effectivement un dentiste, un denturologiste et un membre de votre association. On me dit, par contre, qu'il y a des cas où ça se fait à l'extérieur de cette collaboration, qu'il y a effectivement un lien uniquement entre le denturologiste et...

M. Landry: Et un chirurgien.

M. Savoie: ...un chirurgien buccal.

M. Landry: C'est possible. À ma connaissance, ce n'est pas quelque chose de répandu ou quelque chose qui existe, mais si vous m'en faites mention... Je crois que c'est de notoriété publique que ça peut exister dans certains cas isolés. Je ne crois néanmoins pas... Là, je ne peux pas parler de façon personnelle de cette situation-là, puisque c'en est une que je ne cautionnerais, ni n'approuverais, ni n'exécuterais de façon personnelle dans ma pratique, encore là, dans la perspective du meilleur bénéfice ou du meilleur traitement du patient. Il peut exister, par rapport à toute loi ou à toute situation, des variantes, mais dont la valeur reste à prouver.

M. Savoie: D'accord. On a eu quelques questions qui ont été soulevées, aussi, et je voudrais tout simplement l'avoir pour le dossier, très rapidement. On a fait allusion au fait que, lorsqu'il y avait une tige de posée, ça constituait un élément de renforcement pour l'os, par exemple. Est-ce que c'est...

M. Landry: L'implant ostéointégré ne devient pas seulement un élément de remplacement, mais il devient aussi un élément de préservation de la structure osseuse résiduelle. Pour faire brièvement une partie, je ne dirais pas de la biotechnologie, mais de la physiologie de l'implant, l'implant ostéointégré, étant donné qu'il transmet, à l'intérieur du maxillaire, une force qui... Prenez une mâchoire qui a ses dents; la dent transmet, à l'intérieur de la mâchoire, à travers le ligament *péridentaire*, les forces qui font que la mâchoire reste forte, reste ossifiée et subsiste. Enlevez les dents et, même chez quelqu'un qui ne porte aucune prothèse, vous avez une atrophie qui peut être assimilée à l'atrophie de non-usage. Quelqu'un qui est couché dans un lit pendant un an va se déminéraliser et va perdre de la force au niveau, par exemple, de ses membres inférieurs, puisqu'ils ne servent plus à son support. Un maxillaire qui est débarrassé de ses dents ou qui est édenté perd lui-même une *qualité osseuse*, une *densité osseuse* et une *quantité osseuse* correspondant à la perte de stimulation, car il n'y a plus aucune stimulation qui lui est transmise par les dents.

Quand on réintroduit cette stimulation interne de l'os à travers les implants ostéointégrés, on se trouve à restaurer non seulement un élément fonctionnel de support des prothèses, mais aussi un élément endo-osseux de stimulation de croissance osseuse. C'est pourquoi l'implant ne doit pas être considéré comme une vile attache pour supporter une prothèse, comme un "snap", comme un bouton-pression sur lequel on peut attacher son gilet, sa prothèse, ses lunettes, etc. C'est vraiment une dent ou, enfin, un élément de structure intra-osseux, *intra-maxillaire* qu'on peut assimiler à une dent.

M. Savoie: D'accord. L'autre question qui se posait était la suivante. Dans les *faits*, la façon dont on procède, c'est que le citoyen va rencontrer le dentiste ou, dans certains cas, le denturologiste. C'est ce qui a été présenté. Le dentiste, par exemple, peut déterminer le type d'implant qui pourra être utilisé, la structure qui répondrait le mieux aux besoins du client. Par la suite, on communique avec un chirurgien buccal et que c'est là qu'on détermine l'aspect, la nature de l'intervention, si vous faites l'intervention. Et le suivi se fait par vous, je pense, mais également par le dentiste... Ou est-ce que c'est seulement par vous?

M. Landry: Je peux vous décrire le proces-

sus que nous utilisons à l'Université Laval et dans le programme de spécialisation rattaché à l'hôpital de l'Enfant-Jésus. La première rencontre se fait souvent avec le chirurgien, sur référence d'un dentiste et même, à l'occasion, d'un denturologiste, en vue de traiter un patient qui a un handicap fonctionnel au point de vue masticatoire. À ce moment sont élaborées diverses options, diverses solutions de traitement incluant souvent, et de plus en plus **fréquemment**, le traitement ou la réhabilitation par implantation Ostéointégrée. À ce moment, s'il est du choix du patient de procéder selon cette voie, après qu'il a été mis au fait des implications chirurgicales et de tout autre ordre qu'il devra affronter, avant même d'envisager la planification de l'étape chirurgicale, il nous faut passer par l'évaluation conjointe avec le dentiste ou le prosthodontiste devant éventuellement se charger de la restauration, même si celui-ci n'interviendra qu'environ six mois après la mise en place de l'implant, en moyenne. Je dis qu'il interviendra pour la restauration finale, mais il intervient déjà pour le diagnostic, pour discuter de l'endroit idéal, selon lui, et le modifier **selon** les indications du chirurgien ou les possibilités anatomiques. Déjà là, il y a un élément d'intervention qui doit faire entrer en jeu les connaissances de celui qui, éventuellement, fera la prothèse finale. Il serait illusoire de penser qu'on pourrait mettre sur le marché, si on peut dire, des gens qui auraient un, deux, cinq, ou dix implants et les envoyer se faire faire des restaurations l'un chez un denturologiste, l'autre chez un dentiste, et l'autre dans le sous-sol de M. X qui est réputé pour ainsi faire.

Je crois qu'au départ, il faut travailler avec une équipe structurée et qui possède les connaissances. Donc, après avoir déterminé l'endroit, il y a une phase chirurgicale, et, dans la première guérison, c'est-à-dire dans les deux semaines qui suivent la mise en place des implants, nous devons déjà faire affaire avec le prosthodontiste ou le dentiste, pour qu'il modifie les prothèses du patient afin que celui-ci puisse les porter sans nuire à la guérison des implants qui sont, à ce moment-là, complètement recouverts par la gencive.

Alors, ces modifications se produisent pendant tout le cours de la phase de guérison, qui oscille entre quatre et six mois, dépendant d'un certain nombre de facteurs anatomiques et physiologiques. Après six mois, on peut effectuer la mise en place de ce qu'on appelle le connecteur transgingival, celui qui viendra s'assujettir à l'implant, qui lui-même est intégré au niveau osseux. À ce moment-là encore intervient la collaboration avec le prosthodontiste, qui modifiera une nouvelle fois les prothèses de façon temporaire, jusqu'à ce qu'il puisse réaliser la restauration finale sur les implants intégrés, quand la gencive aura guéri autour des connecteurs.

Et, évidemment, la phase finale, la phase ultime, qui est la confection de la prothèse, sous la responsabilité distante, si on peut dire, du chirurgien, mais directe du dentiste ou du prosthodontiste, se réalise. Le suivi est assuré par la suite conjointement avec le chirurgien et le dentiste ou le prosthodontiste, à la fois pour l'évaluation immédiate des résultats de la prothèse sur les implants, sur la gencive, et pour le suivi à long terme, à savoir: est-ce qu'on a une désintégration osseuse autour de l'implant ou une densification, comme on devrait s'y attendre quand la prothèse est bien réalisée?

(20 h 30)

Alors, je crois que, dans ce processus, la collaboration est sinon de tous les instants, au moins de toutes les étapes entre celui qui met en place les éléments endo-osseux et celui qui réalise la prothèse jusqu'en fin de cours.

M. Savoie: Je vous remercie. Moi, je vais passer la **balle** à celui qui voudra bien la ramasser, quitte à revenir un peu à la fin pour quelques questions.

La Présidente (Mme Hovington): On va respecter le principe de l'alternance, parce que j'ai deux questions des députés ministériels, aussi. Alors, je reviendrai au député de Bourget et au député de Verdun. Mme la députée de Chicoutimi.

Mme Blackburn: Merci, Mme la Présidente. Messieurs, bonsoir. Je dois vous dire que j'aurais comme souhaité que vous interveniez dans les tout premiers mémoires qu'on a entendus, parce que vous êtes, dans ce dossier-là, les principaux intervenants. Quand on parle de cette nouvelle technologie, ce sont généralement les chirurgiens buccaux qui ont la responsabilité de l'appliquer. Il y en a une cinquantaine, au Québec, disiez-vous tout à l'heure. Pour former ce type de spécialiste, combien d'années additionnelles de formation, deux, trois, quatre?

M. Landry: Je peux vous décrire le processus qui, actuellement, est celui du programme de spécialisation en chirurgie buccale et maxillo-faciale de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, rattaché à l'Université Laval par son école de médecine dentaire. Ce processus fait appel à des candidatures venant de médecins ou de dentistes ayant complété leur première formation, c'est-à-dire un doctorat en médecine dentaire ou un doctorat en médecine. La plupart des gens possèdent, outre cette première formation doctorale, une expérience pertinente, soit en résidence ou multidisciplinaire, ou une expérience de travail en tant que généraliste. On doit dire que le programme n'a accueilli jusqu'à maintenant que des dentistes généralistes ayant effectué divers stages de formation multidisciplinaire. Mais le programme sera confronté, entre autres, cette année et dans

les années qui viennent, aussi, à des demandes de spécialisation de la part de médecins qui voudraient retourner en travail, en curriculum dentaire, à la spécialité en chirurgie buccale et maxillo-faciale. Mais c'est un autre, je ne dirais pas débat, mais c'est... Ce n'est pas la voie "curriculaire" qui est actuellement reconnue ou exécutée.

Donc, après l'admission au programme, le dentiste, généralement, comme je disais, effectuera quatre années supplémentaires de spécialisation se déroulant de façon rattachée au département, à l'hôpital, et partageant le curriculum médico-chirurgical de la Faculté de médecine, sous les protocoles qui existent avec l'École de médecine dentaire. Au bout des quatre ans, ceux qui réussissent les prérequis du programme de spécialisation se voient émettre un certificat de spécialisation de deuxième cycle de l'Université Laval, et 80 % de ces gradués vont effectuer un stage de surspécialisation. Et pour être un de ceux qui en ont effectué un, avec le Dr Blondeau, je dois dire que ça ajoute de façon presque essentielle, maintenant, à la formation telle que reconnue ou telle qu'exécutée à l'hôpital de l'Enfant-Jésus.

Le spécialiste en chirurgie maxillo-faciale est donc un professionnel qui se situe aux confins de la médecine dentaire et de la médecine dans ses applications chirurgicales pour la réhabilitation de diverses pathologies au niveau des maxillaires, que ce soient des pathologies acquises ou congénitales. Des malformations de la figure sont des pathologies congénitales, et l'édentation est une malformation, si on peut ainsi l'appeler... En tout cas, c'est un handicap qui est acquis.

Mme Blackburn: Alors, une formation de deuxième cycle. Mais il n'y a rien qui interdise à un dentiste de poser des implants.

M. Landry: Effectivement, et il n'y a rien qui interdise non plus à un médecin d'enlever des verrues ou d'accomplir certains actes chirurgicaux. Il est certain qu'à l'intérieur du curriculum du spécialiste, il est des actes qui sont dits de chirurgie mineure, ou de portée moindre, et qui peuvent être réalisés par des généralistes. D'ailleurs, on conviendra que, dans toutes les spécialités, furent-elles médicales ou dentaires, il est des actes qui sont à la fois portés par des généralistes et des spécialistes, dépendant de la complexité de la nature de l'acte et dépendant de la formation de celui qui pose l'acte.

Mme Blackburn: Mais dans le cas des implants, au Québec, est-ce qu'il n'y a que les dentistes ayant une spécialisation en chirurgie buccale qui en posent? Exclusivement vous?

M. Landry: Ce n'est pas exclusif, parce que, effectivement, il y a quelques dentistes qui ont

acquis cette compétence à travers des cours de formation postgraduée ou des cours de formation continue. C'est une exception, actuellement, que des généralistes réalisent ça, puisqu'il faut acquérir cette compétence-là, et ce n'est pas mince chose, sans prétention, évidemment. Il y a aussi les périodontistes ou les parodontistes qui, de par la nature même de leur spécialité, connaissant l'environnement osseux et l'environnement paradentaire, c'est-à-dire l'os alvéolaire et les relations de l'os alvéolaire avec les dents adjacentes, sont des gens qui sont candidats à obtenir assez rapidement cette formation technique. Je vous rappelle que c'est une formation technique et qu'à ce titre-là, comme je l'énonçais plus tôt, on pourrait éventuellement envisager qu'une machine ou qu'un hominidé puisse réaliser l'acte technique de mise en place d'un implant. Cependant, quand on fait référence à un concept de réhabilitation et de travail en équipe, nous ne nous référons pas qu'à l'exécution d'une pure technique, mais à un travail de collaboration pour la réhabilitation orale des patients qui sont handicapés au point de vue masticatoire.

Mme Blackburn: Dans le fond, le sens de ma question était le suivant. Vous avez fait la démonstration qu'il fallait une formation beaucoup plus poussée pour bien maîtriser cette nouvelle technique.

M. Landry: Effectivement.

Mme Blackburn: Selon nos informations, des dentistes qui n'ont pas la même préparation posent aussi des implants. Est-ce qu'on assure ou on garantit la sécurité du public, lorsqu'on ne limite pas les actes chirurgicaux à être posés à ceux qui ont la compétence pour ce faire? En médecine, par exemple, même si un médecin est formé pour bien connaître le fonctionnement du corps humain, on ne pense pas qu'il pourrait faire, par exemple, une chirurgie cardiaque, qui exige une formation additionnelle, du type de la vôtre, d'ailleurs...

M. Landry: Effectivement.

Mme Blackburn: ...en matière de durée.

M. Landry: Vous reconnaîtrez cependant avec moi que, même en médecine, on reconnaît, quand les besoins l'imposent ou quand les individus peuvent le réaliser, par exemple, que l'anesthésie peut être... Et s'il y a une spécialité, vous le reconnaîtrez, qui fait appel à des connaissances très poussées et met en jeu, encore plus que de vils implants, la physiologie du patient, c'est bien l'anesthésie... On reconnaît que certains généralistes, ayant subi un entraînement complémentaire et placés dans des circonstances qui justifient cet exercice, vont

exercer l'anesthésie. Alors, dans des considérations semblables, il est certain que des généralistes ayant acquis la formation ou la compétence pouvant les mener à réaliser le geste technique de mettre en place un implant pourront le faire. Ils pourront, de même façon, synthétiser leurs propres connaissances et réaliser la prothèse du même coup. C'est cependant quelque chose qui échappe à la majorité des généralistes, parce qu'il y a des connaissances et une technique qui sont au-delà de ce qui est disponible dans le curriculum.

Mme Blackburn: Il y aurait combien de généralistes, selon vous, qui s'adonneraient à cette pratique?

M. Landry: Je n'en connais qu'un.

Mme Blackburn: Alors, c'est certainement moins menaçant, s'il n'y en a qu'un.

M. Landry: Ce n'est vraiment pas une question de menace. D'ailleurs, nous collaborons nous-mêmes avec les dentistes dans, si on peut dire...

Mme Blackburn: Vous nous avez exposé, de façon...

M. Landry: ...je ne dirais pas pour répandre "la bonne nouvelle", mais...

Mme Blackburn: ...fort brillante, tout à l'heure, toute la démarche de collaboration multidisciplinaire qui prévalait dans votre pratique, particulièrement à l'Université Laval, c'est-à-dire à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, mais en collaboration avec l'Université Laval. Vous comprendrez que dans les universités ou dans les hôpitaux rattachés aux universités, il est plus facile d'avoir sous la main toute cette équipe et toute une démarche, d'autant plus que je pense que les patients, généralement, sont consentants pour être, je ne dirais pas cobayes, mais être... Comment appelez-vous ça? Ce ne sont pas des cobayes, parce que ça ne serait pas...

M. Landry: Pas vraiment.

Mme Blackburn: C'est plutôt péjoratif, mais ils se prêtent à ces expériences.

M. Landry: Je pourrais...

Mme Blackburn: À ce moment-là, je me demande: Est-ce que c'est possible d'envisager de telles organisations lorsque vous êtes en région, par exemple? Comment réagissez-vous lorsqu'on nous affirme - moi, je suis obligée de prendre la parole de ceux qui nous la donnent - que certains chirurgiens buccaux travaillent directement et exclusivement avec des denturologistes?

M. Landry: Je vais passer la parole au Dr François Blondeau qui, lui-même, est en pratique dans un milieu - encore là, c'est dit de façon non dérogoatoire - extra-universitaire, et qui pourrait donc vous donner le point de vue d'un non-universitaire ou d'un non-enseignant par rapport à la chose.

M. Blondeau: Alors, ça va vous donner le point de vue, justement, extra-universitaire, étant donné que je n'ai pas d'attache comme telle au programme de chirurgie buccale et maxillo-faciale de l'Université Laval. Je suis gradué de ce programme-là, il y a maintenant au-delà de cinq ans, et je suis en pratique privée, également, en bureau privé... J'ai mon propre bureau en ville, et ma pratique hospitalière, c'est à l'hôpital du Christ-Roi. Alors, je pose également des implants endo-osseux, et le type de pratique que je fais correspond en tout point à ce que le Dr Landry a décrit. Le patient vient me consulter sur les mêmes bases. Il peut être référé soit par un dentiste, soit par un denturologiste ou par un autre confrère qui est dans un domaine médical, et l'évaluation est faite conjointement, c'est-à-dire l'examen clinique, l'examen radioiologique, les possibilités de restauration de la condition masticatoire du patient ou de la patiente. Et, de là, le phénomène entre en marche graduellement, avec détermination, au début, du plan de traitement et du pronostic pour le patient concerné. Alors, même en pratique privée, la démarche se fait également de cette façon-là, si on veut obtenir des résultats optimaux. Les prothèses sont faites par des collègues dentistes ou prosthodontistes dans ma pratique privée, également.

Le deuxième point de votre question était à savoir s'il peut y avoir du travail de chirurgie buccale conjointement avec des denturologistes. Du moins, à ma connaissance, je n'en connais pas. Je ne peux pas confirmer cette affirmation-là. Merci.

La Présidente (Mme Hovington): Oui.

M. Landry: Si vous voulez, en complément de réponse à la question, je dois dire que nous sommes confrontés, je dirais... Nous sommes un centre de référence suprarégional, c'est-à-dire de Gaspé, en passant par le nord du Nouveau-Brunswick et allant jusqu'à peu près à Trois-Rivières. Mais à Trois-Rivières, il y a un chirurgien buccal... On couvre la Beauce, Bellechasse et allant, bon, jusqu'aux confins de Chicoutimi et de Trois-Rivières, où il y a aussi d'autres spécialistes en chirurgie buccale. Nous rencontrons, je dirais quotidiennement, des problèmes de main-d'oeuvre qualifiée et compétente dans le corps dentaire pour travailler avec nous dans la réalisation de prothèses. Nous avons peine à former des dentistes qui ont déjà les prérequis de base et les connaissances de base aux techni-

ques d'implants. Alors d'autant plus grande est ma surprise de voir vouloir confier à des gens qui n'ont pas cette formation de base, qui est à mon avis le prérequis même... Si tu n'as pas les connaissances qui sont celles d'un dentiste, au départ, tu ne peux pas jouer. Tu ne peux pas t'asseoir à la table. Pas parce qu'on ne veut pas que tu t'assoies à la table, mais parce que tu ne connais pas toutes les règles du jeu qui sont celles de la morphologie et de la biologie endosseuses et extra-osseuses au niveau de l'environnement buccal. O.K.?

Alors, on rencontre, chez ces gens qui ont cette formation de base, des problèmes de recrutement chez ceux qui seraient à la fois intéressés ou compétents ou qui, techniquement, pourraient obtenir la compétence pour réaliser des prothèses. Si on répand ou si on essaie de répandre la technique, encore là, à un corps qui n'est pas un sous-ordre mais qui a une compétence qui n'est pas celle qui est le prérequis de base, à notre avis, je me demande où on va pour le respect du patient et pour le respect, éventuellement, de la réhabilitation orale sur implants ostéointégrés.

La Présidente (Mme Hovington): Merci. Mme la députée de... Vous aviez demandé la parole.

Mme Boucher Bacon: Il m'a donné une partie de la réponse à ma question, mais je vais aller un petit peu plus loin sur les prérequis. On a rencontré cet après-midi l'Association des chirurgiens dentistes. Est-ce que c'est la même Association que celle des spécialistes chirurgiens, ou si vous êtes deux associations de chirurgiens mais avec des spécifications différentes?

M. Landry: C'est une excellente question, et je dois vous confier que c'est une démystification, aussi, qui pourrait être pour le plus grand bénéfice à la fois des chirurgiens buccaux, enfin, surtout des chirurgiens buccaux. Quand on parle d'un chirurgien dentiste ou quand on parle d'un dentiste ou de quelqu'un qui a un diplôme en médecine dentaire, on fait référence aux dentistes généralistes conventionnels. La topographie des noms, si on peut dire, la toponymie de leur dénomination, si on peut dire, fait référence à des événements anciens qui fait qu'on utilise ou on retient encore le nom de chirurgien dentiste, mais qui s'applique aux dentistes généralistes.

Quand on parle de spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale, il s'agit de quelqu'un qui, au départ, a la formation de chirurgien dentiste, donc de dentiste généraliste, et qui est allé chercher, comme je l'expliquais à Mme Blackburn, la formation postdoctorale supplémentaire en milieu hospitalier, ce qui l'habilité à traiter, comme je vous l'ai dit, plusieurs pathologies par chirurgie majeure au niveau de la face, évidemment, au niveau des maxillaires. On parle de deux choses différentes et on parle de deux

corps professionnels, à la rigueur, qui sont tout à fait différents, aussi.

Mme Boucher Bacon: Même si vous m'avez donné la réponse sur les prérequis de base, vous dites finalement que les dentistes peuvent le faire. Il y en a qui refusent, mais pour s'asseoir vraiment à cette table-là, il faut avoir les prérequis. Vous avez bien dit que c'était une technique.
(20 h 45)

M. Landry: C'est-à-dire que la technique fait appel à des notions purement techniques, c'est-à-dire quelle grosseur de trou, à quelle vitesse on tourne, combien d'irrigation jusqu'à quelle profondeur, etc. Enfin, des choses qui ne sont même pas des subtilités, qu'on peut apprendre dans un manuel et, comme je vous dis, à la rigueur, imprimer sur un circuit et faire exécuter par une machine. Mais c'est comme la dentisterie, d'ailleurs. On pourrait faire forer un trou dans une dent par un animal, si on pouvait ainsi l'entraîner; d'ailleurs, on ferait faire des choses très sophistiquées à certains animaux. Mais quand je parle de prérequis, je ne parle pas que de formation technique, je parle surtout d'indication, et qui dit indication dit la synthèse d'une somme de notions qui sont de la biologie, de la pharmacologie, de la biomécanique, par exemple, dans la réalisation des prothèses, et qui sont aussi des notions qui doivent s'appliquer non seulement à la réalisation de l'acte, mais aussi au suivi de l'acte. S'il y a quelque chose de relativement simple, c'est bien de déterminer une indication et de mettre en place un implant, de réaliser une prothèse sur ces implants-là. Mais de suivre pendant 1, 5, 10, et dans le cas de l'équipe suédoise, par exemple, 25 ans, ladite prothèse sur ces implants, ça, ça fait appel à des notions qui sont de base, celles que possèdent actuellement les dentistes.

Mme Boucher Bacon: Mais les denturologistes n'ont jamais prétendu vouloir faire de chirurgie buccale, si je lis bien l'objet du litige. Je ne crois pas, en tout cas, qu'il soit indiqué à quelque niveau que ce soit qu'ils veulent faire de la chirurgie buccale. Je ne pense pas... En tout cas, on pourra les entendre. Ils veulent travailler en collaboration avec vous. Alors, s'il y avait une ouverture, est-ce que vous seriez prêts à travailler avec eux?

M. Landry: Il faudrait qu'ils possèdent à la fois les techniques, ce qui est relativement facile à concevoir, mais surtout...

Mme Boucher Bacon: Ça peut se faire, comme vous l'avez dit.

M. Landry: ...les notions biologiques de respect du milieu dentaire, de la dent. Si on forme des dentistes, c'est parce qu'ils connais-

sent les dents, leur environnement osseux, leur environnement gingival, la relation des deux maxillaires ensemble, la relation avec l'articulation. Si on forme des gens pour travailler dans et autour des dents, c'est à eux qu'on doit confier la réalisation de prothèses mises en place sur des dents. Je vous ferai un parallèle, et les gens de l'Association des prosthodontistes me corrigeront si c'est nécessaire. Quand on installe une prothèse fixe sur des dents naturelles, on ne le fait qu'en collaboration avec des gens qui peuvent travailler les dents: ce sont les dentistes. La même chose doit s'appliquer pour les prothèses fixes sur implants ostéointégrés et, à mon avis, la même chose doit se réaliser pour les prothèses hybrides ou amovibles sur implants ostéointégrés, puisque ce sont des prothèses qui sont montées sur des dents naturelles... Enfin, des dents artificielles, mais l'équivalent de dents naturelles.

Encore, si on peut concevoir - et il semble que ce soit le cas, d'après les informations que vous donnez - que certains denturologistes confectionnent, mettent en bouche des prothèses sur implants ostéointégrés, quelle est la qualité de leur formation et quelle est la qualité de leur pratique qui leur permet de suivre l'environnement **muco-gingival**, de suivre l'environnement osseux et d'assurer que les modifications pertinentes soient appliquées aux prothèses? O.K. Techniquement, encore là, fabriquer la prothèse sur l'implant ostéointégré, ce n'est pas compliqué; la faire adéquatement et surtout la suivre sur une période de un, deux, cinq ou dix ans, c'est quelque chose qui fait appel à des notions qu'ils ne possèdent pas actuellement. S'ils devaient les posséder, ils deviendraient des dentistes. Alors, pourquoi ne pas laisser ça aux dentistes, comme c'est actuellement suggéré et ce qui devrait exister?

Mme Boucher Bacon: L'Association des denturologistes...

La Présidente (Mme Hovington): La dernière, parce que j'ai d'autres intervenants.

Mme Boucher Bacon: Oui, la dernière. C'est parce que ça me passionne. L'Association des denturologistes nous disait qu'il y avait quand même... M. Perreault disait: Moi, j'en ai fait 200. Un autre dentiste disait 100; un autre, 100... Disons qu'on en totalise 400 pour lesquels ils ont eu à travailler en collaboration avec des chirurgiens dentaires...

Une voix: ...buccaux.

Mme Boucher Bacon: ...buccaux et pour lesquels, finalement, ils ont eu un taux de réussite. Il n'y a pas encore de cas qui nous ont paru pathologiques. Tout ce qu'ils ont dit, c'est que la finalité, c'est le chirurgien qui la revoit,

c'est lui qui fait, après ça, les vérifications pour voir s'il n'y a pas de difficultés. Alors, je comprends mal votre argumentation.

M. Landry: J'aimerais céder la parole à un prosthodontiste, qui pourrait vous donner effectivement, au niveau des prothèses, ce qui est vrai et ce qui est faux à ce sujet-là. Je dois vous dire que je n'ai pas encore vu, dans la littérature... Et quand je parle de littérature scientifique, je ne parle pas de **Châtelaine**, de **L'Actualité** ou de...

Mme Boucher Bacon: J'ai compris ça, aussi.

M. Landry: Dans la littérature scientifique, je n'ai pas encore vu d'études répertoriées, c'est-à-dire révisées par un "panel" de lecture à l'intérieur de la revue, qui fassent état de la survie à un, deux ou cinq ans de prothèses réalisées par des dentistes ou des chirurgiens dont toute la confection de la prothèse aura été réalisée par des denturologistes. Quand on aura ça, effectivement, et quand on aura peut-être aussi les résultats radiologiques qu'ils auront à déposer à ce sujet-là, on pourra peut-être démêler le vrai du faux quant au succès ou au prétendu succès de ces prothèses.

La Présidente (Mme Hovington): Alors, j'avais demandé... Le député de Laviolette.

M. Savoie: Vous devez nous donner une réponse, là. Oui, on va passer la balle à quelqu'un d'autre, là. Oui.

M. Boudrias (Pierre): Je me présente, Pierre Boudrias, professeur agrégé à l'Université de Montréal en prosthodontie. Quand on fait allusion au travail de restauration, juste pour apporter une petite précision, c'est quand même des prothèses assez récentes. On sait que ça fait à peu près 25 ans que ça se fait, en Suède. Par contre, au Québec, on peut peut-être évaluer ça à cinq ou six ans. Alors, c'est peut-être arrivé vers les années quatre-vingt-cinq. Donc, on n'a pas une longévité ou une expérience qui est aussi grande que celle des Suédois, à ce sujet-là. Donc, c'est une technique qui est assez récente et qui demande aussi beaucoup de précautions au niveau du suivi. On voit, sans nécessairement être des échecs, des conséquences qui peuvent se produire au niveau muco-gingival, et on peut voir aussi certains effets qui peuvent se produire au niveau des pièces. En fait, tout ce que je veux amener ici, c'est tout simplement qu'on doit avoir un certain suivi sur ces pièces. D'ailleurs, sur ces pièces, on sait que les dents vont s'user plus rapidement que des prothèses conventionnelles, parce qu'elles sont rattachées à des implants. Donc, on va exercer beaucoup plus de force sur ce type de prothèses là. On doit aussi examiner tout ce qui se passe au niveau gingival.

On sait qu'on peut avoir des réactions de type inflammatoire au niveau gingival autour de ces implants-là, dans des cas où le patient aurait négligé son hygiène. Alors, il doit y avoir des rappels assez fréquents. On doit pouvoir évaluer ce qui se passe du côté périodentaire, c'est-à-dire évaluer la gencive autour de ces implants. Je pense que cette évaluation-là ou ces rappels-là sont d'autant plus importants pour le succès à long terme de ces prothèses. Je pense que le Dr Landry a spécifié tantôt que le but, ce n'était pas de mettre un implant et de flanquer une prothèse là-dessus et de laisser aller le patient. Il faut quand même avoir un certain suivi, si on veut avoir un certain succès. Alors, je pense qu'il faut être habilité à faire un suivi, un certain diagnostic, et aussi avoir des connaissances périodentaires, c'est-à-dire des connaissances muco-gingivales, de façon à pouvoir évaluer si oui ou non il y a un problème qui survient. Alors, ça se fait évidemment avec des connaissances périodentaires qui sont enseignées à l'université, à la Faculté de médecine dentaire, ça se fait à l'aide de radiographies et ça se fait aussi à l'aide d'un examen périodentaire, c'est-à-dire qu'on doit sonder autour des différents implants avec différents instruments, tout simplement pour s'assurer que la santé buccale est maintenue suite à la mise en place des restaurations.

Mme Boucher Bacon: Ça m'éclaire, parce que le Dr Landry semblait avoir pris un peu sa littérature dans **Croc**. Alors, c'est pour cela que la vôtre me satisfait un peu plus.

La Présidente (Mme Hovington): C'est peut-être mieux de lire **Châtelaine** plus souvent. Il y a des articles qu'il trouverait sûrement intéressants.

M. Landry: Je ne dis pas que les articles dans **Châtelaine** ne sont pas intéressants, mais ils ne sont certainement pas répertoriés scientifiquement ou étudiés longitudinalement, comme doivent l'être les prothèses.

La Présidente (Mme Hovington): Mais, vous savez, même les députées peuvent lire des revues scientifiques. On est quand même assez familiarisées avec les revues scientifiques, Dr Landry.

M. Landry: Je lis **Châtelaine**, mais pas pour m'inspirer dans ma profession.

La Présidente (Mme Hovington): M. le député de Lavolette, vous aviez demandé la parole.

M. Jolivet: Oui, Mme la Présidente. C'est parce que je m'en allais faire un peu une petite farce, en disant que M. Seguin a écrit dans plusieurs revues au Québec, et pourtant c'est un

homme qui a rendu la science accessible à beaucoup de monde. Je vous poserai une première question. Est-ce que les prothèses sur implants peuvent être, dans la technique que vous connaissez maintenant de plus en plus, depuis 25 ans au niveau de la Suède, vous le dites, et au niveau du Québec, depuis 5 ou 6 ans... Est-ce qu'il y a des possibilités d'avoir des prothèses fixes - on a vu (a technique pour les visser - et des prothèses amovibles, avec les implants déjà placés, avec une technique qui le permettrait? Est-ce qu'actuellement on est assez connaissant, à savoir, est-ce qu'on pourrait faire l'une ou l'autre de ces prothèses-là?

M. Landry: C'est-à-dire que sur implants, on peut réaliser des prothèses fixes et des prothèses amovibles. Tout dépend de la planification et tout dépend, au départ, des besoins du patient.

M. Jolivet: J'ai posé la question, au courant de la journée. Il y en a qui ne croyaient pas que c'était possible que ce soit amovible. Alors, c'est pour ça que je voulais vous faire dire, compte tenu que vous êtes les chirurgiens buccaux, qu'il pouvait y avoir des prothèses fixes, celles qu'on connaît d'après les renseignements que nous avons jusqu'à maintenant, et les autres qui peuvent être amovibles, selon des procédures qui seront décidées entre le chirurgien buccal, le patient et l'autre personne qui fera les prothèses. Et là, c'est ma deuxième partie de question.

M. Landry: Quant à nous, au départ, on doit déterminer... C'est certain qu'il y a plusieurs facteurs. Au départ, on doit savoir si on a affaire à une restauration par prothèse fixe ou par prothèse amovible puisque, par exemple, la localisation et même le nombre d'implants à être mis en place sont directement reliés à cette décision initiale. Cette décision ayant été prise, la mise en place d'une prothèse sur implants et d'une prothèse fixe vissée sur des implants rencontre à plus forte raison des obligations de travailler avec un dentiste, puisqu'il s'agit là de prothèses fixes vissées en place. Je vous saute les détails techniques, qui pourront vous être expliqués par les docteurs Boudrias ou Gaucher. Et même dans le cas de prothèses amovibles réalisées sur implants, ces prothèses-là doivent être suivies, encore là, au niveau des unités d'implant, qui viennent à être considérées comme des dents; elles doivent donc être suivies comme des dents, et ça fait appel aux notions cliniques et radiologiques d'évaluation qui sont celles que possède un dentiste.

M. Jolivet: Comme on a parlé ce matin du fait qu'il y a une bataille, qui est quand même économique, à notre avis, dans ce dossier-là, il y a une nouvelle technique pour laquelle, de plus en plus - je parle des gens comme moi qui

auraient peut-être besoin d'en avoir, un jour ou l'autre; ' parce que la gencive baisse, puis tout ce qu'on expliquait- il est évident qu'il y a un marché quelque part. Ce marché-là, maintenant, il s'agit de savoir s'il y a des gens qui ont la capacité ou non de le faire. Ce que j'ai compris jusqu'à maintenant, c'est que les gens les plus habilités à le faire seraient d'abord, au départ, quant à l'implant lui-même, les chirurgiens buccaux. Une autre personne, en vertu de la loi, a la possibilité de le faire, et cette personne-là, c'est le chirurgien dentiste, celui dont vous avez détaillé en trois termes à peu près la même chose qu'on connaît, c'est-à-dire le dentiste généraliste. Dans ce contexte-là, lui, en plus... Parce que le chirurgien buccal va demander à quelqu'un de faire la prothèse. Vous me dites: Moi, comme chirurgien buccal, je propose que ce soient les dentistes qui... Vous dites: Il faut que ce soient des gens qui sont des chirurgiens dentistes. Non? Ce n'est pas ça? Je vous comprends mal?

M. Landry: Je ne propose pas que ce soient des dentistes, mais je ne concevrais pas travailler avec un autre qu'un dentiste pour réaliser une prothèse fixe ou dite "fixe amovible" sur implants. Encore là, pas pour rencontrer les perspectives du marché ou les perspectives économiques de tel ou tel groupe, mais pour rendre au patient le service qui doit lui être rendu. Quand on investit au point de vue chirurgical et au point de vue économique dans la mise en place d'implants dans ses mâchoires, on veut avoir une prothèse qui ne durera pas un an ou deux ans ou cinq ans, on veut "dupliquer" ou "répliquer" les résultats qui ont été obtenus par d'autres équipes, entre autres en Suède, entre autres par d'autres groupes aux États-Unis et d'autres groupes au Canada, dont à Toronto, qui a été le deuxième site de choix pour la mise en place d'implants ostéointégrés. On veut donc "répliquer" les résultats que ces gens-là ont obtenus, en travaillant selon les protocoles et avec les professionnels que ces gens-là ont utilisés. Je ne crois pas qu'on doive être à ce point novateurs ou à ce point aveugles et dire que, de toute façon, n'importe qui pouvant maîtriser la technique va nous permettre de "dupliquer" les résultats. Quand on parle d'implants, que ce soit avec des prothèses fixes ou amovibles, on parle, dans le fond, de prothèses qui sont assujetties à des éléments fixes.

M. Jolivet: Je reprends en disant que le chirurgien buccal dit: Moi, je ne veux pas travailler dans ces prothèses-là autrement qu'avec une personne qui est un chirurgien dentiste.

M. Landry: C'est le choix de l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec, et il a été motivé par un

petit peu l'historique que je vous ai fait au départ.

M. Jolivet: Ça va pour la première. La deuxième, c'est que le chirurgien dentiste a le droit de faire des implants. D'après les renseignements que nous avons, il y en a qui en font. À partir de ça, en plus, ils vont avoir tendance à faire la prothèse eux-mêmes ou, du moins, à demander à un technicien de la faire. (21 heures)

M. Landry: C'est-à-dire qu'il faut bien séparer deux choses, dans la réalisation de la prothèse. Il y a la réalisation technique de la prothèse et il y a la mise en bouche ou les gestes qu'il faut pour réaliser la prothèse. Alors, c'est certain que tous les dentistes, et même de nombreux denturologistes, quand ils font faire une prothèse, quand ils font confectionner une prothèse, font affaire avec un laboratoire dentaire. Alors, ça, ce n'est pas ce que j'appelle la confection de la prothèse, au sens où moi je l'entends.

La confection technique de la prothèse, j'ai une empreinte que moi, j'ai prise - enfin, pas moi, parce qu'il y a belle lurette que je n'ai pas fait de prothèse - qu'un dentiste a prise ou qu'un denturologiste a prise, quand il décide qu'il doit recevoir une prothèse. L'empreinte est acheminée soit dans le propre laboratoire du denturologiste ou est acheminée par le dentiste vers un laboratoire dentaire qui, lui, confectionne la prothèse: on mélange le plastique, on monte les dents, etc. Mais la mise en bouche, l'ajustement et le suivi, ça, ce n'est plus la confection de la prothèse au sens mécanique ou matériel du terme, mais c'est la confection de la prothèse au sens de l'ajustement de la prothèse en bouche. Ça, c'est du ressort du dentiste, en ce qui concerne les prothèses montées sur éléments fixes, comme des implants.

M. Jolivet: Donc, je continue en redisant que le chirurgien buccal dit: Je travaille, pour la mise en bouche - avec tout ce que ça comporte - avec le chirurgien dentiste. Le chirurgien dentiste dit, lui: Dans mon cas, je peux faire l'implant et, en plus, je peux faire la prothèse ou je la fais faire. Il reste quoi, à l'autre partie qui est le denturologiste? Parce que si le chirurgien buccal dit qu'il ne fait pas affaire avec un denturologiste, si le dentiste dit qu'il ne fait pas affaire avec un denturologiste, dans le contexte où notre génération à nous autres a perdu, pour toutes sortes de raisons, soit directement parce qu'on s'est fait arracher les dents, ou autrement, parce que j'ai eu un accident... Cette portion de marché existe, qu'on le veuille ou qu'on ne le veuille pas. Dans ce contexte-là, il va rester quoi, aux denturologistes, sinon de mourir? Parce qu'ils n'auront plus grand-chose à faire. Dans la génération de nos enfants à nous, et ceux qui les ont suivis, ces gens-là ont eu des travaux qui

ont fait qu'ils n'ont pas eu, comme nous, la malchance de perdre leurs dents, à moins d'avoir un accident quelque part. Dans ce contexte-là, il va rester quoi, aux denturologistes, sinon de mourir ou de devenir dentistes en suivant des cours? C'est quoi, là?

M. Landry: Je ne le sais pas. Il faudrait leur poser la question à eux, effectivement. Mais ce n'est pas ce qui va motiver mon choix à moi de travailler avec un dentiste ou un denturologiste. Pour moi, c'est le succès de la prothèse et le meilleur bénéfice du patient. Et aussi le mien, parce que l'implant que j'ai mis là, s'il est éventuellement déstabilisé ou désintégré ou dans un état de laisser-aller par un manque de surveillance postopératoire ou un manque de suivi, bien, c'est certain que je vais porter le chapeau, hein?

M. Jolivet: Mais le denturologiste ne demande pas de faire ces choses-là. Il demande de faire la prothèse après que vous avez d'abord fait l'analyse et mis les implants, pour vous demander ensuite à vous de faire le suivi postopératoire. Mais eux, ils veulent faire la prothèse.

M. Landry: Mais, justement, je pense qu'il est fallacieux de dire qu'on va faire la prothèse après avoir fait l'implant. La prothèse se fait avant, pendant et après qu'on fait l'implant.

M. Jolivet: Mais en collaboration avec vous autres. C'est ce qu'ils vous proposent.

M. Landry: En collaboration avec le chirurgien et par quelqu'un qui est capable d'en assurer à la fois la planification et le suivi.

M. Jolivet: Et là, on nous dit qu'il y a des chirurgiens buccaux qui font ces ententes-là avec des denturologistes, mais vous avez semblé dire que, d'après vous, vous n'êtes pas sûr que ce soit vrai. Est-ce que c'est vrai, ce qu'on entend dire, oui ou non?

M. Blondeau: Je vais continuer. Je vais peut-être reprendre vos questions à différents paliers, étant donné qu'il y avait plusieurs éléments. Ce n'est pas une question de mourir ou de ne pas mourir, qu'on débat ici. Je pense que c'est tout simplement de rendre le meilleur service possible au patient. De toute façon, le fait de mourir ou pas ne rentre pas en ligne de compte, parce que les patients, de nos jours, perdent de moins en moins leurs dents et, éventuellement, n'en perdront plus du tout. Même les implants comme tels, en principe, n'auront même plus lieu d'être là, parce que les patients ou les personnes garderont leurs dents. Alors, éventuellement, même le dentiste se trouvera pratiquement à mourir. Nous autres, on va mourir

avant, mais c'est ce qui va arriver.

M. Jolivet: On va mourir, mais pas de nos dents.

M. Blondeau: Question de la construction des prothèses comme telles, si on prend un exemple bien simple qui est le pont de Québec, c'est bien important d'avoir une structure sous-jacente qui soit faite avec tous les éléments mécaniques et d'ingénierie et qui soutienne la structure qui est au-dessus. Alors, ce n'est pas strictement d'ériger un palier qui va de la rive nord à la rive sud. C'est de déterminer ce qu'il y a en dessous, et c'est probablement ça qui est le plus important. Il faut bien sûr que la structure qui est au-dessus soit bien placée avec, finalement, une architecture qui corresponde à ce qu'on a sous-jacent. Alors, c'est un ensemble. Ce n'est pas juste de construire sur le dessus de quelque chose. C'est comme pour une maison: le solage est important, aussi.

M. Jolivet: Juste vous dire une chose. À l'époque où, il y a 33 ans, j'ai perdu toutes mes dents, c'est un dentiste qui m'a mis des dentiers. Quand il me les a mis, il les a fait faire ailleurs, parce qu'il ne les faisait pas, lui. Ça, c'est la première des choses. Le jour où j'ai décidé d'aller ailleurs parce que ça me coûtait moins cher, comme tout gars qui essaie de sauver un peu d'argent, il a fallu que j'aie en cachette, parce qu'ils n'avaient pas le droit de le faire, dans le temps, les denturologistes. Mais je n'ai jamais eu de problème.

Vous allez me dire: Il y en a peut-être qui ont eu des problèmes. C'est possible. Je ne vous dis pas non plus qu'avec des dentistes de l'époque il n'y en a pas qui ont eu des problèmes. J'en ai d'autres de ma famille qui en ont eu, des problèmes. Je pense qu'il s'agit de savoir, aujourd'hui, au moment où on arrive avec une nouvelle technique, s'il y a des gens qui sont capables de le faire, pourquoi on les empêcherait de le faire. Quelles sont les raisons majeures qui vous incitent à dire que vous ne travaillerez, vous, comme chirurgiens buccaux, qu'avec les chirurgiens dentistes? C'est la question qui est posée. Le reste, on verra après, on décidera.

M. Landry: S'il y a des gens qui sont capables de le faire et qui possèdent les notions pour le faire, et non seulement pour le faire techniquement, réaliser la prothèse, mais aussi pour la suivre, pour l'évaluer et pour apporter les correctifs qu'il faut au niveau de ce suivi-là, d'accord. Ça existe, ça, actuellement, et ça s'appelle un dentiste. Et les dentistes, ce sont les gens avec lesquels on va travailler. O.K.? En ce qui concerne la prothèse conventionnelle...

M. Jolivet: Vous êtes conscients qu'en disant ça, vous autres, comme groupe de 50 à

travers le Québec, vous êtes en train de diriger vers quelqu'un, en disant que c'est vous autres qui décidez que ce sont eux autres qui sont spécialistes pour le faire?

M. Landry: Ce n'est pas moi qui dirige ça en tant qu'individu vers un autre individu. C'est moi qui, en tant que professionnel de la santé, sais jusqu'à quel point déterminer qui a l'aptitude et la formation pour non seulement suivre, mais réaliser le travail qui doit être fait pour la restauration de la fonction masticatoire du patient. Et ça, je suis non seulement habilité à porter ce jugement-là, mais dans le respect du patient et pour sa réhabilitation, je suis plus qu'habilité, c'est mon rôle. Ça correspond à mon éthique de prendre cette décision-là, de la transmettre au patient et de la supporter, pour lui et pour le succès de sa réhabilitation.

M. Jolivet: En continuant, comme je disais ce matin, d'être l'avocat du diable, je vous pose une question additionnelle. Dans la mesure où vous êtes responsable, selon votre éthique, selon votre devoir que vous avez comme chirurgien buccal, seriez-vous prêt, si jamais quelqu'un avec qui vous travaillez, qui s'appelle un chirurgien dentiste, a mal fait sa job, à accepter, pour protéger votre profession, de le poursuivre?

M. Landry: Ça arrive fréquemment. Autant des dentistes que des denturologistes. Quand je suis appelé en expertise, que ce soit pour des implants ou pour quoi que ce soit, ce que je regarde, ce n'est pas l'intérêt du corps professionnel contre lequel ou pour lequel je dois "expertiser", mais celui de la cause qui est là, pour le bienfait du patient. Que ce soit un dentiste qui est en face de moi, que ce soit un denturologiste ou que ce soit qui que ce soit, que je sois expert pour la poursuite ou pour la défense, mon expertise ne se base pas sur celui qui est en face. Je ne me demande pas: Devrais-je le planter, ou bien si je devrais essayer de lui sauver la peau? Je regarde le patient, le traitement qu'il a subi. Quel est son avantage? Est-ce qu'il y a eu de la négligence, etc., dans les règles de l'art, dans les règles techniques, etc. ? O. K. ?

Je ne regarde pas l'étiquette de celui avec lequel je travaille. Je regarde sa compétence.

La Présidente (Mme Hovington): Une très courte, Mme la députée de Terrebonne, parce que notre temps est écoulé.

M. Jolivet: C'est bon, là.

Mme Caron: Merci, Mme la Présidente. J'avoue que je vois difficilement comment vous pourriez poursuivre un denturologiste, puisqu'à plusieurs reprises, vous nous avez dit que vous ne travailliez pas avec les denturologistes.

M. Landry: Je ne poursuis personne personnellement. Je suis appelé en expertise.

Mme Caron: Mais vous ne travaillez pas avec eux. Donc, vous ne pourriez pas...

M. Landry: Oui, je travaille avec les...

Mme Caron:... avoir à les poursuivre.

M. Landry:... denturologistes...

Mme Caron: Ah oui?

M. Landry:... dans le cas de réalisation de prothèses conventionnelles.

Mme Caron: Est-ce que vous pouvez nous dire, au niveau de votre clientèle...

M. Landry: Et c'est leur compétence.

Mme Caron: Au niveau de votre clientèle, quel est le pourcentage de personnes qui vous sont référées par un denturologiste? Qu'est-ce que vous faites de ces patients-là?

M. Landry: La référence aux soins d'un chirurgien buccal va peut-être changer, dans les semaines qui viennent, peu importe. Je ne crois pas, encore là, que ce soit dans le meilleur intérêt des patients, mais peu importe. La référence n'est pas basée, encore là, ou n'est pas fondée sur les liens plus ou moins étroits avec tel ou tel corps professionnel. J'ai des références que j'aimerais décrire en parts égales à la fois de médecins, donc, de spécialistes non dentaires ou, enfin, de professionnels de la santé qui sont non dentaires, de dentistes et de denturologistes. C'est clair comme de l'eau de roche que je vais recevoir de la part de denturologistes plus de consultations pour ce qu'on appelle la chirurgie préprothétique, parce que c'est la seule classe de patients qu'ils voient.

Mme Caron: Assurez-vous le suivi, à ce moment-là?

M. Landry: Sur les traitements de prothèses conventionnelles, j'assure le suivi avec le denturologiste et je collabore chirurgicalement dans la limite des traitements que je peux réaliser avec lui. Il y en a certainement ici.

Mme Caron: Au niveau des implants?

M. Landry: Pour les implants, il n'y en a pas, puisque je collabore avec des dentistes dans le traitement par implants.

Mme Caron: Quand vous recevez...

M. Landry: Quand je reçois un patient...

Mme Caron: Qui est référé par un denturologiste...

M. Landry: ...qui m'est référé, par exemple... O.K. Je vois la situation à laquelle vous voulez faire allusion. Je reçois un patient qui m'est référé pour une dysfonction masticatoire reliée à l'instabilité de ses prothèses et, dans le cadre de la discussion, je lui suggère, par exemple, que la solution serait des implants ostéointégrés. Et il y agrée. Je réponds au denturologiste qu'effectivement, le patient, après mon exposé, après avoir compris et consenti au plan de traitement que je lui ai suggéré, s'est orienté plutôt vers la confection de prothèses sur implants ostéointégrés, et que je verrai éventuellement, et avant de réaliser cette réhabilitation, à le référer à un professionnel qui saura collaborer avec moi et qui saura assurer le suivi. C'est certain que c'est interprété, à ce moment-là, de la part du denturologiste, comme: Bon, bien, Cristi, il m'enlève le pain de la bouche! Je ne lui enlève pas le pain de la bouche, je donne au patient le traitement qui correspond à son besoin et je le réalise avec celui qui peut le faire.

Mme Caron: Donc, ce matin, les dentistes nous ont dit que le choix des implants relevait d'abord d'eux et non des chirurgiens. Qu'en pensez-vous?

M. Landry: Le choix des implants, c'est-à-dire?

Mme Caron: L'endroit où les implants seront placés, quelle sorte d'implants, etc.

M. Landry: Ce n'est pas une vérité absolue. J'aimerais pouvoir assurer à tout dentiste qui se réfère à moi que je pourrai mettre en place l'implant là où il l'a déterminé. Sauf que s'il n'y a pas d'os là où il en veut, je ne pourrai pas en mettre.

Mme Caron: Donc, le choix définitif vous appartient.

M. Landry: Le choix définitif ne m'appartient pas parce que, inversement, si, là où je peux mettre un implant, le dentiste ne peut réaliser une prothèse ou ne peut en réaliser une qui soit fonctionnelle, ça peut même remettre en question la pertinence ou l'indication de traiter ce patient-là avec implants.

Mme Caron: Qui, selon vous, a posé les implants de toutes les personnes qui ont eu des prothèses amovibles sur des implants posées par des denturologistes? Qui avait posé les implants, selon vous?

M. Landry: Je ne peux pas répondre pour autre que moi-même.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Caron: Merci.

M. Landry: Et j'aimerais que vous citiez des noms et des cas à l'appui. Je serais heureux de le voir, aussi.

Mme Caron: Les implants sont là.

M. Landry: Où sont-ils?

Mme Caron: Quelqu'un les a posés.

La Présidente (Mme Hovington): Votre temps est écoulé, Mme la députée de Terrebonne. M. le ministre, notre temps est écoulé, mais pour une petite dernière question...

M. Savoie: Deux petites dernières, très rapidement. D'après votre expertise, au niveau des prothèses, des partiels sur implants, les dents avoisinantes, est-ce qu'elles ont besoin de meulage?

M. Landry: Pardon? Au niveau...

M. Savoie: Au niveau d'un partiel sur implants.

M. Landry: À moins que je ne sois vraiment dépassé en termes de prothèses, il n'existe pas de telles prothèses, de partiels sur implant. On peut réaliser des prothèses fixes sur implants de façon segmentaire. Et on peut réaliser des prothèses complètes sur implants de façon fixe ou fixe-amovible. Il aurait fallu que j'apporte mes diapos. Mais il n'existe pas de prothèses partielles conjointes.

M. Savoie: C'est-à-dire que lorsqu'il y a des dents...

Une voix: C'est segmentaire.

M. Landry: Quand il y a des dents, on peut remplacer une...

M. Savoie: C'est le segmentaire. Vous faites...

M. Landry: ...ou plusieurs dents, mais, à ce moment-là, ce n'est pas une restauration amovible, c'est une restauration fixe sur implants.

M. Savoie: Alors, lorsqu'il y a fixe...

Une voix: Segmentaire fixe.

M. Savoie: ...segmentaire fixe, si vous voulez...

M. Landry: Voilà!

M. Savoie: ...à ce moment-là, les dents avoisinantes, dans la majorité des cas, ont besoin de meulage? C'est ça que je veux savoir.

M. Landry: Elles peuvent avoir besoin... Je pense que c'est une question qui s'adresse plutôt à un prosthodontiste, si on parle de prothèses. Les implants vont être là. Ce qu'ils vont faire avec, en termes de meulage ou non... Je pense que les docteurs Gaucher et Boudrias seraient mieux habilités à répondre à votre question.

M. Gaucher: Si vous permettez, M. le ministre. Il me semble que le Dr Landry passe un examen de prosthodontie. Je suis content de connaître son niveau de connaissance. Pour répondre à votre question, dans certains cas, lorsque nous avons des dents naturelles en place avec mobilité et perte osseuse, il nous arrive d'avoir à jumeler, par l'entremise de couronnes, aux implants. D'accord? Il y a certaines indications bien précises pour ça. On ne fait pas de routine. Dans bien des cas, pour répondre à votre question, oui, on va toucher aux dents naturelles, pour recouvrir ces dents-là avec toutes sortes de techniques: couronnes complètes, dans certains cas, reliées uniquement avec des pivots, sur racine, utilisant des barres... Alors, pour répondre à votre question, oui, on peut avoir à jumeler, ou utiliser des dents naturelles avec la pose d'implants segmentaires, de ponts sur implants.

M. Savoie: C'est ça. J'essaie de déterminer la fréquence. Dans la majorité des cas, ou...

M. Gaucher: Naturellement, ici, au Québec, on a commencé à s'adresser aux cas les plus urgents, les invalides qu'on voit ici, sur le vidéo, des édentés complets.

Une voix: ...

M. Gaucher: Je ne sais pas si vous pointez... Pourtant, je ne vous ai pas vu sur le vidéo, mais, enfin, ça viendra peut-être...
(21 h 15)

On s'adresse aux patients qui présentent une urgence immédiate pour les traitements. Nous allons de plus en plus, maintenant, avec les parodontistes - on a fait allusion à d'autres spécialistes dans le domaine, les chirurgiens, les parodontistes - pour remplacer les dents unitaires, quelques dents à l'aide de placements d'implants, tout ça dans le contexte d'une dentition naturelle. Ce qui m'inquiète, moi, ici au niveau de la commission, c'est qu'on parle présentement d'octroyer la prothèse sur implants au niveau de la denturologie. On se refuse ici de discuter, à mon avis, du moins, les concepts de prothèses partielles fixes qui doivent être appliqués et applicables au niveau de la prothèse sur implants. J'ai bien peur que si le denturolo-

giste est mandaté pour la réalisation de prothèses sur implants à ce stade-ci, on viendra nous argumenter, dans deux ans, trois ans et cinq ans d'ici qu'on est habilité à placer des prothèses fixes sur dents naturelles. Parce qu'aujourd'hui on argumente devant la commission qu'il nous faut des connaissances de prothèses partielles fixes pour réaliser ces prothèses sur implants. Alors, je mets en garde la commission de bien étudier la question de terminologie; je reviens à la question de dire "amovible". Je me répète, car on s'est vu cet après-midi, mais il me fait plaisir de répéter qu'il n'y a pas de prothèse amovible sur implants. La barre dolder, qui retient une pièce hybride, c'est une prothèse fixe, par définition. Merci.

La Présidente (Mme Hovington): Merci, Dr Gaucher.

M. Jolivet: Mme la Présidente, juste un petit commentaire. Je voulais le passer tout à l'heure, mais je l'ai oublié. Ce matin, j'avais posé une question. J'avais demandé au ministre, et j'ai eu une confirmation qui est différente de celle de ce matin. J'ai eu la chance, cet été, d'aller dans le coin du ministre. J'ai été visiter le Musée des mines à Malartic.

M. Savoie: Ah! vous êtes chanceux.

M. Jolivet: C'est là que j'avais pris mon histoire de force des pierres.

La Présidente (Mme Hovington): Histoire de mines renforcées!

M. Jolivet: Non, mais c'est vrai, je l'ai passé, mais je voulais quand même dire que c'était différent, son explication, de ce qui nous a été dit ce matin. Ce matin, j'avais compris que ce qui rendait la mâchoire un peu friable, c'était en cas d'accident, mais pas en termes... Au contraire, ce qu'il nous a dit, si l'implant... Je cherche le mot...

La Présidente (Mme Hovington): La prothèse sur implants.

M. Jolivet: Non, non, non.

M. Savoie: Non, non, la tige.

M. Jolivet: L'implant lui-même...

La Présidente (Mme Hovington): L'implant lui-même.

M. Savoie: La tige en tant que telle...

M. Jolivet: La tige...

M. Savoie: ...renforce la structure osseuse...

M. Jolivet: Ça renforce, c'est ça.

M. Savoie: ...plutôt que de l'affaiblir.

M. Jolivet: L'inverse de ce matin.

M. Savoie: Oui, mais ce n'était pas... En tout cas, ce n'était pas tout à fait clair dans son exposé.

M. Gauthrin: Ça dépend dans quelle direction va se faire la force. Ça dépend dans...

M. Jolivet: Ah oui! J'ai compris ça, aussi.

M. Savoie: Ah oui! C'est ça, ce n'était pas aussi... En tout cas!

M. Jolivet: Il a parlé de sédimentation. J'ai compris qu'une sédimentation, ça fixe. Je peux me tromper.

M. Savoie: Il a parlé de?

M. Jolivet: Sédimentation.

M. Savoie: Non, cimentation.

M. Jolivet: Cimentation? Non, non, on a parlé... Je vais aller voir. En tout cas, ce qui est important, c'est que la prothèse elle-même, pas la prothèse, mais l'implant se cimente à la gencive.

M. Savoie: Oui.

M. Jolivet: Et ça fortifie la gencive.

M. Landry: C'est-à-dire que la gencive, c'est comme le tapis, ça ne tient rien; c'est le madrier qui est en dessous, et le madrier qui est en dessous, c'est l'os de la mâchoire.

M. Jolivet: Oui, l'os, c'est ça.

M. Landry: L'os de la mâchoire va se renforcer s'il reçoit une stimulation interne. Il pourra être remis en place par l'intégration osseuse d'un implant. C'est pour ça qu'on dit que c'est plus qu'un élément d'ancrage ou qu'un vil "snap" sur lequel on va accrocher...

M. Jolivet: Oui.

M. Landry: ...une prothèse quelconque. C'est une dent dont on se sert pour assujettir éventuellement une prothèse qui sera considérée comme fixe, même si la prothèse est amovible, parce que l'implant, lui, est fixe.

La Présidente (Mme Hovington): M. le ministre.

M. Savoie: On vous remercie beaucoup, Dr Landry. Je pense que ça a été très intéressant de vous entendre, de même que ceux qui vous ont accompagné.

M. Landry: Je remercie la commission de nous avoir entendus, et je ferai amende honorable auprès de la revue **Châtelaine**. Je n'ai certainement pas voulu être dérogatoire ni aux femmes, ni aux hommes qui la lisent, ni à toutes ces revues de vulgarisation. Je faisais strictement référence à des revues scientifiques d'études longitudinales, etc. Je lis moi-même, avec grand intérêt, les propos de tous les vulgarisateurs scientifiques, y compris M. Seguin, que je vénère.

La Présidente (Mme Hovington): Vous feriez un bon politicien, Dr Landry: vous avez la parole facile, ça coule, ça coule! Merci beaucoup au nom des membres de la commission, à l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale. Nous suspendons une minute, le temps au Sénat de la denturologie de bien vouloir prendre place.

(Suspension de la séance à 21 h 20)

(Reprise à 21 h 27)

La Présidente (Mme Hovington): La commission de l'éducation va reprendre ses travaux pour étudier et entendre le dernier groupe de ce soir, qui est le Sénat de la denturologie. Alors, si vous voulez bien vous présenter, à tour de rôle.

Sénat de la denturologie

M. Bleau (Robert): Oui, Mme la Présidente. Je suis Robert Bleau, président du Sénat de la denturologie. À mes côtés, ici, à gauche, un autre sénateur, mon collègue, M. Provencher; un peu plus loin, à la gauche, M. Ghislain Lapointe; et ici, un de mes collègues qui fait des prothèses sur implants dans les bureaux, M. Karsenti.

La Présidente (Mme Hovington): Qui sera le porte-parole?

M. Bleau: C'est moi qui vais faire l'exposé, et vous poserez les questions. Parce que j'ai été ici toute la journée, j'ai constaté qu'il y a beaucoup de théorie et beaucoup de littérature. On n'a jamais parlé de ce qui se passait dans la journée, dans les bureaux. Alors, il faut avoir la réalité, si vous voulez faire une loi, à mon avis.

La Présidente (Mme Hovington): On vous écoute.

M. Bleau: Je vais en avoir deux qui vont

vous parler des bureaux de tous les jours, pas de théorie et de la littérature. Coudon, si vous voulez écouter les littératures, ce n'est pas exact.

La Présidente (Mme Hovington): On vous écoute. Vous avez 20 minutes.

M. Bleau: Je suis un peu vieux, mais ça ne fait rien.

Mme la Présidente, M. le ministre, Mme et MM. les députés, M. le président de l'Office, mesdames, messieurs, merci de nous fournir l'occasion d'exprimer les opinions des anciens et des bâtisseurs de la denturologie.

Il y a déjà 19 ans, le 11 mars 1971, en tant que président de l'Association des denturologistes, je déposais devant cette Chambre une demande afin de faire reconnaître légalement notre profession. Je ne croyais vraiment pas vivre assez longtemps pour revenir devant vous et assister à un projet de loi qui provoquerait l'agonie de ma profession. En effet, le projet de loi 17 lui donnerait un coup mortel, s'il était adopté dans sa forme actuelle.

Je n'entrerai pas dans tous les arguments défavorables découlant de ce projet de loi comme, entre autres, la suppression du droit de la pose de prothèses sur implants et de prothèses hybrides par les denturologistes et le remplacement du certificat de santé buccale par des formulaires encore plus humiliants. Mes confrères, ceux de l'Association, ainsi que les spécialistes en pédagogie du Collège Édouard-Montpetit l'ont fait avant moi, et j'endosse, au nom de tous les membres du Sénat de la denturologie, leur opinion et le contenu de leur mémoire dont j'ai pris connaissance. J'endosse aussi celui de la Corporation, qui va discuter de son mémoire demain après-midi.

Non, Mme la Présidente, près de 19 ans plus tard, j'aurais préféré voir cette Chambre reconnaître les efforts que nous avons déployés et le succès que nous avons connu dans la pratique de notre art.

Le hasard fait que les mêmes têtes, un peu grisonnantes, toutefois, sont devant vous pour débattre le projet de loi amendant la Loi sur la denturologie. En 1972, le Dr Claude Chicoine, devant cette Chambre, ne s'opposait pas à l'existence des denturologistes, dans la mesure où l'on créerait des cours en anatomie et en pathologie, histologie, ce qui fut fait sans tarder. Cela amena les denturologistes à obtenir la compétence espérée. Le législateur donna alors, aux pionniers de la denturologie le mandat de structurer la nouvelle profession, la formation de ses membres sa réglementation, son code de déontologie et l'application de tous ses articles.

Mme la Présidente, Mmes et MM. de la Législature, nous nous sommes appliqués fièrement à répondre à toutes ces obligations, et ce,

de façon impeccable, enfin pour celles qui dépendaient uniquement de notre volonté.

Quant au certificat de santé buccale, le conflit d'intérêts entre les dentistes et denturologistes, doublé de l'insatisfaction du public de se voir imposer une démarche ardue et coûteuse, a prouvé que cet article à la Loi sur la denturologie était inapplicable.

Quoi qu'il en soit, 17 ans plus tard, l'expérience prouve que le certificat de santé buccale n'était pas nécessaire pour que la denturologie accomplisse sa tâche avec excellence. Nous avons appris, depuis toutes ces années. La denturologie du Québec est adulée partout dans le monde. Nous sommes les numéros un. Allons-nous détruire ce qui fonctionne bien quand tellement de choses qui vont mal requièrent vos énergies et les nôtres?

Dix-neuf ans plus tard, je me rends bien compte que nos dénieurs de 1971 et de 1972 reviennent avec les mêmes paroles, les mêmes objections dans le but de faire mourir notre profession. Dans son journal, le Dr Marc Boucher prévoyant une augmentation considérable de nouveaux dentistes au cours de la prochaine décennie, mentionnait vouloir rapatrier les actes qu'il avait délégués et pavoisait en disant avoir réussi à cerner la denturologie et mis fin à son expansionnisme. Et ceci, à quelques jours seulement du dépôt du projet de loi. De toute évidence, il en connaissait le contenu.

Il y a 19 ans, des membres de cette Chambre craignaient qu'une fois reconnu légalement, le denturologiste abuserait de son pouvoir et augmenterait les prix exagérément. Il n'en fut rien. Nous demeurons les plus accessibles à ce niveau, et cela a obligé nos concurrents, puisqu'il faut les appeler ainsi, à ne pas imiter leurs confrères qui abusent là où la denturologie n'existe pas. Par exemple, en Alberta, le denturologiste n'est pas autorisé à fabriquer la prothèse partielle. Par conséquent, le prix facturé par les dentistes pour cette prothèse est de 176 % plus élevé que celui facturé par les denturologistes québécois.

Mme la Présidente, les membres de cette Assemblée, ne succombez pas devant tous les mêmes propos injustifiés que nos concurrents répètent 19 ans plus tard! Donnez plutôt à la denturologie son autonomie! L'Ontario se prépare à le faire. Demeurons les numéros un. Profitez de cette occasion pour ouvrir grands nos yeux et nos oreilles face aux raisons qui motivent nos concurrents. Nous sommes des professionnels ayant atteint la maturité. Nous n'avons pas besoin de ce tuteur injuste qui aurait dû favoriser le meilleur climat entre nos professions, au lieu de nous mettre des bâtons dans les roues durant toutes ces années. Le denturologiste sait faire, et je demande respectueusement à cette Chambre de rejeter le projet de loi 17 ainsi que l'article 7 de la Loi sur la denturologie dès maintenant, afin de l'adapter au réel profession-

nalisme.

En terminant, je tiens à vous remercier encore une fois de l'attention que vous porterez à notre requête. Merci.

La Présidente (Mme Hovington): Merci, M. le président. Je vous ferai remarquer, en tant que présidente de cette commission, que toute démonstration est interdite lors des débats de la commission. M. le ministre.

M. Savoie: Oui, merci, Mme la Présidente. J'ai souvent entendu parler du Sénat et je suis heureux d'avoir l'occasion de vous rencontrer pour échanger avec vous sur ce projet de loi qui, j'imagine, suscite beaucoup d'intérêt et beaucoup de discussions parmi vos confrères qui constituent en quelque sorte le Sénat des denturologistes.

J'ai lu avec intérêt votre mémoire. Il y a plusieurs points qui ont été soulevés. Vous parlez évidemment du projet de loi 17 et de l'article 7, qui effectivement n'a jamais fonctionné. Ça, on constate avec vous qu'effectivement, il y a eu un problème. On est prêt, je pense, à intervenir. Vous ne sentez pas, effectivement, que la question des annexes ne règle pas la question du certificat de santé buccale un peu à la faveur de votre ordre?

M. Bleu: Non. M. le ministre, prendre un certificat de santé buccale pour le remettre avec une formule d'une autre façon, ça serait inapplicable. Je dois vous dire que lorsqu'on travaillait dans les bureaux, les patients ne voulaient rien signer. On demandait: Quel dentiste a-t-il extrait vos dents, madame? Elle disait: Une clinique, mais je ne me souviens pas du nom. Ils ne veulent rien dévoiler. Vous ne les aurez pas à signer des formules. Ne pensez pas qu'ils vont signer des formules, même si vous voulez en faire, des formules. Le certificat de santé buccale n'a pas marché depuis 17 ans, il n'a pas marché dans l'Ouest du pays depuis 1965, en Colombie-britannique et en Alberta. Vous pouvez faire la même chose ici au Québec, ça ne marchera pas plus. Moi, ce que je pense, vous feriez mieux, à mon avis, de donner l'autonomie dans l'exclusivité de la prothèse amovible. Aujourd'hui, j'ai entendu parler des prothèses, mais on parlait de prothèses fixes. Nous, les denturologistes, c'est la prothèse qui s'enlève. Puis, où est le danger, M. le ministre, lorsqu'on peut enlever la prothèse? Si votre prothèse vous fait mal, vous la prenez et vous la mettez dans un bocal d'eau, point. Tandis que le dentiste, lui, si ça fait mal, il veut faire un ajustement. Il n'est pas équipé, il va user le matériau; mais par contre, le matériau n'est pas repoli. Tandis que nous, les denturologistes, nous ajustons la prothèse amovible, je dis bien, et puis nous la polissons immédiatement, nous la remettons immédiatement au patient. Ça, c'est le service.

Maintenant, on est habilité pour examiner la bouche et l'évaluer. On ne fait pas de diagnostic. Ça, on est sûr, on n'en fait pas, on n'a pas la loi pour faire un diagnostic. Un diagnostic, c'est découvrir la maladie d'après les symptômes. Aujourd'hui, nous, on ne découvre pas la maladie, on explore la bouche, on trouve une anomalie. Là, à ce moment-là, on dit: Madame - ou monsieur - c'est bien de valeur, mais je ne suis pas capable de faire votre prothèse, vous avez quelque chose dans la bouche qui va nuire à votre prothèse. Donc, on l'envoie chez le chirurgien buccal.

Contrairement à ce qui vient de se dire ici, le chirurgien buccal collabore avec les denturologistes. Moi-même, j'ai travaillé 17 ans avec un chirurgien buccal; j'ai collaboré tout le temps, tout le temps de ma vie, puis j'avais les rapports de ce que je faisais faire par le chirurgien buccal. Quand je voulais faire de l'esthétique, quand je voulais faire couper le maxillaire supérieur, à mon point de vue, pour l'esthétique, le chirurgien buccal me le faisait, puis il était bien heureux de me le faire. D'autant plus, tantôt, qu'on disait que le chirurgien buccal, il ne collabore pas avec nous autres... Savez-vous que les chirurgiens buccaux nous demandent d'avoir de l'ouvrage, nous écrivent, nous sollicitent? Je n'ai jamais vu les denturologistes ne pas coopérer, que ce soit dans les anomalies... Prenez les chirurgiens dentistes. Lorsqu'on voit qu'il y a une obturation à faire, on envoie tout de suite le patient chez le dentiste. On dit: Écoute, je ne peux pas te faire un partiel là-dessus, c'est impossible; va faire réparer la dent. Depuis qu'on est légalisé, les dentistes et les chirurgiens buccaux ont plus d'ouvrage qu'ils en avaient avant, parce que, autrefois, les anomalies, le monde ne s'en occupait pas. On pouvait faire des prothèses en détournant l'anomalie, soit une hyperplaxie, etc. Ça ne se faisait pas, ça. Les dentistes, c'était la même chose, ils ont commencé comme barbiers, ils ont évolué. Mais, nous, on a évolué, aussi. On n'est pas resté au même stade. C'est pour ça qu'à force d'écouter les théories puis tout ça... Mais en pratique, c'est une autre affaire, ça, puis ils le savent, les chirurgiens. Les chirurgiens buccaux le savent.

J'ai écouté ça toute la journée, puis je me suis dit: Tiens, c'est seulement de la théorie. C'est pour ça que j'ai un confrère ici qui travaille dans un bureau, qui fait des... Pas les implants, parce qu'on n'a pas le droit de faire des implants, c'est le chirurgien buccal qui fait les implants; par contre, lui, il fait la prothèse dentaire amovible et il la place sur les implants. Les implants, ce sont des piles. Là, ils vous en font une histoire avec ça. On sait que le chirurgien buccal a des études pour ça puis qu'il est formé, mais, nous, on est habilités, par exemple, à déceler une maladie, c'est-à-dire à trouver la tumeur maligne puis tout ça. On sait ça, mais là,

on ne touche pas à ça, on envoie ça au chirurgien. Puis c'est lui, le chirurgien... Puis, à part ça, lorsque vous avez un patient qui arrive chez vous et à qui, à un moment donné, vous êtes obligé de faire un plan de traitement, officieusement, parce que vous n'avez pas le droit... Donc, vous avez une personne devant vous, vous discutez avec puis vous lui demandez: Écoutez madame, j'ai beaucoup de choses à vous suggérer. Si la personne n'a pas d'argent pour se faire faire un implant, bien, il suggère de faire une pièce du bas avec une pâte molle, il peut lui suggérer un partiel amovible... Enfin, selon l'économie de la personne, selon ses finances. Là, le denturologiste dit: Madame, si vous vous décidez, je vais vous référer à mon chirurgien buccal. Mais ordinairement, ce dont je vous parle là, ce sont ceux qui travaillent dans les cliniques puis les polycliniques, parce qu'on a des denturologistes dans les cliniques et polycliniques.

M. Savoie: D'accord. J'ai également lu, dans votre mémoire, à la page 7, où vous avez écrit: "En 1990, les dentistes reprennent le même boniment face au projet d'abolition du certificat de santé buccale et à la pose de prothèses sur implants. Un droit qui nous est acquis jusqu'à ce jour." Vous voulez dire que le droit de la pose de prothèses sur implants, c'est un droit qui vous est acquis?

M. Bleau: Savez-vous, M. le ministre, on parle de prothèses sur implants amovibles, pas fixes. Nous, les denturologistes, c'est tout ce qui s'enlève. Le fixe, on ne touche pas à ça. Quand on parle de pont-papillon puis qu'on parle de couronne, ça appartient aux dentistes. Nous, nous n'avons qu'une petite gamme de la dentisterie: la prothèse dentaire qui s'enlève.

M. Savoie: D'accord.

M. Bleau: Tandis que les dentistes ont une gamme énorme.

M. Savoie: C'est ça, oui.

M. Bleau: En plus, c'est le public qui, à un moment donné, peut choisir son professionnel.

M. Savoie: Est-ce que toutes les prothèses sur implants sont amovibles, selon vous?

M. Bleau: Non, il y en a qui sont fixes. Mais nous, on fait seulement que l'amovible.

M. Savoie: O. K. Et par "amovible", on s'entend...

M. Bleau: L'amovible, quand le chirurgien buccal a décidé toute son affaire, il collabore avec le denturologiste, puis c'est le denturologiste qui fait la prothèse qui s'enlève. Il ne faut

pas compliquer les choses. C'est comme ça que ça se passe dans les bureaux. Vous allez voir tantôt...

M. Savoie: Bien oui, c'est ça. J'aimerais ça, maintenant, lui poser quelques questions.

M. Bleau: Bon, bien, il va vous parler, lui, de ce qui se passe dans le bureau pratique.

M. Savoie: Bon, le bureau pratique. Vous, vous êtes encore...

M. Provencher (Denis): Moi, je suis Denis Provencher. Je viens d'une petite ville. Je ne suis pas dans une université. Je viens d'Asbestos. J'ai commencé il y a trois ans à faire des prothèses sur des implants.

M. Savoie: Comment fonctionnez-vous, au juste?

M. Provencher: La façon dont on fonctionne, la première chose...

M. Gauthrin: La prothèse amovible.

M. Provencher: La prothèse amovible. La première chose, d'abord, le patient vient chez nous. On lui explique les différentes possibilités. Je ne passerai pas la gamme des autres possibilités, mais une fois que la personne, ça rentre dans son budget, dans ses données et dans des possibilités sérieuses pour des fabrications de prothèses sur implants, je la réfère à ce moment-là à un chirurgien, pour qu'il évalue à son tour les possibilités chirurgicales de faire ça, pour donner aussi un complément d'information au patient et lui donner la gamme des possibilités dans son cas bien précis. Avant de le référer, j'avais pris des impressions primaires, j'avais monté mon cas sur un articulateur afin de voir les problèmes qui peuvent se passer, les problèmes techniques où devraient, en théorie, être ces fameux implants, pour que la personne puisse avoir le meilleur service.

Une fois que le cas est discuté, que le chirurgien en est arrivé à un accord avec la patiente, qu'on a discuté du type de prothèse, du nombre d'implants, où ils devraient aller, le chirurgien procède à ce moment-là à la mise ou à la pose des implants. À la suite de ça, le patient me revient, généralement deux à trois semaines après, à condition qu'il puisse continuer à porter ses prothèses, pour que je modifie l'intérieur des prothèses avec des tissus conditionneurs ou un genre de coussin, de façon à ne pas endommager les implants et qu'il puisse continuer à porter ses prothèses. Ces coussins-là sont changés toutes les trois semaines, environ, et je vais les changer trois, quatre, cinq fois, jusqu'à ce que le chirurgien ait vu la personne, ait dit qu'il y a ostéointégration. À partir de ce

moment-là, on peut mettre la deuxième partie de l'implant.

M. Savoie: Et ça peut prendre combien de temps, ça?

M. Provencher: Généralement, c'est entre trois et quatre mois. J'ai vu un cas de six mois, parce qu'il y avait un implant qui n'avait pas fonctionné, qui ne s'était pas ostéointégré. Il l'a remplacé. On a attendu trois ou quatre mois supplémentaires. Mais la personne, à la fin du compte, a eu ses quatre implants qui étaient fonctionnels.

M. Savoie: Alors, selon vous, après la pose de l'implant, il se passe trois à quatre mois pour une période de guérison, pendant laquelle vous appliquez...

M. Provencher: Des tissus conditionneurs.

M. Savoie: ...des tissus conditionneurs. Et, pendant ce temps-là, le client n'a, comme seule référence, que le chirurgien buccal, de même que vous-même.

M. Provencher: C'est ça.

M. Savoie: O.K. On continue.

M. Provencher: À la suite de la pose de la deuxième partie de l'implant, autrement dit, ce qui va se visser dans l'implant et qui devient la partie extérieure, sur cette partie-là, on va confectionner différentes pièces, selon le nombre d'implants qu'il va y avoir et la technique employée.

Si on prend un exemple de quatre implants, il va y avoir généralement ce qu'on appelle une "dolder bar" de faite, avec des "micro-rings" ou différents types de techniques; mais lorsque je discute de ça, à ce moment-là, généralement, je le discute avec le laboratoire. C'est un laboratoire qui est spécialisé dans les implants et c'est lui qui va d'ailleurs fabriquer la barre. C'est aussi discuté avec le chirurgien, qui a, lui aussi, une idée de ce que ça prend, parce que, tout dépendant de la longueur des implants, il peut y avoir des faiblesses à des endroits plutôt qu'à d'autres, et ça influence la construction de la pièce.

M. Savoie: Là, on doit rouvrir la gencive pour l'introduction du pivot.

M. Provencher: Ça a déjà été fait.

M. Savoie: Ça a été fait, ça. Après les quatre mois, par exemple?

M. Provencher: Après les quatre mois.
(21 h 45)

M. Savoie: Oui. Alors, le chirurgien buccal va rouvrir la gencive...

M. Provencher: C'est ça. Poser...

M. Savoie:...va installer le pivot...

M. Provencher: C'est ça.

M. Savoie: ...et là, le client, après une période de guérison, encore, j'imagine...

M. Provencher: Oui.

M. Savoie: ...va retourner vous voir, et c'est à ce moment-là que vous décidez du type de prothèse qui doit être installé sur l'implant.

M. Provencher: Du type de barre qui va faire en sorte que la prothèse va aller se supporter sur cette barre-là. À ce moment-là, pour faire cette barre-là, j'ai pris les impressions - j'ai confectionné, d'ailleurs, la prothèse quasiment d'une façon totale - et je les envoie au laboratoire pour voir si c'est possible de faire le type de barre qu'on a prévu.

M. Savoie: Et là, j'imagine que c'est ce qu'on a ici; on va la faire circuler parmi nos collègues. Finalement, vous parlez d'un type d'organisation comme ça, à peu près, où on a, en quelque sorte, une prothèse qui est assez complète et qui s'installe sur une barre.

M. Provencher: C'est ça.

M. Savoie: Vous parlez de ça, là?

M. Provencher: C'est ça.

M. Savoie: D'accord. Et là, une fois que vous avez terminé la prothèse, il y a l'installation. J'imagine qu'il y a une période de suivi, de rodage, de corrections.

M. Provencher: Lorsque je mets la prothèse en bouche, je fais des vérifications, je m'assure que tout est en condition et je retourne mon patient chez le chirurgien buccal, qui donne un oeil ou qui regarde si tout est conforme.

M. Savoie: D'ailleurs, est-ce que vous considérez ce genre de prothèse comme une amovible? C'est-à-dire qu'il y a ici une série de dents avec les trous pour les vis.

M. Provencher: Avec des trous dedans, là? Non, je considère ça comme une fixe, personnellement.

M. Savoie: Vous considérez ça comme une fixe. On s'entend bien, là. Alors, vous considérez ceci, toutefois, comme une amovible, finalement.

M. Provencher: Ce que le patient est capable d'enlever lui-même, je le considère...

M. Savoie: Vous le considérez amovible.

M. Provencher: ...amovible.

M. Savoie: Ça constitue, au sein du discours que vous tenez, l'ensemble des denturologistes, un élément très clair, que tout ceci est amovible.

M. Provencher: Pour moi, c'est très clair.

M. Savoie: Il s'agit d'une prothèse amovible...

M. Provencher: C'est ça.

M. Savoie: ...sur implants.

M. Provencher: C'est exact.

M. Savoie: Bon, d'accord. Maintenant, ça va bien. Lorsqu'il s'agit d'un élément comme ceci, qui se pose finalement sur la gencive, et que votre client a des dents en haut, est-ce que vous êtes capable de procéder sans apporter des corrections aux dents d'en haut?

M. Provencher: Généralement, oui.

M. Savoie: Oui.

M. Provencher: De façon particulière, non. Tout dépend de l'état des bouches. Parce que, généralement, ça va être très rare qu'on va rencontrer le cas que vous m'expliquez là, parce que c'est très rare qu'on va avoir le haut qui est parti avant le bas.

M. Savoie: Ah? D'habitude, c'est le haut qui part, dans les dents?

M. Provencher: Je veux dire, le bas part...

M. Savoie: Oui...

M. Provencher: Je veux dire, les problèmes... Généralement, quand les gens viennent nous voir, c'est que les deux sont partis.

M. Savoie: O.K. D'accord. Maintenant, lorsqu'il y a des dents en haut et lorsque ça nécessite, par exemple, du meulage, là, vous le référez à un dentiste?

M. Provencher: Oui.

M. Savoie: Toujours?

M. Provencher: Toujours.

M. Savoie: Vous n'avez jamais procédé à du

meulage vous-mêmes?

M. Provencher: Jamais.

M. Savoie: Jamais. Maintenant, une autre question. Lorsqu'il y a du tartre qui se forme...

M. Provencher: Oui.

M. Savoie: ...qu'est-ce que vous faites?

M. Provencher: Le suivi qui est employé avec les deux personnes avec qui je fais affaire, là, c'est que moi, personnellement, je revois mes patients à tous les six mois.

M. Savoie: Oui.

M. Provencher: Si je vois des rougeurs, du tartre ou quoi que ce soit, je m'empresse de le référer. Et je sais que le chirurgien rappelle aussi son patient tous les six mois. Ça fait que, d'une façon ou d'une autre, la personne, généralement, ne passera pas plus de trois ou quatre mois sans être suivie. Pourquoi? C'est assez simple. Ce sont des techniques nouvelles et, aussi, ce sont des techniques dispendieuses. Il est clair que, pour le chirurgien comme pour moi-même... Enfin, moi, je n'ai pas envie qu'il y ait quelque chose qui ne fonctionne pas, parce que, comme on dit, on ne se ramasse pas aux "petites créances", avec ça. La personne a payé de 8000 \$ à 10 000 \$, et puis...

M. Savoie: D'accord. Ça, c'est le genre de modèle que vous installez le plus fréquemment.

M. Provencher: J'en ai installé de ce type et d'autres types, aussi, tout dépendant du nombre d'implants qu'on a.

M. Savoie: Oui.

M. Provencher: Ça dépend. Il peut y en avoir juste à deux implants.

M. Savoie: C'est toujours le même principe, par contre.

M. Provencher: Oui, c'est le principe.

M. Savoie: C'est le même principe. Il y a toujours une barre ou à peu près ...

M. Provencher: Parfois, il n'y a pas de barre du tout. Il y a des cas où c'est posé directement sur les implants avec des genres de "clips", des genres d'agrafes qui vont directement sur l'implant, et il n'y a pas de barre.

M. Savoie: Pas de barre. Alors, ça, c'est seulement pour une dent, par exemple?

M. Provencher: Non, ce sont des prothèses complètes.

M. Savoie: Complètes.

M. Provencher: Mais dans les cas les plus simples, les moins compliqués, on va faire ça strictement s'il y a assez d'os pour le faire.

M. Savoie: O.K. Et lorsqu'il y a seulement, par exemple, une dent ou deux dents qui sont remplacées de cette façon-là, est-ce que c'est toujours fixe ou si ça peut être amovible?

M. Provencher: Personnellement, je n'ai jamais fait une dent ou deux dents. Ça a toujours été des prothèses complètes.

M. Savoie: Complètes.

M. Provencher: Oui.

M. Savoie: D'accord. Et vous en faites combien, depuis trois ans?

M. Provencher: Personnellement?

M. Savoie: Oui.

M. Provencher: Depuis trois ans, je fais environ deux cas par année, à date.

M. Savoie: Deux cas par année. Alors, ça veut dire que vous avez fait six cas, en tout et partout.

M. Provencher: Disons que j'ai huit cas, en tout.

M. Savoie: Oui. Et au niveau professionnel, comment vous sentez-vous vis-à-vis de ça?

M. Provencher: Très à l'aise, parce que la relation interprofessionnelle est très bonne. Si j'ai un problème, on n'hésite pas à me dire les solutions possibles, de la même façon que je peux donner mon opinion et être écouté sur des problèmes qui me regardent aussi, qui peuvent influencer.

M. Savoie: Finalement, vous fabriquez cette pièce.

M. Provencher: Oui.

M. Savoie: Ça, ça ne pose pas de problème. Où ça pose un problème au point de vue juridique et au point de vue de la pratique, et ce qui fait l'objet un petit peu du débat, c'est que, par la suite, vous arrivez et vous faites la pose et le suivi. Et vous dites que vous n'avez pas de difficultés avec ça?

M. Provencher: Non. Je fais le suivi de ma partie. Ma partie, c'est de faire des prothèses complètes amovibles. Je m'assure que ma prothèse est toujours aussi adéquate qu'elle l'était au moment où je l'ai mise en bouche la première fois. Comme on l'a mentionné cet après-midi et ce soir, c'est clair que l'usure des dents est plus rapide, qu'il peut y avoir des problèmes sur des tissus à certains endroits. Je vais suivre ma prothèse de façon qu'il n'y ait pas de problèmes parce que je n'en veux pas de problèmes.

M. Savoie: Je vais cesser pour le moment, quitte à revenir vers la fin, encore une fois.

La Présidente (Mme Hovington): D'accord. Mme la députée de Chicoutimi.

Mme Blackburn: Merci, Mme la Présidente. Je pense que ça nous a permis de préciser un certain nombre de choses qui n'étaient pas claires. Ils nous l'avaient dit à quelques reprises, et moi, je l'avais tenu pour acquis: les denturologistes ne prétendent pas avoir les connaissances pour poser et adapter les prothèses fixes. Alors, là, je pense que ça va être un peu plus clair. On sait que ça se limite aux prothèses amovibles sur implants. Si c'est clair...

M. Savoie: Effectivement, ça fait l'objet d'une discussion, actuellement. C'est une question d'interprétation, parce qu'il y en a qui vont nous dire que, même ça, ça ne constitue pas une amovible, que ça constitue une fixe.

Mme Blackburn: Oui, on a compris ça, aussi. À votre connaissance... Je ne sais pas qui pourra répondre à la question, parce que, tout à l'heure... C'est la deuxième fois qu'on nous l'affirme: il n'y aurait pas de chirurgiens qui travaillent avec les denturologistes.

Une voix: Pardon?

Mme Blackburn: Il n'y aurait pas de chirurgiens buccaux qui travaillent avec les denturologistes; ils nous ont encore répété ça, tantôt.

M. Savoie: C'est-à-dire que le Dr Landry, je crois, ce qu'il nous a dit, pour être très clair, c'est que lui, il n'en connaissait pas.

Mme Blackburn: Il n'en connaissait pas.

M. Savoie: Oui. Ce n'est pas le même chose.

Mme Blackburn: Mais l'Association aussi nous a dit sensiblement la même chose, ce matin.

M. Savoie: L'Association...

Mme Blackburn: C'est l'Association des dentistes...

M. Savoie: Des dentistes?

Mme Blackburn: Oui.

M. Savoie: Oui, effectivement, les dentistes... Il faudrait que je regarde dans le dossier.

Mme Blackburn: À votre connaissance à vous, il y a combien de denturologistes qui collaborent avec des chirurgiens buccaux, actuellement, pour la fabrication et la pose de prothèses amovibles sur implants?

M. Provencher: Je ne peux pas vous donner une connaissance au niveau de la province. Je connais personnellement de 10 à 15 denturologistes avec lesquels j'ai des rapports, qui collaborent avec des chirurgiens buccaux.

Mme Blackburn: Est-ce qu'il y a quelqu'un à l'Association qui a cette information?

M. Bleau: Mme la Présidente, si vous permettez. Ici, monsieur travaille avec les chirurgiens buccaux.

M. Karsenti (Gabriel): Ça fait cinq ans que je fais des prothèses dentaires amovibles et que je travaille en collaboration étroite non pas avec un chirurgien buccal, mais avec plusieurs chirurgiens buccaux. J'ai fait à peu près une centaine de cas. Alors, quand on parle de non-collaboration entre les chirurgiens buccaux et les denturologistes, c'est une vue de l'esprit. J'ai ici un document que j'ai été obligé d'ailleurs de noircir pour qu'on ne puisse pas poursuivre le chirurgien buccal en question, parce que le président de l'Ordre des dentistes, pas plus tard qu'il y a deux jours, a dit, à la radio, à l'informateur de CKAC, à Montréal, qu'il poursuivrait les chirurgiens buccaux qui collaboreraient avec les denturologistes. Je vous lis donc: "Montréal, le 5 septembre 1990 - ça m'est adressé - chirurgie buccale et maxillo-faciale. Cher Monsieur, j'ai le plaisir de vous faire part de ma pratique en chirurgie buccale et maxillo-faciale, située à la polyclinique. Je suis disponible sur rendez-vous pour recevoir vos patients, en ce qui concerne les services suivants - suivent tous les services dont, à l'alinéa g) - g) implantation métallique et d'os synthétique." Ça, c'en est un du 5 septembre. (22 heures)

J'en ai un autre du 10, c'est-à-dire que c'est encore plus récent. Alors là, c'est le nom de la patiente. Là, évidemment, on me prend pour un incompetent, puisqu'on me signale le nom des implants, le numéro, le diamètre, tout ce qui est nécessaire pour l'implantation pour ce cas bien précis, avec le genre... D'ailleurs, même le chirurgien buccal, lui, ne sait pas si on va mettre une barre dolder ou bien si ça va être simplement des attaches. Alors, comme vous

pouvez vous en rendre compte, il y a une collaboration qui ne date pas d'hier, mais d'il y a plusieurs années.

Mme Blackburn: Est-ce que ça se déroule à peu près selon le même modèle ou la même procédure que dans le cas que nous expliquait M. Provencher, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'intermédiaire? C'est le chirurgien et le denturologiste; là, on n'a pas de prosthodontiste, on n'a pas non plus de dentiste.

M. Karsenti: Non, madame, c'est exactement le même processus. En ce qui concerne la partie prosthodontique, non seulement nous avons la formation requise, mais, en plus de ça, nous nous recyclons régulièrement. Nous avons eu des symposiums et nous avons, au point de vue des connaissances des implants, les mêmes que celles des dentistes, parce que les cours qui sont donnés aux dentistes et aux denturologistes ont lieu, très souvent, conjointement, ils sont donnés par les techniciens dentaires dépêchés par les compagnies, comme Nobelpharma et Corvent. Ce sont des cours qui sont conjoints et qui, en général, durent deux jours. Ces cours sont donnés dans toute l'Amérique du Nord, Montréal et tout ce que l'on veut. Alors, au point de vue des connaissances sur le plan d'implantologie clinique, c'est évident que ce sont les chirurgiens buccaux qui, eux, font le travail. Mais au point de vue fabrication et mise en bouche des prothèses dentaires, donc les connaissances prosthodontiques, nous avons les mêmes, madame.

Mme Blackburn: Mais lorsqu'il s'agit de prothèses fixes, vous ne fabriquez pas, vous ne posez pas...

M. Karsenti: Non, madame.

Mme Blackburn: ...vous n'y touchez pas?

M. Karsenti: Non. Nous ne nous occupons, nous, que des prothèses amovibles, et c'est déjà beaucoup de travail. En plus de cela, la fabrication des prothèses amovibles nécessite non seulement une grande expérience, d'abord dans la fabrication des prothèses dentaires, mais également l'utilisation d'un équipement qui est dit équipement de prothèses équilibrées ou dites de précision. Parce qu'il serait impensable de fabriquer des prothèses dentaires sans avoir cette technologie même. Or, nous, les denturologistes, nous ne faisons que des prothèses dentaires du matin au soir et du soir au matin. Nous avons la formation requise pour cela et nous avons l'équipement pour cela. Or, les dentistes ne l'ont pas. Pourquoi? Parce qu'ils sont polyvalents. Certains, je dis bien certains, font des prothèses à l'occasion. D'ailleurs, même M. Boucher, en 1988, dit à ses dentistes: Si vous aimez faire la prothèse, prenez quelques instants de votre

temps pour pouvoir vous recycler. Ça veut dire, donc, qu'il ne respecte même pas le public, parce qu'il dit: Si vous aimez faire la prothèse... Ce n'est pas que nous aimons ou que nous n'aimons pas, mais on doit être compétent pour les faire. Et c'est ce que nous sommes.

Mme Blackburn: Vous nous dites avoir réalisé environ 100 prothèses. Est-ce que c'est exclusivement avec des chirurgiens buccaux, ou aussi avec des dentistes?

M. Karsenti: Exclusivement avec des chirurgiens buccaux. Mais je travaille également, pour d'autres travaux, avec des dentistes.

Mme Blackburn: Mais pour les implants, exclusivement...

M. Karsenti: Uniquement avec les chirurgiens buccaux. Parce que, comme le Dr Tardif l'a dit tout à l'heure, c'est eux qui sont les plus habilités, et ce sont les spécialistes de cela.

Mme Blackburn: Oui, je le pense également, mais on prétendait qu'il y avait également des dentistes. Ce que nous dit le Dr Landry, tout à l'heure...

M. Karsenti: Oui, le Dr Landry.

Mme Blackburn: ...c'est qu'il en connaissait un qui avait déjà développé une bonne expérience, une bonne connaissance. Je ne sais pas qui serait en mesure de nous dire ça. Est-ce qu'il y a des vérifications de faites là-dessus?

M. Provencher: Mme la Présidente, je peux répondre à votre question.

Une voix: Oui.

M. Provencher: Personnellement, je fais affaire avec quelqu'un qui n'est pas un chirurgien buccal. Je fais affaire avec un chirurgien buccal, mais aussi avec quelqu'un qui ne l'est pas, qui a développé, en réalité, une autre expertise, avec la méthode qu'on appelle "Corvent". Les chirurgiens buccaux ont semblé plus adopter la méthode qu'on appelle "Branemark". Mais la personne... Du moins, moi, j'en connais un. Je ne sais pas si mes confrères en connaissent d'autres, mais j'en connais un qui le fait et qui le fait avec succès.

Mme Blackburn: C'est un dentiste qui n'a pas reçu la formation de deuxième cycle?

M. Provencher: C'est un dentiste qui a été aux États-Unis pour suivre des cours de la compagnie "Corvent" pour la pose d'implants, et il doit en poser depuis environ, je dirais, cinq ans. Personnellement, j'ai commencé il y a

seulement trois ans.

M. Karsenti: La raison pour laquelle les dentistes sont intéressés à poser des implants eux-mêmes, comme le Dr Landry l'a dit tout à l'heure, c'est qu'il n'y a que 50 chirurgiens buccaux dans la province de Québec et il y a plus de 2 000 000 d'édentés. Donc, ça veut dire qu'il n'y a pas assez de chirurgiens buccaux pour pouvoir satisfaire la demande.

La Présidente (Mme Hovington): Ça va? Est-ce qu'il y a d'autres questions de la part des parlementaires? M. le ministre, est-ce que vous auriez une conclusion, ou...

M. Savoie: J'ai encore plusieurs questions, effectivement. Parce que c'est à ce moment-ci qu'on nous présente, d'une façon... En tout cas, c'est certainement la première fois qu'on nous présente d'une façon très claire un denturologiste qui procède à travailler, à faire la pose d'une prothèse sur implants en collaboration, parce que vous dites que vous travaillez en collaboration...

M. Provencher: Ça ne peut pas se faire autrement qu'en collaboration. On aurait trop de problèmes. D'ailleurs, c'est un travail qui est spécialisé. On ne peut pas dire que n'importe quel denturologiste pourrait faire ça demain matin. Il faut avoir des cours. Il faut avoir une expertise, il faut savoir, en gros, comment le faire, que ce soit pour un dentiste ou pour un denturologiste. C'est une technique nouvelle qui fait appel à des connaissances de base que j'ai. Pour moi, ce n'est pas difficile de m'actualiser, parce que je ne fais que de la prothèse complète et que de la prothèse partielle. Et les techniques regroupent un ensemble des deux. Ça joue sur les deux. Donc, pour moi, la façon de passer aux implants a été relativement facile.

M. Savoie: Mais lorsque vous avez passé sur implants, vous n'avez passé sur implants que sur les complètes?

M. Provencher: Pardon?

M. Savoie: Lorsque vous fabriquez vos prothèses sur implants, ce sont des prothèses complètes et non pas partielles.

M. Provencher: Non. À date, je n'ai pratiqué que sur des prothèses complètes.

M. Savoie: Que sur des prothèses complètes. Évidemment, je trouve ça particulièrement intéressant, parce que, dans le modèle que nous avons, nous avons le modèle avec "clips" et avec la barre. Alors, ce sont les deux seuls, finalement, avec lesquels vous travaillez, c'est ça?

M. Provencher: Oui. La barre peut être

construite différemment.

M. Savoie: Oui.

M. Provencher: Il y a plusieurs types de barres, plusieurs types d'attachements qui peuvent aller sur la barre.

M. Savoie: Oui.

M. Provencher: Ou encore par des "clips".

M. Savoie: Des "clips", les fameux "clips" qu'on a ici. Vous ne les voyez pas, mais je pense qu'on a fait circuler... De votre côté, vous l'avez vu, vous voyez à peu près ce que ça donne.

Où on a une difficulté avec cette orientation-là c'est que les informations que nous recevons de la part de ceux qui ont déposé des mémoires, à l'exception, évidemment, des denturologistes, montrent qu'il y a un problème au niveau de la sécurité du public en ne permettant pas l'intervention d'un dentiste. Ce qu'on nous dit, c'est que, finalement, l'équipe nécessite trois intervenants. Elle nécessite, d'une part, le chirurgien buccal pour l'opération et les suivis de l'opération, en ce qui concerne la réouverture de la gencive et des choses comme ça, on nous dit qu'idéalement, ça prend quelqu'un pour fabriquer les prothèses et, troisièmement, idéalement encore, ça demande un dentiste pour faire le suivi, pour justement s'assurer que la santé de la bouche soit maintenue. Vous, vous me dites que non, l'intervention du dentiste dans ce processus-là n'est pas nécessaire. C'est exact?

M. Provencher: Le chirurgien buccal qui a posé les implants fait le suivi, fait enlever le tartre ou enlève le tartre lorsque c'est nécessaire...

M. Savoie: Le chirurgien...

M. Provencher: ...vérifie ses piliers, s'ils sont solides.

M. Savoie: Un chirurgien buccal va enlever du tartre sur l'implant?

M. Provencher: Son hygiéniste va le faire.

M. Savoie: Son hygiéniste va le faire.

M. Provencher: Lui, il va vérifier si c'est bien fait.

M. Savoie: Oui.

M. Provencher: Parce que ce n'est pas directement lui qui va le faire. Il va s'assurer que tout va très bien, pour ne pas avoir de problèmes. Comme je le disais tout à l'heure, je

viens d'une petite ville. Si j'ai des problèmes avec ça, vous pouvez être certains que ça va faire le tour de la ville, et rapidement. Je ne suis pas intéressé à ça.

M. Savoie: Comment vous organisez-vous avec les dentistes dans la ville d'Asbestos qui...

M. Provencher: Les dentistes, dans la ville d'Asbestos, ne font pas ou très peu de prothèses. Si je ne faisais pas ce type de prothèses là, les gens auraient 40 milles à faire, parce que ces dentistes ne font à peu près pas de prothèses ordinaires; donc, ils sont encore moins habilités à faire des prothèses de précision, et encore moins des prothèses sur implants. Donc, les gens de ma région auraient 40 milles à faire, d'un côté ou de l'autre, que ce soit Victoriaville, Drummondville ou Sherbrooke, pour trouver les compétences, pour faire fabriquer les prothèses. Je suis le seul à le faire en ville.

M. Savoie: Vous avez affirmé tout à l'heure que vous en connaissiez environ 10, n'est-ce pas, au Québec, qui...

M. Provencher: J'ai eu une note du président de l'Association des denturologistes qui dit qu'il y a environ une cinquantaine de denturologistes qui ont, d'une façon ou d'une autre, fabriqué des prothèses sur implants. Mais, personnellement, des confrères que j'ai rencontrés ou avec qui j'ai parlé, il y en a de 10 à 15 avec qui je communique, mais je ne les connais pas tous dans la province de Québec.

M. Savoie: Lorsque vous entendez, finalement, les maîtres de la profession au niveau de la santé buccale, les chirurgiens dentistes et les chirurgiens buccaux, nous dire qu'effectivement vous n'avez pas la compétence, de quelle façon réagissez-vous à ça?

M. Provencher: Je peux vous raconter un genre de petite histoire. Si je me reporte il y a dix ans, sont arrivées les greffes épithéliales. Voilà dix ans, les chirurgiens buccaux et les dentistes ont dit qu'on était absolument incompetents et incapables de faire des prothèses sur des greffes épithéliales.

M. Savoie: Greffes?

M. Provencher: De peau, des extensions de vestibule.

M. Savoie: O.K. Oui, d'accord, on nous a présenté...

M. Provencher: On disait qu'aussitôt qu'il y avait ce type d'interventions là, on serait incapables de les faire. Aujourd'hui, tous les denturologistes ou presque pratiquent et font des

prothèses sur ces types d'interventions là, et plus personne n'en parle. Aujourd'hui, c'est le même processus qui se répète. On redit que les denturologistes ne sont pas compétents pour le faire. Les denturologistes recommencent à en faire, et avec succès, et à mesure que le succès va se confirmer, d'autres confrères vont s'engager et les chirurgiens buccaux vont aussi s'engager.

M. Savoie: Une dernière question. Lorsque vous recevez votre client pour la première fois, j'imagine que vous prenez le temps de vous asseoir avec et que vous posez des questions, que vous remplissez une espèce de formulaire sur sa santé dentaire...

M. Provencher: Oui.

M. Savoie: ...des questions du style... Bon, bien, par exemple, les allergies, les problèmes du coeur, etc.

M. Provencher: Il y a un côté médical, il y a aussi l'examen qu'on fait, parce qu'il ne faut pas se cacher que, lorsqu'on parle de prothèses sur implants et de suivi, il faut réellement qu'il y ait un suivi, parce que ce sont de mauvais patients. S'ils ont perdu leurs dents, généralement, c'est parce qu'ils ne se brossaient pas toujours les dents. En règle générale...

Des voix: C'est vrai, c'est vrai.

M. Provencher: C'est parce que le suivi de ce qu'on a eu comme éducation s'est fait de cette façon-là, et ces patients ne sont pas habitués, à ce moment-là, à la soie, au "water pick", et il faut les surveiller. Avec le temps, l'hygiène devient de beaucoup supérieure.

M. Savoie: Lorsque vous avez un client qui n'a pas visité un dentiste depuis longtemps, est-ce que vous recommandez à ce client-là d'aller voir un dentiste pour faire...

M. Provencher: Je vais répondre sur deux plans.

M. Savoie: Oui, envoyez donc!

(22 h 15)

M. Provencher: Si c'est une prothèse pour une personne complètement édentée et que je vois qu'il n'y a aucune anomalie ou qu'il n'y a rien de spécial dans ses gencives, je ne la référerai pas. Si je fais une prothèse qui est partielle et qu'il y a des dents naturelles, je vais lui recommander d'aller voir le dentiste, faire vérifier ses dents avant même de commencer à travailler. En réalité, ça se fait comme ça: je prends les impressions de base, je dis: Tu as une semaine, va donc voir un hygiéniste, fais-toi nettoyer les dents, vois à ce que toutes tes

dents soient correctes, parce que, toi, tu ne veux pas de problèmes et puis moi non plus. C'est ça que j'appelle une conscience professionnelle, parce que, si j'ai des problèmes, le patient en a aussi et je n'en veux pas.

M. Savoie: Vous l'envoyez chez le dentiste.

M. Provencher: Je l'envoie chez le dentiste. Il me revient après son nettoyage, il me dit s'il y a eu ou s'il y a des problèmes majeurs, on met le cas en suspens jusqu'à ce que le dentiste ait fini les traitements et on recommence. Je fais la prothèse par la suite.

M. Savoie: Alors, normalement, dans tous les cas, de toute façon, lorsqu'il existe des dents, vous l'envoyez voir un dentiste?

M. Provencher: D'une façon systématique, je lui recommande d'y aller.

M. Savoie: Vous lui recommandez d'y aller?

M. Provencher: Oui.

M. Savoie: O.K.

La Présidente (Mme Hovington): Ça va?

M. Savoie: Ça va.

La Présidente (Mme Hovington): Pour fins de compréhension, avant que je vous passe la parole, M. le député de Lavolette, vous disiez que vous faisiez la différence entre une prothèse sur implants amovible et fixe. Si j'ai bien compris, la prothèse sur implants qui a juste une barre - vous aviez le modèle tout à l'heure - est considérée comme amovible?

M. Savoie: C'est-à-dire que ce n'est pas encore...

La Présidente (Mme Hovington): Et l'autre, avec des "snaps" serait considérée comme fixe?

Une voix: Amovible.

M. Savoie: C'est-à-dire que...

La Présidente (Mme Hovington): C'est généralisé comme ça? Non?

M. Savoie: Eux, ce genre d'installation qui peut s'enlever par le client, le patient, ils disent qu'il y a là une structure amovible et ils appellent ça...

La Présidente (Mme Hovington): Et généralement, c'est avec une barre.

M. Savoie: Oui, ça peut être une barre ou

des "clips".

La Présidente (Mme Hovington): Des "clips" aussi.

M. Savoie: Oui, mais ce n'est pas encore clair pour tout le monde. Je crois que le Dr Landry tout à l'heure a reconnu... En tout cas, on parlait d'amovible ou de fixe-amovible, mais, de façon générale, je ne crois pas...

M. Jolivet: Ça dépend de quel côté on se place. Si on est denturologiste, on appelle ça amovible, si on est un dentiste, on va appeler ça fixe.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Jolivet: Parce que chacun veut garder son bord.

La Présidente (Mme Hovington): Mais ça n'éclaire pas beaucoup les membres de cette commission et c'est ça surtout qu'on recherche.

M. Jolivet: Non, mais il y a une chose qui est certaine, ce qui est fixe, dans mon esprit à moi, le gars qui est bien simple, pas simple gars mais, en tout cas, vous comprenez! Le fixe, quant à moi, c'est la partie de l'implant. Non, non. Ça, c'est votre opinion, moi, je donne la mienne.

M. Savoie: Non, non. Ce n'est pas ça. On ne se comprend pas.

M. Jolivet: On va se comprendre comme je le pense et après ça, vous direz si j'ai raison ou si j'ai tort. Ce que je veux juste vous dire, c'est qu'il y a du monde qui va toujours considérer que ce que vous avez entre les mains, ce qui est vissé, tout ça, pour eux autres, ils considèrent ça comme étant fixe, même si la prothèse s'enlève par le client ou le patient lui-même. Dans d'autres cas, les autres vont dire: Non, non, ce qui est fixe, c'est l'implant et la partie qui est la barre. Ça, c'est fixe, mais quand on enlève la prothèse ça devient amovible. Moi, dans mon esprit de prof de français, amovible, ça s'enlève par celui qui l'a.

À partir de ça, et on pourra faire toutes les belles distinctions qu'il faut, moi, la question que je veux poser... Eh bien! je l'ai vue la prothèse que vous avez entre les mains. C'est comme la mienne. La seule chose, c'est qu'il y a deux petits "clips" pour l'attacher à une prothèse qui, elle, est fixe, qui s'appelle les implants ou la barre. Si je comprends mal, vous me le direz. Mais moi, ce que je comprends, c'est que les denturologistes disent: Nous autres, en collaboration avec les chirurgiens buccaux, on est capables de s'entendre sur la façon, avant, pendant et après, de ce qui doit être fait avant comme

vérification, de ce qu'on doit faire pendant puis, après, la vérification additionnelle qui se fait normalement. Moi, j'ai compris que le chirurgien buccal a intérêt à ce qu'on vérifie s'il n'y a pas de problèmes au niveau buccal et le personnage qui fait la prothèse, lui, dit: Moi, je serais intéressé, ma prothèse que j'ai faite, à ce que le gars ne revienne pas chez nous, qu'il ne me dise pas des bêtises et qu'il m'enlève des clients après, parce qu'il va dire: Ne va pas chez lui, il est bon à rien.

Dans ce contexte-là, ce n'est pas plus difficile faire cette prothèse que de faire celle qu'ils m'ont faite au mois de septembre passé, au mois de décembre.

M. Savoie: Avec la différence, j'insiste, que tous les spécialistes nous ont présentée avec la différence suivante...

M. Jolivet: Quels spécialistes? Ceux qui veulent protéger leur marché.

M. Savoie: Non, non. Je parle des chirurgiens buccaux.

M. Jolivet: Ah oui! Mais c'est ça.

M. Savoie: Les chirurgiens buccaux.

M. Jolivet: Le chirurgien buccal ne dira jamais...

M. Savoie: Non, non. Laissez-moi terminer.

La Présidente (Mme Hovington): On va laisser finir le ministre.

M. Jolivet: Bien oui. C'est moi qui ai commencé.

M. Savoie: Non, non. Mais laissez-moi terminer.

La Présidente (Mme Hovington): Vous n'avez plus de temps ni l'un ni l'autre de toute façon.

M. Jolivet: Je pense que c'est bon.

M. Savoie: Vous avez raison, sauf qu'il faut bien s'entendre. Ça, c'est amovible, mais il y en a des fixes aussi qui ne s'enlèvent pas par le client.

M. Jolivet: Oui.

M. Savoie: Qui sont vraiment vissées en place et qui... Bon, alors, elles sont fixes et je pense que les denturologistes eux-mêmes reconnaissent qu'ils ne veulent pas toucher à ça.

La différence qui a été soulevée par l'ensemble des spécialistes qui sont passés devant nous autres, c'est qu'on nous dit que cette

partie-ci qui est prise dans la gencive n'est pas naturelle...

M. Jolivet: Effectivement.

M. Savoie:...qu'il y a là un implant...

M. Jolivet: Oui.

M. Savoie: On nous a parlé, par exemple, de questions de microfracture osseuse. On parle d'un jeu constant et d'un suivi constant qui doit se faire. On a utilisé, je pense, à quelques reprises, la période d'un an ou deux et, au niveau des ajustements, étant donné que c'est vraiment minutieux que à cause de l'ensemble du jeu de la bouche, l'ensemble des muscles et des autres dents, des problèmes de mastication, des choses comme ça, et c'est là le point du problème, on nous dit que les denturologistes, c'est leur opinion, n'ont pas suffisamment de formation pour en faire le suivi.

M. Jolivet: J'ai compris, il y a peut-être ma collègue avant, mais j'ai compris une chose. C'est qu'il y a deux suivis. Encore mieux qu'un seul, il y a deux suivis. Le suivi du chirurgien buccal, qui a intérêt à ce que, son implant qu'il a fait, quelqu'un ne chiâle pas après et il y a le suivi du denturologiste qui dit: Moi, je ne suis pas intéressé à ce que la prothèse que j'ai faite, quelqu'un chiâle après moi. Là vous allez me dire: Ah oui! mais écoute là, un instant. La santé buccale, c'est important ça. Moi, mes premiers dentiers qu'on m'a faits, les deux, d'en haut et d'en bas là, c'est un dentiste qui me les a faits, mais ce n'est jamais lui qui les a faits. Il les a envoyés ailleurs. Il me les a ajustés. J'y suis retourné parce qu'ils me faisaient mal.

Mais après ça, quand je suis allé chez le denturologiste, il m'a fait la même chose. Dans certains cas, le denturologiste l'a fait lui-même, le dernier que j'ai eu, et je n'ai jamais eu de problème. Je ne vous dis pas qu'il n'y aura pas qui n'auront pas de problème, mais quelle différence y a-t-il, une fois que l'implant est bien placé, que le chirurgien buccal a bien fait "sa job", quelle est la différence pour le denturologiste de faire une prothèse qui va s'ajuster à ça, parce que ce n'est pas lui qui a décidé tout seul, il a décidé ça en collaboration, j'ai compris, avec le chirurgien buccal?

M. Savoie: Je pense que jusqu'ici, jusqu'à ce stade-ci, il n'y a aucun problème que le denturologiste soit impliqué dans le processus, qu'il consulte un chirurgien buccal, que ce soit son client. Et je pense que tout le monde va être d'accord là-dessus. Pour la fabrication de cette pièce-là, il n'y a pas de problème là non plus. Le denturologiste est compétent et personne ne veut lui en enlever la fabrication.

M. Jolivet: C'est la mise en place sur la gencive.

M. Savoie: Il y a deux éléments. Il faut bien les distinguer. C'est d'abord la pose. Donc, on peut parler d'ajustement, lorsque le client est chez toi et vient pendant quelques mois et, là, on voit ça fonctionner, et le suivi. Alors, ils nous disent deux choses. D'une part, les denturologistes nous ont dit: Bon, pour ce qui est de la pose et des ajustements qui peuvent nécessiter, par exemple, des cours additionnels, on est prêts à l'obtenir, on est prêts à aller le chercher, au niveau, par exemple, de la radiologie et des cours additionnels - pour faire l'agencement comme il faut.

M. Jolivet: C'est l'aspect technique qu'on nous a dit.

M. Savoie: Oui, c'est ça. Et le deuxième élément, c'est l'ensemble du suivi de la bouche, c'est-à-dire le retour du client, les vérifications. Personnellement, je trouve que les explications qu'on nous a présentées ce soir sont très intéressantes. Il soulève finalement qu'en pratique, ce qui se passe... En tout cas, il connaît une quinzaine de cas et je le crois cet homme-là. Il a, je pense, de la crédibilité. Il nous dit: Je suis capable de procéder à la fabrication de cette pièce-là et je suis capable d'en assurer la pose. Au niveau du suivi, il me reste encore des questions.

Malheureusement, on n'a pas le temps ce soir, mais j'imagine que, demain, on aura l'occasion d'y revenir et j'espère que vous allez être présent demain.

M. Provencher: Je vais être présent demain.

M. Savoie: Vous allez être présent demain. On aura l'occasion, de vous entendre à nouveau, je pense que ce sera intéressant, suite à l'ensemble des explications qui vont nous être présentées.

M. Jolivet: Maintenant, pour terminer, quant à moi...

M. Savoie: Oui.

M. Jolivet: Ce matin, on est allé jusqu'à parler du sida. On a parlé de ça. Qu'on le fasse aujourd'hui, parce que, quand il m'a joué dans la bouche, que ce soit un dentiste ou un denturologiste, il n'a pas intérêt à me donner quelque chose.

M. Savoie: Mais, je...

M. Jolivet: Non, mais ce que je veux dire... Ça, je laisse ça de côté pour le moment.

M. Savoie: Laissez-le de côté.

M. Jolivet: Mais ce que je veux dire, c'est qu'à l'époque des premiers dentiers qu'on a eus, à l'époque des années déjà dépassées, ces dentiers-là... Quand le denturologiste me l'a fait et me l'a placé, je n'ai pas eu besoin d'avoir un dentiste pour vérifier ce qui en était ou pas.

M. Savoie: Mais ça, c'est un cas exceptionnel.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Savoie: Non, non. Écoutez bien. Je pense qu'il est très clair que c'est un cas exceptionnel et que, au moment où ça s'est fait, ça s'est fait. Aujourd'hui, en 1990, lorsqu'on parle de ceci, la sécurité du public, je pense, mérite toute notre attention et ça mérite que ça continue avec des explications additionnelles comme nous en avons reçues ce soir et en entendant les autres mémoires qui vont être déposés. Je pense que c'est dans cet esprit-là qu'on doit aborder la question de ce dossier-là...

M. Jolivet: Mais prenez comme exemple...

M. Savoie: ...lors des mémoires, demain.

M. Jolivet: Juste pour terminer. Le chirurgien buccal et le denturologiste qui marchent ensemble et le dentiste qui peut tout faire, lui.

M. Savoie: Oui.

M. Jolivet: Il y a quelle différence entre les deux?

M. Savoie: La différence...

M. Jolivet: Il n'y en a pas.

M. Savoie: ...la suivante, c'est que ceux qui ont déposé des mémoires... Le Dr Landry est certainement aussi crédible que celui que nous avons écouté tout à l'heure, certainement aussi crédible.

M. Jolivet: ...entendu à André Arthur, hier.

La Présidente (Mme Hovington): S'il vous plaît!

M. Savoie: Non, laissez-moi terminer. Il est certainement aussi crédible. Et je pense que, finalement, on commence à avoir une idée très précise de la nature du problème. Le Dr Landry a soulevé la question du suivi et c'est à ça qu'on doit ensemble tâcher de répondre demain.

M. Bleau: M. le ministre, vous vous trouvez à sauver un intermédiaire. Lorsque vous travail-

lez avec le denturologiste et le chirurgien buccal, vous avez seulement deux personnes. Tandis qu'avec l'autre, il faut aller voir le prosthodontiste, il faut en voir trois. Alors, le patient...

M. Savoie: Il pourrait y en avoir cinq. Comprenez-vous? Ma préoccupation, je l'ai dit au début et je vais vous demander de vous rappeler, parce que c'est très important si vous voulez avoir de la crédibilité dans ce dossier-là. Ce n'est pas une question d'argent, ce n'est pas une question de marché, c'est une question de la protection du bon père de famille ou de la dame qui a 50 ans, qui va chez vous pour la première fois depuis 15 ans, chez un spécialiste de la santé buccale, qui se présente chez quelqu'un pour être soigné. C'est cette personne-là qu'on doit avoir en tête, pas des cas exceptionnels où il y a eu traitement et il y a eu réussite. Nous voulons nous assurer que, lorsque nous aurons terminé notre travail et que nous aurons adopté le projet de loi, que la santé et la sécurité du public soient respectées parce que c'est important, pas seulement pour le travail de législateur que nous avons à faire aujourd'hui, mais pour l'ensemble des lois professionnelles, pour votre profession et toutes les autres professions au Québec, les 40 autres qui nous regardent parce que c'est un point critique.

Je crois que ce que nous sommes en train de faire avec ce projet de loi va avoir des impacts très significatifs sur les autres professions au Québec. Ça va avoir des répercussions.

La Présidente (Mme Hovington): Une dernière petite intervention de Mme la députée de Chicoutimi. La présidence fait preuve de beaucoup de souplesse ce soir.

Mme Blackburn: Je ne sais pas si...

La Présidente (Mme Hovington): Je pense que c'est tellement important d'avoir des éléments nouveaux pour éclairer les membres de la commission. Alors, Mme la députée de Chicoutimi.

Mme Blackburn: On pourra revenir un peu plus longuement demain. Il y a juste une chose que je voulais relever de l'affirmation de tout à l'heure du ministre qui disait: Dans le fond, le Dr Landry n'a jamais dit qu'il ne voulait pas travailler avec les denturologistes. Le Dr Landry a précisément dit qu'il ne voulait pas travailler avec les denturologistes. Ça, je pense que c'est important, c'est le seul qui l'a dit d'ailleurs comme ça. Lui, il voit le dentiste et le prosthodontiste. Pour lui, le denturologiste...

La Présidente (Mme Hovington): Pour les implants.

Mme Blackburn: Pour les implants.

La Présidente (Mme Hovington): Pour les implants.

M. Savoie: Oui, toujours.

Mme Blackburn: C'était clair pour lui, il ne voulait pas, contrairement à ce que le ministre disait tantôt.

M. Savoie: Ce n'était pas pour la fabrication.

Mme Blackburn: Ah oui! pour la fabrication. Il les excluait...

M. Savoie: Ah non, non, non!

Mme Blackburn: Il exprimait...

M. Savoie: Il a été très clair là-dessus, qu'au niveau de la fabrication, il n'y aurait pas de difficulté.

Mme Blackburn: On pourra faire relever.

M. Savoie: Oui.

Mme Blackburn: On pourra faire relever. Dans le fond, ce que disait, tout à l'heure, au moment de la présentation de son mémoire, M. Bleau, c'est qu'il y a ce qu'on dit et la vraie vie. Dans la vraie vie, on apprend qu'il y a une cinquantaine de denturologistes qui, quotidiennement, travaillent en collaboration avec des gens, j'espère en tout cas pour nous autres et pour eux autres, consciencieux qui s'appellent les chirurgiens buccaux. Ce n'est pas n'importe qui là; on ne parle pas d'un arracheur de dents.

M. Savoie:...

Mme Blackburn: Alors donc, avec des gens qui ont la compétence, qui ont été formés pendant quatre ans. Ils ont une formation de deuxième cycle et ils travaillent en étroite collaboration avec certains denturologistes. Je me dis: À moins que ce soient complètement des "flyés", des sautés, il y a quelque chose qui doit être pris en compte là aussi. Moi, j'ai toujours eu tendance à distinguer entre ce qui est la pratique pure enseignée dans les universités et une fois quand vous tombez dans la réalité; vous savez ce que ça donne en droit et en notariat. Dès que vous tombez dans le vrai monde et les vraies affaires, vous vous apercevez que faire des vérifications comptables... Dans toutes les professions, entre ce qu'ils vous ont enseigné et la pratique, tout à coup, vous dites: Oups, je commence à comprendre quelques petites affaires et ce n'est pas pareil tout à fait. Et, dans ce sens-là, c'est vrai pour cette réalité-là. Et la réalité qui est portée à notre attention, c'est que ça se fait. La seule chose, à mon avis, dont il

faut s'assurer, c'est - et c'est ce que j'ai essayé de savoir et je ne l'ai pas su - est-ce que ça serait possible qu'un patient parte et de sa propre autorité, s'en aille chez un denturologiste après avoir eu des implants en disant: Fais-moi ça, je ne peux plus sentir mon chirurgien, il me coûte trop cher? Là, je pense qu'il faudrait intervenir, parce qu'il n'y aurait pas de suivi. Je me dis, entre nos beaux discours, nous autres assis ici, et la réalité, si on accepte ici comme législateurs d'adopter une loi qui amène la plupart des praticiens de ces pratiques dans la clandestinité, je ne suis pas sûre qu'on aura gagné grand-chose. On va gagner une gang de procès et on va faire vivre des avocats, mais autrement on n'aura pas gagné grand-chose. Moi, je pense que la journée d'aujourd'hui nous a permis un peu de cerner la pratique, et je pense que c'est un peu à la lumière de la pratique qu'il faudra essayer d'ajuster la loi.

Je voudrais remercier les gens qui se sont présentés un peu toute la journée d'ailleurs et qui ont fait notre éducation en même temps.

La Présidente (Mme Hovington): Merci. En conclusion, M. le ministre.

M. Savoie: Oui c'est très bien. Effectivement, je voudrais également remercier le Sénat pour la présentation que nous avons eue ce soir. Et je sais que ça doit recommencer demain matin à 10 heures. On a encore une longue journée de 12 heures, alors à demain matin.

M. Bleau: Merci.

La Présidente (Mme Hovington): À mon tour, au nom des parlementaires ici présents, laissez-moi remercier tous les groupes qui nous ont présenté leur mémoire aujourd'hui et vous souhaiter une bonne nuit. La commission ajourne ses travaux jusqu'à demain matin 10 heures.

(Fin de la séance à 22 h 32)